



Chapitre de livre

2020

Published version

Open Access

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

Pandémies et frontières : à la recherche du coupable

Ricciardi, Toni

How to cite

RICCIARDI, Toni. Pandémies et frontières : à la recherche du coupable. In: COVID-19: le regard des sciences sociales. Gamba, F.; Nardone, M.; Ricciardi, T.; Cattacin, S. (Ed.). Zürich : Seismo, 2020. p. 301–316.

This publication URL: <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:137598>

PANDÉMIE ET FRONTIÈRES : À LA RECHERCHE DU COUPABLE

Toni Ricciardi

Cette pandémie nous montre que les frontières n'existent pas. Il semble paradoxal que, depuis leur fermeture, la liberté de circulation au sein de l'espace européen Schengen ait été interrompue pour la première fois de son histoire et que de nombreux États aient centralisé les décisions entre les mains des exécutifs et, de fait, affaibli les assemblées législatives. Un principe clé de la Confédération suisse, le fédéralisme, a également fait l'objet de diverses tensions entre le pouvoir central et les cantons au cours des derniers mois. L'objet du différend consistait à savoir qui détenait le droit de décider pour un territoire donné, pour sa population et sur les mesures à prendre. Le même phénomène s'est produit au niveau mondial entre les États. Soudain, on a eu l'impression que dans un monde hyperconnecté, où l'on peut savoir ce qui se passe en temps réel dans les coins les plus reculés, des barrières et des murs s'étaient dressés. Ces « lieux de démarcation – territoriale et symbolique –, auxquels est assignée la reconnaissance des États-nations » (Salvatici 2005 : 7), nous sont apparus comme la solution la plus rassurante à nos craintes.

Nous omettons ici sciemment la discussion sur les *border studies*, les *hidden frontier* (Cole et Wolf 1974), les *border regions* et la coopération transfrontalière (Anderson 1982), ainsi que celle sur la *frontier thesis* de Frederick J. Turner (Turner et Bogue 2010), car ces sujets ne font pas l'objet de la présente réflexion. Dans notre cas, nous utiliserons le concept de frontière comme une délimitation reconnue par les instances politiques, visant à la limitation, au contrôle ou, dans les cas extrêmes, à la défense contre les dangers extérieurs.

En fait, dans le cas du COVID-19, dès que l'opinion publique a eu connaissance de la nouvelle quant à l'épidémie chinoise (1^{er} janvier 2020), la discussion s'est amorcée dans les différents pays sur la manière de procéder. Fallait-il rester ouverts, fallait-il fermer, continuer à travailler, bloquer les vols, vérifier les passeports, les permis ? Puis, dans une succession croissante de craintes et d'incertitudes, se sont fait entendre des déclarations telles que « nous ne voulons plus de Chinois parce que le virus vient de là », « non aux Italiens qui infectent toute l'Europe à cause de leur désorganisation » ou « non aux Européens » par certains États africains. Et bien d'autres encore que nous pourrions citer. De même, une autre question s'est posée : comment est-il possible de rejeter « l'autre », si « l'autre » est encore utile ? Ces derniers mois, chaque pays a essayé d'adopter les mesures les plus appropriées, de les diversifier et de les adapter à son propre contexte socio-économique. Néanmoins, les difficultés n'ont pas manqué et ne manqueront probablement pas.

Comme en Suisse, par exemple. Le débat sur l'opportunité de bloquer ou non les frontaliers a constitué l'un des premiers sujets à l'ordre du jour, près de 400 000 personnes entrant et sortant du pays chaque jour. Certains ont proposé de n'autoriser les transferts quotidiens qu'aux personnes travaillant dans le secteur de la santé, à savoir les infirmiers, les médecins et le personnel paramédical. En effet, les soins sont essentiels, comme dans le secteur primaire où il s'avère nécessaire que la production agricole et sa chaîne d'approvisionnement continuent à garantir l'alimentation. Nous ne pouvons pas renoncer à la main-d'œuvre frontalière et immigrée, qu'elle soit d'origine italienne – surtout dans le premier cas –, albanaise, polonaise ou de toute autre nationalité. Nous pourrions énumérer de nombreux autres exemples ou questions, mais les variables à prendre en considération sont si nombreuses, que les déséquer individuellement nous égarerait. Cependant, une question reste sans réponse. Comme dans d'autres phases

de l'histoire, la même interrogation subsiste : à qui la faute ? Qui est le contamineur ? Qui est responsable ?

LE PATIENT ZÉRO DEVIENT L'OBJET DE PRÉJUGÉS

Les dénominations orientale, russe, asiatique, espagnole, indienne, napolitaine, porcine, bovine et bien d'autres encore ont caractérisé l'histoire des épidémies et des pandémies au fil des siècles, générant, comme on pouvait s'y attendre, une aversion et des préjugés à l'égard des contamineurs, qu'ils soient humains ou animaliers. Le maintien de cette condition a incité l'Organisation mondiale de la santé (OMS) à publier les *Best Practices for the Naming of New Human Infectious Diseases* :

« L'Organisation mondiale de la santé (OMS), en consultation et en collaboration avec l'Organisation mondiale de la santé animale (OIE) et l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO), a identifié les meilleures pratiques pour la dénomination de nouvelles maladies humaines, dans le but de minimiser l'impact négatif inutile des noms de maladies sur le commerce, les voyages, le tourisme ou le bien-être des animaux, et d'éviter d'offenser tout groupe culturel, social, national, régional, professionnel ou ethnique » (WHO 2015 : 1).

Le but consistait à limiter autant que possible l'émergence de préjugés, qui auraient endommagé commercialement et financièrement les territoires et les secteurs productifs du secteur alimentaire. La discussion s'est avérée longue et la solution n'a pas été facile à trouver, surtout au vu des récentes désignations qui, bien qu'elles aient paru tout à fait inoffensives, avaient suscité du mécontentement. Par exemple, le SRAS (Syndrome respiratoire aigu sévère),

apparu en 2003, semblait représenter une dénomination inoffensive à l'époque, ce qui en réalité n'a pas été le cas.

En fait, à cet égard, les habitants de Hong Kong, l'un des premiers foyers de l'épidémie, n'ont pas apprécié l'acronyme, similaire au nom officiel du territoire autonome lui-même, composé du suffixe SAR (*Special administrative region*). Avec l'épidémie d'Ebola en 2014, un problème similaire s'est posé, bien que la matrice s'avérait géographique et non politique. En réalité, lorsque la maladie a été rebaptisée, peu de gens savaient qu'un fleuve important de la République démocratique du Congo, de 250 km, portait ce nom. Après les dénominations nationales, politiques et géographiques, le groupe de travail a imaginé utiliser celles des dieux grecs ou la terminologie encore employée de nos jours pour nommer les ouragans. Finalement, selon toute vraisemblance, le système de numération chinois des années 1960 a été adopté (par exemple H1N1), afin d'éviter la panique au sein de la population et, surtout, de ne pas pénaliser la consommation de certaines espèces animales (Spinney 2017).

Pourtant, malgré ces précautions, comme nous l'avons précédemment mentionné, la chasse au porteur de l'infection a été déclenchée au début du COVID-19 et, en fait, la querelle se poursuit.

Qui sait si, dans un avenir proche, le COVID-19, ou coronavirus dans le sens moins technique, mais plus populaire, sera un jour associé à un *mal de vivre*, comme cela s'est produit avec la tuberculose, la *peste blanche* (Madkour et al. 2004) ? On a défini une *maladie romantique* – à comprendre comme la maladie du Romantisme – à tel point qu'on en trouve des traces dans les classiques de l'époque, comme *Les Misérables* de Victor Hugo. Cependant, nous pouvons presque affirmer que nous continuerons à chercher le sujet porteur de l'infection, ou plutôt le patient zéro. Néanmoins, cette pandémie a dû connaître un point de départ ; il serait sans aucun doute important de le découvrir, afin de reconstituer toutes les étapes de sa propagation. Toutefois,

l'espoir demeure que les erreurs grossières du passé seront à l'avenir évitées.

LA GRIPPE ESPAGNOLE QUI N'ÉTAIT PAS ESPAGNOLE

Selon toute vraisemblance, la première véritable pandémie de la grippe, une épidémie qui s'est étendue sur plusieurs continents, a éclaté en Asie à la fin du 16^e siècle, puis s'est étendue à l'Afrique, à l'Europe et aux Amériques (Potter 2001). À l'époque, on utilisait encore le mot *influenza*, un terme forgé en Italie au XIV^e siècle. Grâce à la Renaissance et à la superpuissance mondiale déjà séculaire de l'époque Venise, les expressions dans le domaine médical se sont décllinées en latin, comme dans ce cas, et possèdent des origines grecques et latines, langues parlées au sud de l'Europe. Sur le plan technique, à savoir l'application des outils statistiques, il a fallu attendre l'influence *russe* de 1889, grâce à laquelle les scientifiques ont compris l'utilité de l'épidémiologie – c'est-à-dire, le comptage des cas – pour lutter contre ce genre de maladies. Si des mesures ont été prises pour les surveiller quantitativement, les virus sont restés un mystère jusqu'à l'aube du XX^e siècle (Schneidel 2018). Et c'est précisément au cours du siècle passé que l'un des plus grands faux pas de l'histoire s'est probablement produit.

À l'époque de la grippe espagnole, l'Europe était aux prises avec les derniers mois de la Grande Guerre ; la communication de masse était répandue et la propagande représentait l'une des armes les plus sophistiquées de la période. Les pays en guerre, essayant de justifier ce qui se passait avec l'intention claire de polariser le choc entre le bien et le mal, ont commencé à blâmer les ennemis des armes comme étant les agents de cette épidémie incontrôlable. Comme la Suisse, l'Espagne est restée neutre face au conflit mondial ; or, comme la Confédération, elle n'a pas été épargnée par la contagion. La grippe est apparue en mai 1918. Le premier

cas, vraisemblablement, a été découvert en mars de la même année aux États-Unis et quelques semaines plus tard en France. À l'époque, les pays en guerre ne diffusaient pas de telles nouvelles, car la presse était soumise à la censure et il n'était pas jugé utile d'aggraver le sentiment de peur en ajoutant aux reportages des tranchées ceux relatant des morts mystérieuses. Alors pourquoi cette maladie a-t-elle été rebaptisée grippe espagnole et quand ?

Le 29 juin 1918, le directeur de l'autorité sanitaire, Martín Salazar, informe l'Académie royale de médecine de Madrid de n'avoir reçu aucune nouvelle quant à cette maladie dans le reste de l'Europe (Müller 1998). Ce label, que les Espagnols savaient collé par erreur, s'est répandu par l'entremise du spectacle le plus célèbre de l'époque ibérique, *La canción del olvido* (Le chant de l'oubli), qui contenait dans son intrigue une petite chanson, que nous appellerions aujourd'hui populaire nationale, intitulée *il soldato napoletano*. C'est ainsi que les Madrilènes baptisèrent le mal noir qui les infectait (Chiaberge 2016).

La presse espagnole a fait le reste. En quelques semaines, Madrid a été contaminée aux deux tiers et, ce que les Britanniques appelaient le PUO (Pyrexia of Unknown Origin – Pyrexie d'origine inconnue), les Américains la *fièvre des trois jours*, les Italiens la *fièvre des moustiques*, les Allemands dans les tranchées *Blitzkatarrh* (catarrhe-éclair) ou *Lungenpest* (peste pulmonaire) et les Français la *grippe du napolitain*, est devenue universellement la grippe espagnole. En fait, à y regarder de plus près, les sources espagnoles de l'époque n'en mentionnaient pas la définition (Müller 1998 ; Phillips et Killingray 2003). Cependant, cette nouvelle épidémie, qui s'est alors transformée en pandémie, a revigoré l'ancienne propagande anti-espagnole – la Légende noire – née au XVI^e siècle avec la conquête des Amériques par les puissances rivales de l'époque (Chiaberge 2016). Comme nous venons de le dire, en quelques mois, l'épidémie est rapidement devenue une pandémie touchant le monde entier et chacun en justifiait sa propre appellation. Pour les Polonais,

elle est devenue la maladie *bolchevique* ; en Perse, la faute en revenait au colonialisme anglais ; pour les Japonais, les lutteurs de sumo en détenaient la responsabilité ; au Sénégal, elle a été rebaptisée *grippe brésilienne*, tandis qu'au Brésil, il s'agissait de la *grippe allemande* (Müller 1998 ; Phillips et Killingley 2003 ; Chiaberge 2016 ; Spinney 2017). Et nous pourrions donner d'autres exemples. En fin de compte, lorsqu'il est apparu clairement que, dans leurs dénominations diverses, toutes ces variantes territoriales s'avéraient similaires, il a fallu leur donner un nom unique pour que la maladie soit reconnue universellement.

Il faut attendre 1998, lors de la rencontre des meilleurs experts de la grippe espagnole au Cap à l'occasion de la conférence *The Spanish Flu after 80 Years*, pour comprendre sa signification et reconstruire le chemin du patient zéro introuvable (Müller 1998). Les travaux des historiens sur la Première Guerre mondiale ont contribué, en partie, à augmenter ou à corroborer les hypothèses sur le terrain.

En 2017, Laura Spinney dans *Pale rider* propose à nouveau une synthèse efficace, reconstituée en se référant à certains dialogues privés d'historiens, qui nous semble intéressante au vu des pistes proposées.

La première hypothèse nous dit que le virus est parti, hier comme aujourd'hui, de la Chine. En 1916, lors d'une opération secrète, plus de 135 000 *coolies* ont été transportés pour être utilisés en France et en Belgique comme ouvriers pour creuser des tranchées, et autant sinon plus en Russie. Le virus a été trouvé dans toutes les régions d'où ils provenaient.

La seconde hypothèse conduit, indirectement, à Rouen, ville française où Jeanne d'Arc, *la pucelle d'Orléans*, a été condamnée au bûcher. À cet endroit a été créé l'un des hôpitaux militaires des troupes britanniques, dans lequel sont apparus plusieurs cas de grippe espagnole provenant de différents camps militaires. Ces malades ne se reflètent cependant pas dans les taux d'infection de la population du Nord de la France.

De France, nous nous rendons de l'autre côté de l'Atlantique, au Kansas, dans un camp d'entraînement militaire, où les recrues sont formées, puis partent pour l'Europe en 1917. Le patient zéro serait un jeune fermier appelé aux armes au service des États-Unis, qui s'apprêtaient à entrer en guerre.

Selon la troisième hypothèse, tout a commencé dans un minuscule village agricole en Chine, où il est supposé qu'un fermier aurait abandonné le mode de vie de ses ancêtres et que, en conséquence, son corps aurait réagi en tombant malade.

Probablement aucune de ces hypothèses n'est réelle ni scientifiquement démontrable, mais elles conservent sans doute leur attrait et confirment que, quelle que soit la cause, il faut un « autre » coupable. La recherche de l'autre comme coupable peine à s'éteindre, au-delà des théories de conspiration que nous appelons de nos jours *fake news*. Pourquoi ?

LA TRICHERIE DE LA RACE AVANT LA RACE

Revenons en arrière, à un siècle de ce que nous continuons d'appeler la grippe espagnole par commodité. Début 1817, le choléra arrive en Inde, se propage au Sri Lanka, atteint la Thaïlande et l'Indonésie, jusqu'à ce qu'il touche la Chine et enfin le Japon en 1822. Une dizaine d'années plus tard, le même agent pathogène se propage de la Grande-Bretagne au Canada, frappant la ville de New York en 1831 et atteignant le Mexique et Cuba. Il faudra attendre plus d'un siècle pour l'attaque de Pearl Harbour, mais, aux États-Unis, la chasse à l'Américain sale, propagateur du virus et aux yeux bridés, est ouverte.

Les cas de lynchages se répandent comme une traînée de poudre, à tel point que les chroniques de l'époque rapportent les faits d'un homme blanc, qui aurait apostrophé une femme asiatique *malade* avant de la battre. À Los Angeles, la plus grande communauté asiatique du pays aurait

vécu pareil événement, où une femme thaïlandaise aurait été apostrophée par de *sale chinoise*. Au même moment, une campagne de presse féroce contre les *marchés humides* et les pratiques de la médecine traditionnelle chinoise se développe, prétendant causer la propagation du choléra (Jain 2020). De même, voulant démontrer la supériorité des soins anglo-saxons en matière d'hygiène et d'utilisation appropriée, des affiches et des dépliants présentant les soins médicaux à appliquer et à suivre scrupuleusement se multiplient rapidement (voir Document 1).

Déjà avant la grippe espagnole, l'épidémie servait à nourrir le germe immortel du racisme, même si à cette époque cette idéologie n'apparaissait pas encore dans la théorie explicative. En fait, au XIX^e siècle, les Occidentaux, en particulier les Anglais, ont utilisé le choléra asiatique pour décrire une nouvelle maladie en provenance d'Inde et de Chine, due à la saleté de leurs habitants et qui se répandait dans leurs villes. Ils avaient seulement oublié que le choléra, dans sa version moderne, avait été découvert trois siècles plus tôt, laissant de côté les descriptions que Thucydide en avait faites au IV^e siècle av. J.-C. De plus, les principales capitales européennes de l'époque ne brillaient pas en matière d'hygiène.

La contextualisation historique s'avère utile pour mieux comprendre ces épisodes. Nous sommes dans la première moitié du XIX^e siècle, au cours de laquelle seront jetées les bases d'un monde qui tiendra, de manière différenciée selon les régions, pendant un peu moins d'un siècle. Nous nous trouvons au début de la deuxième révolution industrielle et le démantèlement progressif de la traite des esclaves a définitivement ouvert les portes de la migration coloniale (Appleyard 1991 ; Cohen 1991), qui est devenue à son tour *The Age of Migration* (Castles et Miller 2009).

D'un point de vue démographique, entre 1800 et 1850, l'Europe est passée de 195 à près de 290 millions d'habitants, qui en 1900 ont dépassé les 420 millions. Ce boom démographique, qui a touché tous les pays européens, s'est

avéré nettement plus important en Grande-Bretagne, où, au cours du XIX^e siècle, la population a plus que triplé.

Document 1 : Mise en garde sur les symptômes du choléra en Inde et recommandations de remèdes

TO THE INHABITANTS OF THE PARISH OF
CLERKENWELL.

His Majesty's Privy Council having approved of precautions
proposed by the Board of Health in London, on the alarming approach
OF THE

INDIAN CHOLERA

It is deemed proper to call the attention of the Inhabitants to some of
the Symptoms and Remedies mentioned by them as printed, and now
in circulation.

Symptoms of the Disorder;

Giddiness, sickness, nervous agitation, slow pulse, cramp beginning at the fingers and toes and rapidly approaching the trunk, change of colour to a leaden blue, purple, black or brown; the skin dreadfully cold, and often damp, the tongue moist and loaded but flabby and chilly, the voice much affected, and respiration quick and irregular.

REMEDIES:

All means tending to restore circulation and to maintain the warmth of the body should be had recourse to without the least delay.

The patient should be immediately put to bed, wrapped up in hot blankets, and warmth should be sustained by other external applications, such as repeated frictions with flannels and camphorated spirits, poultices of mustard and linsed (equal parts) to the stomach, particularly where pain and vomiting exist, and similar poultices to the feet and legs to restore their warmth. The returning heat of the body may be promoted by bags containing hot salt or bran applied to different parts, and for the same purpose of restoring and sustaining the circulation white wine with spice, hot brandy and water, or salvolatile in a dose of a tea spoon full in hot water, frequently repeated; or from 5 to 20 drops of some of the essential oils, as peppermint, cloves or cajuput, in a wine glass of water may be administered with the same view. Where the stomach will bear it, warm broth with spice may be employed. In every severe case or where medical aid is difficult to be obtained, from 20 to 40 drops of laudanum may be given in any of the warm drinks previously recommended.

These simple means are proposed as resources in the incipient stages of the Disease, until Medical aid can be had.

THOS. KEY,
GEO. TINDALL, } *Churchwardens.*

Sir GILBERT BLANE, Bart. in a pamphlet written by him on the subject of this Disease, recommends persons to guard against its approach by moderate and temperate living, and to have in readiness the prescribed remedies; and in case of attack to resort thereto immediately but the great preventative he states, is found to consist in a due regard to Cleanliness and Ventilation.

N.B. It is particularly requested that this Paper may be preserved, and that the Inmates generally, in the House where it is left may be made acquainted with its contents.

T. GOODE, PRINTER, CROSS STREET, WILDERNESS ROW.

Source : Clerkenwell, London, by Thos. Key and Geo. Tindall : Church wardens. London 1831.

Toutefois, il est intéressant de noter que, bien que la prospérité et la longévité aient augmenté régulièrement, l'Europe n'a pas connu une croissance aussi rapide dans la

seconde moitié du XIX^e siècle que dans celle du siècle précédent. Pourtant, peu de véritables guerres sont survenues et les épidémies sont restées moins fréquentes qu'au cours des siècles précédents. L'affaiblissement de cette croissance semble la conséquence directe du contrôle des naissances, des migrations de masse et probablement, comme on le voit, de la succession d'épidémies de toutes sortes.

Ce nouvel appareil complexe ainsi que la croissance progressive des instruments de communication de masse nécessitaient que les opinions publiques, qui coexistaient soudainement avec un monde en effervescence et en pleine accélération, puissent entrevoir des théories, des lois explicatives, de nouveaux espoirs et des solutions. Si jusqu'à la Révolution française, compte tenu du déficit démographique, l'immigration s'avérait la véritable ressource à préserver au détriment de l'émigration, à partir de la seconde moitié du XIX^e siècle, il a fallu nourrir et justifier exactement le contraire. De même, il était nécessaire de clarifier les raisons de l'utilisation de tant de ressources pour la conquête et le contrôle militaire et économique de terres lointaines (Ricciardi 2020). En fait, nous ne pouvons parler de coïncidence, si la codification et l'analyse de ces phénomènes par les sciences sociales – qui se sont extrêmement bien développées au cours du positivisme du XIX^e siècle, les assimilant presque aux sciences naturelles – ont tenté d'expliquer l'origine et le bien-fondé de ce changement de paradigme. Si, d'une part, *L'origine des espèces* de Darwin – publié en 1859, soit après les événements du choléra indien – a produit le *darwinisme social* qui, comme nous l'avons vu, présentait déjà un terrain fertile, il a également alimenté, dans son sens impropre, l'horreur de l'eugénisme qui a servi à justifier le *Scramble for Africa*. Sur le plan économique, le remaniement du moins connu *De la raison d'État* de Giovanni Botero, combiné à la théorie malthusienne du rapport entre les ressources de subsistance et la croissance démographique, a fait le reste. À partir de la seconde moitié du XIX^e siècle, il existe autant de théories sur les migrations que d'écoles de pensée et ce

n'est probablement pas un hasard, si les premières lois sociologiques sur les migrations (Ravenstein 1885) ont vu le jour dans cette phase spécifique de l'histoire.

LES PARADOXES DE L'HISTOIRE OU LA CONTINUITÉ SUPPOSÉE ?

Les dates historiques ne photographient pas un événement et ne créent pas un avant ou un après, mais elles permettent de déterminer des coordonnées à partir desquelles on peut identifier un point de départ. Le 29 juin 1918 a moins déterminé l'adoption du terme grippe espagnole que les événements qui ont suivi et qui n'avaient rien ou peu à voir avec la pandémie. Dans la longue liste des dates, des moments épidémiques qui ont marqué les pays et les territoires, nous voulons nous souvenir d'une date italienne, ou plutôt, d'une du sud de l'Italie.

Le 27 août 1973, alors que l'Italie entre dans les années du plomb, les années du terrorisme, à Torre del Greco – qui avait abrité les ateliers de la marine du Royaume de Bourbon et dont l'embarquement sur des navires de charge et de tourisme représentait l'activité principale – la femme d'un marin est infectée par le choléra. En quelques jours, la maladie se répand dans la ville de Naples, dans l'une des zones urbaines les plus densément peuplées d'Europe. Ainsi, la honte de l'épidémie est réapparue dans cette ville après plus d'un siècle. 47 jours plus tard, le 12 octobre 1973, lorsque l'OMS déclare la région libre, ne subissant plus l'épidémie, les chiffres officiels nous donnent le bilan final. Du 27 août au 12 octobre 1973, 127 cas ont été confirmés du point de vue bactériologique et 12 décès sont survenus (Soscia 2014). Durant cette période, un million de vaccins ont été effectués, entre Naples et la province, avec une mobilisation sans précédent des associations, des partis et des mouvements politiques.

Cet épisode est entré dans l'histoire non pas pour les chiffres ni même pour les causes qui l'ont déclenché, mais par hasard, sous prétexte de raisons accessoires, comme pour la grippe espagnole. En effet, Naples représentait la carte postale parfaite de la combinaison de la pizza, du soleil, de la mandoline et de la saleté. Pourtant, personne ne se souvient qu'à la même époque, presque aux mêmes semaines, le choléra a frappé Bari, Cagliari, Palerme et Barcelone. En dehors des chroniques de l'époque, ces villes, comme Naples, n'ont pas été touchées par le choléra en raison de leurs conditions hygiéniques et sanitaires ou socio-économiques ni de leurs habitudes gastronomiques. Le choléra a atteint ces villes maritimes par la mer, à cause d'une livraison de moules infectées en provenance de Tunisie, après avoir effectué un parcours qui, inversement, a touché dans l'ordre la Turquie, le Sénégal et le Nigeria. Les conséquences ont été dévastatrices ; le secteur local de la production de moules a été détruit. La consommation de crustacés a été interdite pendant des années, comme si ces mêmes traditions culinaires ne se retrouvaient pas dans une grande partie de l'Europe et du monde, et, surtout, on a nourri le récit eugénique de la prétendue infériorité des habitants du sud de l'Europe.

L'histoire, comme nous le savons, ne suit pas des chemins linéaires. Parfois, nous pensons assister à des faits incroyables, mais si nous nous attardons davantage sur les détails, sur les parcours historiques qui se déversent dans l'histoire générale, peut-être en tirerons-nous des leçons. Il serait facile dans ce cas, et probablement paternaliste, de rappeler les pages sur Naples dans *Le voyage en Italie* de Goethe, comme tout théorème ou théorie sur l'égalité des personnes. Pourtant, à l'époque du COVID-19, en Italie affectée par cette pandémie, comme en Europe et dans le reste du monde, où les systèmes de santé se sont approchés de l'effondrement, il convient de mentionner une anecdote appartenant à la grande mosaïque de cette histoire. L'un des hôpitaux d'Europe les plus performants, aux meilleures

stratégies opérationnelles, dans lequel aucune pénurie de matériel pour les opérateurs n'a été constatée et qui a pu garantir une contagion zéro à son personnel médical, n'est autre que l'hôpital Cotugno à Naples. Cela semble paradoxal, presque un oxymore, mais une fois de plus l'histoire nous apporte des enseignements. Cet hôpital n'a pas eu plus de chance que les autres ni s'est avéré meilleur, il a simplement appris de son expérience du choléra de 1973 et des épidémies qui ont touché le monde ces dernières décennies.

Cet épisode restera gravé dans les mémoires, au cas où il subsisterait encore des disciples de la théorie climatique de Montesquieu. Quant au risque très probable et latent qu'après cette pandémie les mêmes craintes envers l'autre se reproduisent, encore plus grandes que par le passé, nous devrions tirer les leçons de ce virus qui, comme les précédents, ne fait aucune différence de statut ou de nationalité. C'est pourquoi nous ne pouvons pas hisser le drapeau communautaire et vouloir ensuite l'adopter à discrétion. Nous avons le sentiment d'appartenir à notre communauté, à nos coutumes, à nos croyances, à notre façon d'être. Cela est vrai dans la mesure où nous comprenons que notre communauté est l'humanité. Car ce qui est en jeu ici, ce n'est pas la civilisation de l'un par rapport à l'autre, seules une civilisation et une race demeurent : la civilisation humaine. Afin de comprendre, avec un doute raisonnable, si la leçon est acquise, comme on dit à Naples, *adda passà a nuttata* (la nuit devra passer).

TEXTES CITÉS

Anderson, Malcom (1982). *Frontier Regions in Western Europe*. London: Frank Cass.

Appleyard, Reginald T. (1991). *International Migration: Challenge for the Nineties*. Genève: International Organization for Migration.

- Castles, Stephen et Mark J. Miller (2009). *The Age of Migration: International Population Movements in the Modern World*. New York; London: The Guilford Press.
- Chiaberge, Riccardo (2016). *1918 La grande epidemia. Quindici storie della febbre spagnola*. Novara: Utet.
- Cohen, Robin (1991). "East-West and European Migration in a Global Context". *New Community* XVIII(1): 9-26.
- Cole, John W. et Eric R. Wolf (1974). *The Hidden Frontier. Ecology and Ethnicity in an Alpine Valley*. New York, London: Academic Press.
- Jain, Sagarre (2020). "Anti-Asian Racism in the 1817 Cholera Pandemic. We should learn from, instead of repeating, the racist assignments of the past". *Jstore Daily*, en ligne : https://daily.jstor.org/anti-asian-racism-in-the-1817-cholera-pandemic/?utm_term=Anti-Asian%20Racism%20in%20the%201817%20Cholera%20Pandemic&utm_campaign=jstordaily_04232020&utm_content=email&utm_source=Act-On+Software&utm_medium=email (accès 30.04.2020).
- Müller, Jürgen (1998). "What's in a Name? Spanish Influenza in Africa and What Local Names Say about the Perception of this Pandemic", *Reflections on the Spanish flu pandemic after 80 years: causes, course & consequences*. Cape Town.
- Phillips, Howard and David Killingray (éds) (2003). *The Spanish Influenza Pandemic of 1918-19. New Perspectives*. London; New York: Routledge.
- Potter, Christofer (2001). "A history of influenza". *Journal of Applied Microbiology* 91: 572-579.
- Ravenstein, Ernst G. (1889). "The laws of migration". *Journal of the royal statistical society* 52(2): 241-305.
- Ricciardi, Toni (2020). "The transition from colonialism to the migration policies in Europe", dans Laschi, Giuliana, Valeria Deplano et Alessandro Pes (éds). *Europe between Migrations, Decolonization and Integration (1945-1992)*. London: Routledge, p. 28-38.
- Salvatici, Silva (éd) (2005). *Confini: costruzioni, attraversamenti, rappresentazioni*. Soveria Mannelli: Rubbettino Editore.

Scheidel, Walter (2018). *The great leveler: Violence and the history of inequality from the stone age to the twenty-first century*. Princeton: Princeton University Press.

Soscia, Mario (2014). “Tra storia e letteratura. Il colera in Italia e a Napoli”. *Sinestesi* 10: 7-28.

Spinney, Laura (2017). *Pale rider: the Spanish flu of 1918 and how it changed the world*. London: Jonathan Cape.

Turner, Frederick J. (2010 [1920]). *The frontier in American history*. New York: Dover Publication.

WHO (2015). *World Health Organization Best Practices for the Naming of New Human Infectious Diseases*. Genève: WHO. En ligne : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/163636/1/WHO_HSE_FOS_15.1_eng.pdf?ua=1 (accès 30.04.2020).