



Livre

2022

Published version

Open Access

This is the published version of the publication, made available in accordance with the publisher's policy.

Maladies infectieuses sans fin. Le cas de la syphilis pour penser la
mobilisation-démobilisation prophylactique (20^e-21^e s.)

Bonah, Christian; Linte, Guillaume; Wenger, Alexandre Charles

How to cite

BONAH, Christian, LINTE, Guillaume, WENGER, Alexandre Charles. Maladies infectieuses sans fin. Le cas de la syphilis pour penser la mobilisation-démobilisation prophylactique (20^e-21^e s.). Suisse : Georg, 2022.

This publication URL: <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:164544>

Georg Editeur bénéficie d'un soutien de l'Office fédéral de la culture pour les années 2021-2024.

Publié avec le soutien du Fonds national suisse de la recherche scientifique



Publié avec le soutien de l'Université de Genève

Mise en page: Giganto, Genève

© 2022

Georg Editeur
chemin de la Mousse, 46
1225 Chêne-Bourg
Suisse

ISBN (papier) : 9782825712535

ISBN (PDF) : 9782825712986

DOI : 10.32551/GEORG.12986

Tout droits de reproduction, de traduction et d'adaptation, y compris par la photocopie, réservés pour tous les pays.

Cet ouvrage est publié sous la licence Creative Commons CC BY-NC-ND (Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification)



MALADIES INFECTIEUSES SANS FIN

Le cas de la syphilis
pour penser la
mobilisation-démobilisation
prophylactique
(XX^e–XXI^e siècle)

Christian Bonah (Université de Strasbourg)

Guillaume Linte (Université de Genève)

Alexandre Wenger (Université de Genève)

Cet ouvrage fait suite au workshop *Syphilis Prevention and Sexual Health Education (1900 to Present)*, qui s'est tenu à Genève et Strasbourg les 5 et 6 novembre 2020. Nous remercions les participants à ce workshop, qui sont également les auteurs des encarts qui rythment l'ouvrage :

Christophe BERGOUIGNAN (Université de Bordeaux)
Joël DANET (Université de Strasbourg)
Lukas HERDE (Université de Strasbourg)
Ilana LÖWY (CNRS-Cermes3)
Philippe MALFRAIT (AIDES Grand-Est)
Mélanie MICHAUD (Hôpitaux Universitaires de Genève)
Rosanna PEELING (London School of Hygiene and Tropical Medicine)
David REY (Hôpitaux Universitaires de Strasbourg)
Alice SERVY (Université de Strasbourg)
David SIMARD (Université Paris-Est Créteil)
Erin WUEBKER (Queens College - New York)

Publication effectuée dans le cadre du projet FNS *An Interdisciplinary Model to Explain Neverending Infectious Diseases. The Case of Syphilis (1859 to the Present)*.

Sommaire

Introduction: évaluer l'efficacité d'une campagne de prévention	11
I. L'action publique de prévention, ou l'éternel cycle investissement-oubli sanitaire	19
Prophylaxie des maladies infectieuses : dispositif social et raccourci pharmaco-technique	20
La syphilis: un cas d'école	22
Démobilisation prophylactique dans l'après-Seconde Guerre mondiale	25
II. Mobiles de la prévention et « santé sexuelle » : comment écrire une histoire de la prophylaxie de la syphilis de 1950 à nos jours ?	35
La pénicilline, le Sida et l'invisibilisation de la syphilis	36
Les peurs comme moteur: recul et retour	44
Prophylaxie et morale	50
Santé sexuelle et épanouissement personnel	60

III. Mises en application de stratégies épidémiologiques : le triptyque tracer-tester-traiter	81
L'enquête sociale de terrain	83
Le testing	89
IV. Dispositifs de communication et de prophylaxie	101
Fonctionnalisme de l'aide dans un monde postcolonial	102
Standardisation, reproduction, exportation entre le global et le local	106
Conclusion. Du péril vénérien aux IST, la prophylaxie de la syphilis comme modèle pour expliquer les « maladies infectieuses sans fin » ?	115

Table des encarts

1. POINT DE VUE DE L'HISTOIRE DES MÉDIAS La génération pénicilline Christian Bonah & Joël Danet	40
2. POINT DE VUE DE LA DÉMOGRAPHIE L'inversion de la courbe du Sida avant la trithérapie Christophe Bergouignan	46
3. POINT DE VUE DE LA MÉDECINE PRÉVENTIVE La PrEP, pour qui ? David Rey	54
4. POINT DE VUE ASSOCIATIF ET DE DÉFENSE DES PATIENTS VIH, de qui faut-il s'occuper ? Philippe Malfrait	58
5. POINT DE VUE DE L'ANTHROPOLOGIE L'évolution des modèles de prévention des IST : la situation du Brésil Ilana Löwy	64
6. POINT DE VUE DE LA SANTÉ SEXUELLE L'OMS et la santé sexuelle au XXI^e siècle : la syphilis invisibilisée David Simard	68
7. POINT DE VUE DE L'HISTOIRE CULTURELLE STI prevention and 3rd age Lukas Herde	78

8. POINT DE VUE DE LA COMMUNICATION INSTITUTIONNELLE	85
<i>L'Ennemi secret</i>. Souffler le froid et le chaud : le registre de fin de cycle de propagande cinématographique sur la syphilis en 1945	
Christian Bonah & Joël Danet	
9. POINT DE VUE DE L'INFIRMIÈRE DE SANTÉ PUBLIQUE	90
Quelles sont les difficultés rencontrées dans la recherche des cas contacts ?	
Mélanie Michaud	
10. POINT DE VUE DE L'HISTOIRE VISUELLE	93
Promotion of Blood testing in the anti-venereal campaigning of the 1930s in the USA	
Erin Wuebker	
11. POINT DE VUE DE L'HYGIÈNE INTERNATIONALE	98
Antenatal Screening using dual HIV-syphilis rapid tests	
Rosanna Peeling	
12. POINT DE VUE DE L'ANTHROPOLOGIE	103
Se réapproprier un modèle prophylactique standardisé : le cas de l'approche ABC au Vanuatu	
Alice Servy	
13. POINT DE VUE DE LA SANTÉ PUBLIQUE	110
Prévention de la syphilis : vulnérabilité sanitaire et vulnérabilité sociale au Brésil depuis 2010	
Ilana Löwy	

Introduction : évaluer l'efficacité d'une campagne de prévention

Examiner la réinvention constante d'une maladie en développant des modèles de causalité autres que l'émergence et l'éradication est une entreprise opportune et essentielle. C'est ainsi que l'examen empirique d'une maladie infectieuse majeure – en l'occurrence la syphilis sur une période de plus de cent cinquante ans – ouvre à une compréhension sociobiologique interdisciplinaire et intégrée de la « croissance et de la décroissance épidémiques ». Elle permet de saisir les efforts de prévention collective et individuelle élaborés au cours du xx^e siècle, et réévalués au xxi^e siècle.

La syphilis, dans les pages qui suivent, n'est pas conçue de manière dichotomique, en séparant les perspectives biologique et sociale, mais comme une maladie définie par des contextes socioculturels et environnementaux, une maladie au demeurant caractérisée par une existence longue et complexe. La bactériologie, les tests sérologiques, les connaissances cliniques et la distribution de la maladie ont considérablement évolué et fluctué au cours des cent cinquante dernières années. Les professionnels et les organisations qui ont entrepris de lutter contre la syphilis se sont transformés. Ainsi, seule une approche de longue durée et véritablement interdisciplinaire peut débrider la complexité d'une maladie qui survit malgré les efforts prophylactiques investis, les technologies sophistiquées déployées et un savoir capable (théoriquement) de l'éradiquer.

Cet essai rassemble pour la première fois les efforts de chercheurs ayant une expérience reconnue de la syphilis dans leurs domaines académiques et cliniques

respectifs. Cette collaboration inhabituelle de médecins et d'« humanistes » nous permet de rendre visibles des données épidémiologiques, culturelles et scientifiques jusqu'ici négligées, et d'analyser conjointement ces données culturelles et scientifiques. Notre vision renouvellera fondamentalement la compréhension actuelle des voies clandestines empruntées par une maladie qui demeure éminemment secrète et souterraine. Plus généralement, nous l'espérons, nos pistes d'analyse et d'explication interdisciplinaires pourront être applicables, en tout ou partie, à d'autres maladies infectieuses qui défient la modernité médicale.

Au début d'une maladie infectieuse identifiée se trouve généralement une réponse sanitaire et politique qui recourt à des formes variées de prévention. Celles-ci relèvent depuis l'Antiquité gréco-romaine de la *diætia* (genre de vie) et de l'*hygieia* (maintien de la santé). Dans le cas de la syphilis d'avant la pénicilline, des initiatives de prévention sanitaire avant-gardistes d'une ampleur rarement égalée ont été entreprises. Dix ans à peine après l'invention du cinéma, les films de propagande antisiphilitique affichaient des prouesses technologiques, avec par exemple des scènes de *Treponema pallidum* – l'agent infectieux de la syphilis – se déplaçant sur une lame de microscope (une caractéristique distincte permettant son identification¹). Les artistes, dont

1 Christian Bonah et Anja Laukötter, « Introduction: Screening Diseases. Films on Sex Hygiene in Germany and France in the First Half of the 20th Century », Special issue *Screening Diseases*, *Gesnerus* 72/1 (2015), p. 5-14.

des peintres comme Félicien Rops (1833-1898) et des dramaturges comme Eugène Brieux (1858-1932), qui s'étaient déjà approprié la syphilis comme objet visuel, littéraire et même poétique², ont commencé à collaborer avec les médecins sur des affiches et des films de prévention. Ce faisant, ils ont développé une expertise et une maîtrise de la collaboration interdisciplinaire sur des sujets de santé publique, qui, de nos jours, sont largement oubliées ou complètement perdues. Cet essai propose une archéologie des pratiques prophylactiques perdues, dans un mouvement d'allers-retours entre ces savoirs et ces pratiques enfouis, d'une part, et le présent épidémique, d'autre part.

L'histoire nous fournit-elle des exemples de mesures prophylactiques structurées qui auraient durablement et sensiblement fait baisser la prévalence d'une maladie infectieuse ou, mieux encore, contribué à son éradication?

La pandémie de Covid-19 dès 2020, avant elle le Sida à partir des années 1980, dans une moindre mesure le SRAS en 2003-2004, la grippe H1N1 en 2009, Ebola en 2014-2015, etc., ont réactivé et réintroduit la prévention sanitaire, primaire et anti-infectieuse, dans nos routines quotidiennes. Ces maladies ont sorti de l'oubli la variété des moyens de prophylaxie

2 Laurence Guellec et Alexandre Wenger, « Poésie prescriptive et visées médicales », in *Muses et ptérodactyles. La poésie de la science au XIX^e siècle*, Paris, Seuil, 2013, p. 373-418 ; Alexandre Wenger, « La visite à l'hôpital des vérolés, ou la littérature face au péril vénérien (fin XIX^e-début XX^e siècle) », *Revue d'histoire littéraire de la France* (2020/n° 4), p. 871-880.

recommandés ou imposés par les États et les instances médicales lorsque se répand une maladie infectieuse contre laquelle notre industrie du médicament n'a pas encore de remède à proposer : informer, éduquer, dépister et tester, fichier et tracer, confiner, vacciner, traiter préventivement.

Les messages préventifs que les autorités sanitaires adressent aujourd'hui au grand public passent par les réseaux sociaux. Ils se fondent néanmoins sur des outils anciens et éprouvés, dont l'histoire remonte au moins au début du ^{xx}^e siècle : les causeries et les conférences sanitaires, les posters et les affichettes placardés dans les lieux publics, le choix d'un langage visuel simple et compréhensible de tous (qui culmine dans les pictogrammes), la projection de films de propagande sanitaire, d'émissions télévisuelles, de spots, de courts-métrages et de vidéos. Beaucoup de mesures prescrites aujourd'hui rappellent dans leur simplicité les gestes et les pratiques d'hier : lavage des mains, distanciation sociale, quarantaine, fermeture des frontières, confinement ou encore port de masques.

Une campagne de prévention sanitaire, même si elle est pilotée par des autorités médicales spécialisées, est pétrie par un contexte historique, culturel, moral. Ce contexte conditionne les objectifs de la campagne, son « langage », les valeurs qu'elle porte implicitement ou explicitement. Toutes ces dimensions doivent donc être prises en compte pour apprécier, et si possible quantifier, l'efficience à long terme d'une campagne sanitaire. Pour être complexe en soi, l'évaluation des

effets d'une campagne de prévention l'est d'autant plus lorsque la maladie infectieuse à combattre est, comme l'a été la syphilis, une maladie qui touche à l'intime, une maladie honteuse, cachée, tue. Évaluer les effets, voire l'efficacité, d'une campagne de prévention sanitaire, est une entreprise délicate. Le cadre et le dispositif choisi pour mesurer l'efficacité risquent toujours de codéterminer le mesuré et, par conséquent, de produire l'attendu ou de réduire l'observé à ce qui est mesurable. Pourtant, la volonté d'évaluer empiriquement les effets des campagnes sanitaires est aussi ancienne que les campagnes elles-mêmes. Entre 1920 et 1922, le psychologue américain et l'un des pionniers du behaviorisme John B. Watson (1878-1958) conduit avec Karl Spencer Lashley (1890-1958) une étude de psychologie expérimentale dont l'objectif consiste à évaluer à partir du visionnage de deux films américains antisiphilitiques, *Fit to Win* et *End of the Road*, l'effet éducatif et émotionnel de ces éléments de campagnes d'information prophylactique sur un échantillon de spectateurs³. L'observation directe des spectateurs ainsi que les questionnaires écrits, juste après la

3 Karl S. Lashley et John B. Watson, *A Psychological Study of Motion Pictures in Relation to Venereal Disease Campaigns*, Washington, 1922. Pour le contexte dans une perspective de longue durée et du point de vue d'une histoire des émotions voir : Anja Laukötter, *Sex ichtig! Körperpolitik und Gefühlserziehung im Kino des 20. Jahrhunderts*, Göttingen, Wallstein, 2021, p. 100-108 ; Anja Laukötter, *Measuring Knowledge and Emotions. Audience Research in Educational Films at the Beginning of the Twentieth Century*, in Christian Bonah, David Cantor et Anja Laukötter (eds.), *Health Education Films in the Twentieth Century*, Rochester, Rochester University Press, 2018, p. 305-326.

projection et à nouveau après quelques mois, mettent en évidence, selon les auteurs, que les films ont la propriété de transmettre effectivement des connaissances sur la maladie, qu'ils corrigent néanmoins insuffisamment de fausses croyances, enfin que leur effet à long terme semble difficile à mettre en évidence.

Les pages qui suivent abordent cette question de l'efficacité de la prophylaxie en prenant pour cas d'école la lutte contre la syphilis. La réflexion proposée lie le passé de la prophylaxie infectieuse à des initiatives actuelles, et elle passe par des lieux significatifs aussi éloignés les uns des autres que la Suisse, le Brésil ou l'archipel pacifique du Vanuatu. Afin d'effectuer ces va-et-vient dans le temps et ces déplacements géographiques nécessaires à la bonne compréhension des enjeux, des réussites et des échecs de la prophylaxie antisyphilitique, nous avons opté pour une forme d'écriture collaborative. Nous avons cherché à faire dialoguer la perspective biomédicale avec l'histoire, le travail de terrain et les données de laboratoire. Notre réflexion se présente donc aussi comme une tentative d'*écrire* un document interdisciplinaire : en l'occurrence une strate de fond, qui constitue le fil rouge de notre réflexion, percée d'encarts qui sont autant de points de vue complémentaires permettant à la fois d'enrichir la réflexion et d'y instiller du jeu interprétatif.

I. L'action publique de
prévention, ou l'éternel
cycle investissement-
oubli sanitaire

Prophylaxie des maladies infectieuses : dispositif social et raccourci pharmaco-technique

Lorsque les chercheurs découvrent un traitement préventif ou curatif efficace contre une maladie infectieuse épidémique, l'action sociale et environnementale en amont, c'est-à-dire tout le dispositif prophylactique parfois lourd qui tend à anticiper d'éventuels cas futurs, apparaît soudain moins nécessaire, et se retrouve envoyée aux oubliettes.

De fait, un traitement apparaît souvent comme une solution pharmaco-technique, ou comme un raccourci qui permet d'éviter la lourdeur de l'armement prophylactique et du dispositif d'hygiène sociale. Autrement dit, la solution pharmaco-technique court-circuite ce qui, en matière d'hygiène, relève d'efforts sanitaires, sociaux et économiques individuels et collectifs. La prise en charge thérapeutique préventive ou curative s'avère donc souvent synonyme de démobilisation et de désarmement prophylactique : fermeture des dispensaires, suspension des visiteuses sanitaires, arrêt des enquêtes sociales ou de la surveillance épidémiologique. Elle annonce le repli de la prophylaxie sociale, observable sous la forme d'un désintérêt financier, d'un désengagement épidémiologique, d'une démobilisation sanitaire. Concrètement, cela entraîne deux effets principaux. Premièrement, la perte d'un savoir-faire d'enquête, d'une technologie de fabrication des messages préventifs (choix d'une

forme donnée en fonction d'un effet visé auprès d'un public ciblé) et de réseaux sentinelles de dépistage et de traçage. Deuxièmement, la relégation d'une maladie auparavant visible dans la catégorie des maladies que l'on qualifie aujourd'hui de négligées (*neglected diseases*⁴).

D'une épidémie à l'autre, ce phénomène de démobilisation nous condamne à une éternelle redécouverte et à une permanente réinvention de la prophylaxie. Un élément qui rend immédiatement visible ce caractère cyclique est le vocabulaire singulièrement stable qui, d'une campagne de prévention à l'autre, est employé pour dire la prophylaxie – celui de l'*armement* préventif, de la *guerre* contre la maladie, de l'*ennemi* à éradiquer –, comme si la modernité médicale peinait à s'affranchir de ses modes d'expression traditionnels et se retrouvait condamnée à redécouvrir les mots du passé pour dire les maux du présent.

Le problème, c'est qu'il arrive qu'un traitement (un antibiotique, ou une trithérapie par exemple) permette de contenir une maladie infectieuse, de ramener le nombre de cas à un niveau si bas que la maladie passe désormais en deçà du radar des autorités sanitaires. Le phénomène de démobilisation sanitaire et

4 Ce modèle tend à montrer que les maladies *neglected* peuvent l'être structurellement par désintérêt social, économique, politique, etc., mais elles peuvent aussi le devenir conjoncturellement ou temporairement pour des raisons épidémiologiques et médico-politiques motivées par une diminution du nombre de cas, de la morbidité ou de la mortalité qu'entraîne le raccourci pharmaco-technique.

de désinvestissement de la vigilance préventive s'observe, mais la maladie ne disparaît pas toujours, pas réellement, pas complètement. Elle se maintient alors à bas bruit, jusqu'à une possible réémergence, bien des années plus tard. L'éradication de la maladie n'est pas complète, mais la situation semble suffisamment maîtrisée pour que s'installent une certaine confiance et une certaine inattention, ou que l'attention se déplace ailleurs, ce qui fait le lit de la non-disparition de la maladie en question et, potentiellement, de son retour. C'est ce qui semble s'être produit avec la syphilis. Elle était partout crainte comme un fléau terrible pendant la première moitié du ^{xx}^e siècle. Les moyens mobilisés pour la combattre ont été gigantesques. Mais la diffusion de la pénicilline dès la fin des années 1940 a entraîné une baisse de la peur et une démobilisation sanitaire. De nos jours, après le Sida et l'attention nouvelle aux IST, et *a fortiori* depuis que la crainte liée au VIH est retombée, on se rend compte que la syphilis non seulement n'a jamais disparu, mais que le nombre de cas augmente en de multiples lieux sur la planète.

C'est ce modèle qui va d'un fléau à sa maîtrise (supposée) et de sa maîtrise à sa réémergence que nous souhaitons interroger ici.

La syphilis : un cas d'école

De fait, la prophylaxie antivénérienne connaît une sorte d'apogée entre la seconde moitié du ^{xix}^e siècle et la

première moitié du xx^{e} siècle, avec une multiplication inédite des supports de prévention et une créativité formelle sans précédent, incluant les romans, le théâtre, les affiches et le cinéma de propagande antisyphtilique. Il s'agissait de mettre en garde les populations des conséquences médicales et sociales importantes de la maladie⁵. Pour cause, à cette époque les traitements curatifs connus, comme le mercure, les dérivés de l'arsenic ou du bismuth, possèdent une efficacité limitée et restent lourds en complications secondaires. Au xix^{e} siècle, la tentative thérapeutique préventive de la *syphilisation*, copie de la variolisation pratiquée alors depuis quelques dizaines d'années, démontrait des effets guère plus favorables⁶.

Le traitement de la syphilis connaît une révolution dans l'immédiat après-Seconde Guerre mondiale : la diffusion de la pénicilline entraîne une forte diminution de la prévalence de la maladie, et l'on observe conjointement une démobilisation autour des stratégies de

5 Anna Lundberg, *Care and Coercion. Medical Knowledge, Social Policy and Patients with Venereal Disease in Sweden 1785-1903*, Umeå, Demographic Data Base, Umeå University, 1999.

6 Bertrand Taithe, «The Rise and Fall of European Syphilisation: The Debates on Human Experimentation and Vaccination of Syphilis», in F. C. Eder, L. Hall et G. Hekma (eds.), *Sexual Cultures in Europe. Themes in Sexuality*, Manchester University Press, 1999, p. 34-57; Alex Dracoby, «Theoretical Change and Therapeutic Innovation in the Treatment of Syphilis in Mid-Nineteenth-Century France», *Journal of the History of Medicine and the Allied Sciences*, 59 (2004), p. 522-554; Alex Dracoby, *Disciplining the Doctor. Medical Morality and Professionalism in Nineteenth-Century France*, PhD thesis, University of Chicago, 1996; Alex Dracoby, «Ethics and Experimentation on Human Subjects in Mid-Nineteenth-Century France: The Story of the 1859 Syphilis Experiments», *Bulletin of the History of Medicine*, 77 (2003), p. 332-366.

prévention. La prophylaxie se trouve éclip­sée, relé­guée au second plan par l'efficac­ité de l'antibiotique. Cette éclipse, qui, on le verra, tient beaucoup d'une forme de cécité sanitaire, sera particulière­ment longue puis­qu'elle s'étendra jus­que dans les années 2000. À ce moment, la recrudes­cence des cas de syphilis véné­rienne dans les grands centres urbains d'Europe et d'Amérique du Nord, ainsi que la persistance des syphi­lis congénitales dans d'autres régions du globe motive­ront à la fois une reprise des comptages interrompus dans les années 1980⁷ et un intérêt renouvelé envers la prévention de cette maladie.

Alors que d'aucuns la percevaient comme le reliquat d'un passé révolu, la syphilis, par son étonnant retour contemporain, montre que la rationalité étroitement biomédicale, fût-elle soutenue par un antibiotique

7 Voir le rapport publié par l'European Centre for Disease Prevention and Control, *Sexually Transmitted Infections in Europe 1990-2010*, Stockholm, ECDC, 2012; doi: 10.2900/59547. L'annexe 1: «Description of national STI surveillance systems» (p. 87 ss.) détaille, pays par pays, le type de surveillance mis en place. Les pays qui avaient abandonné les décomptes de cas de syphilis (France, Allemagne, Pays-Bas, Pologne, etc.) les ont réintroduits selon des modalités différentes (base volontaire ou obligatoire) dans les années 2000. La Suisse, hors Union européenne, a réintroduit la déclaration obligatoire des cas de syphilis en 2006. Le nombre de pays européens faisant remonter ses données de surveillance des IST auprès de l'ECDC est passé de 11 en 1990 à 23 en 2004 puis 30 en 2012 (voir European Centre for Disease Prevention and Control, *Sexually Transmitted Infections in Europe 2013*, Stockholm, ECDC, 2015, Table A3, p. 76; doi: 10.2900/910982). Aujourd'hui, la grande majorité des pays européens possèdent des systèmes de surveillance complets, seule une petite minorité conservant des systèmes «sentinelle» (voir European Centre for Disease Prevention and Control, *Syphilis and Congenital Syphilis in Europe. A Review of Epidemiological Trends (2007-2018) and Options for Response*, Stockholm, ECDC, 2019; doi: 10.2900/454006).

aussi puissant dans la durée que la pénicilline, peut se retrouver à long terme condamnée à l'échec face aux déterminants sociaux, culturels, économiques multiples d'une maladie infectieuse. Plus que le médicament, préventif ou curatif, la prévention sociale est toujours contrainte de réfléchir à la bonne diffusion de ses messages, à la forme et au ton qu'il faut employer, aux caractéristiques des publics auxquels elle s'adresse, et cela *a fortiori* pour une infection sexuellement transmise, socialement honteuse, comme la syphilis. Elle doit travailler ce que l'on désigne et que l'on circonscrit sous les termes d'*acceptabilité sociale*. La syphilis se présente donc comme un cas d'école parmi les « maladies infectieuses sans fin ». Elle permet d'interroger l'efficacité de l'éducation sanitaire et de la prophylaxie, prises dans leurs dimensions médicale, technique, sociale et culturelle. Elle s'offre enfin comme un modèle pour penser d'autres situations infectieuses contemporaines.

Démobilisation prophylactique dans l'après-Seconde Guerre mondiale

Alors que l'Europe de l'après-Seconde Guerre mondiale, en pleine reconstruction, oublie avec bonheur la terreur qu'inspirait autrefois la syphilis, quelques spécialistes sourcilleux s'inquiètent du fait que les foyers de la maladie ne sont pas entièrement éteints. Dans un ouvrage paru en 1958, *Les Maladies*

vénériennes : leur danger actuel et permanent, le Dr Sicard de Plauzoles (1872-1968), directeur de l'institut Alfred-Fournier⁸, dénonce le revirement de ses collègues qui ne considèrent désormais plus la syphilis que comme une maladie bénigne. « Un grand nombre de médecins éminents sous-estiment aujourd'hui l'importance du péril vénérien, écrit-il avant d'ajouter, pourtant il reste actuel et permanent⁹. » Plauzoles argumente chiffres à l'appui. Dans un premier temps, il reconnaît une diminution spectaculaire des cas de syphilis déclarée recensés en France entre 1946 (15 454 cas), 1948 (8 681 cas) et 1952 (1 874 cas). Mais à partir de 1953, prévient-il, la baisse s'interrompt. Loin de s'éteindre, la maladie subsiste sous forme de cas résiduels en nombre à peu près stable, et parfois même en augmentation d'une année à l'autre¹⁰.

Sur le territoire métropolitain, ce sont les grands centres urbains qui semblent sujets aux retours ponctuels du mal. Entre avril et juin 1948, par exemple, 938 des 2 313 cas de syphilis primo-secondaire sont déclarés dans le département de la Seine¹¹, c'est-à-dire

8 Fondé en 1923, cet institut qui déploie des antennes dans les principales villes de France se donne pour mission la lutte (dépistage et traitement) contre les maladies sexuellement transmissibles.

9 Justin Sicard de Plauzoles, *Les Maladies vénériennes. Leur danger actuel et permanent*, Paris, Éditions Néret, 1958, p. 8.

10 1946 : 15 454 cas ; 1947 : 12 255 cas ; 1948 : 8 681 cas ; 1949 : 4 819 cas ; 1950 : 2 703 cas ; 1951 : 1 998 cas ; 1952 : 1 874 cas ; 1953 : 1 282 cas ; 1954 : 1 222 cas ; 1955 : 1 156 cas ; 1956 : 1 452 cas (« Chiffres officiels des cas contagieux déclarés en France depuis 1946[-1956] » d'après Justin Sicard de Plauzoles, 1958).

11 *Bulletin de l'Institut national d'hygiène*, tome 4, n° 1, janvier-mars 1949, p. 53.

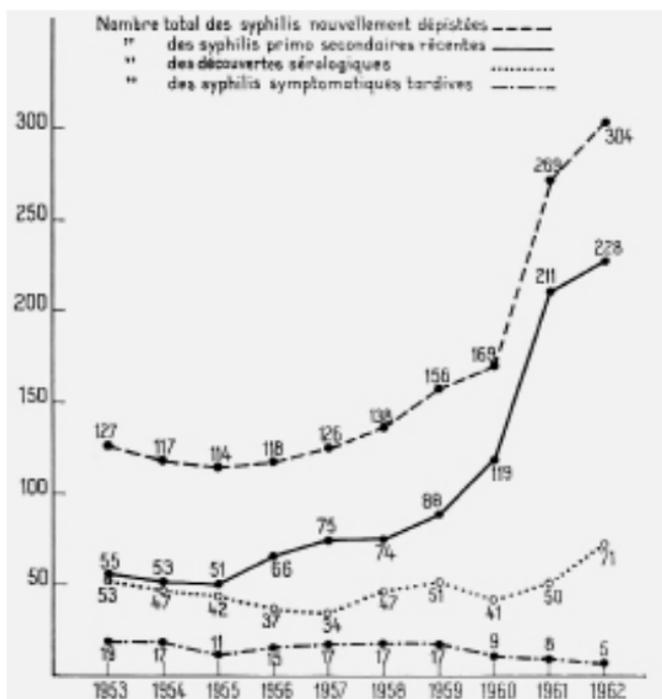
Paris et une partie de sa banlieue¹². Ce sont ensuite les départements les plus peuplés et urbanisés du pays qui déclarent un nombre significatif de cas: 147 pour le Rhône (Lyon) et 90 pour les Bouches-du-Rhône (Marseille). Sur la même période, les régions rurales de l'Ain, de la Creuse, du Cantal ou encore du Gers ne signalent pas de nouveaux cas de syphilis. Pour les années 1955 et 1956, Sicard de Plauzoles insiste: la recrudescence est « surtout importante dans le département de la Seine ». À ses yeux, l'optimisme thérapeutique et la démobilisation face à la syphilis sont donc dangereux. Aussi conclut-il: « La régression de la syphilis n'est pas aussi importante qu'il semble: la syphilis tend à devenir stationnaire et même à retrouver une nouvelle marche ascensionnelle. »

La remontée de la courbe se confirme dès les années suivantes. En 1963, Félix-Pierre Merklen (1901-1988), chef de service à l'hôpital Saint-Louis (Paris), constate au dispensaire Brocq « une indiscutable recrudescence de contaminations syphilitiques, spécialement masculines, parmi lesquelles l'origine homosexuelle est loin d'être négligeable »¹³. Dans une communication donnée à l'Académie de médecine avec pour titre « Importance de la recrudescence récente de la morbidité syphilitique », il fait remarquer l'augmentation

12 L'Île-de-France a connu une importante refonte administrative en 1964, passant de 3 départements (Seine, Seine-et-Oise, Seine-et-Marne) aux 8 actuels.

13 Félix-Pierre Merklen, « Importance de la recrudescence récente de la morbidité syphilitique », *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, 1963, 3^e série, tome 147, n° 26, p. 532-536.

ÉVOLUTION DE LA MORBIDITÉ SYPHILITIQUE DE 1953
À 1962 AU PAVILLON BROCC (HÔPITAL SAINT-LOUIS)



Félix-Pierre Merklen « Importance de la recrudescence récente de la morbidité syphilitique », in *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, 1963, 3^e série, tome 147, n° 26, p. 533.

devenue exponentielle des cas de syphilis en France entre 1958 (1 461 cas) et 1962 (5 608 cas). À l'appui de son assertion, il a compilé les données relatives aux nouvelles infections dans les registres du dispensaire de

l'hôpital (voir fig. ci-contre). Stable entre 1953 (127 cas) et 1957 (126)¹⁴, il relève une forte remontée du nombre de « syphilis nouvelles et nouvellement dépistées » jusqu'en 1960 (169 cas), puis un « véritable bond » en 1961 et 1962 (respectivement 269 et 304 cas). En conséquence de quoi le médecin recommande devant ses collègues « le maintien d'un armement antisyphilitique sans lequel serait sans nul doute encore beaucoup plus grande la recrudescence » de la syphilis¹⁵.

Les chiffres de Sicard de Plauzoles et de Merklen se limitent à la France des années 1950-1960. Néanmoins, le constat plus général d'une confiance excessive dans la disparition de la maladie, d'une inattention aux cas résiduels et finalement d'une surprise face à leur nouvelle augmentation s'observe ailleurs et à d'autres époques. Optimisme thérapeutique, démobilisation prophylactique et raccourci pharmaco-technique transforment d'ailleurs les schémas de l'infection – l'infection qui, dès lors, se déplace des groupes à risques (travailleurs du sexe, etc.) vers la population générale, avec l'apparition, dans le cadre de la libéralisation des mœurs des années 1960, de catégories tel(le)s les « ami(e)s de passage »¹⁶.

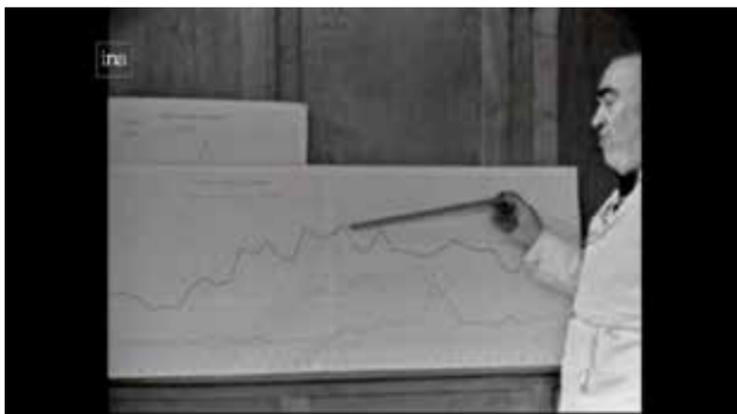
14 Avec, entre les deux, des années à 117, 114 et 118 syphilis nouvellement dépistées. *Ibid.*, p. 533.

15 *Ibid.*, p. 536.

16 Cette catégorie apparaît dans les années 1950 sous la plume de Robert Degos, dermatologue, chef de service de dermatologie à partir de 1951 à l'hôpital Saint-Louis et créateur de la chaire des maladies de la peau et de la syphilis, et d'André Siboulet, alors dermatologue à l'institut Alfred-Fournier.

En 1969, l'émission télévisée *Attention... aux maladies vénériennes* propose au public un entretien avec des médecins autour de la question des MST. Elle est diffusée dans le cadre de l'*Émission médicale*, rendez-vous télévisuel incontournable sur la santé depuis 1956, proposée par de grands pionniers de la télévision : Igor Barrère, Etienne Lalou et Pierre Desgraupes. En 1969, nous sommes dans une nouvelle phase de l'émission où, après s'être concentrée sur l'exploit chirurgical, elle élargit sa palette thématique et se préoccupe de plus en plus de questions qui concernent le quotidien des téléspectateurs, afin d'être socialement utile. Parmi les médecins conviés pour *Attention... aux maladies vénériennes* se trouve le Dr André Siboulet, alors dermatologue à l'institut Alfred-Fournier, qui fait part de sa connaissance de la maladie et des résultats d'une enquête caractérisant la population syphilitique (voir image ci-contre). Dans celle-ci, Saint-Germain-des-Prés, haut lieu du divertissement de la jeunesse, est désigné comme foyer de contamination. Siboulet montre sur le graphique la substitution des nouvelles infections syphilitiques par ce qu'il désigne dans l'émission comme des rencontres furtives d'une soirée « d'amis de passage » (ligne noire continue désignée) aux dépens de la forme de contamination classique (ligne pointillée en diminution, puis inférieure) par des travailleuses du sexe. Libération des mœurs, tourisme, « souvenirs de l'été français » et insouciance sont les caractéristiques de la nouvelle catégorie « amis de passage », désormais prioritairement responsable

ATTENTION...AUX MALADIES VÉNÉRIENNES



Igor Barrère, Etienne Lalou, Pierre Desgraupes, « Attention... aux maladies vénériennes », in *Émission médicale*, La Première, 1969.

de la recrudescence des infections syphilitiques, et qui en font une maladie sexuellement et socialement transmissible.

Les experts qui observent et chiffrent ce retour de la maladie restent inaudibles dans l'optimisme des Trente Glorieuses et leurs mises en garde restent lettre morte auprès des politiques ou dans les espaces de l'opinion publique. Ce savoir chiffré, produit à un moment où la mobilisation est passée, reste cloisonné dans un cénacle de spécialistes pour lesquels la prévention apparaît comme une montagne à réescalader. Après la démobilisation et la « désalerte » (sur le

modèle allemand de l'*Entwarnung*¹⁷⁾, tout est à refaire. Une mobilisation est aussi longue et coûteuse qu'une démobilisation peut être rapide et apparemment naturelle. La première requiert un effort considérable, la seconde se présente sous les espèces faciles d'une détente et une désagrégation spontanée. Raison pour laquelle le raccourci pharmaco-technique est si désiré et fonctionnel. Il semble restaurer un *avant*, désormais enrichi par l'artefact pharmaco-technique.

17 Le terme est utilisé en sûreté nucléaire, avec un état de *Warnung* en cas de danger et d'*Entwarnung* si le danger n'est pas confirmé ou passé.

II. Mobiles de la prévention
et « santé sexuelle » :
comment écrire une
histoire de la prophylaxie
de la syphilis de 1950
à nos jours ?

Dans la première moitié du xx^e siècle, la syphilis passe pour un péril global. Un film sanitaire de 1939 la présente encore comme *l'ennemi public numéro 1*¹⁸. La maladie fait peur, et en mobilisant cette peur comme une arme pour redresser les comportements à risque, la prophylaxie contribue aussi à la renforcer et à alimenter les stéréotypes sur lesquels elle se fonde : les classes dirigeantes et la norme bourgeoise ont intégré la hantise d'une contamination par le bas, d'une décomposition vénérienne que les travailleuses journalières, les ouvriers et les miséreux feraient remonter jusqu'aux couches élevées de la société. Selon le thème du *fumier populaire*, abondamment véhiculé par la littérature fin-de-siècle, le trottoir, l'estaminet et la salle de spectacle menacent la stabilité du foyer.

La pénicilline, le Sida et l'invisibilisation de la syphilis

Mais dès le milieu du xx^e siècle et la production industrielle de pénicilline, la syphilis perd son funeste statut de fléau social. Elle est de moins en moins souvent associée à cette image-symbole de la mort masquée sous le désir et le plaisir des sens, pour progressivement se fondre dans le groupe peu différencié aux yeux du grand public des autres IST. En matière de prévention de santé publique, seuls persistent dans

18 *La Syphilis, l'ennemi public n° 1*, réal. Lucien Jame et S. M. Roulet, France, 1939.

la seconde moitié du xx^e siècle le dépistage systématique des femmes enceintes afin de prévenir la syphilis congénitale et éventuellement un test biologique dans le cadre d'un certificat prénuptial. L'âge d'or du cinéma antivénérien est lui aussi bien révolu. La syphilis, en somme, occupe désormais dans l'opinion publique la place d'une maladie des marges de la société, ce qui tranche singulièrement avec la panique colossale qu'elle suscitait avant guerre.

Cette perte de visibilité sociale et épidémiologique de la syphilis se trouve encore accrue dans les années 1980, lorsque le Sida occupe l'espace médiatique mondial et qu'il mobilise l'essentiel des politiques de prévention en matière de santé sexuelle. Un phénomène épidémique en cache un autre. Les maladies sont en concurrence sur le marché de la santé et sur la scène publique télévisuelle des années 1980. De la pénicilline au Sida, entre la fin d'une grande peur générationnelle en matière de sexualité et l'avènement de l'autre, l'histoire de la syphilis se présente donc comme celle d'un oubli, d'un voile que l'actuelle réémergence de la maladie nous contraint (péniblement) de lever.

Dans l'Europe des Trente Glorieuses, de la confiance dans l'éradication des maladies par l'OMS et de la libération sexuelle, l'attention envers la syphilis de la part du grand public et des instances officielles en charge de la santé s'étiole. À cette période, les données se font de plus en plus rares alors même que la maladie ne disparaît pas. Cette période de *désarmement prophylactique* constitue à la fois une difficulté et un motif

d'interrogation. Pour citer encore Sicard de Plauzoles, « si la syphilis est maintenant moins fréquente et moins redoutable, c'est grâce aux efforts de ceux qui en ont dénoncé le péril, qui ont averti le grand public et invité les pouvoirs responsables à organiser la lutte contre ce fléau¹⁹ ». Il met ainsi en garde contre le fait de reléguer une problématique sociale à une perspective uniquement (bio)médicale et pharmaco-technique, quand bien même une épidémie paraît contenue. Ses prédictions se sont confirmées au cours des années suivantes, les cas de syphilis remontant en flèche dans les années 1960 : un paradoxe pour une « génération pénicilline », qui se révèle moins inquiète, moins informée et prenant moins de précautions²⁰.

Toutes proportions gardées, la préoccupation massive engendrée par le Sida à partir des années 1980 maintiendra les autres MST dans une sorte de pénombre indissociée. Même dans les années 2000, lorsque le Sida – devenu VIH – sera progressivement banalisé au sein des autres IST et que, dans le sillage des trithérapies efficaces, il deviendra à son tour thérapeutiquement maîtrisable, la syphilis ne sortira pas du

19 Justin Sicard de Plauzoles, *Les Maladies vénériennes...*, op. cit., p. 7-8.

20 L'utilisation médicale massive de pénicilline est alimentée par l'effort de guerre américain entre 1941 et 1944. La production de masse démarre à la fin de la guerre et la mise au point de la pénicilline G injectable ouvre la voie vers le traitement efficace de la syphilis. Robert Bud, *Penicillin. Triumph and Tragedy*, Oxford, Oxford University Press, 2007 ; Jean-Paul Gaudillière, « Entre biologistes, militaires et industriels : l'introduction de la pénicilline en France à la Libération », *La Revue pour l'histoire du CNRS* [En ligne], 7 (2002) ; doi: 10.4000/histoire-cnrs.536.

giron de cette IST, pourtant sa cadette mais à l'avant-scène de la peur en matière de maladies sexuelles. La prévalence du Sida, son omniprésence médiatique et sociale, les mobilisations d'associations de patients feront que jusqu'à aujourd'hui il reste difficile d'envisager et de traiter la syphilis indépendamment du Sida/VIH ou des IST dans leur globalité. L'association avec la question du VIH apparaît à la fois comme une solution au défi représenté par la résurgence de la syphilis, les mobilisations autour du premier pouvant bénéficier à la prévention de cette dernière, et en même temps comme un obstacle pour sa visibilité dans la sphère publique, au-delà du seul champ médical. La syphilis ne reprendra ni son statut de MST prééminente, ni son image de maladie-métaphore, emblématique d'une époque et justifiant quasiment à elle seule l'existence d'une spécialisation clinique telle que la dermato-vénérologie, fondamentale dans l'histoire médicale de la fin du XIX^e et du XX^e siècle.

La prophylaxie de la syphilis laisse apparaître des phases de mobilisation et démobilité qui ne sont pas toujours liées à la prévalence de la maladie dans une société. Déplacer la focale sur différentes échelles laisse percevoir la manière dont les « compétitions pathocéniques »²¹ influencent les phases de mobilisation et

21 Mirko D. Grmek, «Préliminaires d'une étude historique des maladies», *Annales ESC*, 24 (1969), p. 1437-83; Joël Coste, Bernardino Fantini et Louise L. Lambrichs (éd.), *Le Concept de pathocénose de M. D. Grmek. Une conceptualisation de l'histoire des maladies*, Genève, Droz, 2016.

1. POINT DE VUE DE L'HISTOIRE DES MÉDIAS

La génération pénicilline

Christian Bonah & Joël Danet (Université de Strasbourg)

La mobilisation sanitaire et le développement puis la distribution massive de la pénicilline à la sortie de la Seconde Guerre mondiale entraînent très rapidement une forte diminution de la prévalence de la maladie. Le « raccourci pénicilline » éclipse dans une population, qui n'est plus marquée par l'incurabilité et la mortalité de la syphilis, la besogneuse prophylaxie contre la maladie et la tonitruante communication antisiphilitique des années d'entre-deux-guerres et de la Seconde Guerre mondiale. À partir de 1950, on observe rapidement une démobilisation autour des stratégies de prévention. Concernant les populations cibles de la prophylaxie, celles qu'atteint potentiellement l'infection, on constate que la cohorte d'individus nés après 1930, entrant en âge d'activité sexuelle après guerre, n'est plus marquée par la terreur qui avait été créée par les dispositifs communicationnels de prévention autant que par la syphilis elle-même auprès de leurs parents. La transformation de la perception de la syphilis et plus largement des MST entre 1945 et 1983 crée un phénomène social caractérisé par des comportements qui tranchent avec ceux des générations précédentes. La période des Trente Glorieuses voit arriver ce que le Dr Touraine de l'hôpital Saint-Louis, centre spécialisé dans la lutte contre les maladies vénériennes, appelle la « génération pénicilline », soit une population

ATTENTION...AUX MALADIES VÉNÉRIENNES



Igor Barrère, Etienne Lalou, Pierre Desgraupes, « Attention... aux maladies vénériennes », in *Émission médicale*, La Première, 1969.

MALADIES D'AMOUR : DANGER



A. Veyret, M. Chardon, J. Merlinot, A. Siboulet, G. Tordjman, « Maladie d'amour: danger », in *Aujourd'hui la vie*, La Deuxième, 1983.

âgée de 20 ans pour laquelle la syphilis a perdu sa réalité, sa gravité et son caractère effrayant constitutif de la période de l'entre-deux-guerres. La transition est rapide, brutale. L'oubli et la démobilisation défont en quelques années ce que la propagande sanitaire a construit laborieusement pendant des décennies. Pour la génération pénicilline, le fléau d'antan n'en est plus un, et la syphilis fait partie d'un « paquet » de MST maîtrisables et maîtrisées, du moins en apparence. Quand, à partir des années 1960, compte tenu de la recrudescence des personnes infectées sexuellement, de nouvelles campagnes de sensibilisation semblent devenir nécessaires, le cadre de référence a profondément changé. La syphilis a perdu son statut singulier puisque la pénicilline l'a intégrée dans une multiplicité de menaces sexuellement transmissibles pour laquelle la tâche de prévention est plus difficile parce qu'elle doit prendre en charge un message plus complexe à transmettre, au risque d'accabler le public auquel il est adressé, d'une part. Par ailleurs, la télévision avec ses propres codes de production est devenue un espace privilégié de la communication publique. Les médecins qui interviennent dans ses émissions pour adresser à nouveaux frais un message de prévention contre les MST à la génération pénicilline se trouvent face à un difficile exercice. En 1969, dans une émission de la série des *Médicales* tournée à l'hôpital Saint-Louis, le Pr Siboulet, après quarante-deux minutes d'explications sur la persistance du danger de la syphilis, entame un exposé sur la blennorragie qu'il désigne également par « gonococcie » comme s'il s'agissait de

perdre pour de bon le téléspectateur. En 1983, sur le plateau de l'émission de société *Aujourd'hui la vie*, le même Pr Siboulet, auquel il a été demandé de présenter la syphilis en cinq minutes enchâssées dans un talk-show, doit s'acquitter des autres infections dans le même laps de temps. « On fait des flashes ! » déplore-t-il. Ce qui ne l'empêche pas de multiplier les périphrases, les termes spécialistes et les afféteries. À quatorze ans de distance, la problématique demeure : alerter d'un danger, qui recouvre une notion (les MST) compliquée à assimiler, une génération de téléspectateurs pour lesquels le danger reste peu perceptible : la génération pénicilline vit une trêve des infections sexuellement transmissibles achetée par les Trente Glorieuses de l'innovation pharmaceutique sur fond de belle époque de la révolution sexuelle. Mais les générations passent. Sur le plateau de l'émission de société *Aujourd'hui la vie* pointe, sans que le changement soit encore véritablement perçu, une maladie encore caractérisée en 1983 par le présentateur comme récente, lointaine et marginale, et qui pourtant caractérisera la prochaine : la génération Sida.

de démobilisation face à la syphilis. À l'échelle locale, la présence d'IST concurrentes peut tout autant contribuer à invisibiliser la syphilis qu'à favoriser sa prévention, ainsi que nous l'avons évoqué au sujet du Sida. Elle peut aussi rediriger l'attention vers d'autres enjeux prophylactiques, par exemple l'élimination des moustiques impliqués dans la diffusion du virus Zika au Brésil en 2015-2016, au détriment d'une information sur les risques de transmission sexuelle²².

Les peurs comme moteur : recul et retour

Les propos tenus par Sicard de Plauzoles au sujet de l'écran de fumée engendré par la disparition supposée de la syphilis après guerre font écho aux enjeux de la prophylaxie de la syphilis de nos jours. La propension à intégrer la syphilis dans un programme plus large de prévention des IST paraît être la conséquence d'un « recul de la peur » dans un monde postpénicilline où être testé positif n'est plus perçu comme un danger imminent²³, et où l'ignorance concernant cette maladie – la méconnaissance de ses signes cliniques par la population en

22 Voir Kirsten Ostherr, « Zika Virus, Global Health Communication, and Dataveillance », in Christian Bonah et Anja Laukötter (eds), *Body, Capital, and Screens. Visual Media and the Healthy Self in the 20th Century*, Amsterdam, Amsterdam University Press, 2020, p. 305-334 ; Ilana Löwy, *Zika no Brasil: História recente de uma epidemia*, Rio de Janeiro, SciELO – Editora Fiocruz, 2019 ; doi: 10.7476/9786557080634.

23 Ilana Löwy, « Les "Faits scientifiques" et leur public: l'histoire de la détection de la syphilis », *Revue de synthèse*, n° 116 (1995), p. 27-54.

général et même par de nombreux praticiens – n’est plus perçue comme un problème. Ici encore, l’épidémie de VIH/Sida à partir des années 1980 s’impose comme la source première de peur envers les infections sexuellement transmissibles. La peur de la contamination, à travers la peur de l’Autre – celui qui vient d’ailleurs: le Haïtien ou l’Africain; celui qui a un mode de vie différent: l’homosexuel; celui qui ne se contrôle plus: le drogué par intraveineuse –, constitue même un marqueur de l’histoire du Sida. Néanmoins, alors même qu’elle a durablement investi les campagnes de prévention et les imaginaires collectifs, la peur n’est pas le seul vecteur de la prophylaxie. Le point de vue de la démographie est ici éclairant. La mise en place pragmatique de politiques de gestion des risques sous forme de programmes de substitution de seringues stériles pour une population spécifique cible, localisée et bien circonscrite, montre des effets surprenants. Et elle amorce un déclin quantifiable de la maladie bien avant l’arrivée de la trithérapie efficace.

Dans les années 2010, la peur s’est déplacée sur des menaces épidémiques certes spectaculaires mais lointaines (des fièvres hémorragiques tel Ebola ou la maladie à virus Marburg). En 2020-2021, c’est la Covid-19 qui quasiment à elle seule nourrit toutes les craintes médiatiques et scientifiques. Ces exemples ne sont toutefois que partiellement comparables avec les cas de la syphilis et du Sida, pour lesquels une ou plusieurs générations de jeunes adultes ont grandi sous la

2. POINT DE VUE DE LA DÉMOGRAPHIE

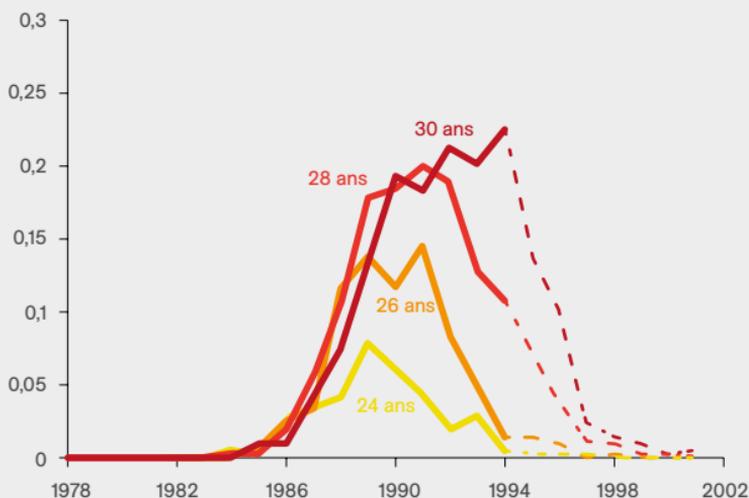
L'inversion de la courbe du Sida avant la trithérapie

Christophe Bergouignan (Université de Bordeaux)

À la fin des années 1980, la mise au point de tests sérologiques de diagnostic de l'infection par le VIH offrait une nouvelle option pour rendre compte de la dynamique de la pandémie. Pourtant, dans beaucoup de pays, dont la France, il faudra attendre le début des années 2000 (2003 pour la France, malgré quelques expérimentations régionales) pour que les tests sérologiques (couplés avec des tests antigéniques à partir de 2008) deviennent l'outil principal de suivi épidémiologique de l'infection par le VIH. Jusqu'en 2003, c'est donc la déclaration des cas de Sida qui, en France, constituait le moyen par lequel était mesurée la diffusion de l'infection par le VIH dans la population. À partir des années 1996/1997, le recours généralisé aux multithérapies antirétrovirales, stratégie efficace pour empêcher la survenue, à courte ou moyenne échéance, du décès et du stade Sida, rend inadéquate l'utilisation des cas de Sida pour témoigner de la dynamique épidémique en France. La très forte baisse de la mortalité et de l'incidence des cas de Sida dans la 2^e partie des années 1990 résulte de cette efficacité thérapeutique. En examinant les courbes d'évolutions des taux d'entrée dans le Sida par mode de contamination et par âge ou par génération, on remarque cependant de fortes baisses survenant quelques années

CONTAMINATION PAR USAGE DE DROGUES INJECTÉES

Taux par âge masculins d'entrée dans le Sida
(pour 1000).



Les courbes en pointillés représentent les taux d'entrée dans le Sida correspondant à des périodes où la prescription des multithérapies antirétrovirales avant l'entrée dans le Sida permet d'éviter ou de retarder très fortement celle-ci.

Elles correspondent donc à des périodes où les taux d'entrée dans le Sida ne permettent pas de rendre compte de la dynamique passée de l'épidémie. Au contraire, les courbes en traits pleins correspondent à des périodes où les taux d'entrée dans le Sida permettent de rendre compte de la dynamique de l'épidémie sept à onze ans auparavant.

Bergouignan C. Sources : Système de déclaration des cas de Sida (InVS).
Estimations de population (INSEE).

avant (de 1990 à 1995) cette généralisation du recours aux multithérapies antirétrovirales. Cette diminution précédant la capacité thérapeutique de retarder ou d'empêcher la survenue du Sida chez les personnes infectées par le VIH, donc indépendante de cette capacité, s'observe principalement pour les contaminations par usage de drogues injectées, et concerne les générations nées après 1965. À la différence des précédentes, ces générations nées à partir de la fin des années 1960 ont pu, lors de leur entrée dans les âges d'exposition à une infection par le VIH *via* l'usage de drogues injectées, bénéficier des décrets Barzach de 1987 rendant plus facile l'accès à du matériel d'injection permettant de réduire très fortement les risques de contamination. Il est également possible que ces générations nées à partir de la fin des années 1960, aient moins eu recours à l'injection de drogues que celles nées de la fin des années 1950 au début des années 1960. Cet effet de génération très marqué en termes d'incidence des cas de Sida associés à une contamination par usage de drogues injectées, l'est encore plus s'agissant des étrangers d'Afrique du Nord, illustration possible d'une plus grande efficacité des actions de réduction des risques concernant des populations fortement concentrées sur le plan géographique. Plus généralement, cet effet d'âge et de génération montre qu'il est plus aisé d'agir en réduction des risques sur un comportement d'exposition très concentré dans les âges (ici l'entrée dans la vie adulte), le renouvellement des générations permettant de « casser » la dynamique de diffusion de l'infection par le VIH.

Cette réduction rapide, dans les générations nées à partir de la fin des années 1960, des infections par le VIH lors de l'usage de drogues injectées confirme qu'il est plus facile d'intervenir en prévention sur un comportement rare et substituable (comme l'usage de drogues injectées) que sur un comportement très répandu et, *a priori*, peu substituable (comme les relations sexuelles).

menace omniprésente d'une pathologie transmise par l'acte sexuel. Chaque maladie possède des caractéristiques propres, irréductibles, et peu d'autres IST ont atteint les niveaux de peur suscités par la syphilis. En atteste par exemple la blennorragie, cette « chaude-pisse » prêtant à l'allusion potache et longtemps perçue comme un simple désagrément d'internat nécessitant peu d'attention médicale.

Dans le cas de la syphilis comme plus tard du Sida, la peur a servi de moteur à la prophylaxie. Souvent sous forme d'une médicalisation de la morale dominante, plus rarement en donnant lieu à un affranchissement moral où la pragmatique prophylactique concède qu'il vaut mieux procurer des seringues propres à des usagers de drogues injectables que de les exposer à une double peine de dépendance et de contamination. Dès lors que le moteur de la peur n'existe plus, sur quoi la prophylaxie peut-elle prendre appui ?

Prophylaxie et morale

La prophylaxie des IST se distingue de celle des autres maladies infectieuses par l'intensité des débats moraux qu'elle suscite invariablement. La syphilis d'avant la Seconde Guerre mondiale est par excellence la maladie dite « honteuse ». La propagande antisiphilitique tente de lutter contre ce stéréotype, mais son action est ambiguë car à force de le dénoncer, elle contribue à le véhiculer.

Les débats moraux sont étroitement liés aux questions de financement. Les IST sont souvent perçues comme des maladies-sanctions, et l'idée que la société prenne en charge le comportement de « mauvais malades », autrement dit qu'elle cautionne la débauche de quelques dépravés en endossant le financement de leur santé, entraîne de nombreuses levées de boucliers. La syphilis, hier, était imputée aux prostituées. Aujourd'hui, elle est trop facilement associée à quelques groupes pointés du doigt, du fait de leur origine géographique ou de leur orientation sexuelle.

Dans les années 2010, la prophylaxie pré- et postexposition au VIH a concentré sur elle un certain nombre de crispations morales similaires. La PrEP (prophylaxie pré-exposition) consiste en un traitement préventif composé de médicaments antirétroviraux, capable de réduire très efficacement le risque de contracter le VIH. La PPE (prophylaxie postexposition) est quant à elle destinée à prévenir la transmission chez une personne séronégative ayant été potentiellement exposée dans les heures ou jours précédents. Il faut noter que la PrEP comme la PPE sont sans effet sur la syphilis, la gonorrhée, la chlamydia ou les hépatites. Cependant des dispositifs similaires sont actuellement à l'étude pour d'autres IST, notamment la syphilis. Censée anticiper les risques de contamination, la PrEP destinée à prévenir l'infection par le VIH a parfois été considérée comme un blanc-seing – onéreux – à l'immoralité en particulier des HSH, les hommes qui ont du sexe

AYEZ TOUJOURS UN COUP D'AVANCE AVEC LA PREP

Publiée en 2018 par Santé publique France, il s'agit d'une « affiche à destination des hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes pour la promotion de la prévention diversifiée ».

AYEZ TOUJOURS UN COUP D'AVANCE
AVEC LA PREP
Le comprimé
qui vous protège du VIH

Préservatifs | PrEP | TASP | TPE
Aujourd'hui, chacun peut choisir sa protection.
ANRS
Santé publique France

Santé publique France, *Ayez toujours un coup d'avance avec la PrEP. Le comprimé qui vous protège du VIH*, 60 x 80 cm.

avec des hommes, et son utilisation fait encore l'objet de contestations au sein même de la communauté médicale.

Les populations identifiées comme étant « à la marge » constituent un cœur de cible incontestable pour les stratégies de prévention depuis 1900. Dans la terminologie officielle, les marginaux d'hier sont devenus les populations vulnérables d'aujourd'hui. Les prostituées, perçues comme un des principaux moteurs de la contagion dans la première moitié du xx^e siècle, ont laissé place à une nouvelle catégorie construite : celle des travailleuses et des travailleurs du sexe (TDS).

Concernant les hommes, la citation, plus haut, dans laquelle en 1963 le Dr Merklen insiste sur « l'origine homosexuelle » masculine de la recrudescence des contaminations marque un changement. Le syphilitique de la première moitié du xx^e siècle, dans le discours officiel des politiques et des médecins, était en effet plutôt assimilé à l'inconséquence hétérosexuelle de l'« homme à femmes » : le mari volage, l'étudiant bravache, le militaire en permission ou encore le séducteur. Dans la seconde moitié du siècle, l'incrimination porte progressivement sur les homosexuels. Dans les années 1970-1980, les gays sont stigmatisés, comme nous le rappellent les noms initialement attribués à ce qui deviendra le Sida : *gay cancer* ou GRID pour *Gay-Related Immunodeficiency Disease*. Dans ce contexte, la maladie devient le signe de comportements et d'une manière de vivre considérés par une majorité comme

3. POINT DE VUE DE LA MÉDECINE PRÉVENTIVE

La PrEP, pour qui ?

David Rey (Hôpitaux universitaires de Strasbourg)

La prévention de la transmission du VIH repose en 2020 sur un pilier comportemental et un pilier biomédical, au sein duquel le traitement des personnes vivant avec le VIH (*Treatment as Prevention* ou TasP) et la *Pre-exposure Prophylaxis* (PrEP) a un rôle essentiel. Le dépistage et le traitement des autres infections sexuellement transmissibles (IST), le dépistage du VIH lui-même complètent ce concept de prévention diversifiée.

La PrEP est autorisée en France depuis début 2016, et au 30 juin 2020, un peu plus de 32 000 personnes avaient initié un traitement par emtricitabine/tenofovir dans cette indication en France.

La PrEP est recommandée pour les personnes très exposées au risque de contamination par le VIH. Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) en sont à ce jour les principaux utilisateurs. Toute personne HSH ou transgenre non infectée par le VIH est potentiellement éligible ; certains critères, non indispensables, peuvent aider à identifier les individus à plus haut risque : rapports sexuels (RS) anaes non protégés avec au moins 2 partenaires sexuels différents dans les six derniers mois, plusieurs épisodes d'IST ou de recours au TPE dans les douze derniers mois, usage de drogues psychoactives lors des RS. Mais la PrEP doit être évoquée avec tout HSH, et il faut prendre en considération

non seulement le comportement sexuel passé, mais aussi à venir et ne pas méconnaître des situations à risque de RS non protégés.

Une PrEP peut être envisagée au cas par cas chez les sujets en situation de prostitution soumis à des RS non protégés, les sujets en situation de vulnérabilité exposant à des RS non protégés avec des personnes appartenant à un groupe à prévalence élevée.

La PrEP peut aussi s'adresser à la population migrante, notamment d'Afrique subsaharienne, dont une partie s'infecte par le VIH après l'arrivée en France. En effet ces personnes cumulent des facteurs de vulnérabilité : dynamique de l'épidémie à VIH plus importante, précarité pendant et après le parcours migratoire, violences, moins d'accès à l'information.

se situant en marge de la norme sociale, comme un stigmate justifiant le rejet ou la mise à l'écart des porteurs.

Or l'histoire de la communauté gay montre qu'un groupe vulnérable peut devenir influent et, pour ainsi dire, dominant. En matière de santé, dans nos sociétés occidentales, les gays sont ceux qui, des minorités sexuelles, sont les plus structurés, les plus appuyés juridiquement et bénéficient d'un capital socioculturel et économique généralement élevé. Dès les années 1960, aux États-Unis et en France par exemple, s'affirment des mouvements de revendication des droits et des libertés des homosexuels. Ces structurations de groupes constituent un socle important pour les mobilisations autour de la question du VIH/Sida dans les années 1980²⁴. Judicieusement regroupées en associations et en groupes d'intérêts, les communautés les plus visibles occultent – malgré elles – d'autres populations plus vulnérables, moins nombreuses, moins structurées et plus précaires : les femmes enceintes migrantes, les travailleurs du sexe clandestins, etc. La marginalité s'est déplacée, créant d'autres poches propices au développement des IST.

Le souhait d'identifier et de tester des populations « à risque » ne va pas sans une certaine stigmatisation, qui tient au fait que c'est la nature même de leur activité qui signale ces populations. Les HSH, désignant « tous les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres

24 Janine Barbot, *Les Malades en mouvement. La médecine et la science à l'épreuve du sida*, Paris, Balland, 2002 ; Sébastien Dalgalarondo, *Sida : la course aux molécules*, Paris, Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales, 2015.

hommes, sans tenir compte du fait qu'ils se reconnaissent comme hétérosexuels, bisexuels ou homosexuels »²⁵, sont un groupe au cœur de l'attention dans la prévention du Sida. Les HSH sont identifiés comme « à risque » et constituent la principale « clientèle » de la PrEP. Il s'agit d'une catégorie construite, définie dans un cadre médical, qui peut s'avérer problématique en dehors de celui-ci. D'une part car elle n'est pas forcément en adéquation avec la perception de soi des premiers concernés ; d'autre part car elle tend à biaiser par simplification l'origine de l'infection par une IST chez des individus aux facteurs de risque multiples (HSH, TDS, consommateurs de drogue par injection).

Les groupes d'intérêts qui se structurent autour de ces problématiques demeurent pourtant une clé de la réussite des campagnes de prévention. Au Brésil, par exemple, la participation active d'associations défendant les droits des gays ou des travailleurs du sexe explique en partie les succès rencontrés face au VIH avant l'ère Jair Bolsonaro (voir le point 5). La campagne de prévention *Se rolar, use Camisinha* (« Si cela arrive, utilisez un préservatif ») du ministère de la Santé du Brésil, lancée le 2 février 2012 à l'occasion du Carnaval, a notamment marqué les esprits en ciblant pour la première fois les travestis, en plus des populations habituellement visées : les jeunes hétérosexuels et HSH. Outre l'usage de préservatif, cette campagne invite

25 www.sidaction.org/glossaire/hsh

4. POINT DE VUE ASSOCIATIF ET DE DÉFENSE DES PATIENTS

VIH, de qui faut-il s'occuper ?

Philippe Malfrait (AIDES Grand-Est)

Depuis vingt ans que je fais ce métier de terrain, le nombre de nouvelles découvertes de séropositivité au VIH n'a pas varié. Chaque année, on découvre 200 nouvelles personnes atteintes par le virus dans la région française du Grand-Est. Cela prouve que la politique de prévention fonctionne mais nous ne parvenons pas à passer sous ce seuil. Jusqu'à peu, nous pensions que pour crever ce plancher, il fallait mettre beaucoup plus de moyens humains et financiers. Aujourd'hui, nous savons qu'abaisser ce seuil est possible en réorientant les politiques publiques. Le virus se propage dans des populations spécifiques d'année en année (les chiffres de la dynamique épidémiologique le montrent) :

- les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes (40 à 50 %);
- les migrants originaires de pays à forte prévalence (30 %);
- les consommateurs de produits psychoactifs (1 à 2 % chaque année);

Dans la région de Londres, où la dynamique est la même, les Anglais ont réussi à faire baisser durablement l'incidence en changeant leur fusil d'épaule: d'une politique de prévention grand public, ils sont passés à une prévention ciblée en fonction des facteurs de risque.

Leur recette repose sur deux ingrédients :

- identifier les populations vulnérables et augmenter la fréquence de dépistage de ces personnes, ce qui permet d'éviter les diagnostics tardifs, facteurs de propagation du virus ;
- proposer la prophylaxie pré-exposition (PrEP) aux personnes présentant des facteurs de risque. Ce médicament, pris en amont de la prise de risque, permet de supprimer le risque de contracter le virus (associé à un dépistage régulier des IST).

aussi celles et ceux qui auraient eu des rapports non protégés à « ne pas rester dans le doute » et à se faire dépister vis-à-vis du VIH, de la syphilis et des hépatites.

On voit bien là que le paradigme préventif de l'État-nation, qui prend en charge la santé sexuelle de ses citoyens pour assurer la qualité collective du vivier humain, est révolu. Désormais, la prophylaxie s'adresse à des individus libres gestionnaires de leur sexualité et de leur santé. Nous sommes passés d'une prophylaxie des devoirs – axée sur des collectifs et fondée sur des valeurs telles que le patriotisme et la natalité – à une prophylaxie des droits – valorisant l'individu et respectant les choix de partenaires et de pratiques.

Santé sexuelle et épanouissement personnel

En changeant d'interlocuteurs, c'est-à-dire non plus les soldats, les prostituées ou les maris volages (la cohérence de ces groupes fût-elle artificiellement produite par la police sanitaire elle-même) mais des acteurs individuels et libres de leurs choix sexuels, la prophylaxie en soi a changé de rôle : autrefois chaperon protecteur paternaliste brandissant la peur, désormais pourvoyeur d'informations censées promouvoir des choix individuels « rationnels ». Les années 1970 constituent le point de départ de la « sexologie contemporaine ». La légalisation de la contraception, de l'avortement et l'éducation sexuelle de masse permettent et témoignent d'une nouvelle perception de la

sexualité : elle ne concerne plus seulement la reproduction et les MST mais de plus en plus l'épanouissement et la satisfaction personnels. Le champ de la sexologie commence à se définir plus précisément en se dotant d'un objet de recherche : le plaisir sexuel, et ce grâce à l'influence de chercheurs comportementalistes américains tels que Alfred Kinsey (1894-1956) ou William Masters (1915-2001) et Virginia Johnson (1925-2013) qui étudient la sexualité à travers cet enjeu²⁶. Le rapport Kinsey fonde la sexologie contemporaine avec ses objectifs « de produire ni un tableau clinique des normalités ou déviations sexuelles [...], ni une théorie de la libération [...] mais, plus modestement, de broser à grands traits un tableau des pratiques sexuelles des contemporains, à partir d'un large échantillon de la population²⁷ ». Toutefois, malgré cette évolution, des éléments caractéristiques de l'ancienne prophylaxie morale perdurent. Ainsi, le caractère injonctif de la prévention sanitaire demeure présent sous la forme inattendue et pas forcément recherchée de la sommation à la jouissance et au consumérisme de la chair²⁸.

26 Alain Giami, « Santé sexuelle : la médicalisation de la sexualité et du bien-être », *Le Journal des psychologues*, 2007/7 (n° 250), p. 56-60 ; doi: 10.3917/jdp.250.0056.

27 Le rapport Kinsey comprend deux livres : *Sexual Behavior in the Human Male* (1948) et *Sexual Behavior in the Human Female* (1953). Sylvie Chaperon, « Kinsey en France : les sexualités féminine et masculine en débat », *Le Mouvement social*, 2002/1 (n° 198), p. 91-110 ; doi: 10.3917/lms.198.0091.

28 Voir section suivante *L'Épanouissement sexuel, partout et à tout âge*.

AFFICHES DE PRÉVENTION DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ
DU BRÉSIL

Campagne *Se rolar, use Camisinha* (« Si cela arrive, utilisez un préservatif »), février 2012.





Traduction :

Isso rola muito. Esperar por isso não rola. / « Cela arrive souvent. Attendre que cela se produise ne fonctionne pas. »

Na empolgação rola de tudo. Só não rola sem caminha. Tenha sempre a sua. / « Dans l'excitation tout peut arriver. Mais ne le faites pas sans préservatif. Ayez toujours le vôtre. »

La notion de « santé positive » s'est également imposée dans le domaine de la santé sexuelle à partir des années 1970. Elle consiste à ne pas restreindre la santé sexuelle à l'absence de maladies ou d'infirmités, et au contraire à l'ouvrir à un état de bien-être psychique et social. Elle va de pair avec la différenciation entre le volet reproductif et le volet hédoniste de la sexualité, longtemps étroitement associés. Une représentation validée par l'OMS, qui met le respect des droits sexuels, la sécurité et la notion de plaisir au cœur de sa propre définition. Cette idée de la santé sexuelle a pu participer à l'invisibilisation de la syphilis, tout comme le

5. POINT DE VUE DE L'ANTHROPOLOGIE

L'évolution des modèles de prévention des IST : la situation du Brésil

Ilana Löwy (CNRS-Cermes3)

Aux alentours de 2000, le Brésil a été présenté comme un modèle du succès de contrôle du Sida dans un pays de moyen revenu. Ce succès fut possible grâce à la combinaison des plusieurs facteurs : des prêts de la Banque mondiale, la contestation des brevets des rétroviraux et leur manufacture au Brésil, ce qui a permis leur distribution gratuite, et une collaboration étroite entre des experts (médecins, chercheurs, experts de la santé publique) et des acteurs originaires de la société civile : le mouvement associatif Sida, mais aussi des associations réunissant des homosexuels, des travailleurs de sexe, des transsexuels, ou des habitants des favelas. Ces collaborations ont favorisé des interventions efficaces auprès des populations à risque de l'ensemble des IST. Une unité autonome du ministère de la Santé brésilien, i. e. le département de contrôle des pathologies sexuellement transmissibles HIV/Sida et hépatites virales (DDAHV), dotée d'un budget généreux et d'une autonomie considérable, a piloté des interventions ciblées, sous forme de campagnes éducatives, souvent imaginatives et conçues avec une participation active des populations concernées. En outre des interventions destinées à détecter et à traiter des IST se sont souvent appuyées sur les services de santé communautaires.

Toutefois, dans les années 2010 on a assisté à une érosion partielle des efforts pour contenir les IST au Brésil. Cette tendance s'est intensifiée après le tournant conservateur dans la politique brésilienne en 2016, puis l'élection en automne 2018 d'un président d'extrême droite, Jair Bolsonaro. Le gouvernement Bolsonaro a remplacé le département dédié exclusivement au contrôle des pathologies sexuellement transmissibles par un département dédié au contrôle de l'ensemble des maladies infectieuses chroniques, affaiblissant ainsi les efforts pour contenir les IST. Pendant l'épidémie de Zika (2015-2016), les pouvoirs publics n'ont pratiquement pas mentionné la transmission sexuelle de cette pathologie, tandis que l'incidence de HIV et autres IST a considérablement augmenté, notamment parmi les jeunes.

développement d'une sexologie tournée vers un « fonctionnalisme du plaisir »²⁹.

Un nouveau paradigme de la santé sexuelle, largement repris par la prophylaxie contemporaine, tend également à s'installer autour d'un triptyque *Autonomy, Privacy, Confidence* (voir le point 11). Celui-ci veut laisser une marge de manœuvre plus importante à l'individu, avec la possibilité de recourir au *self-testing* de façon anonyme, et par un *empowerment* permis par un accès facilité à l'information et aux tests.

Dans le cas de la syphilis, l'histoire des tests sérologiques est étroitement liée à l'histoire bactériologique de la maladie, et cela depuis l'attribution de l'identification du pathogène à Fritz Schaudinn (1871-1906) en 1905. Un test et ses résultats, à échelle individuelle comme à échelle collective, dépendent non seulement de la genèse, du développement et de la stabilisation technique des productions et validation de ses résultats. En 1906-1907, au moment de la mise au point et de la diffusion initiale de la réaction de Wassermann, celle-ci est perçue comme une réaction anticorps anti-tréponème spécifique, mais dont la sensibilité reste faible (20-30 %). De ce fait, le test s'avère d'abord

29 William H. Masters et Virginia E. Johnson, *Human Sexual Response*, Boston, Little, Brown & Co., 1966; William H. Masters et Virginia E. Johnson, *Human Sexual Inadequacy*, Toronto-New York, Bantam Books, 1970; Helen Singer Kaplan, *New Sex Therapy. Active Treatment of Sexual Dysfunctions*, New York, Brunner/Mazel, 1974.

fragile et difficile à mettre en œuvre en pratique courante³⁰. À partir de 1910, le test est largement remanié et modifié par bricolage et par *tuning of the sets* par la communauté scientifique des sérologues³¹, jusqu'à stabiliser sa performance dans les années 1930, au sein de laboratoires spécialisés, autour d'une sensibilité oscillant entre 70 et 90 % (faux négatifs 10-30 %) et une spécificité évaluée à 99 % (faux positifs 1 %). Même si la compréhension sérologique théorique du test reste floue pendant toute la durée de son utilisation, dissociant ainsi spécificité théorique immunologique et spécificité pragmatique des tests.

Aucune technologie de test ne produit des résultats à 100 % fiables. Faux positifs et faux négatifs – *i.e.* en termes épidémiologiques : spécificité et sensibilité d'un test – se traduisent dans la production de leurs résultats chiffrés populationnels en dépendant non seulement de la technique des tests (faux positifs techniques), mais également du choix de la population ciblée à tester. Par

30 Pour rappel, la sensibilité d'un test désigne le pourcentage de personnes *qui ont* une maladie X et qui sont déclarées positives après le test (une haute sensibilité égale peu de résultats faux négatifs). La spécificité désigne en revanche le pourcentage de personnes testées *qui n'ont pas* la maladie et dont le test revient négatif (une haute spécificité égale peu de résultats faux positifs). Voir pour l'histoire de la réaction de (Bordet-)Wassermann : Ilana Löwy, « Les "Faits scientifiques" et leur public : l'histoire de la détection de la syphilis », *op. cit.* ; Henk van den Belt, *Spirochaetes, Serology and Salvarsan. Ludwick Fleck and the Construction of Medical Knowledge about Syphilis*, Landbouwniversiteit Wageningen, 1998.

31 Entre 1906 et 1934 plus de 10 000 articles sont publiés sur la sérologie de la syphilis et 3 conférences internationales sous l'égide de la Société des Nations lui sont consacrées (Copenhague 1923 ; Copenhague 1928 ; Montevideo 1930). Ilana Löwy, « Les "Faits scientifiques" et leur public... », *op. cit.*, p. 34.

6. POINT DE VUE DE LA SANTÉ SEXUELLE

L'OMS et la santé sexuelle au xxi^e siècle : la syphilis invisibilisée

David Simard (Université Paris-Est Créteil)

Dans les années 1970 et surtout suite à ses travaux du début des années 2000, dans la suite de sa définition de la santé au sortir de la Seconde Guerre mondiale, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a défini la santé sexuelle de manière positive comme un état de bien-être, qui ne se réduit pas à l'absence de maladies, dysfonctions ou infirmités. Cette définition s'inscrit dans la filiation de l'hygiénisme anglo-américain protestant du xix^e siècle et du mouvement d'hygiène sociale américain du début du xx^e siècle, mâtiné d'eugénisme. L'articulation entre santé et bonheur au xix^e siècle reposait cependant sur une définition négative de la santé comme absence de maladies, ayant pour effet une vie heureuse. Dans le champ de la sexualité, la condition du bonheur résidait alors dans l'absence de maladies vénériennes, en particulier la syphilis et la gonorrhée. L'intégration du bonheur et du bien-être à la définition même de la santé a conduit une institution comme l'OMS à insister sur cette dimension de la santé, dans une approche éducative et préventive, plutôt que sur l'absence de maladies, relevant d'une approche plus curative. Concernant la santé sexuelle, elle y fut encouragée par le développement d'une sexologie se donnant pour fin l'accès à l'orgasme. Dans la dernière révision de sa

classification des maladies, l'OMS a ainsi introduit un chapitre consacré aux problèmes relatifs à la santé sexuelle d'où sont exclues les maladies et infections sexuellement transmissibles. On ne retrouve la syphilis qu'au chapitre des maladies infectieuses et parasitaires, aux côtés du VIH, de la grippe, ou des gastroentérites infectieuses. Bien que le VIH/Sida ait contribué à l'utilisation du concept de santé sexuelle à la fin du xx^e siècle, le recours à celui-ci s'inscrit surtout dans une approche dite positive, qui tend à le dissocier de l'absence ou du traitement des infections sexuelles, pour valoriser la dimension du bien-être.

exemple, pour une maladie dont la prévalence dans la population testée est de 10 % (ce qui correspond à l'hypothèse retenue pour la syphilis dans les années 1920 à 1930), un test avec une spécificité de 80 % (= 10 % des positifs sont des faux positifs) et une sensibilité de 99 % (2 % des négatifs sont des faux négatifs) pour 1 000 individus testés ne laisse non détectés que deux individus malades mais déclare 10 % de non malades comme atteints. Lorsque la foi dans la valeur du test implique qu'un test positif équivaut à la maladie et que celle-ci requiert la mise en route d'un traitement lourd aux effets indésirables conséquents – comme cela a été le cas entre 1910 et 1945 pour les traitements par dérivés de mercure ou par arsphénamine –, la valeur d'un test est primordiale pour le diptyque tester-traiter.

Mais la performance d'un test dépend aussi de la prévalence de la maladie recherchée dans une population donnée. Dans les années 1930, la conviction grandissante de l'importance de la contamination et la confiance dans la fiabilité du test mènent à la mise en place de campagnes généralisées de dépistage avec comme but l'éradication de la maladie. Ainsi, par exemple dans la ville de Chicago entre 1937 et 1940, la projection d'un film antisiphilitique intitulé *Spirochete*³², qui explique les principes de la maladie et de son traitement, se termine par un appel général à la

32 *Spirochete* a également été proposé sous forme de pièce de théâtre. Voir https://depts.washington.edu/depress/theater_arts_living_newspaper_spirochete.shtml [visité le 16 février 2022].

population à se faire dépister. Cette promotion du test tous azimuts rejoint la stratégie des affiches analysées dans le point 10. L'extension du dépistage à la population générale et non plus seulement aux individus suspects ou se croyant atteints modifie la prévalence de la maladie dans la population testée. Elle est plus faible. Le même test appliqué dans les mêmes conditions techniques produit mathématiquement des résultats différents. Passer d'une prévalence de 10 % à une prévalence de 1 %, sans modification autre, implique que le taux des faux positifs testés passe de 10 à 56 %. Autrement dit, dans ces conditions plus de la moitié des personnes testées avec un résultat positif, et donc traitées par mercure ou arsphénamine, ne sont pas malades. Pour la seule ville de Chicago cela représente plus de 56 000 personnes pour la période 1937-1940³³.

La généralisation des tests de Wassermann se traduit à la fin des années 1930 et début 1940 par des décisions politiques qui rendent le test obligatoire avant le mariage (certificat pré-nuptial) et au moment de l'incorporation dans l'armée. Les États occidentaux votent des lois pour financer des campagnes de dépistage systématiques et d'éradication de la syphilis.

L'histoire des tests de Bordet-Wassermann ne s'arrête pourtant ni avec leur diffusion massive dans les années 1930, ni avec l'accentuation de la perception de leur nécessité lors de la Seconde Guerre mondiale. Généré par la mobilisation sanitaire de la guerre, un

33 Ilana Löwy, « Les "Faits scientifiques" et leur public... », *op. cit.*, p. 40.

nouveau test sérologique, le test de Nelson, rendu public en 1949 et capable de détecter spécifiquement les anticorps antitréponème³⁴, interroge les résultats des tests de Wassermann. Un hiatus perçu entre les données épidémiologiques des tests de Wassermann et le nombre réel de cas de syphilis déclarés en clinique est mis en évidence par le test de Nelson dans un premier temps, puis dans les années 1950 par un autre test encore, le VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory*) qui recherche des anticorps spécifiques contre le tréponème. Pour la première fois ces tests « tréponémateux » font coïncider les approches bactériologiques (*Treponema pallidum*) et les connaissances sérologiques (anticorps spécifiques) de la syphilis. La comparaison de leurs résultats avec ceux des tests de Wassermann met en exergue la non-spécificité immunologique de ces derniers, et ajoute ainsi aux faux positifs techniques (décrits ci-dessus) une nouvelle catégorie de faux positifs « biologiques » correspondant à des tests Wassermann positifs mais négatifs pour les tests de Nelson ou pour le VDRL³⁵. Le potentiel à scandale de cette réinterprétation du test de Wassermann,

34 Robert A. Nelson et Manfred A. Mayer, « Immobilization of *Treponema pallidum* by Antibody Produced in Syphilitic Infection », *Journal of Experimental Medicine*, 89, 1949, p. 369-393.

35 Joseph E. Moore et Charles F. Mohr, « Biologically False Positive Tests for Syphilis », *Journal of the American Medical Association*, 150, 1952, p. 467-473. La catégorie des « faux positifs biologiques » comprendra par la suite des réactions de Wassermann positives en cas de grossesse, grand âge, facteurs héréditaires mal compris ainsi que des maladies auto-immunes, maladies du foie, affections vasculaires ou encore les rhumatismes.

Prévalence syphilis 10 % (Utilisation population cible suspecte contact contaminant) Test Sensibilité 80 % Spécificité 99 %	100 malades/1 000	900 non malades/1 000	Total tests
Test +	80 (vrais +)	9 (faux +)	89 (dont 10 % faux +)
Test -	20 (faux -)	891 (vrais -)	911 (dont 2 % faux -)

Prévalence syphilis 1 % (Utilisation population large) Test Sensibilité 80 % Spécificité 99 %	10 malades/1 000	990 non malades/1 000	Total tests
Test +	8 (vrais +)	10 (faux +)	18 (dont 56 % faux +)
Test -	2 (faux -)	980 (vrais -)	982 (dont 0,2 % faux -)

entraînant des stigmatisations indues de personnes indemnes de la syphilis et la prescription de milliers de traitements inutiles comportant des effets secondaires sérieux, a été enseveli sous les modifications profondes de la perception de la maladie après la Seconde Guerre mondiale, à l'ère de la pénicilline³⁶. La disponibilité d'un traitement hautement efficace et sans effet secondaire majeur rend la question des tests « faux positifs » moins problématique.

Par-delà les limites techniques et biologiques des tests antisyphilitiques reste la question de l'adhésion de la population à se faire tester. Aux impondérables techniques des tests s'ajoute la nécessité de susciter une adhésion à ces nouveaux modes de dépistage et la confiance envers les résultats qu'ils délivrent. La valeur d'un test implique non seulement sa performance technique propre, mais aussi simplement le fait qu'il soit utilisé en pratique. Particulièrement dans le cas des maladies sexuellement transmissibles le fait de se faire dépister relève déjà d'une barrière sociologique. La mise au point et la promotion des autotests cherchent à répondre en partie à cette limite sociale du dépistage. Au Brésil, par exemple, une campagne anonyme et gratuite de *self-testing* a été mise en place à destination des populations HSH dans le cadre du projet *A Hora É Agora* (« L'heure est venue ») via le site internet www.ahoraegora.org. Celui-ci propose d'envoyer gratuitement des

36 Ian Hacking, *Representing and Intervening*, Cambridge, Cambridge University Press, 1983.

kits de dépistage du HIV, pouvant être livrés par courrier ou récupérés en pharmacie. Entre février 2015 et février 2017, la plateforme a vu passer 23 878 visiteurs uniques, pour 7 352 kits HIVST (HIV *self-testing*) commandés. Parmi les individus ayant effectué la démarche, 31 % n'avaient jamais été dépistés auparavant, un chiffre qui monte à 36 % chez les 18-28 ans, principales cibles du projet, avec un taux de confiance dans les tests supérieur à 80 %. Le succès de cette plateforme (l'objectif initial était de 1 000 kits délivrés sur les 24 premiers mois) repose sur le fait d'assurer anonymat, respect de la vie privée, et d'avoir recours à des messages ciblés destinés aux HSH³⁷.

Si chaque situation contraint la représentation et les normes de la santé, c'est souvent une vision idéalisée de la famille, du bonheur et de la sexualité qui sont mises en jeu. Il est alors possible de parler d'injonctions à tendre vers une sexualité active et épanouie, qui se conformerait à une définition positive de la santé sexuelle. Et cela même pour le troisième âge, chez qui la capacité à maintenir une sexualité active et source de plaisir serait alors un signe de santé. Le développement récent d'une

37 R. B. de Boni, V. G. Veloso, N. M. Fernandes, F. Lessa, R. G. Corrêa, R. de Souza Lima, *et al.*, « An internet-based HIV self-testing program to increase HIV testing uptake among men who have sex with men in Brazil: Descriptive cross-sectional analysis », *Journal of Medical Internet Research*, vol. 21, 8 e14145, 2019; doi: 10.2196/14145. R. B. de Boni, N. Lentini, A. C. Santelli, A. Barbosa, M. Cruz, T. Bingham, *et al.*, « Self-testing, communication and information technology to promote HIV diagnosis among young gay and other men who have sex with men (MSM) in Brazil », *Journal of the International AIDS Society*, 21 (suppl. 5), e25116, 2018; doi: 10.1002/jia2.25116.

prévention sexuelle destinée aux seniors, présenté sous le point 7, n'en demeure pas moins remarquable. Elle participe sans doute d'un déni des conséquences inéluctables de la vieillesse sur la santé sexuelle, mais constitue surtout l'expression d'une prophylaxie désormais coupée de tout enjeu lié à la procréation et résolument tournée vers une idée positive de la santé sexuelle. Il s'agit bien sûr d'éviter de contracter une maladie, mais aussi de ne pas permettre à une IST de venir entraver une sexualité épanouie, donc d'attenter à la santé sexuelle.

Dans le cadre de la prévention de la syphilis, les femmes en âge de procréer restent davantage responsabilisées que le reste de la population par leur rôle social de (futurs) mères. Tandis que le spectre terrifiant de l'hérédosyphilis cesse de planer sur les parents et leur progéniture dans la seconde moitié du xx^e siècle, la prévention mettant le bien-être de l'enfant et du couple au premier plan perdure sous de nouvelles formes. À travers un encadrement médical accru de la procréation, les femmes enceintes deviennent les uniques cibles des politiques de dépistages systématiques et obligatoires. Ainsi, bien que le rapport à la sexualité ait radicalement changé en un siècle, les jeunes gens et les futurs parents demeurent des destinataires privilégiés des messages d'information et de prévention, ainsi que d'une éducation à la sexualité généralement délivrée au sein des établissements d'enseignement. Pour des raisons nouvelles, l'évocation de la sexualité elle-même est parfois absente des stratégies de communication, pour ne laisser la place qu'à la question de

la procréation, au prisme du bonheur parental et de la santé des enfants à naître.

7. POINT DE VUE DE L'HISTOIRE CULTURELLE

STI prevention and 3rd age

Lukas Herde (Université de Strasbourg)

«Do it. Safely.» was the slogan of the 2012 US American STI prevention campaign «Safer Sex for Seniors (SS4S)». Especially the internet campaign's humorous video, a rapid sequence of images of (dressed) older people in Kamasutra poses, created international media attention. Sex, despite shifting cultural notions, is still widely believed to not be part of the late life experience and neither are sexually transmitted infections, respectively. Evidently, such myths and silences are fertile ground for STIs to spread. Campaigns like SS4S are responses to the swift rise STI rates in higher age groups that were identified in many Western countries in the late 2000s. And while they pioneer in conveying positive stances towards sex in late life and encouraging safe sex practices, they often only raise short-lived attention.

Efforts to reduce STI transmission and enhance sexual health in the older generations come with unique challenges. Having come of age with the contraceptive pill and often pre-AIDS, people of this generation have experienced greater social acceptability of casual sex, divorce, and sexual experimentation. Studies confirm that sex and intimacy continue to play a central role in many people's lives throughout the life course. And with increased longevity, better health, online dating,

SAFE SEX FOR SENIORS



Image tirée d'un clip réalisé dans le cadre de la campagne de prévention « Safe Sex for Seniors ». Spot télévisuel de 30 secondes (DDB Worldwide).

and potency enhancers, many can and do act on their sexual desires well into their later years. Yet, they have not been targeted for sex education and STI prevention campaigns, often leading to misinformation about transmission, and safer sex practices. Moreover, social stigma attached to both STIs and sexual expression in old age, make discussion and detection of sexual health issues difficult – for the elderly as well as the health professional. Effective STI prevention thus needs to reach the older generations but also those who work with them and consider more thoroughly (old) age-specific social, psychological, and physiological vulnerabilities to infections.

III. Mises en application de stratégies épidémiologiques : le triptyque tracer- tester-traiter

Lorsqu'en 1901 est créée en France la Société de prophylaxie sanitaire et morale, sous l'impulsion du célèbre syphiligraphe Alfred Fournier (1832-1914), son existence est justifiée par un constat : les individus atteints de la syphilis ne sont pas seulement des prostituées ou des hommes « débauchés », mais aussi une foule « d'innocentes victimes ». Celle-ci est constituée de femmes « honnêtes » trompées par leur mari, de nourrissons contaminés par leurs parents ou leurs nourrices, d'ouvriers tels les souffleurs de verre qui se passent des outils de bouche en bouche. La maladie secrète – parce que honteuse – gagne donc en visibilité grâce à cette « syphilis des innocents³⁸ » particulièrement révoltante.

Les formes traditionnelles de la prophylaxie qui cherchent à informer et à éduquer, quitte à employer la peur comme outil pédagogique, se heurtent au secret qui entoure la maladie vénérienne. L'enseignement de la biologie à l'école, la vente de pochettes contenant du matériel prophylactique³⁹, la distribution de brochures informatives, les expositions de céroplasties, le déploiement d'affiches ou la tenue de conférences, la projection de films antivénériens, toutes ces mesures se heurtent au mur du silence qui entoure la syphilis, et il faut engager des moyens plus concrets afin de tracer

38 Virginie de Luca Barrusse, *Population en danger ! La lutte contre les fléaux sociaux sous la Troisième République*, Berne, Peter Lang, 2013, p. 50.

39 *Ibid.*, p. 240.

les contagions et identifier les partenaires sexuels des personnes contaminées.

L'enquête sociale de terrain

L'axe du « tracer-dépister » prend à la sortie de la Première Guerre mondiale d'abord une forme sociale dans le cadre de la mise en place de dispensaires d'hygiène sociale, portée en France par des personnalités telles que le bactériologiste Albert Calmette (1862-1933). Les dispensaires, outre leur fonction de prodiguer une assistance en matière d'alimentation et d'hygiène (laveries, dispositifs pour l'hygiène corporelle, alimentation saine, etc.), consacrent l'émergence d'un corps médicosocial féminin, celui des infirmières-visiteuses⁴⁰. Inscrite dans l'histoire de la première professionnalisation du métier d'infirmière (la loi sur l'assistance médicale gratuite en 1893 et la loi de santé publique de 1902 sur l'ouverture des écoles délivrant le diplôme d'infirmière), catalysée par le travail mené sur les fronts de la Première Guerre mondiale⁴¹, son champ de compétence est défini à l'époque en ces termes :

40 Stéphane Henry, « Les infirmières-visiteuses pendant l'entre-deux-guerres en Haute-Normandie : entre professionnalisme officiel et bénévolat officieux », *Genre & Histoire* [en ligne], 5, automne 2009 ; <http://journals.openedition.org/genrehistoire/836>.

41 Margaret R. Higonnet, *Nurses at the front. Writing the wounds of the Great War*, Boston, Northeastern University Press, 2001.

« L'infirmière doit savoir tout du malade [...], le malade, c'est l'art de l'infirmière⁴². »

Les infirmières-visiteuses deviennent les antennes mobiles de ces avant-postes médicosociaux de dépistage, d'éducation et de tri que sont les dispensaires. Elles font leurs armes comme enquêtrices dans le domaine de la lutte contre la tuberculose et la mortalité infantile. À pied, à vélo ou plus rarement en voiture, elles parcourent les espaces urbains et ruraux pour mener l'enquête, porter conseil et assurer la veille sanitaire dans les foyers. Elles sont à la fois trait d'union de santé et fer-de-lance pour l'information sur les chaînes sociales de contamination. Leur sentiment d'être missionnées pour la cause républicaine sanitaire et leur savoir-faire aiguisé leur donnent un statut à la fois admiré et décrié.

La fonction d'infirmière-visiteuse représente un virage important pour l'acceptation du travail qualifié des femmes, notamment dans le domaine médical. Leur professionnalisme et leur savoir-faire d'enquêtrice sur le front domestique conduisent progressivement dans les années 1920 à inclure dans leurs enquêtes les maladies sexuellement transmissibles pour lesquelles l'intimité et l'intrusion sont encore plus centrales. Renversant dans ce cadre les hiérarchies sociales habituelles, comme le montrent la littérature médicale et le film de prévention *L'Ennemi secret* (France, 1945),

42 Brigitte Bon-Saliba, Brigitte Ouvry-Vial et Jacques Saliba, *Les Infirmières: ni nonnes, ni bonnes*, Paris, Syros, 1993.

8. POINT DE VUE DE LA COMMUNICATION INSTITUTIONNELLE

***L'Ennemi secret*. Souffler le froid et le chaud : le registre de fin de cycle de propagande cinématographique sur la syphilis en 1945**

Christian Bonah & Joël Danet (Université de Strasbourg)

Le film *L'Ennemi secret* de J. K. Raymond-Millet en 1945 est la dernière grande réalisation filmique de propagande antisypilitique en France. La *Libération* répond à la résurgence de la maladie pendant la Seconde Guerre mondiale, marquant la charnière entre la mobilisation pour la lutte contre le fléau et la chute spectaculaire de ce dernier à partir de 1947-1948, suite de la mise en circulation des traitements à large échelle par la pénicilline. Le film porte la marque de la propagande de guerre associée à la toute nouvelle démarche autoritaire de santé publique qui prône l'obligation légale de traitement pour les cas diagnostiqués.

Aux prises avec les priorités de la reconstruction après le conflit mondial, la population française tend à négliger le danger plus que jamais présent de la syphilis, d'autant que vient d'être inventée une nouvelle classe de préparation pharmaceutique – les antibiotiques, dont le premier d'entre eux, la pénicilline – offrant pour la première fois la possibilité quasi certaine de soigner cette pathologie.

Le film le répète à satiété « Il/elle a été traitée, il/elle ne contaminera plus personne ».

Diffusé en 1945 dans les avant-programmes de séances cinématographiques, réalisé par J. K. Raymond-Millet avec le concours de Jean Lehérissey à la photographie – deux baroudeurs du documentaire institutionnel –, le film *L'Ennemi secret* tente de remobiliser contre le péril syphilitique en temps de légèreté et de libération. La propagande de mobilisation de guerre contre l'ennemi national-socialiste change de cible et de guerre, en devenant guerre aux maladies. Le propos du film doit s'adapter à la conjoncture : d'une part, rappeler avec force que les comportements irresponsables demeurent et contribuent à diffuser la maladie ; d'autre part, faire savoir que les traitements mis au point se sont considérablement améliorés. Si bien que le discours qui en résulte combine deux types de messages, l'un d'ordre préventif (si vous n'êtes pas malades, prenez les mesures pour ne pas le devenir), l'autre curatif (si vous êtes malades, remettez-vous à la prise en charge en cours).

Ce faisant, l'infirmière-visiteuse se trouve au centre d'un dispositif d'enquête et de suivi des chaînes de contamination avec l'injonction de traitement à la clé. La réalisation, devant cet enjeu, évolue avec subtilité dans un registre double qui consiste à « souffler le froid et le chaud » : à celle ou celui qui n'est pas atteint, le commentaire s'adresse sur le ton de l'instituteur mécontent par avance, qui met en garde en invoquant le pire s'il n'est pas obéi. En revanche, à l'égard de celle ou celui qui a contracté la maladie, le commentaire adopte le ton du

père de famille complice et responsable, qui prend le patient par l'épaule et met de côté les leçons de morale pour parer au plus urgent : soigner tant qu'il est encore temps. Au patient traité dans un dispensaire, le médecin annonce : « Mon ami, vous êtes guéri, vous pouvez vous marier. » À propos de la patiente qui a avoué un adultère, le commentaire affirme : « On l'a rassurée, on l'a soignée, elle ne contaminera plus personne. » *L'Ennemi secret* est à cet égard un exemple curieux de discours de propagande qui allie la leçon de morale sexuelle à une démonstration de pragmatisme médical. Produit à la fin de l'âge d'or des grands films de prévention antisyphilitique, il entame un hymne à la gloire du savoir-faire et de l'efficacité de milliers d'infirmières-visiteuses.

les infirmières-visiteuses occuperont pendant toute la durée de l'entre-deux-guerres et jusque dans les années 1950 une position de « corps médical féminin⁴³ » capable de produire des enquêtes et de porter concrètement, par l'action de terrain, l'injonction de traitement. Et ce, non seulement auprès de leur sexe, mais encore auprès des hommes. Le savoir-faire des infirmières-visiteuses pour enquêter dans la sphère intime est intrusif : il aborde de front la question des pratiques sexuelles et des moyens de protection, et il intègre la recherche de partenaires dans le but de les confronter et de leur imposer un suivi. Il s'agit là de compétences très spécifiques, qui constituent à l'époque une source considérable de renseignement, d'enseignement et d'intervention, mais il s'agit également d'un savoir-faire qui sera progressivement abandonné à partir de la fin de la Seconde Guerre mondiale. En effet, l'organisation du dispositif d'infirmières-visiteuses paraîtra soudain socialement très lourd face à la facilité d'administration des nouveaux antibiotiques, et son progressif abandon reléguera dans le non-dit, sinon dans le tabou, les sujets auparavant abordés par les infirmières.

43 Stéphane Henry, « Les infirmières-visiteuses... », *op. cit.*, p. 1 ; Yvonne Knibiehler (dir.), *Cornettes et blouses blanches. Les infirmières dans la société française, 1880-1980*, Paris, Hachette, 1984 ; Yvonne Knibiehler, *Nous, les assistantes sociales. Naissance d'une profession, 30 ans de souvenirs d'assistantes sociales français, 1930-1960*, Paris, Aubier-Montaigne, 1980 ; Yvonne Knibiehler et Catherine Fouquet, *La Femme et les Médecins*, Paris, Hachette, 1983 ; Véronique Leroux-Hugon, « L'infirmière au début du xx^e siècle : nouveau métier et tâches traditionnelles », *Le Mouvement social*, n° 140, juillet-septembre 1987 (« Métiers de femmes »), p. 55-68 ; René Magnon, *Les Infirmières. Identité, spécificité et soins infirmiers : le bilan d'un siècle*, Paris, Masson, 2001.

La recherche des partenaires sexuels en vue de reconstituer les chaînes de contaminations se heurte aujourd'hui encore à des difficultés qui, pour être de nature différente, n'en sont pas moindres.

La pratique du chemsex (pour *chemical sex*), propre à certains milieux gays et HSH, rend l'identification des partenaires quasiment impossible. Les cocktails chimiques pris par voie orale ou par injection et destinés à exacerber le plaisir comportent des euphorisants, des désinhibiteurs et des stimulants – y compris du GHB – dont l'un des effets est une perte de mémoire des événements vécus. Dans ce cas, comme dans celui des *dark rooms* ou de tous types de rencontres furtives et anonymes rendues possibles par des sites spécialisés, la reconstitution des chaînes de contamination est simplement impossible, et l'action prophylactique vaine face à des comportements qui ont précisément la transgression bravache comme élément stimulateur.

Le testing

Le *testing* apparaît comme un autre raccourci biomédical qui complète et, bien souvent, se substitue à l'enquête sociale lourde et intrusive. En règle générale, l'enquête et le *testing* fonctionnent d'abord de pair avant que la première ne soit abandonnée au profit du second, à la suite d'un temps de repli de l'action publique prophylactique. Du « Faites-vous dépister » de la propagande des années 1930 et 1940 au « Je me

9. POINT DE VUE DE L'INFIRMIÈRE DE SANTÉ PUBLIQUE

Quelles sont les difficultés rencontrées dans la recherche des cas contacts ?

Mélanie Michaud (Hôpitaux universitaires
de Genève)

La prévention de la syphilis occupe une place centrale dans les entretiens de l'infirmière en santé publique en dermatologie à Genève. Ces entretiens suivent l'annonce du diagnostic de syphilis posé par le médecin. L'infirmière en santé publique informe le ou la consultante sur les symptômes de l'infection, ses modes de transmission et le traitement prescrit. Elle l'aide à identifier les cas contacts, les partenaires sexuels qui peuvent avoir été contaminés afin de les informer et de les diriger vers le dépistage.

Retrouver les cas contacts peut toutefois s'avérer difficile. En effet, lors de l'entretien, de nombreuses personnes expliquent utiliser des sites de rencontre spécialisés pour avoir des relations sexuelles, sites où il est fréquent de rencontrer des partenaires occasionnels dont ils ne connaissent pas l'identité. De même, dans des lieux tels que les discothèques, les *dark rooms* ou les saunas, parfois utilisés pour rencontrer des partenaires sexuels occasionnels, l'identité et le numéro de téléphone ne sont pas forcément échangés.

Informer son ou sa partenaire peut s'avérer également compliqué au sein du couple. Étant une infection sexuellement transmissible, la syphilis questionne le couple sur l'engagement d'exclusivité des relations sexuelles. La personne infectée peut craindre la réaction de son ou sa partenaire et rencontrer des difficultés à l'informer de son diagnostic.

Par ailleurs, la syphilis peut avoir une phase de latence de plusieurs années, ce qui rend la date de contamination difficile à établir, et complique la recherche des partenaires potentiellement infectés.

fais tester » des messages individualisés depuis les années 1990, le *testing* biologique a connu une promotion croissante au cours du XX^e siècle.

Aux États-Unis, par exemple, des campagnes d'affichages incitent l'ensemble de la population à se faire tester dans les années 1930-1940 (voir le point 10). Ces campagnes présentent la prise en charge de la maladie comme le moyen de préserver sa famille et de maintenir les forces vives du pays, à une époque où la syphilis est perçue comme une menace pour l'industrie. Il n'en reste pas moins que la sensibilité et la spécificité des tests ne sont jamais parfaites et que l'efficacité de l'emploi des tests dépend du bon ciblage des populations (voir *supra*). À défaut d'un ciblage judicieux, la généralisation des tests peut créer son propre effet iatrogène sous forme de faux positifs. C'est précisément ce qui s'est passé pour les tests de masse promulgués aux États-Unis dans les années 1930-1940 mentionnés plus haut, où la majorité des tests positifs à la syphilis se révèlent être des artifices épidémiologiques montant en épingle une menace syphilitique, débusquée plus tard comme un « tigre de papier⁴⁴ ».

Plus récemment, tandis que le dépistage de la syphilis avait été largement redirigé vers les femmes enceintes

44 Le terme de « *paper tiger* » est utilisé par Walsh McDermott: Walsh McDermott, « Evaluating the Physician and his Technology », *Daedalus*, 106, 1977, p. 135-157 – en particulier p. 147. Ilana Löwy, « Les "Faits scientifiques" et leur public... », *op. cit.*

10. POINT DE VUE DE L'HISTOIRE VISUELLE

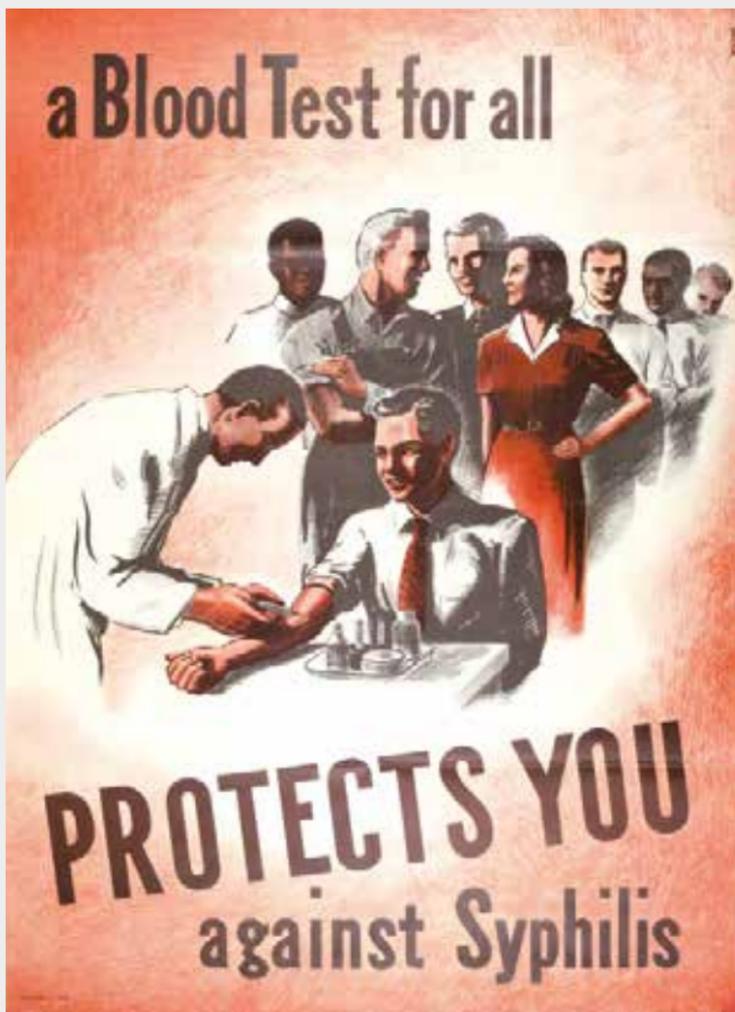
Promotion of Blood testing in the anti-venereal campaigning of the 1930s in the USA

Erin Wuebker (Queens College, New York)

In the mid-1930s, the United States launched a national campaign to «stamp out» syphilis lead by the United States Public Health Service (USPHS). The campaign promoted widespread testing among the general population by dramatically expanding testing infrastructure, paying for blood tests for those who could not afford them, and educating the public about syphilis tests. These testing messages were prevalent in posters, films, pamphlets, and other materials made by the US governments and other organizations fighting against syphilis.

As local, state, and federal governments expanded syphilis testing infrastructure and funding, many materials conveyed basic information: testing locations, tests were free for those who needed, and tests were always confidential. They also communicated that syphilis testing should be a routine part of people's health regimen, especially as most states passed laws requiring syphilis blood tests for couples applying for marriage licenses and expectant mothers at their first prenatal visit. Posters, films, comics, and more depicted both the serious danger to families if syphilis was left unchecked

A BLOOD TEST FOR ALL PROTECTS YOU AGAINST
SYPHILIS



US Government, *A Blood Test for all Protects You against Syphilis*. Poster, 1940. University of Minnesota Libraries, Social Welfare History Archives. Disponible sur : [umedia.lib.umn.edu/item/p16022coll223:161](https://media.lib.umn.edu/item/p16022coll223:161).

and happy families who were healthy because they had been tested^a.

The anti-syphilis campaign also tried to promote a clearer and more positive understanding of blood testing by explaining what patients could expect when they went in for a test and the principles behind testing procedures. Materials detailed each step in the testing process and how easily blood tests and darkfield exams were interpreted by physicians and technicians. Posters, films, and more repeated images of blood being drawn from a patient's arm, test tubes, and microscopic views of spirochetes in order to assuage people's fears that testing would be painful or inaccurate. Confidence in syphilis tests was also reinforced by images of heroic doctors and scientists, whether those helping carry out the program today or those who had discovered new testing methods in the past.

a See for example, C.D. Bachelor & ASHA, «Health Helps: Jane Has a Healthy Baby», comic strip, 1941, ASHA Records, Social Welfare History Archives, University of Minnesota. Accessible at <https://vdarchive.newmedialab.cuny.edu/exhibits/show/exhibits/item/130>. See a variety of materials with family themes at Erin Wuebker, «Family», Venereal Disease Visual History Archive. Accessible at <https://vdarchive.newmedialab.cuny.edu/exhibits/show/exhibits/introduction/family>.

depuis le milieu du xx^e siècle, le développement de nouveaux tests couplés HIV/Syphilis est perçu comme une avancée par l'OMS:

Les récentes avancées dans le domaine des doubles tests de diagnostic rapide VIH/syphilis signifient que de nouvelles options de dépistage s'ajoutent à l'arsenal historique des outils de dépistage comme les tests non tréponémiques (RPR et VDRL) et les tests tréponémiques (tests d'agglutination ou d'hémagglutination du *treponema pallidum*, TPPA et TPHA) en laboratoire pour la syphilis, les tests immunoenzymatiques et les tests confirmatoires pour le VIH, et les TDR pour rechercher un seul agent pathogène – le VIH ou *treponema pallidum*⁴⁵.

Les tests rapides d'orientation diagnostique (Trod) et autres tests diagnostiques rapides raccourcissent le temps et les cycles de la peur et de l'attente. Ils transforment aussi les situations d'annonce. Ils compriment le temps et le vécu de l'attente d'un verdict.

Écrire une histoire de la prophylaxie de la syphilis post-pénicilline relève ainsi d'un défi. Celui de traiter cette maladie à la fois en tant que problème sanitaire distinct, faisant l'objet de stratégies spécifiques visant à sa

45 « Note d'information de l'OMS relative à l'utilisation des doubles tests de diagnostic rapide VIH/syphilis. Orientations à l'intention des pays qui utilisent ou qui prévoient d'introduire le double TDR VIH/syphilis dans les services prénatals et autres lieux de dépistage », 6 janvier 2017, p. 5.

réduction (tests prénatals par exemple), mais aussi en tant que simple composante de l'ensemble plus vaste que constitue la prévention des IST en général. Depuis les années 1980, l'histoire de la syphilis s'écrit dans un rapport de dépendance avec celle du VIH/Sida. La prévention de la syphilis est satellisée au sein d'un dispositif centré sur le VIH/Sida.

11. POINT DE VUE DE L'HYGIÈNE INTERNATIONALE

Antenatal Screening using dual HIV-syphilis rapid tests

Rosanna Peeling (London School of Hygiene and Tropical Medicine)

WHO estimated 355 000 adverse pregnancy outcomes occur annually due to maternal syphilis, two-thirds of which result in stillbirth or neonatal deaths. Screening and treatment before the end of the second trimester has been shown to be effective in preventing these adverse outcomes. Since the launch of the WHO and UNAIDS Elimination of Mother-to-Child Transmission (EMTCT) of HIV and syphilis initiative in 2014, almost all countries have committed to universal screening of pregnant women for HIV and syphilis. Unfortunately, syphilis screening and treatment rates remain low compared to that for HIV across many regions of the world due to lack of political will, funding, siloed programmes. With the availability of dual HIV/syphilis rapid diagnostic tests that are WHO pre-qualified in terms of its accuracy and manufacturing quality, it is now feasible to integrate syphilis into HIV prenatal screening programmes and achieve EMTCT globally.

Self-testing as a New Paradigm for Sexual Health: Autonomy, Privacy, Confidence

In many countries, a « silent » syphilis epidemic has been raging among men-who-has-sex-with-men (MSM) in the last two decades. Syphilis patients develop genital ulcers which can enhance the acquisition and transmission of HIV. The US Centers for Disease Control and Prevention estimates that 36 % of MSM with syphilis are also HIV positive. Many of those who are most at risk are marginalised from care or find sexual health services highly stigmatising.

HIV self-testing has been introduced in more than 40 countries around the world to increase access to testing, decrease stigma, and increase uptake. Self-testing for syphilis should be recognized as a new paradigm for sexual health in which autonomy, privacy and confidence are key features. There should be community support and innovative financing mechanisms so that access is not blocked by ability to pay.

Development of the above methods represents new paths for better syphilis screening on a global scale.

IV. Dispositifs de communication et de prophylaxie

Le virage vers une santé globale, qui relève de stratégies mises en place au sortir de la Seconde Guerre mondiale et à l'époque des décolonisations⁴⁶, perpétue une logique coloniale cachée sous les espèces du fonctionnalisme de l'aide internationale. L'aide au développement exporte la prophylaxie et les technologies sanitaires selon un axe nord-sud qui perpétue des liens de sujétions autour d'enjeux stratégiques, politiques et commerciaux.

Fonctionnalisme de l'aide dans un monde postcolonial

Si les contextes locaux ou régionaux sont à l'origine de situations singulières, des influences fortes s'exercent cependant sur ces derniers à l'échelle globale. L'application de stratégies internationales, comme par exemple celles que l'OMS mène à l'échelle mondiale, dirige l'allocation des ressources. Ce phénomène conduit parfois au déploiement de moyens en décalage avec la situation épidémiologique et les besoins réels d'un lieu donné. Il présuppose une homogénéité des pathologies d'une région à l'autre du globe, ce qui relève d'une vision technocratique qui répond

46 Jean-Paul Gaudillière, « From Colonial to Global: Visuals and the Historiography of Body Government beyond Europe », in Christian Bonah et Anja Laukötter (éd.), *Body, Capital and Screens. Visual Media and the Healthy Self in the 20th Century*, Amsterdam, Amsterdam University Press, 2020, p. 279-304.

12. POINT DE VUE DE L'ANTHROPOLOGIE

Se réappropriier un modèle prophylactique standardisé : le cas de l'approche ABC au Vanuatu

Alice Servy (Université de Strasbourg)

L'archipel océanien du Vanuatu n'a annoncé à ce jour que neuf cas cumulés d'infection par le VIH. L'existence de fonds et l'engagement de la République à respecter les accords internationaux ont cependant conduit le pays à adopter un certain nombre de politiques, de directives et de modèles prophylactiques afin de prévenir le VIH, mais aussi les autres IST qui sont, elles, très présentes dans l'archipel. D'après une enquête de santé publique menée en 2008 dans la capitale Port-Vila, 25 % des femmes enceintes testées à l'hôpital central étaient atteintes d'une infection urogénitale à chlamydiae, 12 % de l'hépatite B et 5 % d'une infection syphilitique primaire (SPC et Vanuatu MoH, 2008, 19).

Si le gouvernement du Vanuatu et ses partenaires créent leurs propres supports de prévention du VIH et des autres IST, ils utilisent également des affiches, des livres ou des films qui viennent de l'étranger et se réapproprient des idées globalisées et standardisées, telle la politique d'éducation à la sexualité ABC (*Abstinence, Be faithful, use a Condom*). Ce slogan, souvent décrit comme originaire d'Ouganda, a notamment été diffusé à travers le monde par l'ONUSida et le PEPFAR (le plan

AFFICHE OUGANDAISE DE PRÉVENTION CONTRE LE
SIDA/VIH UTILISÉE AU VANUATU



Unicef Ouganda, Ministère ougandais de l'éducation et de la santé,
*A group of men, women and children representing the difficulty in spotting
who carries the HIV virus (French version). Colour lithograph, ca. 1995 (?).*
Wellcome Collection.

présidentiel américain d'aide d'urgence à la lutte contre le Sida).

Les éléments du slogan ABC sont présentés comme des alternatives équivalentes dans les documents nationaux écrits en langue anglaise, ainsi que sur la plupart des supports des organismes de prévention locaux. Mes recherches montrent cependant que les acteurs de la santé sexuelle et reproductive du Vanuatu tendent à transformer cette approche. Dans un article récemment

publié (Servy, 2018), j'avance notamment que la langue utilisée joue un rôle important sur la façon dont sont exposés les trois éléments de l'approche ABC. Les acteurs de la santé sexuelle et reproductive du Vanuatu présentent une lecture moralisante et hiérarchiquement décroissante du slogan ABC, lorsqu'ils le traduisent en langue bislama.

Cette coordination supranationale des efforts à l'échelle du monde favorise également les phénomènes de transferts des méthodes et de leur standardisation. Les campagnes précédemment citées concernant le VIH au Vanuatu semblent notamment s'être appuyées sur du matériel de propagande originaire d'Afrique (affiches de prévention en provenance d'Ouganda par exemple^a).

Des entreprises régionales dirigées vers la prévention de la syphilis congénitale se sont développées depuis les années 1990, avec dans le viseur essentiellement l'Amérique latine, l'Amérique centrale et l'espace caribéen.

a Alice Servy, « L'approche "Abstinence, Be faithful, use a Condom" au Vanuatu : Traduire une politique d'éducation à la sexualité globalisée », *Autrepart*, 86-2, 2018, p. 43-59.

par la technique et la standardisation à des problèmes humains et socioculturels diversifiés.

Le Vanuatu constitue à ce titre un exemple remarquable: l'archipel mélanésien a été le théâtre de missions de prévention contre le VIH/Sida alors même que la prévalence du mal était quasi nulle (voir le point 12), à l'inverse de la syphilis et d'autres IST dont le nombre de cas était bien plus important mais pour lesquelles l'effort prophylactique a été moindre⁴⁷.

Standardisation, reproduction, exportation entre le global et le local

En 1995, l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS) a lancé un programme régional destiné à ramener à moins de 50 cas pour 100 000 naissances viables le taux de nouveau-nés atteints par la syphilis aux Amériques. Bien qu'il s'agisse d'une démarche spécifique, ce programme est cependant pensé comme « *[a] part of a broader Regional HIV/AIDS/STD Program that proposes to strengthen existing health services and their ability to interrupt the transmission of sexually transmitted disease pathogens through screening, case-finding, effective treatment of cases and sex partners, health promotion and prevention, community participation, and*

⁴⁷ *Second Generation Surveillance of Antenatal Women, STI Clinic Clients and Youth, Vanuatu*, Secretariat of the Pacific Community et Vanuatu Ministry of Health, 2008.

*active surveillance*⁴⁸ ». Durant les années 2000, l'OMS plaide pour le déploiement d'une stratégie mondiale face à la syphilis congénitale⁴⁹. Celle-ci s'inscrit, durant ces dernières années, dans une volonté d'associer les efforts menés contre la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis. Cette association se conçoit notamment comme une façon de pérenniser une mobilisation malgré le recul perceptible de la prévalence de la maladie, donc du risque, qui concerne tout autant les deux infections. L'OMS expose les principes de cette stratégie dans un document intitulé *Élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis* (2015) :

Pourtant, si l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis se profile à l'horizon, ce n'est pas une « victoire facile ». Les pays n'en sont pas tous au même stade dans leurs efforts d'élimination de la transmission mère-enfant de ces maladies et plusieurs d'entre eux n'ont pas encore franchi la ligne de départ. Nous devons continuer à renforcer la capacité des systèmes de santé dans le monde entier afin de prévenir les infections par le VIH et par la syphilis dans la population en général, notamment chez les femmes en âge de procréer. Il convient de mettre en œuvre des interventions efficaces en matière de transmission mère-enfant, ainsi que des stratégies de dépistage et de traitement de la syphilis sur le lieu des soins, de donner des conseils adaptés aux femmes

48 *Plan of action for the elimination of congenital syphilis*, OMS, Washington DC, 1995, p. 7.

49 *L'élimination mondiale de la syphilis congénitale : raison d'être et stratégie*, OMS, Genève, 2009.

et à leurs partenaires, et d'encourager l'accouchement en toute sécurité et les pratiques d'alimentation du nourrisson⁵⁰.

L'association entre VIH et syphilis opère ainsi à des échelles très différentes, allant de l'individu, à qui est mis à disposition un kit de *self-testing*, jusqu'à celle globale dirigée par l'action de l'OMS. Elle semble constituer un des fondements des stratégies prophylactiques actuelles, dont l'une des clés de lecture réside peut-être dans un autre « recul de la peur » lié aux récentes innovations dans la prévention médicamenteuse et le traitement du VIH.

La syphilis devient ainsi depuis 2010, et en particulier au Brésil, une maladie réémergente. La progression des cas de syphilis de femmes enceintes et de syphilis congénitale reprend l'allure d'une véritable épidémie. Cette évolution semble ramener une partie de la population mondiale à une situation ressemblant à celle d'il y a 100 ans. Elle semble indiquer qu'un médicament efficace, ou plus généralement une solution pharmaco-technique viable, n'est pas en elle seule un élément suffisant pour transformer, voire éradiquer durablement, une maladie infectieuse ennemi public n° 1 une centaine d'années plus tôt. Des efforts conjugués,

50 Élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis. Orientations mondiales relatives aux critères et aux procédures de validation, OMS, 2015, avant-propos.

systemiques et durables pendant plus d'un demi-siècle ont permis de transformer une épidémie, un fléau, en « simple » infection/maladie sexuellement transmissible. Mais les démobilisations suivant la diminution des incidences de la maladie à partir de 1950 tendent à montrer aussi que, si un effort de santé publique n'est pas permanent et global dans son approche, le retour de maladies pourtant bien connues et anciennes est possible, les transformant en maladies sans fin.

13. POINT DE VUE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Prévention de la syphilis: vulnérabilité sanitaire et vulnérabilité sociale au Brésil depuis 2010

Ilana Löwy (CNRS-Cermes3)

Jusqu'en 2005 la syphilis était relativement bien contrôlée au Brésil. La surveillance de cette maladie a été intégrée dans des réseaux de la lutte contre les IST, et, en parallèle dans un plan national de suivi prénatal. Mais depuis 2006 l'incidence de la syphilis a augmenté rapidement, notamment dans des villes, et, fait assez surprenant, plus au sud du Brésil, relativement nanti, qu'au nord, bien plus pauvre. Plus préoccupant encore, l'augmentation des cas de la syphilis chez les adultes a été accompagnée par une augmentation parallèle de l'incidence de la syphilis congénitale, un développement qui a été attribué à la détérioration de la qualité du suivi prénatal. Les experts ont estimé qu'environ un tiers des femmes enceintes au Brésil n'ont eu aucun test de syphilis pendant leur grossesse, et que chez celles qui ont eu un tel test, il a été souvent effectué très tard dans la grossesse.

En 2010 les pouvoirs publics ont mis en place un plan de contrôle de cette maladie. Malgré ce plan, l'augmentation de la prévalence de la syphilis et de la syphilis congénitale s'est encore accélérée entre 2010 et 2017. Ainsi, en 2017 on a détecté 8,5 cas de syphilis congénitale sur

TAUX DE DÉTECTION DE LA SYPHILIS AU BRÉSIL DE 2010 À 2019

Taux de détection de la syphilis acquise (pour 100 000 habitants), taux de détection de la syphilis chez les femmes enceintes et taux d'incidence de la syphilis congénitale (pour 1000 naissances vivantes), selon l'année de diagnostic.

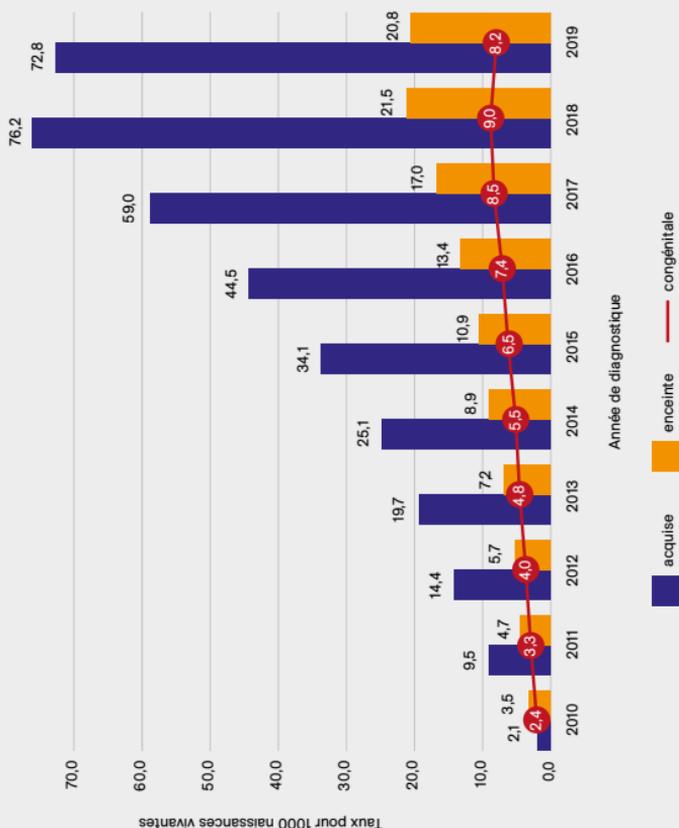


Figure extraite du bulletin annuel produit par le ministère de la Santé du Brésil. Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde do Brasil, Boletim Epidemiológico de Sífilis, octobre 2020, p. 13.

1 000 naissances. En outre, les efforts de contrôle de cette maladie ont été mis en difficulté par une rupture de stock de pénicilline G en 2014. En 2017, le gouvernement brésilien, constatant l'échec de ses efforts précédents, a initié une nouvelle campagne de contrôle de la syphilis, plus vaste que la précédente, intitulée *Octobre vert*. Elle s'est focalisée sur l'éducation du public, notamment des hommes, et sur une amélioration du suivi des femmes enceintes. Cette nouvelle campagne, et la fin de la pénurie de pénicilline G, a mis fin à l'accélération de la prévalence de la syphilis, qui, toutefois, selon des données de 2019, reste très élevée.

Conclusion.

Du péril vénérien aux IST,
la prophylaxie de la syphilis
comme modèle pour
expliquer les « maladies
infectieuses sans fin » ?

Le monde globalisé de l'après-Seconde Guerre mondiale a cherché à éradiquer certaines « grandes » maladies infectieuses. Pourtant, aujourd'hui, on assiste à des flambées de peste bubonique et pulmonaire en Chine ou à Madagascar, à la résurgence du choléra dans différentes régions du monde, ou à la persistance endémique de la tuberculose au sein de groupes de population vulnérables en Europe de l'Ouest. Aucune maladie n'a officiellement été éradiquée, hormis la variole en 1980. Les efforts engagés par l'OMS contre le paludisme, la poliomyélite ou la dracunculose n'ont pas abouti.

La syphilis n'est qu'un exemple de « maladie infectieuse sans fin » contre laquelle les efforts humains sont – au moins partiellement – venus se briser. L'histoire de cette maladie et des mesures entreprises contre elle peut-elle fournir un modèle pour appréhender plus généralement la question des maladies infectieuses qui défient encore et toujours notre modernité médicale ?

La *modélisation* de la syphilis, le cas échéant sa valeur exemplaire, est problématique : le caractère sexuel de la transmission de la syphilis la rend difficilement comparable aux maladies infectieuses en général. Certes, elle a cela de commun avec le Sida/VIH qu'elles ont toutes deux historiquement constitué des grandes peurs au *xx^e* siècle. Par son vecteur et son étiologie, la syphilis peut aussi être rapprochée de certaines *Neglected Tropical Diseases* : lèpre, pian, bejel, etc. Mais dans tous les cas, les différences entre les époques, entre les contextes socioculturels et entre

les régions concernées sur le globe compliquent l'idée d'un modèle commun d'explication.

À cette difficulté, il faut ajouter le fait que, sous la stabilité apparente de sa dénomination, une maladie change dans son essence même, d'une époque à une autre : biologiquement elle n'est plus la même, bactériologiquement elle évolue, épidémiologiquement elle se transforme et touche des populations différentes, ses représentations sociales se modifient. C'est le cas de la syphilis, dont le nom alimente ce mirage de la persistance. En réalité, le vécu générationnel de la maladie a revêtu des formes radicalement différentes, et la construction de la maladie en tant que problème de santé – donc sa compréhension, et son expérience – a énormément varié dans le temps.

Au début du xx^e siècle, cette construction avait un nom : le *péril vénérien*, appuyé sur la publication inquiète de statistiques parfois très exagérées des cas de contagion. La peur et le sentiment d'urgence sanitaire mobilisaient des armes nouvelles – films de propagande, réseaux de dispensaires, etc. – pour *faire la guerre* à la syphilis. Au contraire, il n'existe pas vraiment de nom pour qualifier, du point de vue sanitaire, les 20-30 ans qui ont suivi la Seconde Guerre mondiale, précisément parce que la période est marquée par un sentiment de sécurité par rapport aux maladies sexuellement transmises. Les statistiques ne sont plus publiées. La période est celle d'une démobilisation, d'un détournement de l'attention, d'un désintérêt, d'une indifférence. Une phase de terreur, une phase d'oubli : la prophylaxie

et la santé publique qui construisent la syphilis à une époque donnée participent d'une construction sociale de la maladie, voire d'une idéologie, s'énoncent par des règlements et s'organisent autour d'une police sanitaire. La construction de la maladie est pourvoyeuse de normes qui définissent des groupes à risque et créent des marges.

Un modèle – si modèle il y a – pour expliquer les *neverending infectious diseases* doit donc intégrer un temps suffisamment long pour saisir ces phénomènes de mutation identitaire de la maladie. En l'occurrence, un long ^{XX}^e siècle, qui est aussi celui de la biomédecine contemporaine, et qui s'étend de la microbiologie pastoriennne jusqu'à l'état actuel des IST.

Structurellement, le modèle doit être complexe, en cela qu'il doit intégrer et proposer une compréhension croisée de facteurs relevant des politiques de santé publique, de la morale, de l'image de la maladie en société, des connaissances biomédicales, de sa surveillance épidémiologique ou non, etc. C'est ainsi qu'apparaîtront les dynamiques pathocéniques et le tableau complet des interactions entre l'histoire naturelle et l'histoire culturelle des maladies. En l'occurrence, les mobilisations et démobilitations observées dans la prévention et le traitement de la syphilis demeurent dépendantes des pratiques locales, tout en se fondant dans des approches plus globales de la lutte contre le VIH, les IST ou même les maladies tropicales négligées (*NTDs*) dans la seconde moitié du ^{XX}^e siècle.

En plus de ces quelques éléments de structure, la réflexion proposée dans les pages qui précèdent permet encore de retenir certains éléments de contenu.

Le cycle qui relie la mobilisation à l'oubli fait le lit du « *neverending*⁵¹ ». Ce cycle est constitué de phases dont les temporalités diffèrent : la mobilisation requiert du temps pour sa mise en place. Elle coûte cher et elle est souvent socialement contraignante. Une fois le péril mis à distance, la démobilisation ressemble à un relâchement rapide et à un oubli heureux de la lourdeur des restrictions et des contraintes. Travailler le social (les existences) est souvent plus dur que travailler le matériel-technique (les essences). À l'intérieur de la phase de mobilisation, le progrès biomédical, l'action politique et l'acceptation sociale ne sont souvent pas synchronisés, alors que dans la phase d'oubli ils semblent plutôt marqués par une temporalité partagée de l'insouciance retrouvée.

L'oubli, en réalité, est triple : oubli de la crainte, de la connaissance et des engagements structurels. Concernant la syphilis, dans le champ médical l'oubli se traduit par une perte d'expertise et d'expérience liées à la rareté des cas, ce qui entraîne une invisibilisation progressive de la maladie, tant dans la recherche que dans l'enseignement médical. Pour les pouvoirs publics, la syphilis devient une question sanitaire

51 Pour une réflexion similaire portant sur le cas de la tuberculose, voir Janina Kehr, *Spectres de la tuberculose. Une maladie du passé au temps présent*, Rennes, PUF, 2021.

secondaire dès lors qu'elle représente un phénomène négligeable face à d'autres risques, telle la lutte contre le cancer ou la multiplication des maladies chroniques liées à l'allongement de la vie dans les pays du Nord dans la seconde moitié du xx^e siècle. La maladie devient une maladie sans « qualités », c'est-à-dire que pour de nombreux professionnels du secteur de la santé, elle n'offre aucune possibilité de profit financier, de développement technologique, de reconnaissance académique ou de toute autre forme de valorisation. La syphilis a perdu l'attention des médias et des spécialistes. Et compte tenu de l'image négative des porteurs de la maladie, les entreprises ne peuvent espérer aucun crédit symbolique (en termes de positionnement stratégique, de promotion éthique de leur marque, de sponsoring) en investissant dans la lutte contre la syphilis. En conséquence, la puissante dermatoinfectiologie du xx^e siècle est en perte de vitesse, ayant perdu son objet médical phare et fédérateur au profit d'autres maladies.

Se pose alors la question de la réallocation, du réemploi, de la réaffectation des ressources matérielles, financières ou humaines vers d'autres priorités. Avec les années Sida, l'oubli de la syphilis prend la forme d'une banalisation. Comme la gonorrhée, la chlamydia ou l'HPV, elle n'est plus qu'une infection sexuellement transmissible parmi d'autres, au sein d'un ensemble dont seul le Sida/VIH bénéficie d'une attention particulière. Du point de vue des populations, c'est tout autant l'oubli des signes distinctifs de la syphilis que le

recul d'une peur autrefois stimulée par une propagande sanitaire aux multiples visages.

Dans le cas de la syphilis comme dans celui du Sida/VIH, au point de bascule entre la mobilisation et l'oubli se trouve un traitement que l'on peut définir comme un raccourci pharmaco-technique. Que ce dernier soit un antibiotique ou une trithérapie, il accélère indéniablement la chute des chiffres d'infections, sans pour autant constituer leur disparition complète. Dans le cas de la syphilis et du VIH/Sida, il améliore aussi de façon spectaculaire le pronostic. Un tel raccourci, produit d'une modernité médicale triomphante, est un puissant moteur du changement d'identité d'une maladie. En l'occurrence, la transformation d'IST telles que la syphilis et le VIH en affections chroniques bénignes pousse fortement à la démobilisation et au désinvestissement.

Dans la première moitié du xx^e siècle, la syphilis a été exemplaire des modèles épidémiologiques de cette époque. Elle a motivé la mise au point en 1909, par le docteur et futur prix Nobel Paul Ehrlich, du *Salvarsan*, un dérivé arsenical considéré comme la première chimiothérapie moderne. Pendant la Seconde Guerre mondiale, elle se trouve à l'origine de la révolution antibiotique, lorsque les propriétés antitreponémiques de la pénicilline, cet « antibiotique miracle⁵² », sont

52 Desiderio Papp, « Histoire des antibiotiques », *Revue d'histoire des sciences et de leurs applications*, tome 7, n° 2, 1954, p. 124-138 ; Lorenzo Zaffiri, Jared Gardner et Luis H. Toledo-Pereyra, « History of Antibiotics. From Salvarsan to Cephalosporins », *Journal of Investigative Surgery*, vol. 25-2, 2012, p. 67-77.

démonstrées. Le bouleversement est particulièrement spectaculaire. La pénicilline « annule et remplace » : elle annule la peur, elle remplace la lourdeur du dispositif d'hygiène sociale. Elle est érigée en symbole d'une victoire – un peu trop rapidement décrétée – contre le péril vénérien.

Au caractère spectaculaire mais fragile et partiel de la solution pharmaco-technique, on peut opposer l'enracinement plus profond des effets de la prophylaxie sociale. On a vu plus haut que l'inflexion de la courbe des nouvelles infections par la syphilis a précédé les effets de la pénicilline⁵³, de la même façon que celle du VIH/Sida s'inscrit dans une dynamique décroissante avant que les trithérapies ne viennent parachever la rupture des courbes⁵⁴.

Le raccourci s'avère en effet insuffisant en soi pour éradiquer une maladie infectieuse ou, en l'occurrence, une IST, ne fût-ce que parce qu'un traitement *efficace* reste suspendu à l'apparition d'une souche antibiorésistante. C'est le cas du gonocoque responsable de la gonorrhée vis-à-vis de la pénicilline. Dans un autre domaine, c'est aussi celui du paludisme vis-à-vis du DDT : l'apparition de moustiques résistants à ce pesticide a abouti à la réémergence du parasite et contribua à l'abandon du programme d'éradication de l'OMS en

53 Voir les explications chiffrées du dermatologue à l'institut Alfred Fournier-André Siboulet dans l'émission télévisuelle *Attention... aux maladies vénériennes* (1969).

54 Cf. l'encart de Christophe Bergouignan, « L'inversion de la courbe du Sida avant la trithérapie », p. 46-49.

1969. L'efficacité d'une prophylaxie fondée sur une solution pharmaco-technique repose aussi sur la capacité des sociétés à rester mobilisées, dans la durée, autour de la question des IST ou plus généralement des maladies infectieuses.

Le tableau dressé pointe donc l'incapacité des sociétés à rester mobilisées face à une maladie infectieuse, dès lors que celle-ci paraît dominée par la science. La prophylaxie de la syphilis constitue un cas d'école pour appréhender ce phénomène. En Europe, elle reste familière des populations depuis le xvi^e siècle jusqu'au milieu du xx^e siècle, avant de brutalement « disparaître », pour enfin se rappeler à nous au début du xxi^e siècle.

