

Santé publique

**Les leçons
de l'Histoire**

Par la journaliste scientifique

Annie Lobé

SantéPublique éditions

Santé publique : les leçons de l'Histoire

Par Annie Lobé, journaliste scientifique.
Janvier 2005, janvier 2007 et mai 2013.

Trois exemples historiques de gestion des crises sanitaires en France et leurs répercussions sur notre vie quotidienne.

"L'erreur est humaine. Le mensonge est criminel."
– Raymond Devos

L'affaire de la vache folle consécutive à la commercialisation de viandes contaminées par le prion a principalement fait courir des risques aux classes populaires achetant des produits alimentaires à bas prix ou fréquentant les *fast-food*. Celle de l'amiante concerne principalement les ouvriers du bâtiment, dont bon nombre d'immigrés. Celle du sang contaminé a touché des milliers d'hémophiles et d'autres malades ayant eu besoin d'une transfusion sanguine au "mauvais" moment. Les publics concernés, maintenus dans l'ignorance des dangers encourus, ont été privés de toute possibilité de prévention individuelle.

Informés des dangers, les décideurs étaient eux-mêmes à l'abri, ainsi que leurs proches. Du moins dans leurs domaines respectifs. Le choc provoqué par ces "affaires" provient de la révélation du comportement de responsables en charge de la santé publique qui ont sciemment prolongé la durée de la prise de risque.

Plus récemment, la mauvaise gestion sanitaire de la canicule de 2003 a tué 15 000 de nos aînés (contre 3 000 au cours de la canicule de 1976). Le thermomètre était déjà redescendu lorsque l'ampleur du désastre a été rendue publique, en culpabilisant de surcroît la population de ne pas avoir suffisamment pris soin de son voisinage.

Alors qu'une majorité de victimes regardaient sans doute la télévision et auraient pu s'auto-administrer les gestes préventifs de l'hyperthermie si elle les leur avait expliqués en temps utile : boire bien sûr, mais aussi mouiller ses vêtements, s'envelopper les membres dans des serviettes éponges humides, appliquer des gants de toilette humides sur le front et la nuque, poser un sac de glaçons devant un ventilateur...

L'absence de système d'alerte sanitaire *en temps réel* et le déni des signalements effectués à l'initiative de quelques professionnels consciencieux sont probablement les causes de cette hécatombe.

Tous ces scandales sanitaires, qui hantent nos mémoires, sont pourtant en deçà de la nouvelle "affaire" à venir, non quant à la dangerosité de l'agent pathogène mais quant au *nombre* de sujets exposés. Avec les micro-ondes pulsées émises par les appareils sans fil, *personne* n'est à l'abri, pas même les décideurs. Les signes de la dégradation de l'état de santé de la population sont d'ores et déjà décelables pour des observateurs avertis.

Combien de victimes sont *déjà* tombées sous le rouleau compresseur de la téléphonie mobile, cette industrie cannibale qui attaque non seulement notre cerveau et nos cellules, mais également notre porte-monnaie ? Nul ne le sait car il n'y a en France aucun registre national des nouveaux cas de cancer. Aucun indicateur global en temps réel de l'état sanitaire de la population. Aucun signalement concernant les maux de tête, l'insomnie, la fatigue, la dépression ou les troubles de la concentration, de la mémorisation et de l'apprentissage, qui sont les premiers symptômes d'une surexposition aiguë ou chronique aux micro-ondes pulsées émises en permanence par tous les appareils sans fil.

Encore une fois, l'hécatombe avance masquée. C'est bien pratique pour ceux qui veulent se voiler la face. Mais si rien ne change et si les décisions qui s'imposent ne sont pas prises, c'est notre société toute entière qui finira par passer à la trappe sans s'être rendu compte de rien.

La mise en perspective des "affaires" de santé publique dans l'Histoire s'avère d'une grande utilité. L'exploration et l'analyse de la façon dont d'autres crises sanitaires ont été gérées par l'action conjuguée des scientifiques, des médecins, des dirigeants politiques et des chefs d'entreprises sont édifiantes. Encore faut-il remonter suffisamment loin dans le temps. Si vous le voulez bien, revenons cent cinquante ans en arrière pour nous replacer dans lumière des enseignements du passé.

La désinfection des mains, contre les premières infections nosocomiales

Premier exemple, tiré des annales du progrès scientifique : celui de la fièvre puerpérale, ou fièvre de la parturiente, qui était, jusqu'à la fin du XIX^e siècle, à l'origine de 10 % à 30 % de mortalité dans les maternités et les hôpitaux à travers l'Europe. Vers 1848, un médecin obstétricien hongrois, Ignác Semmelweis, découvrit que le simple fait d'obliger les médecins à se laver les mains dans une solution chlorée avant d'examiner la mère permettait d'éradiquer cette maladie. Il testa son idée dans son propre service d'obstétrique. Le taux de mortalité des accouchées tomba de 18 % à 1 %.

Il publia en 1861 un livre dans lequel il consigna les observations et statistiques issues de sa pratique pendant plus de dix ans, prouvant

que la technique antiseptique empêchait la mort par fièvre puerpérale, et envoya des exemplaires de son livre aux sociétés médicales et aux plus grands obstétriciens d'Allemagne, de France et d'Angleterre.

Cet ouvrage resta pratiquement ignoré par le milieu médical, alors même que la fièvre puerpérale continuait ses ravages dans les maternités hospitalières. En 1860, à Stockholm, 40 % de toutes les femmes malades attrapèrent la fièvre puerpérale et 16 % en moururent. À Prague, 4 % des mères et 22,5 % des enfants moururent dans l'année 1861. Pour quelle raison les médecins et les chercheurs ignorèrent-ils la théorie de Semmelweis ? Peut-être leur était-il pénible d'accepter une idée qui impliquait que déjà, en ne se lavant pas les mains, chacun d'eux avait involontairement envoyé de nombreux patients à la mort ? Dénier, quand tu nous tiens...

Semmelweis mourut en 1865, quinze jours après avoir été enfermé de force dans un asile d'aliénés. Son nom serait complètement tombé dans l'oubli si Louis-Ferdinand Célina ne lui avait pas consacré un ouvrage (1). Puis Joseph Lister, simple médecin exerçant à Glasgow et à Édimbourg, essaya pour la première fois le phénol comme agent antiseptique. Sa découverte fut initialement ignorée à la fois en Angleterre et aux États-Unis, en partie parce qu'il était considéré comme un provincial. *"Après que Lister eut remporté sa victoire [en 1877], et que Pasteur eut convaincu le corps médical de l'existence réelle des germes [à partir de 1880], les médecins comprirent ensuite, quelque trente années plus tard, la théorie par laquelle ils pouvaient expliquer les faits qui leur disaient de se désinfecter les mains avant de procéder à un examen obstétrical"*. (Ces passages sont extraits du livre de W Broad et N Wade *La Souris truquée, enquête sur la fraude scientifique*) (2).

De précieuses années ont donc été perdues, pendant lesquelles des souffrances, des maladies et des décès ont été infligés, qui auraient pu être évités. Mais à partir du moment où le lien de causalité entre la conduite pathogène et la maladie a été officiellement reconnu, on n'a pas dit aux médecins et aux chirurgiens : *"Si vous ne vous désinfectez pas les mains, vous augmentez le risque de tuer vos patients. À présent que vous êtes informés, faites comme vous voulez !"*

Si une telle attitude avait prévalu au siècle dernier, il est plus que probable que le décès prématuré de l'une de nos aïeules aurait empêché la naissance de certains d'entre nous. Qui sait si *vous* seriez là aujourd'hui ? Et non seulement toutes les femmes enceintes connaîtraient, encore aujourd'hui, l'angoisse de mourir des suites de l'accouchement, mais toutes les femmes vivraient avec cette peur au ventre. Et tous les hommes éprouveraient la crainte de perdre la mère de leurs enfants à chaque nouvelle naissance.

Christophe, un Français marié à une Marocaine née dans un *bled* isolé du haut plateau marocain où ils passent leurs vacances chaque année, me disait récemment qu'une femme sur trois continue, de nos jours, d'y mourir en donnant la vie. L'adoption de pratiques simples telles l'asepsie des mains ou la stérilisation, par le feu ou l'eau-de-vie locale, des instruments utilisés pour couper le cordon ombilical, contribueraient sans doute à réduire cet important taux de mortalité. Encore faudrait-il pour cela que l'information soit transmise aux personnes concernées, de façon suffisamment convaincante pour qu'elles aient envie de la mettre en pratique.

Pourquoi, en un siècle, un tel risque a-t-il quasiment disparu en France ? Parce qu'on n'a pas donné le choix aux obstétriciens et aux sages-femmes. Puisque la médecine était impuissante à guérir *tous* les cas de fièvre puerpérale, tout a été mis en œuvre pour *éviter qu'elle ne survienne*. La désinfection des mains a été rendue purement et simplement obligatoire.

Jeanne, 90 ans aujourd'hui, raconte le soin que sa mère, sage-femme à partir de 1900, apportait à cet aspect de son travail, qui avait fait l'objet d'une grande emphase pendant sa formation : *"Ma mère avait la hantise de donner la mort aux femmes qui donnaient la vie. Avant chaque accouchement, elle se désinfectait les mains à l'alcool."*

Un relâchement des pratiques ?

L'existence des bactéries et des virus, communément appelés "microbes", fait désormais partie de l'éducation des enfants, au point d'être devenue une *croyance* dont découlent des *comportements* d'éviction protecteurs.

Même s'ils n'ont jamais observé de leurs propres yeux les fameux microbes au microscope, les pères qui assistent de nos jours aux accouchements seraient sans doute prêts à mettre leur poing sur la figure à un obstétricien négligent qui omettrait ostensiblement de se désinfecter les mains et de les munir de gants spéciaux prévus à cet effet ! Mais qu'en est-il des autres malades ?

Rolande, ex-infirmière en chef en milieu hospitalier, racontait que dès les années soixante, elle devait "faire la guerre" aux infirmières qui négligeaient cette règle d'hygiène élémentaire et lui répondaient en haussant les épaules : *"Il y a les antibiotiques !"* Les habitués du milieu hospitalier savent qu'aujourd'hui plus on s'élève dans la hiérarchie, moins on se désinfecte les mains entre chaque patient examiné ou soigné. Pour s'en convaincre, il suffit d'observer un grand professeur et sa nuée d'étudiants, effectuant la "tourné" de son service. Même s'il touche rarement les patients, quel exemple donne-t-il au reste du personnel ?

Il n'est d'ailleurs pas impossible que la recrudescence actuelle des maladies nosocomiales, ces infections contractées à l'hôpital qui

occasionnent chaque année plusieurs milliers de décès en France, ait pour origine un relâchement des pratiques d'asepsie des mains avant chaque soin administré à des personnes différentes. La Chlorhexidine® mise sur le marché en 2000 doit être appliquée pendant au moins une minute, puis rincée à l'eau courante. Idem pour la Bétadine Scrub®. De nouveaux produits, qu'il suffit de se frotter sur les mains sans rinçage, tendent à les remplacer. L'efficacité du Manugel® est limitée à cinq applications. Indéniablement plus *pratiques*, sont-ils vraiment aussi *efficaces* ? Comment être sûrs qu'ils ne contribuent pas à amplifier la résistance des agents infectieux ?

Un siècle de combat contre la tuberculose

L'énergie consacrée dans le monde entier à vaincre la tuberculose illustre également une certaine conception de la lutte contre la maladie et la mort. Revenons sur l'histoire de ce fléau quelque peu oublié dans nos contrées, qui détient pourtant le record de longévité au palmarès des causes médicales de décès au cours des deux siècles écoulés.

Il est difficile aujourd'hui d'imaginer comment cette maladie était perçue quand on n'en connaissait ni cause ni traitement. En Occident, la tuberculose était au XIX^e siècle ce que le cancer est à notre époque : son diagnostic laissait souvent accablé, annonce d'un sursis à la durée incertaine, perçu comme un arrêt de mort à plus ou moins proche échéance, laissant planer une douloureuse incertitude et l'espoir (toujours soutenu par l'entourage) d'une guérison, d'une rémission. La perspective d'une évolution vers une mort prématurée *"inaugurait une ère sans échéance déterminée où la maladie allait occuper l'essentiel des préoccupations et constituer la toile de fond devant laquelle, dans une ambiance de grisaille, se dérouleraient désormais tous les autres événements."* (3)

Avant l'établissement de la preuve de sa contagiosité, la tuberculose était dominée par la notion quasi indiscutée et ancrée dans l'opinion publique de son caractère héréditaire, par le fait qu'elle frappait souvent et avec insistance les membres d'une même famille. Certaines de ces familles étaient littéralement décimées en une ou deux générations (4). Ainsi Marie, 78 ans aujourd'hui, se souvient que dans la famille solognaise de sa grand-mère, seulement deux filles sur douze enfants ont survécu, les autres frères et sœurs ayant été emportés par la tuberculose entre 20 et 25 ans, avant d'avoir eux-mêmes des enfants.

L'opinion médicale persista longtemps dans l'implication obstinée de facteurs ou de co-facteurs héréditaires dans l'apparition de la maladie et n'a abandonné ces dernières années cette interprétation qu'après avoir reculé pas à pas. Cette "prédisposition à développer la maladie" que les cliniciens du XIX^e siècle opposaient au dogme de la contagion

fut un obstacle à l'organisation d'une lutte efficace. Le rôle de certains facteurs génétiques dans la vulnérabilité à l'égard de la tuberculose connaît d'ailleurs, depuis quelques années, avec les données de la biologie moléculaire, un certain renouveau. La maladie est cependant, sans aucune réserve possible, toujours transmise à partir d'une contamination et pratiquement toujours d'individu à individu, généralement à la suite d'un contact prolongé et répété. C'est cette notion qui est à la base de toute action efficace (5).

La tuberculose tuait jadis autant que le cancer aujourd'hui, mais de façon plus précoce. Elle était responsable de 20 à 30 % des décès dans des grandes villes comme Paris ou Marseille, au début du XIX^e siècle (6). Aujourd'hui, elle en cause 0,0024 % en France (7). L'analyse historique de la gestion de cette "crise sanitaire" chronique et majeure présente un grand intérêt pour qui veut tirer profit des leçons du passé.

Un recul antérieur à la découverte du vaccin et des antibiotiques

Comment cette maladie a-t-elle été vaincue ? Si la première réponse qui vous vient à l'esprit est "grâce à la vaccination et aux antibiotiques", sachez que la réalité est tout autre : la diminution de la mortalité par tuberculose a *précédé* à la fois la mise au point du vaccin (1921) et celle des antibiotiques (années 1950).

En France, la diminution du nombre de cas a été constante et régulière depuis le milieu du XIX^e siècle. Quelques chiffres rendent compte de son déclin. Entre la fin des années 1890 (456 décès pour 100 000 habitants) et la fin des années 1910 (243 décès pour 100 000 en 1918), le taux de mortalité par tuberculose a été presque divisé par deux en vingt ans (8), malgré une recrudescence pendant la première guerre mondiale et dans l'immédiat après-guerre (80 000 décès, soit 278 pour 100 000, en 1919) (9), ainsi que pendant la seconde guerre mondiale (60 000 décès, soit 152 pour 100 000 en 1941 et 58 000 décès, soit 147 pour 100 000, en 1942) (10).

La régression a continué jusqu'en 1950 (24 000 décès, soit 58 décès pour 100 000 habitants, cette année-là). Ensuite, le taux de mortalité pour 100 000 habitants a décru comme suit : 1960 : 22 ; 1970 : 8,1 ; 1980 : 2,1 ; 1990 : 1,7 ; 1995 : 1,3 ; 1996 : 1,2 ; 1997 : 1,2 ; 1999 : 1,1 (calculs effectués en croisant les données du Quid (2005) p. 179b et du tableau INSEE (2005) *Mouvement naturel de la population depuis 1901*).

Le déclin s'est donc largement amorcé depuis 150 ans et a été parachevé par l'action décisive de moyens thérapeutiques efficaces qui ont permis la quasi suppression des décès causés par cette maladie et la nette régression de son incidence : le nombre de

nouveaux cas pour 100 000 habitants est passé de 66 en 1970 à moins de 20 depuis 1990 (11).

À New York en 1812, le taux de mortalité par tuberculose était de 700 pour 100 000. En 1882, date de la découverte du bacille par le docteur Koch, il était déjà tombé à 370. En 1904, il avait encore chuté à 180 et, après la seconde guerre mondiale, il n'était plus que de 48 pour 100 000 (12). En Allemagne, après un pic avoisinant les 700 décès pour 100 000 en 1840, la diminution a été constante jusqu'en 1910 (100 décès pour 100 000) et au-delà : 50 pour 100 000 en 1950 (13).

Or, la découverte d'antibiotiques efficaces contre le bacille de la tuberculose n'est intervenue que depuis une soixantaine d'années : d'abord la streptomycine en 1944 par l'américain Waksman, puis l'isoniazide, synthétisée en 1912, mais introduite seulement en 1952, après avoir été oubliée pendant quarante ans dans un tiroir (6), la pyrazinamide en 1952, l'éthambutol en 1961 et enfin la rifampicine en 1966.

Quant au vaccin, l'isolation en 1908, par les médecins français Albert Calmette et Camille Guérin, d'une souche non virulente du bacille de *Mycobacterium bovis*, l'agent de la tuberculose chez les bovins, atténuée par 231 passages successifs sur des fragments de pomme de terre imprégnés de bile de bœuf, pendant treize ans, ne donnera lieu à la première vaccination humaine qu'en 1921 (B.C.G. signifie "Bilié de Calmette et Guérin").

Le vaccin est donné à un nourrisson né d'une mère tuberculeuse, qui se porte bien cinq ans après, puis à 700 autres bébés. Il est mis à la disposition du corps médical en 1924. La vaccination ne s'étend que lentement : environ 30 % des enfants la reçoivent en 1935.

Car en mai 1930, un drame s'est produit à Lübeck : 72 nourrissons meurent sur 250 vaccinés, suscitant la remise en cause du bien-fondé de cette inoculation de bacilles bovins, certes atténués mais néanmoins vivants. L'enquête officielle et le procès qui suit concluent à une contamination accidentelle de la souche originale provenant de l'Institut Pasteur de Paris par un autre bacille tuberculeux cultivé et manipulé dans le laboratoire allemand en même temps que l'on préparait le vaccin (14).

La vaccination antituberculeuse est rendue *obligatoire* en France le 5 janvier 1950, soit vingt ans plus tard. Cette année-là, le nombre de décès par tuberculose est déjà inférieur à 25 000 (11), ce qui représente un taux de mortalité de 58 pour 100 000.

Aujourd'hui, la France est, avec la Finlande, le seul pays où le B.C.G. est encore obligatoire (15) avant l'entrée en collectivité (Art. L.3112-1 du code de la Santé publique). Le refus de se soumettre est puni de six mois d'emprisonnement et de 3 750 euros d'amende (Art. L. 3116-4) et l'État supporte "*la réparation d'un dommage imputable directement à une vaccination obligatoire*" (Art. L. 3111-9).

Or, des auteurs spécialisés (12) (16) ont identifié, dans la littérature médicale et par l'interview de médecins ou de malades, de nombreux cas d'accidents aigus consécutifs à des injections de vaccins : survenue de la maladie correspondante, déclenchement d'autres maladies souvent invalidantes, voire létales, mort subite du nourrisson. Plusieurs associations ont vu le jour (Ligue nationale pour la liberté des vaccinations, Association Liberté Information Santé, ASSO E3M,...), qui dénoncent le nombre élevé d'injections pratiquées sur les nourrissons à un moment où le système immunitaire est encore immature ainsi que la présence de composants toxiques, comme le mercure et l'aluminium, dans les préparations vaccinales.

Les détracteurs de la vaccination obligatoire se comptent y compris dans le corps médical parmi les spécialistes des maladies infectieuses et les médecins généralistes informés ou confrontés à des patients à qui la vaccination a fait plus de mal que de bien. Mais rien ne fait changer la législation. Et le magazine *Nexus* s'est vu retirer, en juillet 2006, son agrément par la Commission Paritaire des Publications et des Agences de Presse (qui permet à des organes de presse de bénéficier d'un taux de TVA réduit) pour avoir publié des informations scientifiques à ce sujet, au motif que la mise en cause de l'innocuité des vaccins est susceptible "*d'inquiéter les esprits les plus fragiles*" (17). Le bimensuel *Pratiques de Santé* a subi le même sort peu de temps après.

Mon propos n'est pas ici de discuter du bien-fondé de la vaccination en général, ni de la vaccination contre la tuberculose en particulier. Des médecins et des journalistes spécialisés ont déjà publié à ce sujet de nombreux ouvrages auxquels le lecteur peut se référer pour se forger une opinion (12) (16). Je peux néanmoins dire qu'en effectuant ces recherches, j'ai été frappée par deux choses.

La première, c'est que le vaccin a été développé à partir du bacille de bœuf. Si son utilité pour immuniser les bovins semble difficile à contester, son efficacité sur la forme humaine de la maladie, provoquée par un bacille différent, pose question. La seule protection qu'il pourrait sans aucun doute préférer concerne la contamination par absorption de lait cru de vache malade (40 % du cheptel bovin français était contaminé en 1868). Le docteur Koch, découvreur du bacille, avait affirmé en 1901 que la vache tuberculeuse ne transmettait qu'exceptionnellement sa maladie à l'homme. Se pourrait-il que la présence fréquente de bacilles tuberculeux bovins chez l'enfant, révélée par des recherches ultérieures (18) provienne de la consommation de lait cru contaminé ? Force est de constater que cette consommation n'a plus cours aujourd'hui !

Deuxièmement, si les responsables actuels des vaccinations au ministère de la Santé faisaient vraiment le travail pour lequel ils sont payés, ils devraient à tout le moins rendre obligatoire la déclaration des accidents post-vaccinaux et la mention du numéro de lot du vaccin sur les carnets de santé. La raison pour laquelle ils ne le font

pas est simple : les pays qui se sont donnés les moyens d'une vision exacte de la situation en instaurant cette mesure ont fini par lever l'obligation quelques années plus tard, devant le nombre important de cas signalés (c'est notamment le cas de la Suède depuis les années 1970 (19)).

Ce qui n'empêche pas, dans ces pays, la majorité des parents de faire vacciner leurs enfants (d'après les affirmations d'une salariée de l'ambassade néerlandaise à Paris), compte tenu de la faible audience des détracteurs de la vaccination au regard de la foi populaire qu'elle continue de susciter. Au bout du compte, le *business* des vaccins est sauf, l'État se désengage de toute responsabilité, les défenseurs de la liberté des vaccinations obtiennent gain de cause et la santé publique ne perd rien au change !

S'agissant des leçons à tirer de la gestion historique des crises sanitaires, mon propos est ici de montrer que, face à un fléau mortel, les pouvoirs publics ont naguère rendu *obligatoire* une mesure de protection de la santé publique, et que cette décision prévaut toujours malgré la quasi résorption de la maladie concernée, en dépit de graves effets secondaires potentiellement induits par cette mesure. Même contre leur gré et au péril de leur vie, les bébés français sont aujourd'hui légalement contraints d'être vaccinés, sans aucune possibilité légale d'obtenir une dérogation pour raisons médicales.

Cette décision des responsables sanitaires français se fonde-t-elle sur leur intime conviction que la vaccination obligatoire fait plus de bien que de mal à la population ? Est-elle dictée par les intérêts des laboratoires pharmaceutiques qui mettent ces vaccins sur le marché ou par leur intérêt personnel au cas où ils auraient cédé aux sirènes de la corruption ? Ou leur intention, en perpétuant sciemment un acte médical dans des conditions potentiellement dangereuses, est-elle véritablement criminelle ? Eux seuls connaissent la réponse à ces troublantes questions.

Un responsable sanitaire départemental déclarait ainsi à un médecin : "*Nous prenons des risques, mais ils sont faibles et on ne peut pas faire d'omelettes sans casser des œufs.*" (propos rapportés par le Dr Didier Grandgeorge dans *Le Quotidien du médecin* du 9 septembre 1992 cité par la journaliste Sylvie Simon). Comme si les bienfaits escomptés de la vaccination de tous valaient bien quelques "dommages collatéraux". Et, comme le souligne judicieusement Sylvie Simon, comme si ce responsable prenait *lui-même* les risques, et non ceux qu'il oblige à se faire vacciner... (20).

Quoi qu'il en soit, en termes de lutte antituberculeuse, la protection de la santé publique s'inscrit de nos jours dans le cadre de mesures coercitives.

Remontons encore dans le temps : *avant* la vaccination et les antibiotiques, quelles étaient les causes du spectaculaire recul de la maladie ?

Les premiers pas de la prophylaxie : la qualité de l'eau

Les premières mesures prophylactiques ayant montré leur efficacité dans la prévention de pathologies multiples sont l'amélioration de la qualité de l'eau et de l'hygiène. Encore une fois, si ces mesures ont été suivies d'effets en France, c'est qu'elles n'étaient pas facultatives. Ainsi l'obligation, édictée en 1884 à Paris par le préfet Eugène Poubelle, de déposer les ordures dans des récipients prévus à cet effet, qui prendront plus tard son nom ; ou le raccordement aux égouts des immeubles neufs, obligatoire à Paris depuis 1853 ; ou encore l'acheminement de l'eau potable et la collecte des eaux usées, mise en œuvre par les travaux du préfet Haussmann en 1860, qui ont nécessité des millions de francs de travaux d'installation de centaines de kilomètres de canalisations (même si on a tendance à l'oublier, le baron Haussmann ne s'est donc pas uniquement préoccupé des beaux quartiers et des Champs-Élysées...).

Disposer d'une eau potable de qualité nous paraît aujourd'hui naturel, en Occident. En ce début de XXI^e siècle, le législateur est resté persuadé qu'il s'agit d'une mesure sanitaire, puisque les questions relatives à la gestion des eaux usées relèvent toujours du Code de la santé publique (articles L. 1331-1 à -16) et non du Code de l'urbanisme, qui ne traite cette question que parmi d'autres et dans un unique article (L. 421-5).

Infectieuse, contagieuse, transmissible : il faut éviter la propagation de la maladie

La première mise en évidence du caractère contagieux de la tuberculose remonte à 1865, lorsque Jacques-Antoine Villemin, médecin français, contamine volontairement des lapins avec du pus de lésions humaines. En 1882, le médecin allemand Robert Koch identifie le bacille de la tuberculose dans les expectorations de quatre malades et le dénomme *Mycobacterium tuberculosis*. Mais ses essais de traitement des tuberculeux par des injections de tuberculine s'avèrent infructueux (21). (Ses nombreuses découvertes sur les maladies infectieuses et parasitaires lui vaudront néanmoins le prix Nobel de médecine en 1905).

À Lille, le docteur Albert Calmette conçoit dès 1895 un dispensaire visant à la fois à promouvoir une prophylaxie efficace de la tuberculose grâce à des "moniteurs d'hygiène", ouvriers bénévoles qui délivrent gratuitement leurs conseils en rendant visite aux malades à domicile, et à répondre aux besoins matériels des malades

les plus indigents par la distribution de bons d'alimentation, le nettoyage du linge et des aides de toutes natures. Il faudra attendre plus de vingt ans la généralisation de ces dispensaires, sous l'impulsion de la mission Rockefeller (voir ci-après).

La première intervention officielle devant l'extension de la maladie est la création d'une "Commission chargée d'étudier les moyens de combattre la propagation de la tuberculose" par le gouvernement Waldeck-Rousseau en 1899.

Si la découverte des rayons X par l'allemand Roentgen permet une vision directe des lésions et un dépistage précoce, notamment sous l'influence du Français Antoine Béchère, pionnier du dépistage systématique radiologique (22), la sérothérapie, le pneumothorax et la chirurgie se révèlent insuffisants.

Dès le début du xx^e siècle, les différents visages de la maladie sont clairement connus : étiologie, description clinique des différents stades d'évolution, inventaire anatomique, traduction histologique. Mais on ne sait toujours pas la guérir.

Les autorités savent que cette maladie contagieuse se propage *via* la dissémination du bacille présent dans les expectorations des malades. La seule protection possible est donc de *prévenir la contagion*. Il faut pour cela mettre fin à une habitude fort répandue : le crachat. Encore une fois, les mesures sont comminatoires. En 1902, la Direction de l'enseignement primaire du ministère de l'Instruction publique et des Beaux-Arts met en œuvre une campagne d'affichage intitulée "Préservation contre la tuberculose", délivrant les règles de salubrité de l'habitation et d'hygiène individuelle suivantes :

- "Il est nécessaire d'aérer les salles de classe en ouvrant largement, et en toutes saisons, les portes et les fenêtres durant l'intervalle de deux classes.
- Il est absolument interdit d'épousseter et de balayer à sec. On doit toujours balayer avec de la sciure humide ou nettoyer avec un linge humide.
- Il est défendu de cracher à terre.
- Les mains doivent être lavées avant chaque repas.
- Il est malpropre et dangereux de porter à la bouche des objets qui ont pu servir à d'autres (...), de tourner les pages de livres avec les doigts humectés de salive, de se servir du mouchoir d'un camarade.
- On ne doit jamais boire ni alcool, ni liqueurs : l'alcool prédispose à la tuberculose.
- On ne doit faire qu'un usage modéré du vin, de la bière ou du cidre."

Mesures coercitives

L'application de la mesure d'interdiction des crachats, fer de lance de la prophylaxie, est facilitée par la distribution et la commercialisation d'accessoires, les crachoirs de poche. D'autres mises en garde sont popularisées, telles la nécessité de faire bouillir le lait cru avant sa consommation ou la condamnation de la robe à traîne, qui "*se souille de tous les immondices de la rue et rapporte à domicile des microbes plus ou moins dangereux dont les enfants peuvent pâtir*". En France, la mode se chargera de faire disparaître ces robes vers 1910-1912 (23).

Quant à l'interdiction du balayage à sec, il suffit d'avoir une fois passé ainsi le balai dans une pièce directement éclairée par les rayons du soleil pour comprendre son intérêt, d'autant qu'en se penchant pour ramasser le tas de saleté, on plonge, pour ainsi dire, le nez dans la poussière... (l'aspirateur moderne n'est somme toute qu'un moyen électrique de disséminer les bactéries, dont la taille de 2 à 3 millièmes de millimètres se joue des filtres dont il est équipé).

Diverses interdictions font donc l'objet de propagandes tant en Europe qu'aux États-Unis. Dans certains pays, les mesures coercitives sont assorties d'amendes, voire de peines d'emprisonnement pour les contrevenants : 500 dollars d'amendes et un an de prison pour les cracheurs, outre-Atlantique, par exemple (24). En France, la campagne est orchestrée par la Société de prévention de la tuberculose, créée en 1901 sous l'impulsion d'un médecin et d'un sénateur, qui privilégie le support des cartes postales illustrées, car les affiches et pancartes ne retiennent guère l'attention. D'autres initiatives désordonnées sont prises par soixante-cinq associations réunies en une fédération. Progressivement, va se dégager une stratégie antituberculeuse poursuivant quatre objectifs : améliorer l'accueil des malades en milieu hospitalier et sanatorial, susciter les premières mesures de prophylaxie active, assurer l'éducation populaire et mobiliser l'opinion publique (25).

La force des croyances et de l'ignorance

Alors même que la situation reste particulièrement préoccupante dans les écoles : en 1906, un instituteur sur cinq est atteint de tuberculose, ainsi que 15 % des enfants scolarisés à Paris (26), ces mesures gouvernementales se heurtent, dans un premier temps, à l'incrédulité populaire.

Il faudra attendre la mission Rockefeller (voir ci-après) pour que s'opère vraiment un revirement dans l'opinion publique : "*être propre, c'est être sain*" n'est pas un message si facile à faire passer qu'on pourrait le penser.

Ainsi, en 1906, l'un des membres de la Société de préservation de la tuberculose faisait part de sa déception devant l'échec des efforts

d'éducation populaire sur les habitudes des cracheurs : *"Il n'est point besoin d'avoir une longue expérience de la lutte antituberculeuse pour savoir à quelles difficultés on se heurte parfois quand on veut amener les gens à prendre soin de leur santé et à se mettre en garde contre les dangers de la contagion. Parler des microbes, c'est s'exposer à s'entendre dire : 'On ne connaissait pas cela de notre temps et les gens ne s'en portaient pas plus mal'. Vous parlez d'hygiène et de propreté, on vous nomme tel ou tel misérable qui vit dans la crasse et se porte bien en apparence. Il y a quelques jours à peine, quelqu'un me citait des faits de ce genre et concluait : 'La saleté entretient des microbes qui dévorent ceux de la tuberculose'. Il n'est pas difficile de s'apercevoir que l'incrédulité trouve son explication dans les mauvaises habitudes : on croirait bien à l'hygiène et à la prophylaxie de la tuberculose ; seulement, y croire, c'est en quelque façon s'obliger à modifier un certain genre de vie. Et cela est si pénible !"* (27)

Rien n'a changé aujourd'hui : face aux nouvelles causes de pathologies que représentent les ondes électromagnétiques, bon nombre de réactions aux tentatives de mises en garde puisent leurs sources aux mêmes racines : confort des habitudes que l'on ne veut pas remettre en cause et ignorance : ce qui est invisible n'existe pas !

L'éducation populaire par des moyens de communication modernes

En 1917, face à la reprise de la tuberculose dans l'armée française, favorisée par la promiscuité et l'insalubrité qui règnent dans les tranchées, une mission américaine financée par le milliardaire Rockefeller, avec l'accord des responsables politiques français, va avoir un effet déterminant et salutaire. Dès son arrivée en France, la Mission Rockefeller s'étonne devant la gravité du problème et l'insuffisance des moyens mis en œuvre : *"Les idées relatives à la tuberculose, à son origine et à sa prophylaxie, à ses dangers, ne s'étaient pas encore propagées rapidement, comme aux États-Unis. Bien plus, au pays de Villemin, de Pasteur, de Calmette, la tuberculose continuait à étendre ses effroyables ravages. On mourait en France de cette maladie, deux fois plus qu'en Amérique et que dans plusieurs autres pays. L'éducation du public n'était pas encore faite et la maladie passait encore, aux yeux de la grande majorité, comme un mal inévitable, incurable et héréditaire."* (28).

Et en effet, les chiffres sont éloquentes. La France (278 décès pour 100 000 habitants) est loin devant l'Allemagne (227), les États-Unis (150) et le Danemark (106) en 1919.

Les méthodes mises en œuvre par la mission Rockefeller n'ont rien à envier aux campagnes de communication publicitaire modernes : *teasing* annonçant l'arrivée des équipes de propagande sous forme d'une affiche ayant la forme et la couleur d'un télégramme, tenues de

conférences illustrées, projections cinématographiques "*gaies, comiques souvent, toujours attractives*", démonstration des modes de transmission de la tuberculose et des méthodes prophylactiques, chansons sur des airs connus dont les paroles ont été soigneusement réécrites pour fixer dans les mémoires les notions développées oralement et par l'image, affiches percutantes assimilant la tuberculose à l'ennemi à combattre, distribution de tracts, brochures, cartes postales au graphique simple et humoristique, questionnaires, concours de dessins et de rédaction de textes, jeux avec récompenses et surtout, contact direct : entre 1918 et 1923, cinq équipes ambulantes parcourront soixante-cinq départements, visitant 1 138 villes, touchant 125 000 adultes pendant des causeries et 150 000 enfants dans les écoles. La propagande éducative des équipes ambulantes de la mission vise particulièrement deux cibles : les mères et les enfants. Les hommes, il est vrai, sont partis à la guerre (29).

Le timbre antituberculeux, une idée rapportée de Suède en 1909 par un missionnaire de la Société de préservation contre la tuberculose, fait florès dans plusieurs villes de France. Elle est accompagnée par l'instauration de la Journée nationale des tuberculeux anciens militaires, à partir de 1917. En 1925 est créé le timbre antituberculeux national. Son but n'est pas tant de lever des fonds pour les campagnes d'information que de constituer un levier de la mobilisation populaire. Vendu par les écoliers, il est destiné à être collé, à côté du timbre-poste, sur les lettres et les cartes postales, seuls moyens de communication de l'époque (des sociétés en profitent pour se doter d'une image de santé, tel le timbre à l'effigie du "savon Cadum, net et propre"). Le succès du *pin's* rouge de la lutte contre le sida à la fin des années 1980 atteste que les anciennes méthodes fonctionnent toujours...

Rappelons que le vaccin, pratiqué à partir de 1924, ne constitue pas un traitement destiné à guérir les cas déclarés, que les antibiotiques, seul mode de traitement après le déclenchement de la maladie, n'ont été découverts qu'à partir de 1944. Les malades sont donc toujours condamnés.

Dès lors, leur placement en *sanatorium*, aux frais de la collectivité, se généralise. Il permet de profiter du grand air et de l'ensoleillement, du repos et de soins qui ralentissent l'évolution de la maladie. Il assure en outre un isolement justifié par la contagiosité de la maladie. En d'autres termes, les malades sont mis "en quarantaine" pour limiter la contamination du reste de la population.

Statistiques à l'appui, cette panoplie de mesures prouve son efficacité : le taux de mortalité par tuberculose, qui témoigne de la diminution du nombre de cas puisque la maladie est toujours incurable, sera divisé par près de cinq au cours des trente années suivantes (voir chiffres cités plus haut), alors que la vaccination n'est pas encore généralisée et avant la découverte des antibiotiques.

À la fin des années 1950, après la découverte des antibiotiques, les établissements spécialisés, devenus inutiles, ont été réorientés vers de nouveaux objectifs (accueil des asthmatiques, des personnes handicapées, etc.) Les médecins qui y travaillaient n'ont pas cherché à dissimuler les nouvelles découvertes de la science ou à retarder leur mise en application pour préserver leur emploi : ils ont accepté d'opérer une reconversion (30).

Cela aussi fait partie de la victoire sur la maladie. Si les découvertes concernant les effets de la mélatonine sur le traitement de certains cancers, notamment celui du sein, ne font l'objet d'aucune publicité aujourd'hui, doit-on en imputer la responsabilité à certains professionnels de la santé nettement moins scrupuleux que leurs aînés ? Et si une action prophylactique de grande ampleur visant à éliminer les causes environnementales des cancers venait demain à porter ses fruits, les personnels tirant leur subsistance des centres de dépistage et de traitement du cancer seront-ils prêts à assumer une reconversion ?

Des mesures d'hygiène battues en brèche de nos jours

Encore valide aujourd'hui, la stigmatisation des crachats fait toujours partie de la communication du Comité national contre les maladies respiratoires et la tuberculose, fondé en 1916 (66, boulevard Saint-Michel, 75006 Paris). Et pour cause : chez les collégiens et lycéens, cette habitude redevient "tendance" un siècle plus tard, tout comme revient la mode des vêtements et lacets qui traînent par terre. Ce qui a de quoi effrayer quand on sait qu'aujourd'hui comme il y a cent ans, la salive est susceptible de contenir, outre le bacille de la tuberculose, celui de la diphtérie, le virus de l'hépatite B et autres joyusetés. Y compris chez des porteurs sains exempts de maladie déclarée. Et notamment, les personnes vaccinées...

La situation actuelle peut être résumée ainsi : vaccination obligatoire + crachats + vêtements qui traînent par terre + résistance des bacilles aux antibiotiques = un cocktail potentiellement explosif si rien n'est sérieusement fait pour enrayer la nouvelle vogue ! Avis aux *designers* de mode et à ceux qui nettoient leur linge dans les laveriers automatiques : le bacille de la tuberculose n'est détruit qu'à la température de 100°C ainsi que par les rayons ultraviolets.

Or, les textiles modernes s'accommodent mal de cette température, le linge d'aujourd'hui sèche plus souvent dans des pièces fermées qu'au soleil et le repassage à la vapeur, qui pourrait constituer une solution au problème, est devenu facultatif dans la plupart des ménages. De surcroît, il se pratique toujours *après* la dissémination éventuelle des bacilles dans le linge placé en même temps dans la machine à laver ou à sécher le linge.

Ailleurs, les ravages continuent. Ici, ils reprennent.

Il faut signaler que si la tuberculose a presque disparu en Occident au xx^e siècle, au prix des efforts décrits plus haut, elle n'a jamais cessé ses ravages dans le Tiers Monde, avec 8 millions de nouveaux cas par an. En 2001, elle a tué 1,6 million de personnes (près de 3 % des décès dans le monde) (31). Sa recrudescence accompagne la montée du sida : dans certaines parties du globe, elle est responsable de 30 % à 40 % des décès de séropositifs. Les mesures thérapeutiques utilisées seules (vaccination et traitement par les antibiotiques, que les ressources permettent rarement), dans ces pays où règnent la misère et son cortège de situations et de pratiques contraires aux règles élémentaires d'hygiène, ont fait montre de leur impuissance à enrayer le fléau.

En Occident, la tuberculose regagne désormais du terrain. La première alerte est venue des États-Unis, pourtant ex-champions en la matière, qui signalent en 1986 au monde étonné une progression de 2,6 % des cas de tuberculose déclarés dans l'année. Cette augmentation touche surtout la classe d'âge de 15 à 44 ans (32). Que ce soit dans les cloaques de la misère des toxicomanes, minorités et autres laissés-pour-compte états-uniens ou chez les SDF français réduits à coucher dehors, à même le sol, la paupérisation d'une frange de la population et l'émergence du sida, dont la tuberculose constitue l'une des infections opportunistes, recréent les conditions favorables au *come-back* de bacilles virulents.

En effet, chez tous les patients traités, une proportion de bacilles devient rapidement résistante et la combinaison de plusieurs antibiotiques est désormais requise pour le traitement de la maladie, d'une durée minimale de 6 à 9 mois (33). Pour peu que le malade interrompe son traitement avant la guérison totale, il devient alors un vecteur de propagation de bacilles résistants.

Dans le monde, près de trois milliards d'individus ont reçu le B.C.G. (34). Depuis 1990, 80 % des enfants sont vaccinés. Pourtant huit millions de nouveaux cas et près de deux millions de morts sont toujours à déplorer chaque année sur la planète, principalement en Asie du Sud-Est et en Afrique, en lien avec le sida (11).

Dans les prisons de l'ex-URSS, deux millions de prisonniers entassés les uns sur les autres constituent un bouillon de culture idéal. Certains bénéficient d'un traitement, qu'ils interrompent dès leur sortie. Leurs bacilles résistants sont ensuite disséminés dans la population. Les voyages et l'air conditionné des avions aidant, c'est bientôt la planète entière qui sera de nouveau concernée par un retour en arrière sans précédent. En cas de contamination par des bacilles résistant à tout antibiotique, nous ne disposerons plus d'aucun traitement.

Retour à la case départ, pour tout le monde. Riches et pauvres ne seront pas égaux : la probabilité de contracter la maladie sera inversement proportionnelle à la condition sociale. Mais comme pour le cancer, une fois la maladie déclarée, riches et pauvres se retrouveront à égalité devant la perspective d'une évolution vers une mort prématurée.

Éviter le retour à la case départ

Comment enrayer la récente offensive ? Aveuglés par la déesse vaccination, aucun responsable de santé publique en France ou dans le monde n'a encore eu la bonne idée d'utiliser, pendant qu'il en est encore temps, les moyens de communication actuels pour relancer une vraie campagne d'éducation populaire à des mesures d'hygiène concrètes, efficaces mais trop vite retombées dans les oubliettes.

Compte tenu de l'inaccessibilité des soins pour les populations concernées et de la résistance des bacilles aux antibiotiques pour ceux qui y ont accès, la lutte contre la maladie repose pour une bonne part sur des mesures contre sa propagation.

Souhaitons que les instances sanitaires internationales décident de tirer la leçon de l'histoire des maladies dont elles nous promettent une éradication à l'échéance indéfiniment retardée. Devant l'incurie des gouvernements, ne se trouvera-t-il donc pas un seul mécène sur cette planète, star ou milliardaire aux comptes bancaires bien garnis, pour remettre sur pied des campagnes d'information et d'éducation populaires, à l'instar de la mission Rockefeller ?

Les effets sur l'organisme des fléaux auto-administrés, anciens et nouveaux (alcool, café, tabac et micro-ondes pulsées) ne sont pas plus tangibles que ne l'étaient ceux des germes à la fin du XIX^e siècle. Au premier abord, rien n'est visible.

Aujourd'hui comme hier, les maladies qui tuent sont celles pour lesquelles les moyens thérapeutiques existants sont insuffisamment efficaces ou accessibles. Sans les énergiques mesures prophylactiques du début du siècle dernier, dont l'effet a été parachevé par la découverte des antibiotiques, la tuberculose poursuivrait ses ravages dans notre pays et en Europe, comme elle le fait encore ailleurs.

À chaque époque, la médecine a disposé de moyens thérapeutiques : les saignées, tant moquées par Molière, et autres applications de sangsues, purgations et clystères (lavements), suscitent aujourd'hui la risée. Qui sait si, dans cent ans, il n'en sera pas de même des moyens thérapeutiques d'aujourd'hui qui, s'ils réussissent souvent à prolonger la vie, induisent parfois d'autres perturbations, mais *guérissent* rarement les nouveaux fléaux de notre époque.

Lorsque les moyens thérapeutiques sont inefficaces, la seule action utile consiste à *empêcher* la survenue de la maladie, dès lors que la

cause de celle-ci est connue. Cela est rendu possible lorsque les efforts conjugués de la science et de la médecine permettent d'expliquer ce que les observations minutieuses et attentives de quelques précurseurs indiquaient déjà, mais de précieuses années pourraient être gagnées si ces observations étaient prises au sérieux plus tôt.

La diminution radicale de la mortalité des femmes en couche et de la mortalité par tuberculose sont deux grandes victoires *en termes de santé publique*, c'est-à-dire à grande échelle. Elles n'ont pas été induites par l'amélioration de l'efficacité des moyens thérapeutiques, mais par des mesures d'éviction à grande échelle des causes de propagation de la maladie (désinfection des mains, interdiction des crachats, éducation populaire à des mesures d'hygiène concrètes et faciles à mettre en œuvre).

L'analyse de la pratique médicale ancienne et récente fait clairement apparaître une constante en matière de santé publique : après l'identification de ses causes, aucun problème résolu ne l'a été par le seul recours au libre choix, au volontariat ou au bénévolat. La "victoire" a été la conséquence de mesures coercitives assorties des moyens financiers de leur mise en œuvre.

Qu'est-ce qui a changé aujourd'hui dans la tête des responsables de la santé publique ? Tout se passe désormais comme si la vie humaine n'était plus prise au sérieux. Face aux fléaux sanitaires dont la cause est parfaitement connue comme dans le cas du tabac, aucune interdiction radicale et totale n'est imposée à la *source* pour éradiquer le problème en évitant sa propagation. Le virus de la dépendance tabagique peut toujours s'attraper dans les débits de tabac ou au cinéma, dont les vedettes fument dans la quasi-totalité des films qui sont ensuite diffusés à la télévision...

Quant au terme "prophylaxie", qui signifie "*ensemble de moyens médicaux mis en œuvre pour empêcher l'apparition, l'aggravation ou l'extension des maladies*", il a complètement disparu du vocabulaire courant ou médical (sauf pour la carie dentaire chez l'enfant...). On ne jure plus que par le "dépistage", qui consiste à "*découvrir une maladie latente grâce à des moyens médicaux*". La nuance est de taille.

Diminution de la mortalité sur les routes

Autre exemple concernant l'une des causes de décès les plus médiatisées en France, proclamée "cause nationale" par le président de la République en 2002 : les accidents de la circulation. Lorsque la ceinture de sécurité a été rendue obligatoire, aucun vote n'a été organisé. Cette mesure s'est imposée à tous : aux constructeurs, contraints d'équiper les véhicules légers de ceintures de sécurité, à l'avant, à partir de 1970, et aux automobilistes qu'il s'agissait de

protéger, contraints de l'attacher à partir de 1973. Il s'est trouvé des mécontents pour intenter des actions en justice pour des motifs techniques (difficulté de détacher la ceinture engendrant un risque de brûler vif en cas d'incendie ou un risque de noyade en cas de chute du véhicule dans l'eau) ou moraux (liberté personnelle ; risquer de se tuer en voiture par défaut du port de la ceinture relève d'un choix individuel).

La Cour de cassation a fini par trancher quelques années plus tard que cette mesure présentait un intérêt manifeste pour la société, au regard de la sécurité des personnes. La mort d'un jeune de 25 ans qui se tue en voiture après avoir bénéficié d'une éducation et d'une formation était, dans les années 1970, considérée comme une perte économique justifiant des mesures coercitives. On pourrait cyniquement observer que cette mesure protectrice des consommateurs protégeait aussi les industriels : la réduction significative de la gravité des accidents augmentait la probabilité que les accidentés restent leurs clients. Au final, tout le monde était gagnant, y compris les automobilistes ayant eu la vie sauve, puisque le nombre de tués a chuté en un an de plus de 2 000 après la mise en place de cette mesure, associée il est vrai à des limitations de la vitesse (35).

Vingt ans pour l'obligation totale du port de la ceinture de sécurité

L'État français a opté pour une mise en place progressive : il a fallu près de vingt ans pour que l'obligation du port de la ceinture de sécurité dans les véhicules soit imposée à tous les occupants, à l'avant *et* à l'arrière, en toutes circonstances, de jour comme de nuit, en agglomération et hors agglomération (à l'exception de certaines professions et de certains cas particuliers). Mais le port de la ceinture n'ayant été rendu obligatoire à l'arrière des véhicules légers que depuis 1990, beaucoup de personnes n'ont pas acquis ce réflexe. Des calculs complexes intégrant le nombre de tués ceinturés par rapport au nombre de tués non ceinturés permettent d'estimer le nombre de vies sauvées si 100 % des usagers avaient été ceinturés. Pour l'année 2003, la moins meurtrière depuis trente ans, l'estimation est à 572 tués en moins (sur 5 731 tués cette année-là). En 2002, 745 vies auraient été épargnées (sur 7 242 tués), ce qui représente, *grosso modo*, une personne sur dix qui ont perdu la vie dans un accident de la circulation (36).

En extrapolant ce taux aux vingt dernières années (191 827 tués entre 1983 et 2003), on avoisine le nombre de 20 000 personnes qui auraient pu être épargnées, mais qui se sont retrouvées au cimetière parce que l'État français n'a voulu brusquer personne. On peut douter que les personnes concernées et leurs proches apprécient ce "tact".

La même estimation concernant l'alcoolémie (1 644 morts évitées en 2003 et 1 913 évitées en 2002) (37) soit près d'un décès sur quatre, aboutit à plus de 50 000 vies qui auraient pu être sauvées en vingt ans si aucun conducteur n'avait conduit avec un taux d'alcoolémie positif. On peut également douter que les victimes, dont certaines étaient parfaitement sobres, apprécient que l'alcool soit en vente libre...

Les mesures efficaces sont coercitives

L'observation de la courbe de l'évolution du nombre de tués entre 1970 et 2003 est également riche d'enseignements. Elle accuse une forte diminution après la mise en place de l'obligation du port de la ceinture à l'avant des véhicules, hors agglomération, en 1973, et après la mise en place de l'obligation du port de la ceinture à l'arrière, en 1990, deux mesures lancées *conjointement* avec des limitations de la vitesse.

En revanche, l'obligation de port de la ceinture à l'avant *en agglomération*, lancée seule, n'a pas été suivie d'une diminution du nombre de tués. Tout se passe comme si, pour qu'une mesure soit efficace, il était nécessaire d'associer *deux* nouvelles injonctions, comme cela a été le cas en mars 2003 (interdiction de téléphoner au volant *et* aggravation des sanctions pour non-port de la ceinture de sécurité). Pour qu'une mesure de protection incitant les victimes potentielles à modifier leur comportement soit suivie d'effet, il semble donc nécessaire de "mettre le paquet".

Autre observation tirée de ce tableau : la diminution du nombre de tués sur route (moins de 6 000 en 2003 contre près de 17 000 en 1971) ne se produit pas de façon linéaire. L'introduction de la plupart des mesures coercitives (qu'elles concernent la tolérance alcoolique, la vitesse, le port de la ceinture ou le permis à point) induit presque toujours une chute du nombre de tués, mais celui-ci recommence à augmenter après un certain temps, jusqu'à l'introduction de la mesure suivante, qui conduit à une nouvelle diminution du nombre de tués.

La question reste posée : combien de vies auraient été épargnées si la "sévérité" actuelle avait été imposée il y a trente ans, de même que l'interdiction des crachats a été imposée à tous et en tout lieu, dès le début ?

On peut néanmoins tirer trois conclusions. 1. La diminution du nombre de victimes de la route est le résultat de l'action de l'État. 2. Lorsque les mesures choisies sont appropriées, une politique volontariste produit des effets tangibles. 3. Les fléaux mortels ne sont pas une fatalité.

L'initiative du constructeur suédois Volvo

J'aimerais revenir sur une particularité concernant le port de la ceinture de sécurité. Cette mesure qui s'est avérée fort efficace a été introduite par un constructeur automobile, le suédois Volvo, qui a le premier mis en évidence son effet protecteur lors de *crash-tests*, puis en équipant volontairement ses propres véhicules. La recherche du profit ne rime donc pas systématiquement avec l'atteinte à la santé des clients, comme on voudrait nous le faire accroire ces dernières années.

L'obligation du port de la ceinture de sécurité est un exemple frappant de la façon dont la sécurité des personnes est traitée en France. Nous avons vu comment les gouvernements successifs ont mis trente ans pour l'imposer à tous les occupants des véhicules et dans toutes les circonstances. Le premier arrêté concernait uniquement les places avant dans les véhicules légers et la conduite hors agglomération. Dès la première année, les statistiques de mortalité par accident de la route ont montré le bien-fondé de cette obligation (couplée, il est vrai, à une limitation de la vitesse). L'obligation a ensuite été progressivement étendue à la conduite en agglomération et aux places arrières, puis à certaines professions tels que les conducteurs de car et de poids lourds (seules quelques corporations y échappent encore : chauffeurs de taxi, ambulanciers, policiers).

Attacher une ceinture de sécurité à bord des véhicules paraît aujourd'hui naturel. La contestation au nom de la "liberté personnelle" aurait-elle été plus forte, il y a trente ans, si une obligation totale avait été exigée ? Cette mesure aurait au moins pu s'imposer à tous dès l'invention des ceintures à enrouleur qui en faciliteraient la mise en œuvre pratique. Ce délai a-t-il été volontairement introduit pour accompagner en douceur la durée de renouvellement du parc automobile français, qui est de quinze ans ? Mais combien de vies s'est-on abstenu de sauver en essayant de ménager les susceptibilités des uns et des autres ?

Et la vitesse ?

Reste l'éternelle question de la vitesse. Comme le rappelle l'Observatoire national interministériel de sécurité routière, *"la ceinture de sécurité n'est bien évidemment pas efficace à 100 % puisqu'il y a un nombre important de victimes tuées qui la portaient. Son efficacité dépend en grande partie de la vitesse au moment de l'accident. On comprend intuitivement qu'à très faible vitesse, il n'y a pas de tués même chez les non-ceinturés et qu'à très grande vitesse, même les ceinturés sont tués"*.

On peut d'ailleurs établir une analogie avec le port de l'oreillette lors de l'utilisation d'un téléphone portable : elle ne garantit ni contre les

effets nocifs lors de communications de longue durée ou en cas d'une utilisation intensive, ni contre les effets d'une exposition de moyen et long terme à un téléphone portable en veille, dont les émissions sont permanentes (38).

Un document de la prévention routière précise qu'en cas d'accident automobile, *"jusqu'à 30 km/h, la probabilité d'être tué dans un choc frontal est quasi nulle. (...) La probabilité qu'un conducteur ceinturé soit tué lors d'un choc frontal à 70 km/h est de 50 %. Pour tout passager du véhicule, même ceinturé, pour un choc au-dessus de 80 km/h, la mort est quasi inévitable."* (39)

Les limitations de vitesse à 90 km/h sur route et 130 km/h sur autoroute n'ont pas été fixées en fonction de critères de sécurité, mais parce qu'elles correspondent à des paliers de consommation de carburant pour les moteurs à explosion. Lola, 78 ans, se souvient encore de cette information qui avait été donnée au moment de leur instauration. Mais ces données ne sont malheureusement pas incluses dans la culture de base des conducteurs et l'on pourrait souhaiter qu'elles soient intégrées au programme de connaissances à acquérir pour l'obtention du permis de conduire.

La vitesse au moment du choc détermine donc la gravité de l'accident. Mais jusqu'où peut-on aller plus loin pour faire baisser le nombre et la gravité des accidents en sanctionnant uniquement le comportement des usagers ? Certaines questions gênantes ne sont jamais abordées ni par les constructeurs et leurs agences de marketing et de publicité, ni par les responsables politiques, ni par le Conseil supérieur de l'audiovisuel, ni par le Bureau de vérification de la publicité.

Pourquoi continuer de mettre sur le marché des bolides capables d'aller à plus de 200 km/h si la vitesse maximale autorisée est de 130 km/h ?

Les trains à grande vitesse et les avions permettent de faire en peu de temps des trajets longs quasiment sans aucun risque : 5 tués pour 130 milliards de passagers-kilomètres dans les avions commerciaux en 2002, et aucun voyageur décédé des suites d'un accident de train pour 73,5 milliards de voyageurs-kilomètres. L'Observatoire national interministériel de la sécurité routière conclut : *"On peut estimer, avec prudence, que sur les années 1998 à 2002, le train est 1,3 fois plus sûr que l'avion et 34 fois plus sûr que l'automobile."*

L'objectif du "zéro mort" sur la route est-il souhaité ? Est-il atteignable ? Quelle vitesse maximale devrait être autorisée pour diminuer le nombre et la gravité des accidents au point que le risque de décès devienne négligeable ? Pour mémoire, le premier décret réglementant la vitesse des automobiles, qui date de 1899, limitait cette dernière à 30 km/h en rase campagne et 20 km/h en ville. Nul ne songerait à en revenir là. Mais comment la mortalité sur route évoluerait-elle si la vitesse maximale *possible* des voitures

particulière était ramenée à 130 km/h ? ou à 80 km/h ? Compte tenu de l'offre de moyens de transport disponibles, on pourrait imaginer que les gens pressés utilisent l'avion ou le train pour les longs trajets, tandis que la voiture serait réservée à des trajets pour lesquels une réduction de la vitesse à 130 km/h ou 80 km/h maximum ne serait pas un problème...

"D'après la pub, je suis le roi de la route"

Autre question : sachant que plus de la moitié des accidents implique au moins deux véhicules, pourquoi continuer de diffuser des publicités présentant ces bolides sur des routes désertes ? La sensation "la route vous appartient" présentée comme une incitation à l'achat peut susciter des attitudes accidentogènes du genre : "Je suis le roi de la route." En France, la probabilité de conduire pendant la journée sur une route complètement déserte est très, très faible.

Le parc automobile français comprend plus de trente-huit millions de véhicules à moteur (voitures particulières, véhicules utilitaires, motocyclettes, etc.), sans compter les poids lourds français et étrangers qui sillonnent les routes (720 tués en 2003, soit plus d'un sur dix, l'ont été dans un accident impliquant un poids lourd transportant des marchandises qui auraient pu "prendre le train" sans représenter un danger pour personne). Et en réalité, la tranche horaire la plus chargée en accidents et en décès est celle des heures "de pointe", entre 17 et 19 h.

L'interdiction de téléphoner : combien de PV ?

Celui qui téléphone au volant accroît également le risque de provoquer un accident. C'est d'ailleurs le seul risque de l'utilisation du téléphone portable *officiellement* reconnu à ce jour (40), et à ce titre, "*l'usage d'un téléphone tenu en main par le conducteur est interdit*" (article R. 412-6-1 du Code de la Route, issu du décret n° 2003-293 du 31 mars 2003, art. 4).

L'annonce très médiatisée du retrait de deux points du permis de conduire en cas de contravention, à compter du 31 mars 2003, couplée à celle de l'aggravation des sanctions pour non-port de la ceinture de sécurité (article R. 412-1 du Code de la route, décret n° 2003-293 du 31 mars 2003, art. 3) (retrait de trois points au lieu d'un), a d'ailleurs entraîné une légère régression du nombre d'accidents et une importante diminution du nombre de tués au mois d'avril 2003, sans que les données fournies par l'Observatoire national interministériel de la sécurité routière ne permettent de distinguer l'effet de chacune des deux mesures. Diminutions qui ont été légèrement supérieures à celles enregistrées pendant le mois de novembre après l'annonce, également très médiatisée, des contrôles automatisés à partir du 31 octobre 2003 (41). Le nombre de

contraventions relatives à l'usage du téléphone portable, ainsi que le nombre d'accidents dans lesquels l'usage d'un téléphone portable est impliqué sont curieusement absents des statistiques. Serait-ce un sujet tabou ?

À titre de comparaison, l'annonce en juin 2003 du durcissement des sanctions pour conduite "sous l'influence de l'alcool" (plus de 0,40 mg par litre d'air expiré) ou "sous l'influence de substances ou plantes classées comme stupéfiants" : deux ans d'emprisonnement, 4 500 euros d'amende, réduction de *la moitié du nombre maximal de points* du permis de conduire, suspension du permis de conduire pour une durée de trois ans au plus *ne pouvant pas être limitée à la conduite en dehors de l'activité professionnelle* et *interdiction de conduire des véhicules à moteur pour lesquels le permis de conduire n'est pas exigé, pour une période de cinq ans au plus* (article L. 234-1 et -2 du Code de la route, loi n° 2003-495 du 12 juin 2003, art. 11, 5 et 6), n'a pas empêché le mois de juin d'être le plus chargé en accidents de l'année et l'un des plus meurtriers.

La gestion actuelle de la sécurité routière, qui "criminalise" les chauffards, semble porter ses fruits. Jusqu'où et jusqu'à quand ?

"Accidents" de régulateurs de vitesse : à qui la faute ?

Début 2005, plusieurs dizaines d'incidents sur des régulateurs de vitesse ont été rapportés par la presse (42). Les automobilistes ont témoigné qu'ils ne pouvaient plus ni déconnecter le dispositif ni arrêter leur véhicule. Explications du directeur de la qualité d'un constructeur français concerné au premier chef : "*C'est un dispositif techniquement sûr (...). En revanche nous avons peut-être sous-estimé les difficultés d'apprentissage des conducteurs.*" (43) (39)

On est loin de l'attitude de Volvo qui a permis l'adoption des ceintures de sécurité. Reflet d'un certain état d'esprit, cette réaction également reprise à son compte par le président-directeur général de l'entreprise (les conducteurs avaient selon lui "*confondu les pédales*") en dit long sur la conception qu'ils ont de leur responsabilité quant à la sécurité, que dis-je, quant à la *survie* de leurs clients. En d'autres temps, une telle affirmation aurait soulevé immédiatement les protestations indignées des grandes associations de consommateurs, assorties d'une demande de rappel des véhicules équipés et éventuellement d'un appel au *boycott* des modèles incriminés. Rien de tel ne s'est produit et le ministère des Transports n'a pas daigné intervenir publiquement.

Quelque chose semble avoir déraillé dans notre société moderne. Avec la bénédiction des autorités sanitaires (ou leur accord tacite, ce qui revient au même), de grandes entreprises s'arrogent désormais le

droit de commercialiser des produits dangereux, comme si leur propre survie en dépendait.

L'imputation de la responsabilité des problèmes sanitaires ou environnementaux aux consommateurs a bon dos. Elle permet aux industriels qui sont à *l'origine* des problèmes de se dédouaner à bon compte, alors que la solution est *d'abord* entre leurs mains.

Elle nous pousse à croire que la protection de notre santé et de l'environnement relève uniquement de comportements individuels (ne pas choisir les mauvais produits qui sont en vente libre : alcool, café, tabac, plats préparés trop salés ou trop sucrés, trop gras ou trop allégés, boissons gazeuses pour enfants trop sucrées ou contenant de la caféine, produits cosmétiques cancérigènes, véhicules individuels polluants, produits alimentaires suremballés, produits de nettoyage toxiques pour l'environnement, gadgets électroniques émettant non stop des micro-ondes pulsées...), dédouanant les pouvoirs publics d'un rôle qu'ils ont autrefois su tenir, et qu'eux seuls *peuvent* jouer, pour imposer coûte que coûte des solutions aux problèmes de santé publique et environnementaux, qui découlent souvent les uns des autres.

Y a-t-il un pilote dans l'avion de la santé publique en France ?

Depuis une vingtaine d'années, le seul indicateur médiatique de la dégradation de l'état de santé de la population a été l'augmentation du déficit de la Sécurité sociale, reflet de l'augmentation des dépenses de santé des Français (encore que le légendaire "trou de la sécu" soit surtout un indicateur de l'amélioration de l'état de santé... de l'industrie pharmaceutique !).

Pour le réduire, plusieurs ministres de la santé successifs (qui étaient tous médecins) ont utilisé un artifice ingénieux : diminuer le taux de remboursement des médicaments et dérembourser purement et simplement des centaines de spécialités pharmaceutiques.

En d'autres termes : le bébé souffre et sa souffrance augmente ; débranchons le *monitoring* !

Aujourd'hui, notre pays compte plus d'une dizaine de dirigeants d'institutions officielles dotées d'une mission de santé publique : ministre de la Santé, directeur général de la Santé, directeur de l'Institut de Veille sanitaire (InVS), directeur de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (AFSSA), directeur de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS), directrice de l'Agence française de sécurité sanitaire environnementale (AFSSE) (elle est également directrice de la Commission de la sécurité des consommateurs), directeur du Haut Comité de la santé publique, directeur du Centre d'épidémiologie sur

les causes médicales de décès, directeur de la Caisse nationale d'assurance maladie, directeur de l'Institut national du Cancer...

Alors que le "carnet de santé" de la quasi-totalité de la population est désormais informatisé *via* la Carte Vitale et que la déclaration d'un médecin traitant est obligatoire pour les assurés qui veulent bénéficier du remboursement des soins médicaux, la France ne dispose d'aucun indicateur, en temps réel, de l'état sanitaire de la population s'agissant des fléaux modernes qui tuent le plus.

Le cancer est responsable d'environ 150 000 des 500 000 décès annuels, ce qui en fait la deuxième cause de mortalité. Mais la mise en place d'un registre national du cancer permettant de connaître en temps réel le nombre de cas, la localisation précise et l'âge au moment du diagnostic n'est toujours pas à l'ordre du jour. Le Plan Cancer lancé en 2004 par le président de la République a passé ce sujet sous silence.

Par ailleurs, l'hypertension chronique et l'excès de cholestérol sanguin ne font pas non plus l'objet d'un signalement obligatoire. Ces pathologies, dont le diagnostic facile et fiable est toujours suivi de la prescription de médicaments, sont pourtant les principales causes des accidents vasculaires cardiaques et cérébraux, qui représentent la première cause de mortalité en France.

La plus forte mortalité prématurée

Cette absence d'indicateurs permet à certaines croyances de subsister alors qu'elles ne reflètent pas (ou plus) la réalité actuelle. Par exemple : *"Le cancer est une maladie de vieux. Il y a plus de cancers parce qu'on vit plus vieux qu'avant."*

D'après le Haut Comité de la santé publique, la France est depuis quinze ans l'un des pays d'Europe qui compte la plus forte mortalité "prématurée", c'est-à-dire la mortalité *avant 65 ans*.

En d'autres termes, on meurt plus en France avant 65 ans que dans tous les autres pays d'Europe, à l'exception du Portugal.

En 1994, *"la mortalité prématurée (décès avant 65 ans) concerne un quart de tous les décès, soit un total de 118 774 décès. Ce poids est très différent selon le sexe : 30 % pour les décès masculins (83 932 décès) et 15 % pour les décès féminins (34 842 décès). (44)*

Traduction : un Français sur trois qui meurent aujourd'hui a moins de 65 ans, et une Française sur six. Au total, le nombre annuel de personnes mortes avant 65 ans équivaut au nombre d'habitants d'une ville comme Orléans.

Par ailleurs, *"en comparant la France à des pays aussi divers que la Suède, l'Italie, les Pays-Bas, le Japon, l'étude des évolutions des différences entre pays depuis une vingtaine d'années met en*

évidence une tendance à l'amplification du phénomène avec le temps." (45)

Les choses ont donc beaucoup changé depuis 1985, date à laquelle la France avait la plus faible mortalité d'Europe pour la tranche d'âge 35-64 ans. (46)

La plus faible espérance de vie à la naissance

Autre exemple d'illusion dont sont bercés les Français, leur fameuse espérance de vie. Elle serait l'une des plus élevées au monde : 77 ans pour les hommes et 84 ans pour les femmes (47). La réalité est beaucoup moins souriante : *"Si la France enregistre la meilleure espérance de vie à 65 ans parmi les pays de l'Union européenne, c'est aussi le pays, avec le Portugal, où la mortalité avant 65 ans réduit le plus l'espérance de vie à la naissance."* (48)

En clair, cela signifie que si vous avez aujourd'hui plus de 65 ans, vous avez une espérance de vie parmi les plus élevées, mais que l'espérance de vie des jeunes qui naissent aujourd'hui est parmi les plus faibles d'Europe...

Quelle est la première cause de mortalité avant 65 ans ? *"La pathologie tumorale est à l'origine de la plus grande part de ces décès (plus d'un tiers chez les hommes et presque la moitié chez les femmes). Les localisations les plus fréquentes sont le poumon chez les hommes et le sein chez les femmes."* (48)

"Vieux" dès 45 ans !

Le Haut Comité de la santé publique affirme également en 2002 que *"la classe d'âge 45-74 ans constitue une période charnière au cours de laquelle les problèmes de santé deviennent particulièrement nombreux et fréquents, s'étendant sur toute l'échelle de gravité, depuis les pathologies de la vie quotidienne occasionnant plus ou moins de gêne jusqu'aux affections les plus graves susceptibles de mettre en jeu le pronostic vital".* (49)

Une évolution sans précédent qui justifie un redécoupage des tranches d'âge antérieurement considérées *"bousculant les traditionnelles bornes de 35 ans et de 65 ans"* (50).

Cela signifie qu'en termes de morbidité (nombre absolu ou relatif des malades dans un groupe donné), les Français sont désormais "vieux" à partir de 45 ans !

Si les "quadra" et les "quinqua" d'aujourd'hui veulent avoir encore "bon pied, bon œil" dans dix ou quinze ans, s'ils veulent que leurs enfants leur survivent et se perpétuent, ne serait-il pas grand temps de remettre les pendules à l'heure ?

Grandes entreprises : plus loin que le bout de leur nez

La grande majorité des entreprises du CAC 40, celles qui ont un poids réel en termes de lobbying et de publicité et disposent du pouvoir d'orienter l'avenir de notre société, n'ont *pas intérêt* à ce que la situation sanitaire se dégrade.

Bien sûr, la maladie nous force à consommer plus : médicaments pour nous soigner, carburant pour rendre visite à nos proches à l'hôpital, téléphone portable pour prendre des nouvelles des malades hospitalisés (car bien qu'interdit, l'usage des portables est toléré dans les faits et bon nombre de patients sont appelés sur leur portable), de télévision (que faire d'autre quand on est couché dans un lit toute la journée ?).

Mais cette logique économique a une limite : lorsqu'on est cloué sur un lit d'hôpital, on ne peut pas faire fonctionner les machines à Carte bleue dans les magasins. Et un client mort est un client définitivement perdu (même les Pompes Funèbres Générales appartiennent actuellement à un groupe italien...).

Que l'État se soucie comme d'une guigne de la santé publique, accepte que ceux qu'il paie pour protéger notre santé ne fassent pas leur travail et oublie de se comporter en "bonne mère" pour nous, passe encore. Nous en avons, hélas, pris l'habitude. Mais les grandes entreprises qui font et défont les législations feraient bien de regarder un peu plus loin que le bout de leur nez. Voici un exemple.

En grande partie grâce au combat du cancérologue Dominique Belpomme, qui a su rallier un grand nombre de scientifiques, de responsables d'associations et de citoyens, le public français est désormais informé du rôle cancérogène des produits chimiques présents dans les produits de consommation courante (51).

Le récent vote de la directive Reach par le Parlement européen semble avoir couronné ces efforts. Mais qui sait que Reach exclut les pesticides, les additifs alimentaires et ceux présents dans les cosmétiques ? (52).

Il a été décidé que 30 000 substances chimiques allaient être évaluées et remplacées, le cas échéant, par des équivalents moins toxiques. Mais l'Union européenne aurait gagné beaucoup de temps en s'appuyant sur les travaux déjà effectués par l'*Environmental Protection Agency* américaine, qui a déjà évalué et classé une partie d'entre elles.

Il faut savoir également que les industriels états-uniens s'accommodent déjà d'une réglementation plus restrictive que la nôtre en la matière, tout comme, d'ailleurs, les industriels européens qui exportent leurs produits aux États-Unis, et qui se sont donc bien moqués de nous.

Mais lorsque la population en Europe sera décimée pour avoir été trop longtemps exposée à ces substances chimiques "en cours d'évaluation", à qui les industriels européens de la chimie vendront-ils leurs produits ? Ni aux Chinois, qui auront lancé leur propre industrie, ni aux Japonais, qui refusent toute importation étrangère, ni aux Africains, qui n'ont pas les moyens de payer, ni aux Américains, qui ont déjà tout ce qu'il leur faut.

Avec Reach, contrairement aux apparences, c'est donc à terme leur propre arrêt de mort que les industriels européens viennent de signer (et le nôtre par la même occasion, car les effets de ces substances à faible dose sont cumulatifs : plus l'exposition est longue, plus les effets sont importants).

Vers quel progrès ?

Jusqu'aux années 1980, les progrès de la science et de la technique étaient perçus comme une façon d'améliorer le sort de l'humanité. Cette conception du progrès s'est totalement inversée. Aujourd'hui, face au constat de l'envahissement de notre environnement quotidien par des produits toxiques ou dangereux, bon nombre de consommateurs acceptent l'idée que le progrès peut les tuer : "*Que voulez-vous, c'est le progrès ! On ne peut pas aller contre le progrès,*" entend-on souvent en guise de commentaire.

Regardons les choses en face : un progrès qui tue n'est pas un progrès mais un retour en arrière. À quoi bon avoir vaincu la famine si c'est pour être tué par des pesticides et des additifs alimentaires ? À quoi bon être capable de prolonger la vie des plus âgés si c'est pour raccourcir celle des plus jeunes ? À quoi bon gagner du temps grâce au téléphone portable si c'est pour aller plus vite au cimetière ?

Ce dont la santé publique a besoin aujourd'hui, c'est d'un changement de perspective. Oui, la vie est fragile. Oui, la mort est inéluctable. Mais on peut vouloir vivre le plus longtemps possible et en meilleure santé possible, en consommant des produits pratiques et sains. Pour cela, il faudrait ne pouvoir trouver que ceux-là dans les magasins.

Le cerveau humain finit par gagner tous les défis qu'il se lance. Aller sur la Lune ? C'est fait ! Bien vivre sur la Terre et la respecter ? Il suffirait que ceux qui sont aux commandes le décident.

Dans leurs têtes comme dans les nôtres, un virage à 180° s'impose.

Les affaires continuent... (rédigé en mai 2013)

Un virage à 180° a bel et bien été pris. Mais dans le mauvais sens.

Depuis le 17 juillet 2007, la vaccination BCG n'est plus obligatoire. Mais qui le sait ? Je ne l'ai découvert que parce que le hasard a mis entre mes mains la 3^{ème} édition (juin 2008) du *Guide des vaccinations* de l'INPES, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (53).

Voici ce qui y est écrit, p. 343 :

« Le décret n° 2007-1111 du 17 juillet 2007 (Annexe 11A, deuxième partie) relatif à l'obligation vaccinale par le vaccin antituberculeux BCG a suspendu l'obligation vaccinale par le BCG pour les enfants et les adolescents. L'avis du CSHPF du 9 mars 2007 y a substitué une recommandation forte de vaccination précoce des enfants à risque élevé de tuberculose, reprise par la circulaire n° DGS/RI1 du 14 août 2007 figurant en Annexe 11C. »

Parce qu'elle est psychologue pour enfants, Caroline est informée de l'annulation de l'obligation du BCG. Ce qui n'est pas le cas de l'immense majorité des parents.

Mais quand, en 2009, elle a voulu faire administrer à sa petite Clara *uniquement* les deux vaccins restant obligatoires (diphtérie et tétanos, obligatoires avant 18 mois ; tous les autres vaccins, y compris celui de la poliomyélite, sont seulement "recommandés" ; *Op. cit.* p. 179, 338 et 288), il lui a été tout bonnement impossible de trouver les vaccins en pharmacie dans toute la région parisienne.

Une recherche menée dans le Sud de la France a confirmé que les laboratoires pharmaceutiques ne fabriquent pas isolément les seuls vaccins obligatoires. Ne sont disponibles que des spécialités combinées, contenant à la fois les vaccins obligatoires et d'autres, seulement "recommandés".

Au final, par cette nouvelle disposition, l'Etat s'est dégagé de toute responsabilité en cas d'accident post-vaccinal, c'est-à-dire de déclenchement d'une maladie causée par l'administration du vaccin. En revanche, la vaccination massive continue comme avant. Les parents ne savent rien, ou ne peuvent rien faire d'autre, même quand ils savent. Ignominieux tour de passe-passe !

Autre nouvelle disposition : le développement de l'hospitalisation ambulatoire : ainsi en avril 2013, Françoise est arrivée à l'hôpital le matin même d'une intervention de chirurgie nécessitant une anesthésie générale, et en est ressortie le soir. Son fils est venue la chercher et a dormi chez elle la première nuit.

Les proches sont ainsi mis à contribution, bien qu'ils n'aient aucune compétence pour gérer un éventuel accident post-anesthésique.

La même organisation (hospitalisation ambulatoire d'une journée ou d'une demi-journée) a été mise en place pour les patients cancéreux traités en chimiothérapie ou en radiothérapie.

En 2009, une autre Françoise, opérée d'un cancer du poumon métastasé dans le cœur, a dû se débrouiller pour soit conduire elle-même sa voiture, soit trouver un chauffeur, afin de se rendre aux séances de radiothérapie et chimiothérapie. Épuisée, elle a fini par demander un taxi remboursé par la Sécurité sociale.

Quant à Hervé, atteint en 2012 d'un cancer du poumon contre lequel il a reçu, en neuf mois, 12 séances de chimiothérapie, il a même continué son activité professionnelle...

Selon l'Institut de veille sanitaire, en 2011, 1 000 nouveaux cas de cancer ont été diagnostiqués chaque jour (54).

Statistiquement, 40 % de ces personnes ne seront plus en vie dans cinq ans.

Face à cette épidémie, quelles mesures ont été mises en œuvre par les autorités sanitaires françaises ? Faire en sorte que les malades continuent, jusqu'au bout, à utiliser leurs cartes bancaires.

Pendant l'hécatombe, les affaires continuent...

Notes

- (1) Céline LF (1977) "Semmelweiss et l'infection puerpérale", in *Cahiers Céline n° 3*, Paris, Gallimard.
- (2) Broad W et Wade N (1987) *La Souris truquée, enquête sur la fraude scientifique*. Paris, Seuil, ISBN 2-02-009640-4, p. 152-154.
- (3) Chrétien J (1995) *La Tuberculose, parcours imagé*. Tome 1. Auchel, Hauts-de-France, ISBN 2-911432-00-2, p. 64.
- (4) Chrétien, *ibid.* p. 118.
- (5) Chrétien *ibid.* p. 120.
- (6) *Pour la science* (1992) 181 : 25-26. "Le retour d'un tueur, vaincre les formes résistantes de la tuberculose", p. 25.
- (7) CépiDc (1999) *Causes médicales de décès, année 1999, résultats définitifs France métropole*. Effectifs et taux de décès par sexe et groupe d'âge quinquennal selon une liste simplifiée (S9-111 postes). Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès, INSERM, Le Vésinet, p. 9.
- (8) *Pour la Science* *ibid.* p. 10 et 25-26.
- (9) Voisin C (1995) *La Tuberculose, parcours imagé*. Tome 2. Auchel, Hauts-de-France, ISBN 2-911432-00-2, p. 62.
- (10) Voisin *ibid.* p. 128.
- (11) Quid (2005) p. 179b.
- (12) Simon S (1999) *Vaccination l'overdose*. Paris, Déjà, ISBN 2-913591-01-9, p.129.
- (13) Simon *ibid.* p. 130.
- (14) Voisin *ibid.* p. 83-84 et 137-140.
- (15) Quid *ibid.* p. 198a.
- (16) Georget M (2000) *Vaccinations, les vérités indésirables*. Saint-Jean-de-Braye, Dangles, ISBN 2-7033-0507-9.
- (17) *Nexus* n° 47, novembre-décembre 2006, éditorial de David Dennery : "Si ce que vous publiez est vrai... comment se fait-il que vous n'ayez pas de problèmes ?", p. 1 et *Nexus* n° 42, janvier-février 2006, dossier : "Vaccination, quels risques pour les bébés ?", p. 22-31.
- (18) Voisin *ibid.* p. 27.
- (19) Georget *ibid.* p. 132.
- (20) Simon *ibid.* p. 132.
- (21) Delaunay A *Histoire de la biologie*. Le Cercle du bibliophile, collection "Découverte de la science", p. 55.
- (22) Chrétien *ibid.* p. 26-27.
- (23) Voisin, *ibid.* p. 27.
- (24) Voisin *ibid.* p. 26.
- (25) Voisin, *ibid.* p. 14.
- (26) Voisin, *ibid.* p. 20.
- (27) Voisin *ibid.* p. 25.
- (28) Voisin, *ibid.* p. 47-49.
- (29) Voisin, *ibid.* p. 50-59.
- (30) Voisin *ibid.* p. 131.
- (31) Quid *ibid.* p. 179b et 190b.
- (32) Voisin *ibid.* p. 146.
- (33) Katzung BG (2000) *Pharmacologie fondamentale et clinique*. Ouvrage coordonné par le professeur Bertram G. Katzung et traduit de l'américain sous la direction du professeur Georges Lagier. Padoue, Piccin, ISBN 88-299-1536-X, p. 779, 795-796, 799.

- (34) Chrétien *ibid.* p. 138.
- (35) Observatoire national interministériel de sécurité routière (2004) *La Sécurité routière en France, bilan de l'année 2003*. Paris, La Documentation française, ISBN 2-11-005678-9, p. 16.
- (36) *ibid.* p. 140-141.
- (37) *ibid.* p. 138.
- (38) Voir à ce sujet le livre *Téléphone portable : comment se protéger*, d'Annie Lobé, paru en 2006 chez SantéPublique éditions, p. 107-117 : "Portable et insécurité en voiture" et "Jamais de portable au volant !".
- (39) Sécurité routière, *La vitesse, connaître ses effets et ses risques*, juillet 2002.
- (40) Zmirou D (2001) *Les Téléphones mobiles, leurs stations de base et la santé, état des connaissances et recommandations*. Rapport au directeur général de la santé. Paris, La Documentation française, ISBN 2-11-004958-8, p. 288.
- (41) Observatoire national interministériel de sécurité routière, *ibid.* p. 76-77.
- (42) *Auto-Moto*, mai 2005 : "Régulateurs : nos révélations".
- (43) *Le Parisien* n° 18843 bis, dimanche 10 avril 2005, p. 2.
- (44) Haut Comité de la santé publique (1996) *La Santé en France 1996*, La Documentation française, ISBN 2-11-003654-0, p. 18.
- (45) *Ibid.* p. 16.
- (46) Goldberg M (1985 pour la première édition) *L'Épidémiologie sans peine*. Frison-Roche, deuxième édition 1990, nouveau tirage 2001, ISBN 2-87671-039-0.
- (47) Flash d'information diffusé le 17 janvier 2007 sur les ondes de la station de radio RFM.
- (48) Haut Comité de la santé publique (2002) *La Santé en France 2002*. La Documentation française, ISBN 2-11-005112-4, p. 22.
- (49) *Ibid.* p. 115.
- (50) *Ibid.* p. 5.
- (51) Belpomme D (2004) *Ces maladies créées par l'Homme*. Paris, Albin Michel, ISBN 2-226-14223-1.
- (52) Déclarations de François Veillerette, président du MDRGF (Mouvement pour le droit et le respect des générations futures, rebaptisé Générations futures), auteur de *Pesticides, le piège se referme*, Terre Vivante, 2003, et de Marie-Hélène Aubert, députée européenne, lors d'une conférence de presse organisée le 28 novembre 2006.
- (53) Direction générale de la santé, Comité stratégique des vaccinations (2008, 3^{ème} édition) *Guide des vaccinations*, Saint-Denis, éditions de l'INPES (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé), 42, boulevard de la Libération, 93203 Saint-Denis cédex.
- (54) Lexpress.fr : "*1000 nouveaux cas de cancer par jour en 2011*", publié le 12 juillet 2011 à 9 h 39, mis à jour à 12 h 35.

Sommaire

Trois exemples historiques de la gestion des crises sanitaires en France	1
La désinfection des mains, contre les premières infections nosocomiales ...	2
Un relâchement des pratiques ?	4
Un siècle de combat contre la tuberculose	5
Un recul antérieur à la découverte du vaccin et des antibiotiques	6
Les premiers pas de la prophylaxie : la qualité de l'eau	10
Infectieuse, contagieuse, transmissible : il faut éviter la propagation de la maladie	10
Mesures coercitives	12
La force des croyances et de l'ignorance	12
L'éducation populaire par des moyens de communication modernes	13
Des mesures d'hygiène battues en brèche de nos jours	15
Ailleurs, les ravages continuent. Ici, ils reprennent.	16
Éviter le retour à la case départ	17
Diminution de la mortalité sur les routes	18
Vingt ans pour l'obligation totale du port de la ceinture de sécurité	19
Les mesures efficaces sont coercitives	20
L'initiative du constructeur suédois Volvo	21
Et la vitesse ?	21
"D'après la pub, je suis le roi de la route"	23
L'interdiction de téléphoner : combien de PV ?	23
"Accidents" de régulateurs de vitesse : à qui la faute ?	24
Y a-t-il un pilote dans l'avion de la santé publique en France ?	25
La plus forte mortalité prématurée	26
La plus faible espérance de vie à la naissance	27
"Vieux" dès 45 ans !	27
Grandes entreprises : plus loin que le bout de leur nez	28
Vers quel progrès ?	29
Les affaires continuent... (rédigé en mai 2013)	30
Notes	32

SantéPublique éditions

SantéPublique éditions est une maison d'édition indépendante créée en 2006 par Annie Lobé, journaliste scientifique engagée dans une enquête sur le **nucléaire** depuis 2011, sur les **ampoules basse consommation** depuis 2009 et depuis 2001 sur les dangers de la **téléphonie mobile** et de l'**électropollution**.

À propos des champs électromagnétiques, des téléphones portables et des antennes-relais, que ceux qui pensent que "*Pour l'instant, rien n'est prouvé*" se détrompent. Les **preuves scientifiques** de leurs effets nocifs pour la santé existent dans des bases de données médicales. Et il y a, d'ores et déjà, de nombreuses victimes.

Ceux qui veulent **savoir ce que l'on nous cache** trouveront dans les titres publiés par Annie Lobé une **synthèse claire et accessible** de dizaines d'heures d'interviews de **chercheurs** scientifiques, de milliers d'**études** en anglais, ainsi que des **témoignages** recueillis auprès des victimes.

Ils découvriront des **solutions différentes** de celles déjà lues ailleurs : vraiment efficaces, simples et faciles à mettre en œuvre, basées sur la **mesure des champs électromagnétiques** par des professionnels et par l'auteur.

Ils pourront ainsi **protéger réellement leur famille** sans pour autant "revenir à la bougie"...

Les publications de la **naturopathe Sabine Champion**, certifiée par le Centre européen de Naturopathie appliquée (CENA) fondé par Robert Masson, présentent de manière **simple et attrayante** des conseils **faciles à suivre** pour **manger sain et retrouver la forme**, avec de délicieuses recettes vite prêtes.

Utiles à ceux qui sont en bonne santé et veulent le rester, les publications de **SantéPublique éditions** sont indispensables pour ceux qui dorment mal, ont des **maux de tête**, se sentent fatigués ou irritables, subissent des **troubles de la mémoire**, sont en proie à une **déprime** de cause inconnue, souffrent d'une pathologie chronique ou de la récurrence d'une maladie, dont les enfants ou les adolescents ont des **difficultés de concentration** ou une diminution des résultats scolaires, ainsi qu'à celles et ceux qui sont atteints de **cancer**.

En prenant connaissance des publications de **SantéPublique éditions**, chacun pourra **se protéger** et **protéger aussi ceux qu'il aime** : s'il ne le fait pas, personne ne le fera à sa place.

SantéPublique éditions • 20, avenue de Stalingrad • 94260 Fresnes.

www.santepublique-editions.fr

SARL • R C S CRÉTEIL 490 228 384

L'enquête indépendante

menée depuis 2001 par une journaliste scientifique :

Téléphone portable : comment se protéger

Portable, wi-fi, DECT, four à micro-ondes... Ce que les médias et Internet ne disent pas, vous le trouverez dans ce livre. Les conseils de protection efficaces ne sont pas ceux que l'on croit ! 273 pages.
Lecture gratuite en ligne offerte pour toute commande directe.

J'aide mes enfants à décrocher des écrans

Un livre pour les parents attentifs qui connaissent le potentiel addictif des écrans et veulent élargir leur palette d'idées concrètes pour maintenir la cohésion familiale et préserver l'avenir de leurs enfants et adolescents.
12 € – ISBN 978-2-9166-5303-7. *Durée de lecture : 1h30.*

Ampoules basse consommation : progrès ou désastre ?

Mercure qui fuit au fur et à mesure de l'utilisation, champs magnétiques, radiofréquences... pourquoi il faut immédiatement retirer ces ampoules interdites depuis 2020 à cause de leur teneur en mercure.
Dossier de 70 pages. 13 €.

Mécanisme d'action des ondes électromagnétiques sur les organismes vivants

La connaissance détaillée des transferts d'ions calcium au niveau cellulaire permet d'établir un lien de causalité entre les ondes et les maladies de civilisation : surpoids, dépression, diabète, hypertension..., et d'y remédier. Autre bénéfice de cette lecture : arrêter de fumer sans grossir, sans que ça "tire" et sans substitut nicotinique. 62 pages. 19 €.

Les jeunes et le portable : Alzheimer à 35 ans ?

À écouter en famille : ce que parents, ados et enfants devraient savoir à propos des effets nocifs des ondes sur le cerveau en formation, et comment les éviter.
Livre audio sur 2 CD. Durée 1h39. 18 €.

Santé publique : les leçons de l'Histoire

L'analyse de trois exemples positifs de solution de crise sanitaire en France : la mortalité des femmes en couche, la tuberculose et la mortalité sur la route. 38 pages. 14 €. *Durée de lecture : environ 1h.*

La fée électricité : fée ou sorcière ?

Sans faire de travaux et même si vous êtes locataire, vous pourrez réduire et supprimer facilement la pollution électrique chez vous en suivant les conseils pratiques inédits de ce livre. Et retrouver illico un bon sommeil !
20 € – ISBN 978-2-9166-5302-0. *Durée de lecture : environ 3h.*

Le Conseil de la Naturo, par Sabine Campion

Naturopathe certifiée par le Centre européen de Naturopathie fondé par Robert Masson, Sabine Campion livre ses conseils simples et faciles à suivre chaque mois pour manger sain et retrouver la forme : vous ferez enfin ce que vous savez être bon pour vous !
119 pages. 16 €.

Dossier « Téléphonie mobile »

Pour ceux qui n'ont pas accès à Internet ou qui savent qu'il vaut mieux éviter de rester devant un ordinateur : Documents du site www.santepublique-editions.fr. 135 pages. 17 €.

Le danger des antennes-relais

Insomnie, maux de tête, fatigue, déprime, irritabilité : les personnes exposées à des antennes-relais seront soulagées de leurs malaises en suivant les conseils pratiques et sauront comment lutter contre ces antennes. 148 pages. 21 € (+ port 5 €). *Texte sur CD Rom, à imprimer.*

Le coût d'État des gadgets sans fil

Dossier adressé aux parlementaires avant le vote de la loi instaurant les tablettes à l'école : analyse des causes de l'électrosensibilité et du harcèlement scolaire, des conséquences de la pornographie en ligne, de l'incidence de l'heure d'été sur les cancers, etc. Inclut les articles *Nouveau capitalisme ou nouvelle guerre ?* et *Réussir sa scolarité et ses examens*. 108 pages. 15 €.

Nucléaire : Fukushima, et après ?

Vieillessement des centrales françaises, risque nucléaire ville par ville, conséquences d'un black-out électrique, etc. Documents inédits en couleurs. 226 pages. 35 €.



Conférences sur CD audio :

La mélatonine et le sommeil

Au 21^{ème} siècle, beaucoup de gens croient qu'ils peuvent rester éveillés bien après la tombée de la nuit sans dégrader leur santé. Mais ce n'est pas vrai. Notre corps et notre cerveau sont des ateliers de réparation nocturne. Écouter cette conférence vous permettra d'optimiser votre sécrétion naturelle de mélatonine, l'hormone produite dans le cerveau qui induit le sommeil et détruit les cellules cancéreuses. *Durée 1h.*

La surveillance par les téléphones portables : peut-on y échapper ?

L'indispensable complètement pour tirer les conclusions correctes des révélations de l'informaticien Edward Snowden sur la surveillance massive orchestrée par les États-Unis. *Durée 40 min. 9,50 € l'unité.*

Bon de commande

À retourner à : **SantéPublique éditions** • 20, avenue de Stalingrad • 94260 FRESNES

Titres	P. U. TTC €	Quantité	Total €
J'aide mes enfants à décrocher des écrans	Livre	12	.....
Les jeunes et le portable	Livre audio sur double CD	18	.....
Téléphone portable... se protéger	E-Book	Lecture gratuite en ligne offerte pour toute commande	
La fée électricité	Livre	20	.....
Le danger des antennes-relais	CD Rom	21	.....
Le Conseil de la Nature	Dossier relié au format A4	16	.....
Ampoules basse consommation	Dossier A4	13	.....
Mécanisme d'action des ondes	Dossier A4	19	.....
Dossier « Téléphonie mobile »	Dossier A4	17	.....
Santé publique : les leçons de l'Histoire	Dossier A4	14	.....
Nucléaire : Fukushima, et après ?	Dossier A4	35	.....
Le coût d'État des gadgets sans fil	Dossier A4	15	.....
La mélatonine et le sommeil	CD audio	9,50	.....
La surveillance par les portables	CD audio	9,50	.....

J'ajoute les frais de port* : **TOTAL incluant les frais de port :** €
Expédition en lettre verte, suivie ou Colissimo **Les dossiers sont expédiés en lettre verte**
 ∇ 1 livre J'aide : 3,50 € ∇ 1 livre Fée : 6 € ∇ Ampoules, Mécanisme, Santé publique: 3,50 € ∇ Forfait de 3 € pour le port.
 ∇ 2 ou 3 livres : 5,50 € ∇ 2 à 4 livres Fée : 10 € ∇ Autres dossiers : 5,50 € ∇ **Port gratuit si commande conjointe de livre ou de dossier.**
 ∇ 4 livres : 9 € ∇ 5 à 9 livres Fée : 15 € ∇ 2 dossiers : 7 € ∇ 3 ou 4 dossiers : 10,50 € ∇ 5 à 9 dossiers : 15 €
CD Rom : Envoi en lettre recommandée : 5 € (joindre le bon de commande spécifique dûment complété, téléchargeable sur le site)

*** Port gratuit pour toute commande à partir de 10 articles**

NOM Prénom
 Raison sociale Email
 Adresse VILLE
 Code postal

Je règle ma commande par chèque ci-joint d'un montant de euros à l'ordre de **SantéPublique éditions**.
 Je souhaite recevoir une facture Je souhaite être informé(e) de vos prochaines parutions
 Date : Signature :

* Conditions générales de vente sur le site Internet www.santepublique-editions.fr
 SARL • R.C.S. CRÉTEIL 490 228 384 • SIRET 490 228 384 00015 • TVA INTRACOMMUNAUTAIRE FR 70 490 228 384.

C'est officiel depuis le 31.05.11 : le téléphone portable peut provoquer le cancer du cerveau. Que ferez-vous de cette alerte sérieuse mais tardive, en égard aux habitudes prises ?

Vous le savez, ce ne sont pas ceux qui vendent des produits dangereux qui viendront vous soigner, vous ou vos enfants, en cas de maladie.

Cette enquête, je la mène pour vous depuis 2001. J'espère qu'aujourd'hui vous choisirez de profiter pleinement de ses résultats, car vous-même et vos enfants serez efficacement protégés.

Passes à l'action dès maintenant, pour être sûr-e de ne pas avoir à le regretter plus tard !

Annie Lobé, journaliste scientifique indépendante.

En ce moment sur :

santepublique-editions.fr

Vidéos à voir

Le Film qu'Orange ne veut pas que vous regardiez
Alerte Jouets à piles

Comment les champs électromagnétiques favorisent le cancer et comment s'en protéger
 Nos 7 devinettes

Détection des champs magnétiques et des micro-ondes émis par les smartphones, tablettes, ordinateurs portables

Le portable sur le cœur donne l'infarctus
Vidéo pour les 12-22 ans

Détection des fuites du four à micro-ondes
Témoignage : J'ai eu une tumeur au cerveau
Champs magnétiques des ampoules basse consommation, interdites depuis 2020, etc.

Articles en ligne

Téléphone portable et infertilité masculine
Téléphone portable et maux de tête
Jeunes et déjà malades du portable

À écouter : *Par quoi remplacer les ampoules basse consommation fluocompactes ?*

Test : Êtes-vous trop exposé-e aux ondes ?

Le Conseil de la Nature : Variez vos aliments

Téléphone portable
 Comment se protéger
 Lecture gratuite en ligne pour toute commande

La fée électricité
 Fée ou sorcière ?

2011-2012
 2011-2012
 2011-2012

Les jeunes et le portable
 Alzheimers 0
 35 ans ?

Le Conseil de la Nature
 Alzheimers 0
 35 ans ?

Progrès ou désastre ?
 Alzheimers 0
 35 ans ?

Mécanisme d'action des ondes
 Alzheimers 0
 35 ans ?

Dossier
 Alzheimers 0
 35 ans ?

La surveillance et le sommeil
 Alzheimers 0
 35 ans ?