

Parler d'épidémies :
La normativité discursive de l'altérisation dans les récits de la tuberculose, d'H1N1, d'Ebola et
du Zika

Mélissa Roy

Thèse présentée à
l'Université d'Ottawa
dans le cadre des exigences du programme de
Doctorat en philosophie Service social

École de service social
Faculté des sciences sociales
Université d'Ottawa

© Mélissa Roy, Ottawa, Canada, 2021

RÉSUMÉ

Les éclosions de maladies étant souvent perçues comme le produit de choix et d'erreurs des humains, la construction de l'altérité est une tendance récurrente lors d'épidémies. Cette thèse doctorale a analysé deux types de figures d'altérité qui émergent: les héros et les coupables. Des recherches antérieures montrent qu'un individu ou un groupe n'est pas uniquement héroïsé ou accusé pour ses actions lors d'une épidémie; il est aussi situé dans un récit plus large qui rappelle des actes (répréhensibles ou admirés) qu'il aurait antérieurement commis. Par conséquent, les figures du coupable et du héros deviennent des vecteurs culturels dans lesquels sont canalisés des préjugés, craintes et espoirs qui peuvent ne pas être directement ou uniquement liés à la situation présente. Cette production d'Autres permet alors de réaffirmer et de reproduire des normes, mœurs, peurs et biais politiques qui caractérisent un contexte social.

Inspirée par le concept de « jeux de vérité » de Foucault, nous postulons que les discours par lesquels on construit des Autres sont socialement ancrés, c'est-à-dire modelés par les valeurs et normes contemporaines. Ainsi, les deux questions principales posées sont: 1) Quelles normes sociales servent de point d'appui aux discours d'altérisation ? et 2) Quelles relations de pouvoir sont renforcées par ces discours? Pour y répondre, nous avons effectué une quadruple étude de cas en analysant des discours pancanadiens produits lors de quatre épidémies : tuberculose, H1N1, Ebola et Zika. Nous avons privilégié une approche d'ethnographie discursive, en analysant les discours produits dans de diverses sphères sociales: des médias traditionnels, des forums sur Internet, des films et des communiqués d'autorités sanitaires.

Dans les quatre études de cas, les principales figures infériorisées sont celles qui se rattachent aux communautés du Sud global touchées par la maladie. Cependant, au-delà de la recension des figures d'altérité, nous avons étudié les modalités discursives qui les construisent, avec un focus sur les procédés d'altérisation qui sont socialement contestés dans les discours analysés et ceux qui y sont plus acceptés et normatifs. Nos résultats montrent que l'altérisation s'opère par six axes qui servent d'arguments pour justifier l'altérité d'autrui: l'appartenance nationale, les qualités essentielles, l'oppression, l'aptitude, la docilité et la raison. Notre thèse montre plus précisément que l'altérisation d'un Autre racisé est subtile, c'est-à-dire qu'elle ne s'exprime pas par des propos explicitement racistes, ces-derniers étant critiqués et censurés dans l'espace public.

Notre thèse illustre deux tendances d'altérisation qui sont plus acceptables. Premièrement, nous montrons que la discrimination s'articule aussi par l'héroïsation. On remarque notamment une surhéroïsation de figures occidentales. On constate aussi une héroïsation d'un citoyen du Sud global qui délaisse ses « pratiques culturelles » pour s'intégrer dans une épistémologie biomédicale occidentale, un tel discours discréditant simultanément les pratiques et savoirs traditionnels. Deuxièmement, les résultats montrent que l'altérisation de ceux qui ne font pas partie de la norme raciale, ethnique et culturelle pancanadienne s'opère par une description de leurs « mauvais » comportements, leurs « mauvaises » croyances, leur « ignorance », leur « irrationalité » et leur « peur ». Ainsi, la figure du déraisonnable se superpose à celle de l'étranger et de l'Autre racisé. Cette forme d'altérisation justifiée par des propos qui affirment la mauvaise raison d'autrui se caractérise par trois arguments qui forment ensemble la normativité de l'altérité : l'ignorance, la désinformation et la peur. Cette altérisation est symptomatique d'un contexte social de crainte de la post-vérité, où circulent déjà des discours qui trahissent la peur d'une diffusion généralisée de l'ignorance, et où apparaît une figure particulière, que nous nommons l'érudit *sine jure*. Somme toute, notre thèse met en lumière des enjeux cyclique qui ré-émergent lors d'éclosions de maladie et elle analyse les nouvelles formes que prennent les figures d'exclusion sociale, qui sont plus subtiles parce qu'adaptées aux discours, normes et craintes contemporaines.

SUMMARY

Disease outbreaks are often perceived as the product of human choices and mistakes. As such, the construction of otherness figures is a recurring tendency during epidemics. This thesis analyzed the emergence of two types of Others in outbreak narratives: heroes and culprits. Previous research has shown that a person or a group is not heroized or blamed because of their actions during the epidemic: they are also situated within a larger narrative that recalls (undesirable or admirable) acts that they have previously committed. Consequently, culprits and heroes become cultural vectors in which broader prejudices, fears, and hopes are channelled. This production of Others reaffirms and reproduces the norms, customs, fears and political bias of a social context.

Inspired by Foucault's concept of "truth games", we postulate that othering discourses are socially anchored, that is modeled by contemporary values and norms. Therefore, the two main research questions are: 1) Which social norms support othering discourses? and 2) Which power relations are reinforced by these discourses? To answer these questions, we undertook a quadruple case study and analyzed pancanadian discourses produced during four epidemics: tuberculosis, H1N1, Ebola and Zika. We privileged a discursive ethnography approach, and analyzed discourses produced in different social spheres: traditional media, online forums, movies and statements by health authorities.

In the four case studies, the main figures of blame are attached to global South communities affected by the disease. However, our research wasn't limited to the identification of otherness figures: we studied the discursive modalities by which these figures are constructed, and we specifically explored the othering processes that are socially contested in the analyzed discourses, as well as those that are more acceptable and normative. Our results show that othering operates by six axes that serve as arguments to justify the Others' status: nationality, inherent qualities, oppression, incapability, docility, and reason. More precisely, our thesis shows that the exclusion of a racialized Other is often subtle; it is not mainly articulated by explicitly racist discourses because this type of othering is criticized and censored in public spaces.

Our thesis illustrates two othering tendencies that are more accepted. Firstly, we show that discrimination also operates by heroization. Namely, we notice an "over-heroization" of Global North figures. We also observe the heroization of a global South citizen that forsakes their "cultural practices" to integrate a Western biomedical epistemology of disease. This heroization simultaneously discredits traditional knowledge and practices. Secondly, results show that those who do not belong in the social, ethnic and cultural pancanadian norm are othered by discourses that describe their "wrong" behaviors, their "wrong" beliefs, their "ignorance", their "irrationality", and their "fear". Thus, the figure of the unreasoned overlaps the stranger and the racialized Other. This type of othering, which proclaims one's unreason, is characterized by three arguments that form the normativity of othering: ignorance, disinformation, and fear. This form of othering is symptomatic of a social context of post-truth fear, characterized by widespread discourses conveying a social worry that ignorance is generalized and disseminated, and where a specific figure, which we have called the *sine jure* scholar, emerges. All in all, our thesis illustrates the cyclical issues that re-emerge during outbreaks of disease, and it analyzes the new figures of exclusion that are more subtle because they are adapted to contemporary discourses, norms, and fears.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	ii
REMERCIEMENTS	viii
LISTES DES TABLEAUX, FIGURES ET IMAGES	ix
Tableaux	ix
Figures.....	x
Images	x
SIGLES	xii
INTRODUCTION	1
Épidémies, discours et sociétés.....	3
Plan de la thèse	9
Ancrage disciplinaire	11
Contribution en santé publique critique.....	12
Contribution sociologique	13
Contribution au travail social.....	14
CHAPITRE 1: RÉCITS D'ÉPIDÉMIES	18
1.1 Les événements discursifs de l'épidémie	20
1.1.1 La peste (Europe, XIVe siècle).....	22
1.1.1.1 Le bouc émissaire	23
1.1.1.2 Les fondements philosophiques de la santé publique	23
1.1.2 La variole (Europe, XVIIe-XVIIIe siècle et XXe siècle)	25
1.1.2.1 Le savoir statistique	25
1.1.2.2 Le momentum sanitaire : vaccination, santé publique et coopération internationale	26
1.1.2.3 L'âge d'or de la santé publique et la pensée victorieuse	28
1.1.3 Le VIH/sida (États-Unis, 1980).....	29
1.1.3.1 La fin d'un âge d'or	30
1.1.3.2 La philosophie de la maladie (ré)émergente	31
1.1.3.3 La vision sécurisée	32
1.1.4 Le SRAS (Asie et Amérique du Nord, 2003).....	34
1.1.4.1 La vulnérabilité confirmée	34
1.1.4.2 Gérer l'imprévisible	35
1.1.4.3 La volonté de se préparer	36
1.2 Récit d'épidémie et succès discursif	38
1.2.1 La santé globale	38
1.2.1.1 Le récit encadré par la santé globale.....	40
1.2.1.2 Un récit disséminé, mais partiel.....	41
1.2.2 Récits controversés et travail discursif	44
1.3 Épidémies et personnages	46
1.3.1 Les coupables.....	49
1.3.1.1 Les fonctions de l'accusation.....	50
1.3.1.2 L'accusation d'un Autre	50
1.3.1.3 L'Autre marginalisé	52
1.3.1.4 L'Autre autoritaire	54
1.3.1.5 L'Autre élite.....	56
1.3.1.6 L'évolution du coupable	57
1.3.2 Les héros	58

1.3.2.1 Pour une critique de l'héroïsation	59
1.3.2.2 Héros toujours?	63
CHAPITRE 2 : JEUX D'ALTÉRITÉ	66
2.1 L'altérisation	66
2.2 Épidémies et altérisation	68
2.2.1 L'opposé moindre	69
2.2.2 L'héritage de la biopolitique	70
2.3 Pour une analyse foucauldienne non biopolitique de l'altérisation	73
2.3.1 Entre l'archéologie et la généalogie	75
2.3.2 Entre l'épistémè et le dispositif de véridiction	78
2.3.3 Les jeux de vérité, un point de convergence ?	80
2.4 Les jeux d'altérité	82
2.4.1 L'altérisation et le pouvoir normatif	82
2.4.2 L'altérisation productive	84
2.4.3 Les règles de l'altérité	86
2.5 Objectifs de recherche	89
CHAPITRE 3 : MÉTHODOLOGIE	91
3.1 L'identité pancanadienne imaginée	92
3.1.1 L'identité pancanadienne multiculturelle	92
3.1.2 Une identité paradoxale	94
3.2 Les études de cas	96
3.2.1 Imagination populaire	98
3.2.1.1 Le virus ancien de la tuberculose	98
3.2.1.2 Le désastre international de l'H1N1	99
3.2.1.3 L'Ebola, le sang et la mort	100
3.2.1.4 Le Zika et la souffrance de l'innocent	100
3.2.2 Urgences épidémiques	101
3.2.2.1 La tuberculose, une maladie répandue	101
3.2.2.2 L'H1N1 et l'absence d'immunité	102
3.2.2.3 L'Ebola et l'exceptionnalité	103
3.2.2.4 Le Zika et les inconnus	104
3.2.3 Le statut épidémiologique au Canada	106
3.2.3.1 L'endémie de tuberculose	106
3.2.3.2 L'épidémie d'H1N1	107
3.2.3.3 L'absence épidémiologique de l'Ebola	108
3.2.3.4 La faible prévalence du Zika	109
3.2.4 Rapport au corps de l'Autre	110
3.2.4.1 La tuberculose, l'H1N1 et les microgouttelettes	110
3.2.4.2 L'Ebola et les fluides	111
3.2.4.3 Le Zika et les vecteurs	112
3.2.5 Principaux groupes touchés	113
3.2.5.1 La tuberculose: immigrants et Autochtones	113
3.2.5.2 L'H1N1 et le Mexique	115
3.2.5.3 L'Ebola et la figure de l'Afrique	115
3.2.5.4 Le Zika et l'Amérique du Sud	115
3.3 L'analyse du discours	116
3.3.1 Collecte des données	117
3.3.1.1 Les médias traditionnels	120
3.3.1.2 Autorités sanitaires	122

3.3.1.3 Forums de discussion sur Internet.....	126
3.3.1.4 Les films.....	131
3.3.2 Démarche analytique	134
3.3.2.1 L'analyse foucaldienne du discours.....	136
3.3.2.2 L'analyse rhétorique des cadres.....	138
3.3.2.3 Opérationnalisation de l'analyse.....	141
CHAPITRE 4 : RÉCIT D'ÉPIDÉMIE, RÉCIT D'ALTÉRITÉ.....	146
4.1 La tuberculose, une question de choix	147
4.1.1 Le récit de santé globale	148
4.1.1.1. La mobilisation de la capacité humaine.....	150
4.1.1.2 Faillite sociale et conséquences iatrogènes.....	153
4.1.2 La critique autodirigée	155
4.1.3 Héroïsation de l'initiative	160
4.2 Le soi (in)apte révélé par l'influenza H1N1.....	162
4.2.1 L'imprévisibilité du risque et la nécessité de se préparer.....	163
4.2.2 Apte ou inapte? Le débat sur la préparation	167
4.2.3 Au-delà de l'épidémie : l'expression d'une frustration générale.....	170
4.3 Ebola : mythe, préhistoire et raison prémoderne	173
4.3.1 Une maladie (ré)émergente par excellence.....	174
4.3.2 La construction d'une menace lointaine	179
4.3.3 Le savoir (pré)moderne.....	181
4.4 Zika, inoffensif, mais mortel? Surprise et dynamique de naturalisation	184
4.4.1 Le « facteur surprise » et la contingence des risques.....	187
4.4.2 Une maladie « trop parfaite »?.....	191
4.4.3 Naturalisation de l'altérité	193
CHAPITRE 5 : LE RÉCIT CHRONOTOPIQUE DE L'ALTÉRITÉ.....	198
5.1 Chronotope 1 : extériorisation et le récit classique d'une épidémie.....	201
5.1.1 L'Autre éloigné.....	201
5.1.2 Distanciation et renforcement du soi	206
5.2 Chronotope 2 : généralisation du risque, agentivité humaine et altérité institutionnalisée... 208	
5.2.1 Porosité frontalière et la montée d'une critique des figures de proximité.....	210
5.2.2 La montée d'une critique institutionnalisée.....	214
5.2.2.1 Le cas d'Andrew Speaker	215
5.2.2.2 Le cas de Thomas Eric Duncan	220
5.3 Chronotope 3 : le repli.....	224
5.3.1 Le repli sur soi et l'infériorisation autodirigée	225
5.3.2 Deuil et perte d'espoir	229
5.3.3 La levée du phénix.....	231
CHAPITRE 6 : L'ALTÉRITÉ CONTESTÉE.....	240
6.1 L'appartenance nationale	248
6.1.1 Biosocialité et exclusion immunitaire	249
6.1.2 Une expression subtile	252
6.1.3 L'objection et l'expulsion.....	255
6.2 Les qualités essentielles.....	258
6.2.1 La figure à problèmes	260
6.2.2 L'archétype du risque	262
6.2.3 Vulnérabilité et distanciation	263
6.2.4 Contestation et discours de contextualisation.....	265

6.3 L'autoréflexivité de l'altérisation	267
6.3.1 Valeurs d'égalité et promotion de la dés-altérisation	268
6.3.2 Le tyran	270
6.3.3 Héros de compassion et d'égalité	275
CHAPITRE 7 : L'ALTÉRISATION RENOUVELÉE	279
7.1 L'(in)aptitude	279
7.1.1 Une reproduction de dynamiques géosociales	281
7.1.2 Le modèle de l'aptitude	283
7.1.3 La fluidité de l'(in)aptitude	284
7.2 L'(in)docilité	287
7.2.1 L'indocile, indiscipliné	289
7.2.2 Le bon patient	294
7.2.3 Une reproduction des dynamiques Nord-Sud	296
7.2.3.1 Des habitants indociles	296
7.2.3.2 L'héroïne parrhèsiastèque	299
7.3 La (dé)raison	303
7.3.1. Le déraisonnable	305
7.3.2 Le « pasteur »	306
7.3.3 La peur irrationnelle	308
7.3.4 La raison, clé de voute de l'altérisation contemporaine?	313
CHAPITRE 8 : L'ÉRUDIT SINE JURE	322
8.1 La crainte de la post-vérité	322
8.2 La figure de l'érudit <i>sine jure</i>	326
8.2.1 D, la pasteure	329
8.2.2 A et E, les éclairés	331
8.2.3 La concurrence de la vérité et les trois caractéristiques de l'érudit <i>sine jure</i>	334
8.3 L'éducation, une (fausse) panacée?	338
CONCLUSION	346
Un renouvellement de dynamiques raciales	346
Le cas de la COVID-19	351
Les limites des faits	356
BIBLIOGRAPHIE	359

REMERCIEMENTS

Je remercie d'abord mes directeurs de thèse. Nicolas, toi qui m'a encouragée à poursuivre mes études de troisième cycle : je te remercie pour ton travail méticuleux et attentionné, et pour tes nombreux commentaires sur ma thèse certes, mais aussi sur l'ensemble des travaux que nous avons rédigés. Tes connaissances théoriques et tes réflexions m'ont poussée à approfondir mes analyses et m'ont permise de grandir ces dernières années. Merci aussi pour les nombreuses occasions (de publications et d'assistantat) que tu m'as offertes ainsi que pour le soutien, plus qu'académique, que tu m'as apporté au fil des sept dernières années. Laëtitia, je te remercie pour ton encadrement et pour tes commentaires structurants, qui embellissent toujours tant la forme que le fond. Tes connaissances et enseignements sur les épidémies ont été des plus enrichissants ces dernières années. Je te remercie aussi pour les occasions de recherche, de financement et de réseautage, d'avoir « pris le risque » de m'inclure dans ton équipe de recherche alors que nous ne nous connaissions pas. J'éprouve un énorme respect pour vous deux. Vous êtes des mentors, qui fort probablement, le demeureront pour le reste de ma carrière.

Je dois aussi souligner les professeurs et collègues avec qui j'ai eu l'occasion de travailler ces dernières années : Dahlia, Cécile, Baptiste, Katharine et Marie-Pier. Par des discussions informelles, par des mots d'encouragement, par leurs enseignements, par leurs rétroactions, ils ont façonné et influencé mes réflexions.

Je remercie aussi mon collègue de doctorat, Julien, avec qui au cours des six dernières j'ai échangé, partagé, réfléchi et grandi.

Je dois mentionner Philippe, pour sa lecture critique, ses idées créatives, son soutien et son encouragement inconditionnels. Tu m'as beaucoup appuyée, surtout dans la dernière année, en t'occupant de Théo toutes ces heures pendant que je terminais ma thèse.

Suzanne, merci d'avoir accepté de te plonger dans l'univers des épidémies pour réviser ma thèse. Tes corrections attentives ont enrichi ce manuscrit.

Ma famille, Nancy, Michel et Marie-Claude, et ma belle-famille, Manya, Pierre, Mike, Ruth et Hélène pour leur intérêt, leurs questions et leurs réflexions partagées.

Enfin, je remercie l'Université d'Ottawa, le programme de Bourses d'études supérieures de l'Ontario (BÉSO) et le Conseil de recherche en sciences humaines (CRSH) pour leur soutien financier, sans lequel je n'aurais jamais pu continuer ce travail. Je remercie, en particulier, le CRSH d'avoir financé un congé parental, qui m'a permis de consacrer la première année de vie de Théo à mon rôle maternel.

LISTES DES TABLEAUX, FIGURES ET IMAGES

Tableaux

- Tableau 1.** Synthèse des particularités des études de cas
- Tableau 2.** Synthèse du corpus de données récoltées
- Tableau 3.** Protocole de collecte de données des articles dans les médias
- Tableau 4.** Protocole de collecte des photos publiées avec les articles analysés
- Tableau 5.** Protocole de collecte des publications d'organismes humanitaires
- Tableau 6.** Protocole de collecte des publications du Gouvernement du Canada
- Tableau 7.** Protocole de collecte des publications de l'OMS
- Tableau 8.** Protocole de collecte des données sur Reddit
- Tableau 9.** Protocole d'échantillonnage des articles
- Tableau 10.** Protocole de collecte des commentaires publiés en réponse aux articles retenus
- Tableau 11.** Classement des films analysés selon leur popularité
- Tableau 12.** Grille d'analyse des textes et films
- Tableau 13.** Grille d'analyse des images
- Tableau 14.** Figures d'altérité et discours d'altérisation recensés pour chaque source, dans chaque étude de cas
- Tableau 15.** Synthèse des récits d'épidémies et des figures d'altérité
- Tableau 16.** Tendances dans les modes l'altérisation selon le récit d'épidémie : proximité/éloignement et naturalisation/agentivité
- Tableau 17.** Principaux cas médiatisés pour chaque épidémie
- Tableau 18.** Héroïsation de figures canadiennes et du Sud global pour chaque temps du récit médiatique
- Tableau 19.** Chronotope de l'altérisation
- Tableau 20.** Cibles infériorisées et héroïsées et arguments d'infériorisation et d'héroïsation pour la tuberculose
- Tableau 21.** Cibles infériorisées et héroïsées et arguments d'infériorisation et d'héroïsation pour l'H1N1
- Tableau 22.** Cibles infériorisées et héroïsées et arguments d'infériorisation et d'héroïsation pour l'Ebola

- Tableau 23.** Cibles infériorisées et héroïsées et arguments d'infériorisation et d'héroïsation pour le Zika
- Tableau 24.** Synthèse des axes d'altérité, des modalités d'altérisation correspondantes et des figures d'altérité
- Tableau 25.** Dynamiques d'infériorisation et d'héroïsation des cinq principales figures d'altérité
- Tableau 26.** Nombre de figures d'altérité du coupable produites

Figures

- Figure 1.** Pourcentage de figures infériorisées dans chaque chronotope qui sont éloignées (pays touchés et leurs habitants, immigrants)
- Figure 2.** Pourcentage de figures infériorisées dans chaque chronotope qui sont institutionnelles et occidentales
- Figure 3.** Pourcentage de figures canadiennes infériorisées dans chaque chronotope
- Figure 4.** Synthèse des dynamiques d'altérisation pour chaque temps du récit médiatique
- Figure 5.** Comparaison des publications qui altérisent l'appartenance nationale et celles qui critiquent cette modalité, selon chaque source
- Figure 6.** Caractéristiques et déclinaisons de la figure de l'érudit sine jure

Images

- Image 1.** Un héros de la COVID-19
- Image 2.** Deux sections d'un formulaire de déclaration des cas de tuberculose active (Agence de la santé publique du Canada)
- Image 3.** Représentation visuelle du virus Ebola
- Image 4.** Rosana Vieira Alves tient sa fille Luana Vieira, née avec la microcéphalie (portrait de Ueslei Marcelino/Reuters)
- Image 5.** Enfant microcéphalique dans une chaudière (portrait de Felipe Dana)
- Image 6.** Moustique *Aedes aegypti* (portrait de James Gathany)
- Image 7.** Des responsables de la santé contrôlent des passagers à l'aéroport international de Lagos, au Nigéria (Auteur inconnu, 2014b)

- Image 8.** Photographie de la frontière entre le Mali et la Guinée (Auteur inconnu, 2014c)
- Image 9.** Phénix local
- Image 10.** Affiche « *Chinks brought it* » (film *Carriers*)
- Image 11.** Scène d'ouverture du film *Outbreak*
- Image 12.** La mise en situation qui précède un jeu de serpent et échelle de la Croix-Rouge canadienne
- Image 13.** Début d'une nouvelle expérimentation dans un village (film *The Crazies*)
- Image 14.** Forces armées devant une foule (Auteur inconnu, 2014a)
- Image 15.** Présence militaire dans la rue (Agecoutay, 2016)
- Image 16.** Une femme regarde de la viande de brousse (Crow, 2014)
- Image 17.** Page couverture du *Journal de Montréal*
- Image 18.** Mème qui souligne une faille dans la logique anti-masque
- Image 19.** Mème qui critique l'expertise proclamée des anti-masques
- Image 20.** Le port du masque associé à une mauvaise information (Molas, 2020)
- Image 21.** Affiche d'une manifestation anti-masque (Giesbrecht et White-Crummey, 2020)
- Image 22.** Le résultat d'une recherche avec les mots clés « anti-masque » ou « anti-vaccination » dans Facebook

SIGLES

2019-nCoV:	Nouveau coronavirus 2019
BSI :	Bureau sanitaire international
CBC:	Canadian Broadcasting Corporation
CDC :	Center for Disease Control and Prevention
CIO :	Comité international des Olympiques
COVID-19 :	Maladie à coronavirus 2019
CR :	Croix-Rouge
DDT:	Dichlorodiphényltrichloroéthane
ESB :	Encéphalopathie spongiforme bovine
GRID:	Gay-Related Immune Deficiency
LGBTQ2S+ :	Lesbiennes, Gais, Bisexuels, Transgenres, en Questionnement et Bispirituels
MSF :	Médecins Sans Frontières
NIH :	National Institutes of Health
OMS :	Organisation mondiale de la santé
ONU :	Organisation des Nations unies
ONUSIDA :	Programme commun des Nations unies sur le VIH/sida
Sida :	Syndrome d'immunodéficience acquise
SRAS :	Syndrome respiratoire aigu sévère
SRAS-CoV-2 :	Coronavirus 2 du syndrome respiratoire aigu sévère
TB :	Tuberculose
VHC :	Virus de l'hépatite C
VIH :	Virus de l'immunodéficience humaine

INTRODUCTION

On dit que les sociétés occidentales sont entrées, depuis le XXe siècle, dans une ère de maladies contagieuses et infectieuses (Alcabes, 2009; Dillon & Lobo-Guerrero, 2008), où le problème des épidémies fait partie du savoir commun (Washer, 2010). On craint la persistance de certaines maladies infectieuses qu'on tente depuis longtemps de gérer (le syndrome d'immunodéficience acquise [sida], la malaria, la poliomyélite, la tuberculose) et on se méfie de la (ré)émergence de certaines autres (la rougeole, l'Ebola, les nouvelles souches d'influenza et de coronavirus) (Hotez, 2016; Lynteria, 2016; Oldstone, 2010; Tambyah, 2016). Les épidémies sont conçues comme des menaces latentes qui peuvent nous surprendre à tout moment, et toute éclosion de maladie est perçue comme une pandémie en devenir puisque dans le contexte mondialisé contemporain les voyages transnationaux sont plus fréquents et les destinations plus éloignées. Ces épidémies deviennent ainsi un danger majeur pour l'humanité et d'aucuns (Jappah et Smith, 2015; Snowden, s.d.) soulignent qu'elles peuvent influencer la survie de l'espèce humaine, selon les façons dont elles seront gérées. Ces préoccupations transparaissent dans la culture populaire puisque la propagation d'une maladie contagieuse mortelle est le fondement de récits de science-fiction, d'horreur ou de désastre naturel dans des séries télévisées (*Containment*, *Re-Genesis*), des films (*Contagion*, *Outbreak*, *28 Days Later*) et des livres (*Hot Zone*, *The Coming Plague*, *Station Eleven*, *The Demon in the Freezer*).

Au moment de la rédaction de cette thèse, c'est la pandémie de la maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) qui est sur toutes les lèvres. L'intérêt pour cette maladie a commencé à se développer le 31 décembre 2019, lorsque le gouvernement chinois a averti l'Organisation mondiale de la santé (OMS) de l'émergence d'une pneumonie à Wuhan, une ville de 11 millions d'habitants. Une semaine plus tard, on apprend qu'il s'agit d'une nouvelle souche d'un

coronavirus, appelé 2019-nCoV (nouveau coronavirus 2019) puis SRAS-CoV-2 (coronavirus 2 du syndrome respiratoire aigu sévère), qui cause la COVID-19. Cette maladie se répand à l'échelle mondiale et le 4 août 2021, l'OMS (2021) confirme 199 466 211 cas et 4 244 541 décès liés à la COVID-19.

En plus de ces chiffres impressionnants, la COVID-19 ravive certains éléments culturels de peur qui en font une maladie effrayante par excellence. Elle provient d'une région « exotique » et c'est une zoonose, c'est-à-dire qu'un animal est le réservoir naturel de ce virus; par conséquent, l'interaction continue entre les humains et les animaux pourrait engendrer une (ré)émergence perpétuelle de maladies semblables ou plus dangereuses. Cette maladie est nouvelle, donc encore mal connue et les connaissances sur la sévérité et la portée de ses symptômes évoluent. De plus, elle se propage rapidement dans des groupes vulnérables (dont les aînés dans les établissements d'hébergement et de soins de longue durée). Certaines personnes qui en sont guéries éprouvent des séquelles à long terme. Enfin, des porteurs asymptomatiques peuvent la propager. La COVID-19 alimente aussi la crainte que le monde n'est pas préparé à gérer les maladies (ré)émergentes, une peur qui a émergé avec le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et qui a été renforcée par l'éclosion de 2003 du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS). Finalement, des mesures exceptionnelles, dont l'obligation du port de masque, la distanciation physique, la fermeture d'entreprises dites non essentielles, l'imposition d'un couvre-feu et le confinement, renforcent l'idée qu'il s'agit d'une situation effrayante.

Notre thèse, qui porte sur les discours d'altérisation associés aux récits d'épidémies, a été écrite avant l'éclosion de la COVID-19. Cette chronologie est à la fois une malchance et une chance. Une malchance, car elle arrive trop tard pour nous permettre de choisir la COVID-19 comme étude de cas, alors qu'elle est des plus pertinentes puisque d'actualité et à l'origine de

pratiques exceptionnelles. Une chance, parce que la présente situation pandémique – et tous les enjeux sociaux qui en découlent – démontre en soi la pertinence d'étudier des dynamiques d'altérisation associées aux épidémies. Quoique la COVID-19 n'ait pas constitué un de nos terrains d'analyse, nous montrerons en conclusion que des liens peuvent être faits entre nos principaux résultats et des tendances qui émergent pendant cette pandémie. Ainsi, notre thèse permettra d'interpréter la COVID-19 sans l'avoir analysée et elle démontrera que certaines dynamiques sociales sont récurrentes.

Épidémies, discours et sociétés

Les éclosions de maladies contagieuses et infectieuses ont engendré des conséquences des plus variées : décès qui ont parfois modifié le portrait démographique d'un pays, crises économiques, déstabilisations politiques, impacts sur les efforts de colonisation, discours de persécution, fuites de masse des populations, élans de religiosité, enfermement de groupes et production d'arts visuels et littéraires (Snowden, s.d.) Les épidémies ont des impacts sociaux, économiques, politiques, culturels, démographiques et psychologiques si importants qu'elles font l'objet d'interprétations: l'expérience des maladies, de leurs éclosions et de la contagion s'accompagne d'une quête de sens (Augé & Herzlich, 1994; Fabre, 1998). À cet égard, si le VIH n'est qu'un virus et si le sida n'est qu'une maladie, ni l'un ni l'autre ne furent réduits à cette seule notion. Ils ont pris des significations dissociées de leurs caractéristiques virologiques, mais entièrement liées aux conditions culturelles de l'époque (Woods, 2004). En effet, l'imagerie associée au VIH/sida – la sexualité et la mort, le sperme et le sang, la transgression et la punition – en a fait un vecteur culturel idéal pour exprimer des craintes sociales et légitimer des catégories, postures morales, discours puritains et normes sociales (Woods, 2004). Par exemple, le VIH/sida

a longtemps été associé à des groupes sociaux comme les homosexuels¹ et les noirs². C'est ainsi que les discours qui entourent l'événement épidémique prennent appui sur un phénomène plus global, au-delà des particularités microbiennes et des conséquences épidémiologiques (incidence, mortalité) (Blumberg, 1991; Fabre, 1998; Tones, 2002). Les « récits » (Wald, 2008) qui abordent les épidémies sont donc d'importants objets d'étude. Notre intérêt se porte plus précisément sur deux dynamiques qui prennent forme dans la mise en récit d'une épidémie: l'accusation et l'héroïsation.

D'abord, les discours explicatifs qui sont véhiculés dans les récits d'épidémies tendent à projeter la responsabilité de la maladie sur des individus, groupes ou institutions, tenus coupables de son émergence ou de sa propagation. En effet, l'accusation, l'exclusion et l'ostracisme sont des réactions historiquement récurrentes dans la recherche du sens de l'épidémie (McGrath, 1991; Nelkin & Gilman, 1991). Dans le contexte de la COVID-19, au moins trois cercles accusatoires ont émergé.

Se déploie premièrement une accusation extériorisée, qui cible notamment des figures reliées à la Chine. Ce pays, lieu d'émergence de la maladie, a été accusé de l'éclosion et de la propagation de la COVID-19. Certains postulent la fabrication ou la mutation de la maladie dans un laboratoire de Wuhan, à partir duquel elle aurait infiltré la communauté, de façon accidentelle ou intentionnelle (Karyotis, 2020 ; Villasanta, 2020); d'autres accusent la Chine d'avoir mal géré la maladie et de ne pas avoir réussi à l'empêcher de quitter ses frontières (Peterson & Mesley, 2020); d'autres encore évoquent l'opacité de ce pays (le camouflage de données, les mensonges

¹ Rappelons que le VIH a initialement été appelé *Gay-Related Immune Deficiency* (GRID).

² Des communautés noires aux États-Unis, dans les Caraïbes et en Afrique subsaharienne ont été accusées de l'émergence et de la propagation de cette maladie en raison de leurs « pratiques sexuelles » et de leur « consommation de drogues »

[Peterson & Mesley, 2020]) et l'accusent de pratiques non éthiques³. Les « Chinois » furent aussi accusés : d'une part de l'émergence de la maladie en raison de leurs pratiques alimentaires et des marchés à aire ouverte, où le virus aurait muté en raison de contacts interespèces (Chughtai, 2020); et d'autre part des Chinois ont été accusé de la propagation de la COVID-19 en raison de voyages transnationaux. Des graffitis racistes anti-asiatiques ont été peints dans des « quartier chinois » au Canada (Little, 2020) et des entreprises dans ces quartiers ont été évitées par des clients (Derworiz, 2020). Des internautes ont aussi rappelé que deux chercheurs chinois ont été bannis d'un laboratoire de Winnipeg (Canada) à l'été 2019 pour avoir violé les règles de sécurité, et ils les ont accusés d'être des espions qui auraient volé le coronavirus du laboratoire pour l'apporter en Chine (Pauls & Yates, 2020). Ces accusations lancées à des Chinois peuvent être résumées par les étiquettes « *Chinese virus* » ou « *Kong flu* » utilisées par l'ancien président états-unien Donald Trump (Los Angeles Times, s.d.) Ce blâme reproduit une stigmatisation de Chinois qui fut signalée lors de l'éclosion du SRAS en 2003 (Eichelberger, 2005, 2007).

Deuxièmement, ceux qui émettent des accusations blâment aussi leurs propres autorités nationales. Par exemple, des médias canadiens accusent les gouvernements canadien et provinciaux qui, disent-ils, auraient dû anticiper une telle épidémie, mieux investir dans les soins hospitaliers de longue durée pour personnes âgées, et mieux se préparer pour une pandémie (Martell & Warburton, 2020; Morgan, 2020). Les autorités provinciales sont aussi accusées d'avoir mal géré l'éclosion, notamment avec le cycle décousu de confinement-déconfinement-reconfinement. Au moment de la rédaction de cette thèse, l'accusation principale s'articule autour de la vaccination. Elle cible tantôt la stratégie nationale d'approvisionnement en vaccins (absence

³ À cet égard, le bâillonnement du Dr Li Wenliang qui a alerté la Chine de l'émergence de la maladie et la disparition de gens qui ont ouvertement dénoncé ce pays (Davidson, 2020) ont été souligné.

de production au Canada et accent mis uniquement sur l'importation), tantôt le système national de réglementation et d'approbation des médicaments (trop lent, insuffisamment rigoureux), tantôt les responsables provinciaux de la campagne de vaccination. Ultimement, l'ensemble de ces discours traduit une perte de confiance envers des institutions (Joffe, 2011) canadiennes qui devraient protéger et améliorer la santé de la population.

Un troisième cercle accusatoire est un blâme qu'on pourrait qualifier d'ancré ou de localisé, notamment parce qu'il est dirigé contre des groupes non pas pour leur lien avec la maladie, mais surtout à cause de leur déviance d'une norme sociale. Ils sont principalement infériorisés pour des raisons qui dépassent l'épidémie. Ce blâme n'est donc pas dû uniquement à la crise. Depuis longtemps véhiculé, il est réitéré à la lumière de la COVID-19. En ce sens, il est un commentaire social et renforce des dynamiques préexistantes. Par exemple, en Inde, des médias critiquent des pratiques culturelles indiennes associées aux vaches qui sont depuis longtemps critiquées, comme la consommation d'urine de vache pour la protection de la santé (Auteur inconnu, 2020a). Un autre exemple a trait à la montée de propos antisémites notée depuis les débuts de l'éclosion de la COVID-19: des rumeurs accusent des autorités ou personnalités juives de créer la maladie, de la propager ou d'en tirer profit (Garlin-Politis, Roy, Ward & Atlani-Duault, soumis; Roy, 2021; Levy, 2020; Rowe, 2020). Ce discours s'ancre dans un cycle récurrent, constaté lors de la peste du XIV^e siècle et reproduit lors d'épidémies plus récentes, dont l'H1N1 (Atlani-Duault et al., 2015; Fabre 1998). Comme l'illustrent ces exemples, ce type de blâme localisé est dirigé contre des groupes qui ne semblent pas, au premier regard, reliés à l'épidémie. Ces accusations reproduisent des stéréotypes et véhiculent des propos discriminants qui existaient auparavant, mais à travers la lunette de la présente pandémie.

Par contre, les discours sur les épidémies peuvent aussi favoriser des relations sociales positives et raffermir des liens sociaux (Fabre, 1998). En effet, la gestion des maladies est souvent interprétée comme une aptitude qui prouve la compétence et la force de l'humanité alors qu'elle affronte des forces naturelles. Les épidémies ont mené à un investissement collectif d'espoir dans des individus, groupes et institutions dont les actions, valeurs et attributs sont dès lors l'illustration de la capacité humaine. À cet égard, l'héroïsation est une importante dynamique qui émerge lors d'épidémies.

La pandémie de la COVID-19 a donné naissance à son lot de héros. Des professionnels de la santé sont héroïsés pour leur lutte contre la maladie et leur choix de s'exposer à des risques pour protéger la santé d'autrui (Auteur inconnu, 2020b). Certains sont transformés en martyrs, dont Li Wenliang, un médecin chinois qui a découvert la nouvelle maladie, a sonné l'alarme, a été critiqué par les autorités chinoises et est décédé du virus (Auteur inconnu, 2020c, 2020d; Bociurkis 2020). Cependant, les héros de la COVID-19 ne sont pas que des acteurs qui luttent contre la pandémie. Des citoyens plus ou moins ordinaires sont aussi héroïsés, notamment les travailleurs de première ligne qui fournissent des services essentiels (caissiers, éboueurs) et qui acceptent, malgré leurs salaires peu élevés, de s'exposer aux risques de la maladie pour assurer le fonctionnement de la société (Cotnam, 2020; Nagy & Forani, 2020). Dans cette héroïsation du citoyen ordinaire, on pense aussi aux petits commerçants, aux artistes et aux entrepreneurs qui ont dû fermer leurs portes pendant les périodes de confinement, et qui font face à des problèmes financiers (Romaniuk, 2020; Sargeant, 2020). Certains citoyens deviennent aussi des héros communautaires, en offrant gratuitement des biens (aliments, papier hygiénique, masques) et des services bénévoles (emplettes, promenade des chiens, soutien psychosocial) (Broom, 2020; Devpost, s.d.)

Ces individus ne sont pas qu'héroïsés pour des actions posées pendant l'éclosion. Le récit qui les entoure décrit leur histoire de vie. Les obstacles qu'ils ont surmontés, et par le fait même leur résilience, sont abordés. Leurs engagements antérieurs (habituellement humanitaires) sont aussi décrits d'une façon qui laisse entendre que leurs comportements actuels ne sont pas exceptionnels ni hors nature puisque l'aide apportée à l'autrui est récurrente; on suggère que ces héros sont intrinsèquement des « bonnes personnes » puisque l'altruisme et le dévouement feraient partie de leur personnalité. Ils sont aussi présentés comme des « bons conjoints » et des « bons parents » puisque leur saine vie de couple (habituellement monogame et hétérosexuelle) et leurs valeurs familiales (l'importance de la famille, leur amour pour leurs enfants, etc.) sont abordées. Finalement, des images normatives du corps des héros circulent; ce sont habituellement de belles personnes, blanches, sans handicap, avec un corps musclé (image 1).

Image 1. Un héros de la COVID-19



Comme l'illustre la COVID-19, l'accusation et l'héroïsation dépendent des normes sociales. Pour l'héroïsation comme pour l'accusation, des rapports identitaires sont renouvelés par des dynamiques de mise à l'écart et de différenciation en fonction d'une quelconque norme. On

projette sur la figure héroïsée des conduites, normes et valeurs idéales (l'entraide, le sacrifice, l'altruisme) qui sont désirables dans une société et qui devraient être reproduites, alors que par l'accusation, on dénonce ce qui est dévalorisé et ce qui devrait être évité (l'égoïsme, le mensonge, la résistance). Par l'accusation et l'héroïsation, on produit respectivement des figures d'altérité négatives et positives qui servent de guides normatifs. Dans cette thèse, nous nous intéressons aux modalités d'altérisation, c'est-à-dire aux procédés discursifs de distanciation, qui émergent lors d'épidémies.

Plan de la thèse

Ce manuscrit s'inscrit dans un corpus d'écrits interdisciplinaires produits par nos directeurs de thèse, des collègues internationaux et nous, notamment sous la direction de la professeure Laëtitia Atlani-Duault. L'ensemble de ces recherches fait ressortir l'importance de considérer les significations locales données à une épidémie et les dynamiques d'accusation et d'héroïsation qui émergent (Chapitre 1). Plus précisément, les résultats d'analyses de conversations qui circulent en ligne pendant l'éclosion d'H1N1 (Atlani-Duault & Kendall, 2009; Atlani-Duault et al., 2015), d'Ebola (Dozon, 2017; Moreau, Roy, Wilson & Atlani-Duault, 2020; Roy, 2021; Roy et al., 2020, 2021), du Zika (Valente et al., 2020) et maintenant de la COVID-19 (Garlin-Politis, Roy, Ward & Atlani-Duault, soumis; Desmarais, Roy, Nguyen & Rousseau, soumis), ont permis de construire un cadre de référence qui montre la pertinence d'analyser les figures de héros et de coupables qui émergent de façon récurrente dans les récits d'épidémie parce qu'elles réaniment des normes, tensions, frustrations et espoirs.

La présente recherche contribue à ce corpus en étudiant les processus plus fins par lesquels ces figures sont créées et en analysant la normativité des discours d'altérisation. Notre thèse étudiera donc les formes contemporaines que prennent les « jeux d'altérité » (Chapitre 2) dans

quatre études de cas dans le contexte pancanadien (Chapitre 3): l'endémie de la tuberculose, la pandémie du H1N1 (2009), l'épidémie d'Ebola (2013-2016) et l'épidémie du Zika (2016-2017). Ces quatre éclosions de maladies (ré)émergentes ont affecté différemment le Canada : la tuberculose y est endémique, l'H1N1 y a été fortement présent, l'Ebola y a été absente, et le Zika y a été peu présent. De plus, des groupes sociaux de localisations différentes ont été touchés par chaque étude de cas: l'incidence de la tuberculose au Canada se manifeste surtout chez des nouveaux arrivants et des Autochtones, l'H1N1 a commencé au Mexique, l'Ebola en Afrique de l'Ouest et le Zika au Brésil. Dans cette optique, un regard transversal qui considère les points de recoupement dans les pratiques d'altérisation lors de ces épidémies très différentes les unes des autres nous informera des tendances plus générales.

Les résultats principaux (Chapitres 4 à 7) montrent que dans les quatre études de cas, les principales figures infériorisées se rattachent à des communautés du Sud global touchées par la maladie (leurs habitants, dont ceux qui émigrent); par contre, les figures louées sont surtout des figures institutionnelles (gouvernementales ou sanitaires) liées au Canada et à l'Occident. Cependant, au-delà de la recension des principales figures d'altérité, nous avons analysé les modalités discursives qui les construisent, avec un focus sur les procédés d'altérisation qui sont socialement contestés dans l'espace public et ceux qui y sont plus acceptés et normatifs. Ainsi, deux modalités d'altérisation font l'objet d'une forte critique publique: l'altérisation par la mention de la nationalité (qui produit une figure de l'étranger et celle du citoyen canadien) et celle qui souligne les défauts d'un individu, d'un groupe, d'un pays ou d'une région (qui produit une figure à problème et une figure rêvée). Ces deux modalités, qui produisent une différence essentielle, font objet de débat et de réfutation. Ceux qui les utilisent sont d'ailleurs eux-mêmes altérisés, en tant que tyrans et oppresseurs. Quant aux modalités d'altérisation plus normatives et valorisées dans la

l'espace public, nous retenons celles fondées sur les aptitudes (les capacités et les compétences), la docilité (respect des protocoles sanitaires) et la raison (croyance aux propos des autorités sanitaires et l'influence de ces savoirs sur les actes quotidiens). Ce faisant, nos résultats montrent la subtilité et la fluidité des discours d'exclusion. Ils illustrent que l'altérisation publique de ceux qui ne font pas partie de la norme raciale, ethnique et culturelle pancanadienne ne s'exprime pas principalement par des discours qui soulignent des attributs identitaires; ces groupes sont plutôt mis à l'écart par des arguments qui affirment leurs prétendues fausses croyances, ignorance, irrationalité et mauvaises réactions émotives. Ainsi, la figure du déraisonnable se superpose à celles de l'étranger et de l'Autre racisé.

Nous considérons que cette expression de l'altérisation est un commentaire social, qui révèle les contours d'un tissu sociétal qui valorise la conformité à la rationalité scientifique, mais aussi qui se méfie de l'érosion des frontières entre véracité et fausseté, entre scientifique et profane (Chapitre 8). Nous resituons cette modalité d'altérisation dans le contexte actuel qualifié de post-vérité, où circulent déjà des craintes d'une diffusion sociale de la mauvaise raison et où émerge une figure que nous nommons « l'érudit *sine jure* ». Somme toute, notre thèse explore des enjeux cycliques lors d'éclosions de maladies et elle trace les contours de nouvelles figures d'exclusion sociale qui prennent forme dans des discours subtils et potentiellement tenus pour acquis parce qu'adaptés aux normes et craintes contemporaines.

Ancrage disciplinaire

Le présent manuscrit se situe au croisement des études critiques en santé publique, en sociologie et en travail social. Sa contribution est donc triple.

Contribution en santé publique critique

La santé publique critique s'intéresse aux enjeux d'inégalité et d'injustice sociale dans le champ sanitaire. Un important corpus d'études analyse les inégalités dans le champ de la santé, que ce soit par l'étude des déterminants sociaux de la santé et de l'influence de problèmes sociaux sur la santé, des inégalités dans l'accès aux soins médicaux, ou des dynamiques discriminatoires qui émergent lors d'enjeux sanitaires. Ainsi, ce manuscrit contribue au champ de la santé publique critique par son analyse des effets revers et non voulus (exclusion, discrimination, stigmatisation, normalisation) des communications lors de crises sanitaires, que nous surlignons dans notre étude de la production de figures d'altérité. Nous montrons que les communications sanitaires sont soumises à un processus de blanchiment (Atlani-Duault et al., 2015), c'est-à-dire qu'elles sont appropriées, tordues et utilisées pour réitérer d'anciens schèmes discriminatoires et des tensions sociales, culturelles et politiques préexistantes.

Ce manuscrit présente simultanément une réflexion critique des stratégies de communication dominantes en santé publique, souvent axées sur une approche biomédicale et focalisées sur la transmission unidirectionnelle de l'information factuelle. Il s'ajoute à un corpus d'écrits (Atlani-Duault & Kendall, 2009; Atlani-Duault et al., 2020; Dozon, 2017; Farmer 2006) qui démontre l'importance de la prise en compte des récits d'épidémies auxquels les publics adhèrent parce qu'ils peuvent altérer leurs comportements, influencer sur leur adhésion (ou non) aux prescriptions des autorités sanitaires et entraîner une cohésion (travail solidaire) ou une division sociale (exclusion, stigmatisation). En mettant en lumière l'ancrage social des géographies d'espoir et de blâme qui émergent des récits d'épidémies, nos résultats invitent les autorités sanitaires à contextualiser les vérités locales qui circulent afin de bien comprendre les dynamiques sociales, psychologiques, culturelles et politiques qui leur sont liées.

Contribution sociologique

Ce manuscrit contribue aussi aux études sociologiques sur l'altérité. Nous y entamons une réflexion théorique sur l'altérité et nous en proposons une conception maximaliste qui n'équivaut pas l'Autre à ce que nous appelons un « opposé moindre ». De nombreux auteurs qui analysent l'altérité (Adeyanju, 2010; Bernard, 2001; Eichelberger, 2005; Joffe, 2004; Sinha & Parmet, 2016) explorent l'infériorisation de figures qui sont définies comme le contraire de groupes dits dominants: les *non*-Canadiens, les *non*-blancs, les *non*-hommes cisgenres, les *non*-hétérosexuels, la *non*-classe aisée. Ils analysent en quoi l'altérisation est nocive et indésirable puisqu'elle reproduit des systèmes d'oppression (racistes, nationalistes, patriarcaux, hétéronormatifs, classistes, etc.), montrant ainsi comment des inégalités sociales structurelles sont reproduites dans l'assignation d'une identité.

Nous nous intéressons à l'altérisation en tant que pratique discursive qui distancie une quelconque figure du centre conventionnel et normatif conçu comme le soi. Cette conception axée sur la *distanciation* nous permet de considérer l'altérisation comme une pratique qui peut produire toute une gamme de figures d'altérité. Elle nous permet ainsi de nous inspirer de ces écrits sur l'Autre moindre qui est opposé au soi privilégié, tout en considérant d'autres dynamiques de distanciation, comme l'héroïsation ou l'infériorisation de figures de plus grande proximité (l'accusation institutionnalisée, le blâme adressé à des groupes élites, l'accusation lancée à citoyens plus ou moins ordinaires, etc.) Cette lecture globale permet d'explorer des tendances transversales qui ressortent de divers procédés de mise à l'écart.

Plus précisément, en nous appuyant sur les conceptions du discours promues par des auteurs postcoloniaux (Homi Bhabha, Stuart Hall) et poststructuralistes (Judith Butler, Michel Foucault), nous comprenons l'altérisation comme une pratique discursive *ancrée*, c'est-à-dire

localisée dans un contexte sociohistorique particulier. Chaque société et chaque époque produit ses figures d'altérité à partir de discours qui lui sont socialement accessibles (Stitou, 2007b). Cette théorisation mène au postulat que l'altérisation prend des formes sociohistoriques différentes car on ne peut pas altérer de la même façon dans tous les contextes sociaux et historiques. Il nous est alors possible de comprendre un tissu social en fonction non seulement des façons dont sont traités les Autres dans une société donnée, mais aussi selon les procédés desquels cette société désigne ce qui constitue l'Autre (Koivukoski, 2014; Stitou, 2007a). Apparaît ainsi la pertinence – théoriques, certes, mais aussi sociale – de questions comme: Par le biais de quels discours altérise-t-on?; Quels modes d'altérisation sont privilégiés dans le contexte pancanadien contemporain et lesquels y sont dévalorisés? et Quelles normes et dynamiques sociales sont (re)produites dans les procédés d'altérisation qui sont socialement acceptables dans l'espace public⁴? Ce manuscrit de thèse est ainsi une contribution sociologique à l'étude de l'altérité parce qu'il présente un angle d'analyse qui tient compte de la normativité sociale de l'altérisation contemporaine.

Contribution au travail social

Finalement, ce manuscrit s'inscrit dans le champ du travail social même si vous avons adopté temporairement un cadre d'analyse offert par la sociologie (Rullac, 2011). Notre intention est donc de soutenir et d'alimenter l'expertise du travail social, mais en adoptant une perspective sociologique.

⁴ Ce qui est acceptable ou non ne fait pas consensus parce que divers groupes ont des normes et des conventions discursives qui leur sont propres. Nous qualifions d'« acceptable dans l'espace public » les propos qui peuvent être prononcés en toute légitimité dans un lieu démocratisé, qui est accessible à quiconque, qui est soumis à des législations, à des codes d'éthiques ou à des règles discursives formelles, et dans lequel certains discours sont censurés. En contraste, nous parlons de « discours critiqués dans l'espace public » pour renvoyer aux propos qui sont objet de critiques ouvertes dans ces lieux et qui y sont censurés ou expulsés.

De façon générale, la littérature en travail social sur les épidémies se concentre sur un spectre limité d'éclosions, notamment le VIH/sida (Haig, Côté & Rousseau, 2009; Lafleur, Trottier & Lindsay, 2003) et le virus de l'hépatite C (VHC) (Humble, Bride, Kolomer & Reeves, 2012; Paylor & Mack, 2010). L'intérêt pour ces deux épidémies s'explique par leur prévalence au sein de groupes sociaux marginalisés (usagers de drogues, communauté LGBTQ2S+, etc.) Cette littérature sur le VIH et le VHC explore souvent les expériences associées à ces maladies à partir de recherches empiriques, telles que l'analyse de pratiques et programmes d'intervention (Humble, Bride, Kolomer & Reeves, 2012; Natale & Baker, 2010), la description de l'expérience de la maladie et les problèmes sociaux vécus par ceux qui sont touchés (Francoeur, 2011; Proulx-Boucher et al., 2014). Lorsqu'elles considèrent d'autres maladies outre le VIH et le VHC, les recherches en travail social se focalisent habituellement sur le travail des praticiens (Park & Lee, 2016; Rowlands, 2007). Somme toute, les études en travail social se concentrent presque exclusivement sur les *expériences* de la maladie (chez les patients et les intervenants), ce qui a pour effet de créer un corpus dont sont omises les analyses des significations sociales données à la maladie ou à l'épidémie. Avec cette recherche, nous voulons apporter une contribution complémentaire à la littérature en travail social. Entre autres, cette thèse veut permettre aux travailleurs sociaux de mieux comprendre des enjeux sociaux et normatifs propres au champ sanitaire; enjeux qu'ils sont appelés à critiquer et parfois à modifier par des pratiques de défense des droits.

Parallèlement, cette recherche rejoint des préoccupations du travail social par son intérêt pour l'altérité. Ploesser & Mecheril (2012) présentent trois approches dominantes de l'altérité en travail social. Tout d'abord, ils abordent la *réfutation volontaire* de l'altérité, souvent traduite par des propos du type « Il n'y a qu'une race: la race humaine ». Quoiqu'elle soit animée par la volonté

de favoriser l'égalité de tous, une telle vision dite « daltonienne » a comme effet pervers de négliger les expériences d'oppression associées à l'altérisation, qui perdurent même si elles sont ignorées. Cette vision est aussi critiquée puisque, tout en se disant neutre, elle légitime les normes en faisant fi de l'altérisation vécue par des Autres.

Cette critique du modèle de réfutation de l'altérité s'accompagne souvent d'un plaidoyer pour le deuxième, celui de la *reconnaissance de la différence*. Ce modèle puise dans un héritage lévinassien (Benfares, 2013; Levinas, 2017; Moyn, 2005), où règne une responsabilité éthique associée au respect de l'Autre. Nous constatons d'ailleurs un certain succès social de ce modèle aujourd'hui, au moment où une mauvaise reconnaissance ou une absence de reconnaissance de l'Autre sont perçues comme des formes de violence et d'oppression (Taylor, 1992). Ce modèle est cependant critiqué parce qu'il peut entériner les différences: dès qu'une facette de l'individu est reconnue comme relevant de l'altérité, son statut est ratifié comme Autre (Ploesser & Mecheril, 2012).

Finalement, le troisième modèle de l'altérité en travail social noté par Ploesser & Mecheril (2012), dans lequel nous nous reconnaissons davantage, relève de la *déconstruction de l'altérité*. Cette vision s'intéresse aux normes et discours qui produisent les logiques binaires et les discours d'exclusion. Cette perspective déconstructiviste veut comprendre les normes et les règles sociales qui marginalisent certains segments de la population. Elle encourage l'autoréflexivité à l'égard des procédés d'altérisation en travail social, notamment en demandant aux intervenants de réfléchir aux façons dont ils reproduisent des différences véhiculées par des structures et institutions. Cependant, selon Ploesser & Mecheril (2012), un angle mort de cette approche déconstructiviste en travail social relève de son omission des contextes plus larges dans lesquels les dynamiques d'altérisation s'inscrivent. Nous sommes d'avis que le présent manuscrit peut pallier cette lacune,

notamment par son étude de la normativité de l'altérisation contemporaine qui veut explorer les règles contextualisées qui informent la production de l'altérité.

Dans la mesure où le travail social se veut un outil pour rassembler les gens et créer des collectivités plus fortes, la connaissance des formes socialement popularisées et disséminées que prennent l'altérisation aujourd'hui est un premier pas nécessaire à la tentative de minimiser les polarisations et divisions sociales. Par ailleurs, en mettant en lumière divers types de dynamiques d'exclusion – celles plus explicites et violentes mais aussi plus exceptionnelles, comme celles plus subtiles, normatives, normalisées et diffusées – nos résultats offrent un portrait des nouvelles formes que prennent les figures d'exclusion sociale. Ce faisant, cette thèse s'inscrit dans un projet de promotion de l'égalité sociale qui caractérise les recherches en travail social parce qu'elle surligne les discours qui peuvent passer sous le radar des efforts anti-oppressifs et anti-racistes.

CHAPITRE 1: RÉCITS D'ÉPIDÉMIES

Les épidémies font depuis longtemps l'objet d'explications diverses: punitions divines, théories du complot, réponses de Mère Nature, conséquences de la pauvreté, événements naturels cycliques. Une panoplie de significations entoure une même épidémie, et ces interprétations varient selon les expériences antérieures, le savoir, les priorités, la géolocalisation et les influences institutionnelles (médias, religion, autorités sanitaires) (Dry & Leach, 2010; Edström, 2010). Par exemple, Treichler (1987, p.264-265) a énuméré 37 différentes significations de l'éclosion du VIH/sida aux États-Unis dans les années 1980, dont: « Just another venereal disease », « America's Ideal Death Sentence », « A golden opportunity for science and medicine », « The price paid for the sixties », « A creation of the media which has sensationalized a minor health problem for its own profit and pleasure », « A plague stored in King Tut's tomb and unleashed when the Tut exhibit toured the US in 1976 », « A Soviet plot to destroy capitalists », « A CIA plot to destroy subversives », « An imperialist plot to destroy the Third World », « A fascist plot to destroy homosexuals », et « A capitalist plot to create new markets for pharmaceutical products ». Plus récemment, Gerlach (2016) identifie quatre cadres dominants qui structurent les discours médiatiques sur l'éclosion d'Ebola en 2013-2016: 1) les coutumes locales et primitives propagent la maladie et nuisent aux interventions, 2) l'aide des pays du Nord global est insuffisante, 3) le système de santé mondial est fragile et 4) les systèmes nationaux sont insuffisants.

Les significations attribuées à une éclosion de maladie ont été conceptualisées sous le vocable de « récit d'épidémie » (« *outbreak narrative* ») (Wald, 2008). Selon ce concept, lors d'une quelconque épidémie, les membres d'un groupe partagent des croyances et des interprétations. Ces dernières forment un récit linéaire qui fait intervenir des éléments tels que l'expérience de la maladie, l'ampleur perçue de l'épidémie, la perception de ses causes, les

ressources à déployer, les interventions à prioriser et les cibles sur lesquelles on projette une responsabilité ou dans lesquelles on investit de l'espoir (Dry & Leach, 2010; Klawiter, 2004; Hewlett & Hewlett, 2008 ; Leach & Hewlett, 2010; Moseby, 2017; Schiebinger, 2005; Treichler, 1999). Ces récits n'incluent donc pas que des éléments associés aux caractéristiques de la maladie et à ses conséquences directes, mais ils décrivent également « comment, pourquoi et à qui » l'épidémie pose problème (Leach & Hewlett, 2010, p.44).

Les significations qui traversent ces récits ne sont ni aléatoires ni rattachées à la seule expérience de la maladie ou de l'épidémie comme telle (Alcabes, 2009; Briggs & Mantini-Briggs, 2003; Pascual, 2017). Les récits d'épidémie sont plutôt des sites de (re)production sociale et culturelle puisque les significations qui s'y rattachent *dépassent* l'épidémie. Les discours entourant les épidémies sont ficelés dans le tissu social et ces événements sont interprétés à partir de ce qui est familier, c'est-à-dire en fonction de valeurs, de croyances, d'attitudes, de normes et de relations qui sont présentes dans la vie sociale et culturelle (Rosenberg, 1997). Ces discours sont modelés par les priorités du moment et par une myopie personnelle, sociale et culturelle (Humphries, Radice & Lauzier, 2017). Puisque les récits sont partiels, biaisés et ancrés, leur analyse peut nous renseigner sur le contexte social dans lequel ils prennent forme (Dry & Leach, 2010; Leach & Dry, 2010; Mullens, 2004).

Notre recherche s'ajoute à un corpus d'écrits interdisciplinaires produit par nos directeurs, des collègues et nous-mêmes, et dirigé notamment par la professeure Laëtitia Atlani-Duault. L'ensemble de ces recherches se fonde sur le postulat suivant : les productions locales de vérités qui entourent les maladies doivent être explorées pour alimenter la théorie, pour comprendre des enjeux sociaux et pour adapter les réponses aux épidémies (Atlani-Duault & Kendall, 2009). Plus précisément, plusieurs écrits montrent que des inégalités, discriminations et tensions préexistantes

sont reproduites dans les récits d'épidémies, et qu'elles se concrétisent dans la construction de personnages et de figures sociales au sein de ces histoires (Altani-Duault et al., 2015; Garlin-Politis, Roy, Ward & Atlani-Duault, soumis; Roy, 2021; Roy et al., 2021, 2021). Le présent chapitre est centré sur les récits d'épidémies. Il décrira des événements discursifs qui ont modelé le squelette des récits disséminés et acceptés, analysera les récits dominants et d'autres plus controversés, puis présentera des personnages récurrents dans les récits.

1.1 Les événements discursifs de l'épidémie

Les divers discours qui entourent une épidémie ne se voient pas accorder le même poids et n'ont nullement le même degré d'influence: certains sont infériorisés et font l'objet de rectification; d'autres sont objectivés, entérinés par des pressions politiques, institutionnelles et financières et il est plus probable qu'ils se traduisent par des interventions (Briggs & Mantini-Briggs, 2003; Dry & Leach, 2010; Leach & Hewlett, 2010). Dans ce chapitre, nous faisons valoir que les récits dominants qui sont aujourd'hui disséminés, ceux qui parlent plus fort à l'échelle macrosociale et qui sont souvent pris pour acquis, se sont construits progressivement au gré d'« événements discursifs » (Foucault, 1969, 1971).

En nous appuyant sur les écrits de Foucault (1963, 1966, 1972, 2001a), nous postulons que des changements au sein des récits d'épidémie dominants ne sont pas nécessairement le produit d'une avancée scientifique positiviste, mais qu'ils relèvent davantage du champ social et normatif. En effet, dans *Naissance de la clinique*, Foucault (1963, p.193) soutient que des changements dans les savoirs médicaux sont « le résultat d'une refonte du savoir lui-même », et non pas d'une accumulation, d'un approfondissement ou d'un affinement de connaissances. Autrement dit, le changement discursif dans le champ sanitaire n'est pas le simple produit de nouvelles découvertes (Foucault, 1963, 1966, 1971, 2001z), mais aussi le résultat de transformations et de ruptures

normatives dans les systèmes de règles des discours, qui permettent ainsi de former « un nouveau régime dans le discours et le savoir » (Foucault, 2001h, p.143). À cet égard, les individus sont limités par les connaissances, étiquettes et discours de leur contexte pour nommer, expliquer et traiter un enjeu (Farley, 1997; Klawiter, 2004; Rosenberg, 1997). Les façons dont on appréhende le problème de l'épidémie relèvent des possibilités existantes au sein du champ social, discursif et normatif. Dans cette optique, Klawiter (2004, p.851) fait appel au concept de « régimes de maladies » pour englober les « institutionalised practices, authoritative discourses, social relations, collective identities, emotional vocabularies, visual images, public policies and regulatory actions through which diseases are socially constituted and experienced ». Selon cette perspective, de nouveaux discours au sujet d'un enjeu sanitaire surviennent en raison de changements dans les régimes de maladies d'une société. Ces transformations ont lieu, notamment, lors d'un événement discursif, soit à un moment où s'installe un régime de vérité qui offre de nouvelles possibilités d'expressions discursives.

Ainsi, de façon parallèle à la progression des théories sur la contagion⁵, on note un autre type d'évolution, celui-ci d'ordre discursif, sur lequel nous nous arrêterons ici. Sans prétendre être historienne, nous décrivons quatre événements discursifs qui, selon nous, ont été des points charnières dans les façons d'appréhender les éclosions de maladies contagieuses: la peste du XIV^e siècle qui a mis en lumière la menace invisible de l'épidémie; la variole entre le XVIII^e et le XX^e siècle qui a donné lieu à un espoir médical quant à nos capacités de gérer les éclosions de maladies; le VIH/sida de 1980 qui a anéanti l'optimisme associé à la variole pour faire place à la montée de

⁵ Pensons à l'évolution de l'environnementalisme qui postule un lien causal entre la maladie et des éléments comme le climat et l'environnement physique, à la théorie des miasmes qui soutient qu'une mauvaise air est la cause d'une maladie, aux théories de la contagion qui avancent que des microorganismes sont responsables de la maladie (Bryant & Rhodes, 2020; Oldstone, 2010; Rhodes, 2013).

discours sur une vulnérabilité généralisée; et le SRAS de 2003 qui a stimulé une rhétorique de « non-préparation ».

1.1.1 La peste (Europe, XIVe siècle)

Le premier événement discursif considéré est la pandémie de la peste qui a touché l'Europe au XIVe siècle, et qui a modelé dans l'imaginaire la structure typique de l'épidémie. La peste est connue au moins depuis le premier siècle et elle a régulièrement frappé des civilisations en Asie et au Moyen-Orient (Rhodes, 2013). Des éclosions persistent d'ailleurs aujourd'hui, quoique la fabrication d'antibiotiques facilite désormais leur gestion. Les débuts de la pandémie du XIVe siècle peuvent être retracés en Asie, où les guerres entre Mongols et Chinois auraient engendré de piètres conditions sanitaires et donc facilité une éclosion de cette maladie et sa propagation sur le continent. De là, elle s'est répandue en Europe, où l'imaginaire collectif fut marqué par ses taux de mortalité puisqu'elle a tué au moins un quart de la population européenne entre 1347 et 1351 (Alcabes, 2009). Ses importantes conséquences sociales (répercussions économiques, dissolution des structures familiales) ont aussi frappé les pays (Fabre, 1998).

Cette expérience européenne de la peste se traduit par la prise en compte de l'importante menace que peuvent poser les épidémies. On a appris que les éclosions épidémiques peuvent nous surprendre et être pires que tous les scénarios envisagés. Ce constat fait de la peste une épidémie qui a laissé derrière elle tout un héritage culturel (Alcabes, 2009), dans le sens où c'est à partir d'elle que l'on conçoit et visualise l'épidémie contemporaine et ses effets catastrophiques, mondiaux et potentiels; l'épidémie est aujourd'hui une « pandémie en devenir » (Caduff, 2015). La peste est d'ailleurs parfois employée comme métaphore pour évoquer une épidémie de grande ampleur, possiblement pire que tout ce qu'on peut prévoir, plus étendue et plus désastreuse que ce qu'on peut imaginer.

1.1.1.1 Le bouc émissaire

La peste a été remarquable non seulement à cause de son efficacité meurtrière, mais aussi en raison des significations qui y furent associées. En effet, des spéculations sur ses causes ont fleuri : l'écllosion était expliquée tantôt par un manque de foi ou une punition divine, tantôt par un empoisonnement, tantôt par un mauvais air, tantôt par une trahison de l'étranger (Alcabes, 2009). Certains de ces récits ont transformé des groupes sociaux marginalisés en boucs émissaires, dont les juifs (Alcabes, 2009; Fabre, 1998). Ces derniers ont été accusés de propager la maladie, notamment en empoisonnant des puits. Notons d'ailleurs que cette méfiance à l'encontre des juifs s'inscrivait dans des schèmes plus larges qui précédaient la peste du XIV^e siècle; en effet, ils étaient l'objet d'envie et de ressentiment puisqu'ils effectuaient des prêts d'argent, ils préparaient la nourriture de façon jugée différente et perçue comme étrange par certains et ils étaient surreprésentés dans la profession médicale, ce qui en faisait des détenteurs de produits pouvant empoisonner autrui. Ces récits explicatifs qui accusent des groupes sociaux n'ont pas été sans conséquence et ils ont mené à des phénomènes de peur collective, de fuite, d'enfermement, de pillages et de violence des foules (Alcabes, 2009; Fabre, 1998; Snowden, s.d.) Comme nous le montrerons tout au long de ce manuscrit, de telles accusations qui tiennent des groupes stigmatisés responsables d'une maladie perdurent dans les épidémies contemporaines, quoique le blâme soit actualisé, prenne différentes formes discursives et soit dirigé contre divers groupes selon les circonstances.

1.1.1.2 Les fondements philosophiques de la santé publique

Avant la peste, il y avait une absence de réglementation sanitaire et peu de coordination des efforts d'éradication des maladies contagieuses. Les pays européens de cette époque ne détenaient pas le dispositif administratif requis pour élaborer des politiques sanitaires nationales (Bryant & Rhodes, 2020). Les enjeux de santé publique étaient alors gérés au niveau local et

communautaire. Or, avec les problèmes vécus au XIV^e siècle, les efforts concertés et coordonnés pour améliorer les aspects sanitaires ont augmenté, et des bureaux en mesure de dicter les règles à suivre en cas d'épidémie ont été créés (Bryant & Rhodes, 2020).

Selon Foucault (1963), cette épidémie a donné naissance au développement d'une médecine qu'il qualifie de « purification » (c'est-à-dire axée sur l'amélioration des conditions sanitaires) et qu'il oppose à la médecine dite d'« exclusion » qui entourait la lèpre au Moyen-Âge, lorsque l'individu était exilé de la cité, expulsé de l'espace commun et enfermé dans des léproseries. Des pratiques d'exclusion et d'isolement ont aussi été déployées lors de la peste: des « maisons de la peste » (Alcibes, 2009) ont servi de lieu d'exclusion des malades appauvris, l'isolement sanitaire est devenu obligatoire dans la marine et la première quarantaine officielle (ports de Raguse, Dubrovnik, 1377) a été implémentée (Fabre, 1998; Rhodes, 2013). Néanmoins, la médecine de la peste s'articulait principalement autour de principes sanitaires plus ou moins coordonnés et standardisés, soit la formation d'un système centralisé d'information, la désinfection des lieux d'habitation et la mobilisation d'inspecteurs qui passaient en revue toutes les maisons, surveillaient leurs habitants, vérifiaient leur état de santé et enregistraient les événements qui y survenaient (Slack, 1991). Cette « police médicale » (Slack, 1991, p.112) représente l'ancêtre des techniques de suivi des contacts, qui servent toujours de pierre angulaire dans les interventions de santé publique contemporaines. Ces mesures, d'ailleurs controversées à l'époque, ont donc influencé les fondements des concepts, principes et pratiques de santé publique d'aujourd'hui.

Dans cette optique, la peste du XIV^e siècle est l'archétype de l'expérience de l'épidémie (Alcibes, 2009). En dépit de l'évolution des outils de dépistage, des savoirs médicaux et des connaissances scientifiques, cette mémoire ancienne de la peste marque toujours la conceptualisation de l'épidémie contemporaine et les principes qui sous-tendent les interventions.

1.1.2 La variole (Europe, XVIIe-XVIIIe siècle et XXe siècle)

La variole est une maladie redoutée dans le monde. Elle tue jusqu'à 30% de ses victimes (surtout des enfants) et laisse les survivants avec des cicatrices distinctives sur leurs corps (Center for Disease Control and Prevention [CDC], 2016). Elle a éclo de façon sporadique et a engendré par exemple des épidémies au IIIe siècle (Égypte), au IVe siècle (Chine) et au VIIe siècle (Inde). Elle s'est propagée à l'échelle mondiale en raison de la croissance des civilisations, des explorations, de l'ouverture des routes de commerce et de la colonisation. Au XVIe siècle, la colonisation par l'Europe et le commerce d'esclaves africains ont propagé la variole dans les Caraïbes et en Amérique du Sud et centrale. Au XVIIe siècle, c'est l'Amérique du Nord qui est touchée en raison de la colonisation européenne du Nouveau Monde. Ces éclosions ont décimé les populations autochtones des Amériques, qui n'avaient aucune immunité face à cette maladie. Au Canada, la variole a d'ailleurs été utilisée comme arme biologique par certaines troupes britanniques, qui ont distribué des couvertures contaminées aux communautés autochtones afin de diminuer leur résistance aux efforts impériaux de conquête (Spaulding, 2015). Le deuxième événement discursif que nous considérons concerne les éclosions européennes de la variole entre le XVIIe et le XXe siècle.

1.1.2.1 Le savoir statistique

Les éclosions régulières de la variole qui ont eu lieu aux XVIIe et XVIIIe siècles en Europe (Encyclopaedia Britannica, 2019) ont mené au développement d'un savoir statistique, corrélatif et prédictif des enjeux sanitaires. Au XVIIe siècle, le statisticien britannique John Graunt a publié un livre qui recensait les décès et présentait parfois leurs causes; il s'agit d'un pas significatif vers l'épidémiologie (Bryant & Rhodes, 2020). Des systèmes d'enregistrement statistique des cas et des décès de la variole ont été mis sur pied et des corrélations ont été établies entre d'une part des

conditions de vie, climats et comportements, et d'autre part l'apparition ou la propagation de la maladie dans un lieu donné (Bryant & Rhodes, 2020 ; Foucault, 1976, 2004a). C'est pourquoi la variole aux XVIIe et XVIIIe siècles a été un événement clé dans le développement d'un savoir statistique qui a donné lieu à ce qui constitue désormais des « facteurs de risques » (Foucault, 2004a). Les épidémies sont dès lors conçues comme des événements récurrents dont la probabilité peut être calculée à partir de tendances historiques et de certains facteurs de prédiction. Étant le produit de vulnérabilités, elles justifient l'instauration de stratégies préventives (Lakoff & Collier, 2008).

1.1.2.2 Le momentum sanitaire : vaccination, santé publique et coopération internationale

À la fin du XVIIIe siècle, un début d'espoir quant à la possibilité de contrôler des maladies infectieuses est né. Par exemple, la technique de variolisation, qui cherche à développer l'immunité contre la variole en exposant un individu à une forme bénigne de la maladie, a été popularisée en 1796 avec les travaux d'Edward Jenner (Rhodes, 2013). Ce dernier a réussi à immuniser des sujets en les infectant avec une souche bovine de la variole. La volonté de contrôler les maladies a pris de l'ampleur au XIXe siècle, lorsque les efforts de santé publique s'appuient sur un cadre formel inspiré des fondements des discours statistiques et des mesures de gestions développées antérieurement.

En effet, dans plusieurs pays européens puis aux États-Unis, on a assisté à un mouvement international pour la surveillance de l'état de santé de la population et l'amélioration des conditions sanitaires, ce qui a finalement entraîné la mise sur pied d'institutions de santé publique. La variole n'est certes pas l'unique responsable de ce développement. La fièvre jaune, le choléra, la typhoïde, le typhus et les problèmes de santé associés à la pauvreté et aux logements insalubres, qui ont

augmenté avec la Révolution industrielle ⁶, ont aussi contribué à un éveil social quant à l'importance d'intervenir de façon centralisée pour améliorer les conditions sanitaires (Bryant & Rhodes, 2020). Néanmoins, les ravages causés par la variole ont joué un rôle important dans l'implémentation d'interventions préventives. Par exemple, l'éclosion de la variole à Montréal en 1885, qui a entraîné près de 20 000 cas et 6 000 décès au Québec, a motivé l'adoption d'un acte provincial de santé publique et la création d'un conseil de santé provincial en 1887. La variole a aussi justifié une campagne de vaccination obligatoire au Canada (Association de santé publique canadienne, 2010).

Il existait un désir de contrôler les maladies. Au Canada, l'infrastructure de santé publique a été progressivement établie à la fin du XIXe siècle et au début du XXe (Association de santé publique canadienne, 2010). Le premier sanatorium pour gérer la tuberculose est ouvert en 1897 (Muskoka Cottage Sanatorium). À ce moment, des laboratoires publics de recherche en bactériologie ont aussi été établis dans plusieurs provinces (Québec, Nouvelle-Écosse, Manitoba). Une chaire et un département en hygiène ont été créés à l'Université McGill et à l'Université de Toronto. De plus, d'importants efforts d'éducation populaire ont été déployés (le Conseil national des femmes dédié à la lutte contre les maladies vénériennes, 1906), des associations ont été mises sur pied (l'Association canadienne pour la prévention de la tuberculose, 1901) et des départements nationaux ont priorisé l'amélioration de la santé (le ministère des affaires internes et indiennes qui

⁶ Au XIXe siècle, les effets néfastes de la révolution industrielle ont été ressentis, alors que la croissance de la population urbaine surpassait la disponibilité des logements et que la santé et le bien-être des travailleurs se détériorait. Une force sociale constituée d'intervenants humanitaires et de philanthropes s'est mobilisée pour éduquer le public quant aux problèmes associés à la croissance de la population, à la pauvreté et aux épidémies. Le médecin britannique Thomas Southwood Smith a publié des rapports sur les bienfaits de l'amélioration sanitaire. Au Canada, confronté à l'augmentation de l'immigration européenne, des efforts concertés ont été déployés pour limiter la propagation de maladies infectieuses (notamment avec des lois sur la quarantaine pour prévenir des éclosions de choléra) et des conseils locaux de santé ont commencé à s'établir.

a nommé un officier médical pour surveiller la santé de plus de 100 000 personnes autochtones, 1904).

Cette époque se caractérise aussi par une officialisation de la coopération internationale dans le champ sanitaire. La première conférence internationale a eu lieu à Paris en 1851 (Bryant & Rhodes, 2020) et l'Office International d'Hygiène publique a été établi en 1907 (OMS, s.d.a). Ce dernier était avisé lorsque des maladies contagieuses graves touchaient les pays membres et il transmettait cette information aux autres pays membres; il élaborait aussi des conventions sanitaires et des réglementations pour contrôler les maladies propagées par le commerce et les voyages. D'ailleurs, à ce moment, le Bureau sanitaire international (BSI)⁷ existait déjà dans les Amériques (1902, Washington). Après la Première Guerre mondiale, l'Organisation de la santé de la Société des Nations a été créée, notamment par le fusionnement de la plupart des bureaux internationaux existants. En avril 1945, lors d'une conférence pour mettre sur pied l'Organisation des Nations unies (ONU), certains pays ont proposé la création d'une organisme sanitaire international. C'est ainsi qu'est née le 7 avril 1948 l'OMS, dont le mandat était de prôner des soins de santé universels, de surveiller les risques de santé publique à l'échelle mondiale et d'assurer une coordination internationale des efforts de lutte contre les maladies lors d'urgences sanitaires.

1.1.2.3 L'âge d'or de la santé publique et la pensée victorieuse

Ce *momentum* sanitaire qui s'est étendu sur deux siècles a abouti au XXe siècle, à un âge d'or de la santé publique. Même si au début du XXe siècle, certaines épidémies dont la poliomyélite et la variole, ont fait des ravages, l'instauration de diverses stratégies transnationales qui ont réussi à contrôler ces maladies a suscité un vent d'optimisme. En effet, en 1959, l'OMS a mis en œuvre un plan d'éradication de la variole (CDC, 2016), quoiqu'un manque de ressources

⁷ Le BSI est devenu l'*Organisation sanitaire panaméricaine* puis l'*Organisation panaméricaine de la santé*.

et d'engagement international ait nui à l'efficacité de cette campagne. Ce n'est que sept années plus tard (1966), à la suite d'éclosions régulières de la variole, que le programme de vaccination mondiale contre cette maladie s'est intensifié. En 1967, la production et la distribution de vaccins à l'échelle internationale augmentent. La maladie étant déjà éliminée en Amérique du Nord (1952) et en Europe (1953), ce programme a permis d'éradiquer la variole en Amérique du Sud (1971), en Asie (1975), puis en Afrique (1977). Elle est aujourd'hui la seule maladie complètement éradiquée, mais le virus est encore entreposé sous la supervision de l'OMS au CDC (États-Unis) et au *State Research Center of Virology and Biotechnology* (Russie).

À la même époque, la communauté internationale a fait, grâce à la vaccination, d'immenses progrès dans la gestion d'autres maladies comme le choléra, la rage, le tétanos, la typhoïde et la peste bubonique. Diverses interventions sanitaires ont connu des succès sans précédent, comme la fabrication de vaccins, le déploiement de campagnes massives de vaccination, une augmentation de la fabrication d'antibiotiques et de leur accessibilité, la mise sur pied de méthodes de contrôle de vecteurs de maladies, dont les campagnes anti-malaria de l'OMS basées sur la vaporisation du Dichlorodiphényltrichloroéthane (DDT) dans certains pays du Sud global. Ces réussites, qui ont fait ressortir les capacités humaines, sont applaudies. Dans les années 1970, on était arrivé à croire que la médecine pouvait remporter une victoire décisive sur les organismes microbiens (Keshavjee & Farmer, 2012 ; McNeill, 1998). C'est la lutte contre la variole qui a fait naître cet optimisme et on parlait maintenant des maladies comme étant bientôt chose du passé.

1.1.3 Le VIH/sida (États-Unis, 1980)

Le troisième événement discursif que nous considérons est l'épidémie du VIH/sida aux États-Unis dans les années 1980, qui a entraîné une baisse de l'optimisme précédemment mentionné et la montée d'un sentiment de vulnérabilité. Cette épidémie serait apparue en Afrique

centrale de l'Ouest entre les années 1910 et 1930, dans les environs de Leopoldville (aujourd'hui, Kinshasa), la plus grande ville de la région (Sharp & Hahn, 2011). Or, ce n'est que 50 à 70 années plus tard (1981) que le sida a été reconnu comme une nouvelle maladie. À ce moment, le CDC (1981, 1982) a signalé une dizaine de cas de pneumonie *Pneumocystis Carinii* et un cancer de type *Kaposi's Sarcoma* chez des hommes homosexuels préalablement sains, dont certains avaient eu des contacts sexuels avec des patients atteints de l'une ou l'autre de ces maladies. Les autorités sanitaires américaines ont alors postulé l'existence d'un agent pathogène sous-jacent, qui pourrait être transmis sexuellement. Quatre années plus tard, le Dr Anthony Fauci, qui dirige les recherches sur le sida des *National Institutes of Health* (NIH) des États-Unis, a avancé l'hypothèse dans un article du *New York Times* (Boffey, 1986) qu'un million d'Américains était peut-être infectés et que ce nombre pourrait facilement doubler, voire tripler, en cinq ou dix ans.

1.1.3.1 La fin d'un âge d'or

Le VIH/sida met donc fin à l'optimisme apparu moins de dix ans auparavant. En effet, cette maladie s'est propagée rapidement et les efforts de lutte contre la maladie se sont avérés inefficaces (Vieira, 2007). Ce n'est qu'une vingtaine d'années plus tard (en 1996) que les trithérapies seront développées et qu'elles feront du sida une maladie chronique. Force est de constater l'existence de maladies dont la complexité dépassait les connaissances, et pour lesquelles on pouvait ne pas trouver de traitement immédiat, en dépit des avancées médicales et des efforts scientifiques (Alcibes, 2009; Héritier, 2013; Oldstone, 2010) : « AIDS was a harbinger of many more, as-yet-unknown diseases to come. » (Lakoff, 2017, p.5) La propagation du VIH à l'échelle internationale a mené à la crainte que personne n'y était à l'abri. Notons cependant que certains groupes (homosexuels, personnes noires, héroïnomanes, hémophiles) étaient considérés comme plus à risque que d'autres. À cause de symptômes communs à d'autres maladies en début d'infection et

de la capacité de vivre pendant des décennies avec le VIH en le transmettant à de nombreuses personnes, on s'inquiétait du danger que posaient des porteurs potentiels. Avec le VIH/sida, on est donc passé de l'optimisme et de l'impression de contrôler les maladies, à la méfiance face à leur imprévisibilité et à leur dangerosité (Alcabes, 2009; Leach & Dry, 2010; Washer, 2004, 2006); c'est ainsi que « [l]e sida nous éloigne du rêve pasteurien de débarrasser la planète de germes infectieux et nous ramène à un monde désenchanté. » (Fabre, 1998, p.165) Cette épidémie a mené à la constatation que le monde est vulnérable, toujours menacé par les maladies, et que certaines peuvent surgir par surprise.

1.1.3.2 La philosophie de la maladie (ré)émergente

Dans cette optique, le VIH/sida a suscité des inquiétudes au sujet de l'incapacité humaine de dominer ou de maîtriser la nature et de prévenir ou gérer des maladies qui, dès lors, échappent au contrôle humain malgré ses efforts. Le VIH/sida a donc joué un rôle important dans l'avènement du concept de « maladie émergente et réémergente ». Ce concept popularisé vers la fin des années 1980 aux États-Unis, renvoie à un ensemble de maladies infectieuses qui (ré)émergent continuellement en raison de leur mutation, de leur résistance aux médicaments ou d'actes humains qui bouleversent le paysage microbien, comme l'immigration, l'urbanisation, la déforestation et le réchauffement climatique mondial (Alcabes, 2009; CDC, 2014; Joffe, 2011; Washer, 2010). L'avènement du concept de maladies (ré)émergentes est significatif parce qu'il trace les contours de nouvelles menaces épidémiques (Washer, 2010). En effet, il souligne une vulnérabilité généralisée de l'humain, puisqu'il transmet l'idée que les organismes microbiens évoluent et s'adaptent, qu'ils déjouent les capacités internationales, qu'ils circulent continuellement et qu'il est impossible de les prédire : dans cette perspective, le temps où il ne semble rien se passer est perçu comme une période de prolifération où se forment de nouvelles

maladies qui (ré)émergeront (Alcables, 2009; Caduff, 2014a). Somme toute, on se rend compte que les victoires contre les virus ne sont jamais définitives.

1.1.3.3 La vision sécurisée

Le VIH/sida s'est aussi associé à la montée d'une conceptualisation sécurisée des épidémies. En effet, la méfiance à l'égard des maladies (ré)émergentes, et surtout du VIH/sida, se combine aux craintes vécues après la Guerre froide, pour alimenter la perception que la sécurité est de plus en plus menacée (Lakoff, 2017; Yeşilyurt Gündüz, 2006). À ce moment, la définition par défaut de la sécurité, qui se limite à l'idée d'une nation protégée, n'a plus cours. La « sécurité » n'est plus restreinte à une définition territoriale, centrée sur la protection de l'État et de ses frontières. En 1994, l'ONU a proposé une nouvelle définition plus holistique et multidimensionnelle. La sécurité toucherait plusieurs sphères: économique, alimentaire, sanitaire, environnementale, politique et communautaire (discrimination, oppression, tensions ethniques). On peut dès lors considérer que la sécurité de toute nation est potentiellement menacée dès que des problèmes sociaux y sont vécus:

Aujourd'hui, pour la plupart des gens, le sentiment d'insécurité naît plus souvent des inquiétudes de la vie quotidienne que de la crainte d'un cataclysme mondial. Sécurité de l'emploi, du revenu, sécuritaire sanitaire, sécurité de l'environnement, sécurité face à la criminalité : telles sont les formes que revête aujourd'hui la problématique de la sécurité humaine dans le monde. [...] Le souci de la sécurité humaine est partagé par tous, dans les pays riches comme dans les pays pauvres. Les menaces qui pèsent sur la sécurité humaine – faim et maladie dans les pays pauvres, toxicomanie et criminalité dans les pays riches – peuvent varier, mais en tout état de cause, elles sont bien réelles et vont croissant. (ONU, 1994, p.3)

Cette définition élargie de la sécurité se manifeste dans la compréhension des épidémies, qui depuis les années 1990 sont de plus en plus conçues comme une menace économique, politique et sécuritaire (Vieira, 2007). Les préoccupations sanitaires et celles de sécurité nationale sont ainsi fusionnées de façon explicite et officielle.

S'appuyant sur l'héritage des études critiques de la sécurité développées en 1990 (Çalkivik, 2015; Holbraad & Pedersen, 2012; Buzan, Waever & de Wilde, 1998; Balzacq, 2011, 2015)⁸, certains auteurs (Kickbusch, 2002; Vieira, 2007) considèrent que le VIH/sida a été sécurisé par deux événements politiques. Premièrement, lorsque l'ONU a lancé un premier programme de lutte contre une maladie (le Programme commun des Nations unies sur le VIH/sida [ONUSIDA]) et deuxièmement lorsque le président Bill Clinton a déclaré en 1999 que les conséquences sociales et économiques potentielles de l'épidémie du VIH/sida menaçaient la sécurité des États-Unis. Un communiqué du G8 publié en 2000 cristallise d'ailleurs cette compréhension sécurisée, notamment en présentant les maladies comme des menaces directes à la croissance économique des nations. Ce cadre sécurisé est d'autant plus prégnant à partir de 2001, puisqu'après les attaques du 11 septembre sur le World Trade Center et le Pentagone, plusieurs thématiques sont davantage perçues comme des enjeux relevant de la sécurité nationale, comme l'immigration et le changement climatique (Vieira, 2007; Yeşilyurt Gündüz, 2006).

Les cadres sécurisés qui imprègnent les récits d'épidémie sont aujourd'hui apparents, non seulement dans les discours politiques, mais aussi dans des métaphores employées par les médecins, les médias et les romanciers ainsi que dans les échanges quotidiens. Pensons par exemple aux perceptions anthropomorphisées des virus qui sont souvent conçus comme des ennemis invasifs sur le plan microscopique et aux métaphores guerrières parfois utilisées pour les décrire: sur le plan virologique, ils s'infiltreraient dans des cellules et en prendraient le contrôle pour mettre en œuvre leurs mécanismes de réplication; sur le plan social, un pays entrerait en

⁸ Les études critiques de la sécurité conçoivent que l'enjeu sécuritaire est une construction sociale, produite par des discours sociopolitiques. Les auteurs parlent de « sécurisation » et misent souvent sur la centralité du sujet parlant. Il y aurait sécurisation, selon eux, lorsqu'un « acteur de sécurisation » (un individu légitimé et en position d'autorité politique) présente un enjeu comme une menace existentielle qui requiert des mesures d'urgence immédiates et que le tout est accepté par un auditoire.

guerre contre le virus et se battraient contre lui (Keck, 2013, 2015; van Regenmortel, 2016; Wald, 2008).

Bref, à partir des années 1980, la pandémie du VIH/sida a mis fin à un optimisme général sur nos capacités de maîtriser des maladies, a favorisé l'avènement du concept de maladie (ré)émergente et s'est associée à la promotion d'une conception sécurisée des épidémies. Dès lors, il n'est pas seulement question d'intervenir sur la population et ses facteurs de risques et de vulnérabilité, mais aussi sur les infrastructures qui doivent s'adapter aux nouvelles menaces à la sécurité présentes ou potentielles, imminentes ou latentes.

1.1.4 Le SRAS (Asie et Amérique du Nord, 2003)

L'épidémie du SRAS de 2003 est le dernier événement discursif considéré. Apparue en novembre 2002 dans la province Guangdong (en Chine du Sud), la maladie s'est propagée dans 26 pays et a atteint plus de 8 000 personnes en 2003 (OMS, s.d.b). Parmi les régions où des chaînes importantes de transmission humaines ont persisté, mentionnons: Toronto, Hong Kong, Taipei, Singapour et Hanoi. Cette pandémie a cependant été de courte durée. Elle a pris fin en juillet 2003, huit mois après ses débuts.

1.1.4.1 La vulnérabilité confirmée

De façon générale, le SRAS a surpris (Agence de la santé publique du Canada, 2012). Son éclosion a confirmé la crainte développée avec le VIH/sida et articulée par le concept de maladie (ré)émergente; elle a montré comment un virus peut se reconfigurer à l'insu, émerger et se propager rapidement pour menacer la santé à l'échelle mondiale (OMS, 2003). En effet, le SRAS a confirmé la vulnérabilité d'une nation quant à l'arrivée d'une maladie sur son sol, surtout dans un monde où l'immigration et les voyages internationaux sont choses courantes. Cette constatation renforce

l'argument que les frontières géopolitiques sont poreuses et que le bien-être d'un pays dépend de celui des autres puisque tous partagent les mêmes risques et menaces.

L'épidémie du SRAS peut également être considérée comme un événement discursif puisqu'elle a renforcé l'idée suivante, déjà évoquée avec le VIH: le monde n'est pas préparé aux éclosions de maladies. Les succès de sa gestion auraient été dus à la chance et aux circonstances plutôt qu'aux capacités:

[C]ontainment of SARS was *aided by good fortune*. The most severely affected areas in the SARS outbreak had well-developed healthcare systems. Had SARS established a foothold in countries where health systems are less well developed cases might still be occurring with global containment much more difficult, if not impossible (OMS, 2003, p.81, nous soulignons).

We were *fortunate* that the SARS virus is biologically handicapped. At least in the vast majority of cases, it requires prolonged, close contact to make the short jump from one human being to another. (Gouvernement du Canada, 2004, p.42, nous soulignons)

1.1.4.2 Gérer l'imprévisible

Dans la période post-SRAS, des programmes et agences ont été instaurés et ajustés afin de parer aux futurs enjeux de santé publique qui, dit-on, surviendront inévitablement. Par exemple, le Règlement sanitaire international⁹, a été révisé en 2005 pour parer aux soi-disant « lacunes » qui existent dans les réglementations internationales et qui auraient été mises en lumière par le SRAS (Lakoff, 2017). À ce moment, avec son *Plan mondial de préparation à une pandémie de grippe*, qui actualise le *Plan d'influenza pandémique* publié en 1999, l'OMS (2005, p.1 et 4, nous soulignons) explique que

[c]e nouveau plan tient compte de *la possibilité de l'existence prolongée d'un virus grippal potentiellement pandémique*, tel que le virus appartenant au sous-type H5N1, qui sévit dans les élevages de volailles d'Asie depuis 2003. Il prend également en compte *la possibilité de la survenue simultanée d'événements ayant un potentiel pandémique* [...]. [L]'expérience du SRAS laisse à penser que des efforts mondiaux et

⁹ Le Règlement sanitaire international veut diminuer la propagation mondiale de maladies infectieuses et atténuer les conséquences de politiques réactives aux épidémies, notamment celles relatives aux restrictions du commerce et des voyages.

nationaux coordonnés pourraient également permettre de faire face avec succès à l'émergence d'un nouveau sous-type de virus grippal s'attaquant à l'homme – si ce n'est en endiguant une pandémie, peut-être en retardant l'émergence afin de « gagner du temps » pour mettre en œuvre les mesures préparées à l'avance. Le fait de considérer les maladies infectieuses comme des menaces pour la sécurité mondiale et nationale offre la perspective de pouvoir obtenir une direction politique à haut niveau pour appuyer la planification intersectorielle nécessaire.

De plus, l'Agence de la santé publique du Canada a été créée en 2004, l'année après l'éclosion du SRAS, avec l'objectif explicite de mieux préparer le pays aux menaces épidémiques (Agence de la santé publique du Canada, 2012) Le Canada est ensuite devenu membre de l'Initiative de sécurité sanitaire mondiale, un partenariat international avec des pays comme la France, l'Allemagne, le Japon, le Mexique, le Royaume-Uni et les États-Unis qui veut améliorer la réponse mondiale aux futures menaces de santé publique (Gouvernement du Canada, 2010).

Nous voyons donc que le SRAS fait naître des préoccupations à l'égard des incertitudes sanitaires. Les autorités veulent mieux gérer la menace épidémique imprévisible (Rosella et al., 2013). À partir de ce moment, les inconnus, même ceux potentiels (ce qu'on ne sait pas qu'on ignore), préoccupent : il faut, dit-on, développer les capacités nationales à agir rapidement dans un contexte d'incertitudes.

1.1.4.3 La volonté de se préparer

Le SRAS a ainsi justifié et entériné un paradigme de « préparation » (Alcabes, 2009; Caduff, 2015; Collier, Lakoff & Rabinow, 2008; Keck, 2015; Lakoff, 2008, 2015a, 2017; Lakoff & Collier, 2008; Langlitz, 2013), qui présuppose l'existence d'événements aléatoires imprévisibles sur lesquels on ne détiendrait qu'une connaissance partielle. Si la prévention se caractérise par l'adoption de techniques pour *éviter* la venue d'un événement menaçant, et si la précaution est l'ensemble des stratégies pouvant *diminuer* les possibilités qu'un événement ait lieu, la préparation devient un mode de rationalisation fondé sur le présupposé suivant : un quelconque

événement imprévisible aura lieu et on doit s'organiser afin de gérer son occurrence éventuelle pour atténuer ses conséquences. En ce sens, la préparation agit contre un adversaire imprécis; elle requiert la capacité d'imaginer des menaces (ré)émergentes potentielles qui foisonnent dans les coulisses et de concevoir un monde fragile dont l'équilibre est précaire (Lakoff, 2017). Il s'agit là d'une version hyperbolique de l'idée qui s'est développée lors de la peste: l'épidémie est un événement potentiellement dévastateur et de plus grande envergure qu'initialement anticipée. Dans le paradigme de préparation, même en l'absence d'éclosion d'une maladie, une menace potentiellement catastrophique persisterait. Une période sans épidémie est perçue comme une période de latence, d'« entre deux » épidémies, pendant laquelle circulent et se configurent de nouveaux virus qui surgiront lorsque les conditions seront propices.

Par conséquent, en plus des savoirs statistiques développés avec la variole aux XVIIe et XVIIIe siècle, les discours entourant les épidémies s'appuient aussi, depuis le VIH/sida et le SRAS, sur un savoir imaginaire et spéculatif (Keck, 2018). La préparation justifie la mise sur pied de simulations, de mises en scène et d'exercices basés sur des scénarios fictifs (mais réalistes), qui permettent d'appliquer des protocoles, d'évaluer leurs retombées et d'identifier des vulnérabilités potentielles dans les systèmes existants afin de les améliorer (Caduff, 2014a, 2015b, 2015; Collier, 2008; Keck, 2015; Lakoff, 2008, 2015a, 2017; Lakoff & Collier, 2008).

Cette préparation n'est pas propre aux réactions d'après-SRAS et spécifique au champ épidémique. En effet, Lakoff (2017) a tracé l'histoire de la défense civile et de la gestion d'urgences aux États-Unis et il a constaté l'adoption, à partir des années 1950-1960, d'une nouvelle technique politique pour se préparer à des attaques nucléaires après la Guerre froide. C'est le même paradigme qui infiltre progressivement le domaine des épidémies au moyen des discours sur une vulnérabilité généralisée, sur les maladies (ré)émergentes et sur la sécurisation

qui sont apparus lors de l'écllosion du VIH/sida, puis qui ont été entérinés lors du SRAS. Cette façon de concevoir les épidémies s'appuie sur une logique managériale et fait de la gestion de risques imaginés le point central de l'intervention; le but est de renforcer l'organisation administrative des réactions, afin qu'elles soient flexibles et puissent s'ajuster aux catastrophes imprévisibles qui surviendront (Lakoff, 2008, 2015a, 2017). On postule que, dans la mesure où un pays est doté d'un plan prédéfini, une réponse fluide, coordonnée et efficace devrait survenir (Scoones, 2010).

1.2 Récit d'épidémie et succès discursif

Les discours qui circulent lors de ces quatre événements se chevauchent pour former un récit dominant – ce que Dry (2010, p.41) nomme un « *master narrative* » – qui s'appuie sur les prémisses du concept de « santé globale ». La présente section décrira le récit encadré par la santé globale, soulignera ses angles morts et réfléchira au travail discursif qui cible des récits qui s'en écartent.

1.2.1 La santé globale

Le concept de santé globale a surtout été développé aux États-Unis par des académiciens et par des penseurs dans des « *think tanks* », des fondations et des organismes non gouvernementaux (Kickbusch, 2002). Il s'appuie sur le constat que la santé est liée à la sécurité et à la croissance économique d'une nation (héritage du VIH/sida) et donc qu'elle est une priorité nationale et mondiale (OMS Office régional de l'Afrique, 2017). L'expression « santé globale » exprime aussi une crainte des maladies, parce qu'elle sous-tend le présupposé suivant : une écloision locale peut surprendre et devenir une menace mondiale (imagerie de la peste et du VIH/SIDA), surtout dans un monde connecté où les risques sont partagés par tous (craintes suscitées par le VIH/sida et entérinées par le SRAS). Le concept de santé globale s'appuie donc

sur une généralisation du risque, notamment parce qu'il est convenu que les problèmes de santé ne sont pas confinés dans leur lieu d'émergence, que le risque ne s'arrête pas aux frontières et que les maladies circulent partout dans le monde (Budd, Bell, Brown, 2009; Lakoff, 2010; Warren, Bell et Budd, 2010). Bref, une menace à un endroit est une menace pour tous (Schwefel, 2004). Ainsi, la notion de santé globale postule une vulnérabilité ontologique et une contingence du risque, qui serait omniprésent (Dillon & Lobo-Guerrero, 2008). Néanmoins, ce concept véhicule l'idée suivante : si un pays n'est pas préparé pour une telle menace mondialisée, les alliances transnationales qui permettent une vigilance continue, la préparation des infrastructures, l'amélioration des vulnérabilités existantes et les interventions précoces devraient toutes permettre de gérer les épidémies; c'est là un espoir hérité de la variole et une solution inspirée des discours post-SRAS.

Somme toute, le concept de santé globale s'appuie sur un héritage théorique laissé par la « société du risque » (Beck, 2008). Selon Ulrich Beck, le monde occidental est entré dans une deuxième modernité dans le dernier quart du XXe siècle. La première modernité, qui a commencé au XVIIIe siècle, se caractérisait par la foi dans le progrès technique et la confiance dans la capacité humaine à résoudre les problèmes qui émergent. Or, la deuxième modernité est hantée par des peurs, craintes, méfiances et doutes. Selon Beck, le risque est désormais une condition ontologique de la société. Les dangers ne seraient plus limités dans l'espace et dans le temps; plutôt, ils seraient imprévisibles et on ne pourrait plus s'en protéger (Vanderberghe, 2001). Ce postulat se retrouve dans les préoccupations d'une omniprésence des risques sanitaires, qui sont ressenties dans le concept de santé globale.

1.2.1.1 *Le récit encadré par la santé globale*

Un récit d'épidémie typique est encadré par le concept de santé globale et s'appuie sur un schème narratif plus ou moins linéaire: il commence avec l'émergence d'une maladie (généralement dans un pays pauvre du Sud global), continue avec une description de sa propagation par des réseaux internationaux interconnectés et se termine avec la description des efforts épidémiologiques du personnel médical (habituellement occidental) qui permettent sa gestion (Leach & Hewlett, 2010; Wald, 2008). Ce faisant, ce récit présente le Nord global comme une puissance scientifique « moderne », ayant une expertise qui peut être mobilisée et déployée rapidement afin de protéger les populations partout dans le monde (Wald, 2008). Simultanément, ce récit renforce une conception ethnocentrique du Sud global, perçu comme une source de danger puisqu'un migrant qui le quitte peut propager une maladie aux pays occidentaux (Dry & Leach, 2010).

En fait, ce récit souligne souvent l'importance pour les pays du Nord global de mettre en place des pratiques de surveillance et d'évaluation médicales des immigrants provenant de pays du Sud global plus touchés par les épidémies, tout en offrant de l'aide *in situ* dans ces pays, où l'infrastructure de santé publique serait inadéquate et ne permettrait pas de parer aux épidémies (Budd, Bell & Brown, 2009; Lakoff, 2010; Warren, Bell & Budd, 2010). Ces interventions à l'international sont certes justifiées par des discours humanitaires qui soulignent l'importance d'agir « pour le bien » (Atlani-Duault, 2009) de ces pays, de les aider et d'améliorer leur sort. Or, elles sont aussi justifiées par une volonté de protéger la santé mondiale (Lakoff, 2010; Leach & Hewlett, 2010), puisqu'une gestion à la source permet d'éviter que les maladies quittent ces régions et se propagent ailleurs. Lakoff (2010) constate d'ailleurs une fréquente « reddition » de la part des communautés ou pays appauvris qui sont aidés par le Nord global; en échange du soutien qu'ils reçoivent, ils se livrent à une surveillance épidémiologique par des organisations de

santé transnationales, surveillance qui permet aux pays occidentaux d'anticiper ou de prévoir la (ré)émergence d'une maladie et de se préparer pour prévenir son apparition chez eux ou, du moins, pour bien la gérer lorsqu'elle arrivera. Le récit encadré par la santé globale transforme donc ceux qui habitent ou proviennent des pays du Sud global en « menaces » dont il faut se protéger (logique du risque), en des « vulnérables » et « victimes » d'inégalités sociales ou mondiales qu'il faut aider (logique humanitaire), ou en corps-nations « utiles » pour récolter des données qui permettront aux pays du Nord global de se protéger et de se préparer (logique de sécurisation).

1.2.1.2 Un récit disséminé, mais partiel

Le récit d'épidémie encadré par le concept de santé globale est socialement disséminé. Sa popularité se mesure par sa capacité d'intégrer des critères de définition d'une « urgence de santé publique de portée internationale ». Circonscrite par le Règlement sanitaire international, ce type d'événement est défini comme:

un événement extraordinaire dont il est déterminé qu'il constitue un risque pour la santé publique dans d'autres États en raison du risque international de propagation de maladies et qu'il peut requérir une action internationale coordonnée [...]. Cette définition implique que la situation: est grave, soudaine, inhabituelle ou inattendue; a des implications pour la santé publique dépassant les frontières nationales de l'État affecté; et pourrait nécessiter une action internationale immédiate. (OMS, 2016)

S'il existe plusieurs interprétations de ce qui constitue une urgence, les arguments avancés par l'OMS lorsqu'elle utilise cette étiquette reposent sur des discours de santé globale, de « pandémie » (actuelle ou potentielle) et de risque mondialisé. Par exemple, la déclaration de l'urgence de santé publique de portée internationale pour la pandémie d'influenza H1N1 (2009) a été justifiée par la propagation de cette maladie à l'échelle mondiale et par les risques qui s'y associaient. Lors l'épidémie en 2018-2019 d'Ebola, l'urgence a été déclarée par l'OMS (2019a) le 17 juillet 2019, près d'un an après l'annonce de l'éclosion en République démocratique du Congo,

après plus de 2 000 cas et plus d'un mois après l'annonce d'autres cas en Ouganda (Médecins Sans Frontières [MSF], 2019a; Zarocosta, 2019). Cet état d'urgence n'a été déclaré qu'après la confirmation d'un cas à Goma, une ville de quelques deux millions d'habitants près de la frontière avec le Rwanda. Entre autres, la présence de cette maladie contagieuse dans ce lieu densément peuplé où les voyages internationaux sont fréquents a généré des craintes quant à une propagation mondiale.

Comme l'illustrent ces deux exemples, les arguments qui justifient la déclaration d'un état d'urgence par l'OMS s'appuient sur une rationalisation ancrée dans un récit de santé globale. Or, ils ne font pas l'unanimité. Dans le cas de l'H1N1, on a accusé l'OMS d'avoir pris une décision hâtive, qui ne reflétait pas l'ampleur de l'éclosion dont les conséquences se sont révélées moins graves que prévu. En contrepartie, on a accusé l'OMS de lenteur et de laxisme dans la déclaration de l'urgence pour l'épidémie d'Ebola en 2018-2019. En effet, pour MSF, cette éclosion a représenté une urgence beaucoup plus tôt pour trois raisons. Premièrement, des difficultés dans la gestion de cette éclosion sont survenues en raison d'une grève des professionnels de la santé de la région et du mauvais état du système de surveillance sanitaire du pays (MSF, 2019b). Deuxièmement, des mouvements de la population ont propagé la maladie dans plusieurs régions et ils ont mené à des éclosions sporadiques et imprévisibles, difficiles à contrôler et à retracer. Finalement, la province de North Kivu, principal foyer d'éclosion, est une zone de conflits depuis plus de 25 ans, où une centaine de groupes armés cherchent à la contrôler parce qu'elle est riche en minéraux. Ce contexte a compliqué les tentatives de gestion car les intervenants de MSF accédaient difficilement aux communautés touchées par la maladie; de plus, la méfiance des communautés touchées et des attaques contre des travailleurs humanitaires ont mené à la fermeture de centres de traitement. Or, à eux seuls, ces facteurs étaient insuffisants pour que le Comité

d'urgence qui avise l'OMS recommande la déclaration d'une urgence, notamment parce qu'il ne constatait pas un risque de propagation internationale et une menace mondiale.

Comme l'illustrent ces exemples, le récit encadré par le concept de santé globale est socialement et culturellement établi (Dry, 2010). Il mise sur certains éléments au détriment d'autres. Par exemple, s'il met en lumière la nécessité de gérer la circulation rapide des épidémies à l'échelle mondiale, il omet l'importance des changements sociaux à long terme qui peuvent expliquer leur (ré)émergence et leur propagation, telles que les guerres et conflits, les tendances migratoires et les inégalités socioéconomiques mondiales (Dry, 2010; Reitmanova & Gustafson, 2012; Wald, 2008). À cet égard, les récits inspirés par la santé globale sont critiqués parce qu'ils sont habituellement créés à partir d'un modèle culturel biomédical axé sur la menace à la sécurité, au détriment d'une perspective communautaire axée sur les droits humains (Kickbusch, 2002; Leach & Hewlett, 2010). On y note aussi l'absence d'une prise de parole par ceux qui vivent les conséquences directes de l'épidémie, notamment les habitants des communautés du Sud global touchées (Dry & Leach, 2010 ; Valente et al., 2020), au profit d'un regard soit technique, soit axé sur le risque généralisé. L'étude qu'a fait notre équipe des commentaires publiés sur Twitter au sujet de la transmission sexuelle du Zika montre que le contenu textuel et visuel partagé dans plusieurs langues (anglais, français, espagnol et portugais) privilégiait un récit axé sur les aspects techniques de la transmission. Il dépolitisait l'épidémie en omettant des déterminants socio-politico-économiques, tels que les enjeux liés à la justice reproductive (accès à la contraception et à l'avortement). De plus, parler de « risque mondial partagé » et de « monde interconnecté » traduit une vision partielle (Dry, 2010). En effet, si le récit encadré par la santé globale se préoccupe de la propagation des maladies entre toutes les nations, il convient que seules certaines

personnes ont le privilège de voyager rapidement et de traverser plusieurs continents, et que certains pays accueillent plus d'immigrants, de touristes et de voyageurs que d'autres.

1.2.2 Récits controversés et travail discursif

D'autres significations, celles-ci plus marginalisées, circulent parallèlement au récit encadré par le concept de santé globale. Parmi ces récits controversés, notons ce qui est étiqueté comme des « rumeurs ». Les rumeurs font partie intégrale du paysage discursif entourant les maladies. Elles sont considérées, en psychologie sociale et en sociologie fonctionnaliste, comme des réactions normales à un environnement incertain, pouvant par ailleurs remplir certaines fonctions, dont l'expression de souhaits, de peurs ou de colère (Knapp, 1944; Strong, 1990). Dans une perspective anthropologique, elles sont conçues comme des réponses socioculturelles contextuelles qui reflètent des enjeux politiques parce qu'elles expriment souvent une méfiance à l'égard d'autorités (sanitaires, nationales, coloniales) (Fassin, 2008; Hewlett & Hewlett, 2008; Landry Faye, 2015).

À cet égard, selon Dozon (2017), les rumeurs complotistes dans des communautés du Sud global sont souvent des stratégies de retournement du stigmat et des expressions nées d'un sentiment anti-occidentaliste. Il explique pourquoi, lors de l'éclosion du VIH/sida en Afrique, des rumeurs associaient la maladie à la figure de l'« Européen pervers » et l'affiliaient à une homosexualité qui serait occidentale. Ces discours, explique Dozon, permettent aux communautés africaines de se distancier tant de la maladie que de « pratiques occidentales indésirables », d'une façon qui les rattache aux valeurs communautaires axées sur le noyau familial traditionnel. Parallèlement, il souligne que, lors de l'épidémie 2013-2016 d'Ebola, des rumeurs qui ont circulé en Afrique de l'Ouest sur le vol de sang et d'organes par des travailleurs humanitaires, ou sur leur soi-disant propagation intentionnelle de la maladie, sont symptomatiques de méfiances de

l'exploitation coloniale (Chapitre 7). Cependant, cette contextualisation des rumeurs, très riche parce que révélatrice de normes, schèmes et enjeux sociaux plus larges, est souvent négligée lors des interventions classiques en santé publique. Les autorités sanitaires tendent à réduire les rumeurs à un problème de désinformation qu'il convient de corriger par la propagation de faits scientifiques (Oyeyemi, Gabarron & Wynn, 2014).

En fait, l'écart normatif entre des discours marginaux et ceux dominants semble conçu comme une menace à la gestion de l'épidémie, et ce, même si ces premiers ne nuisent pas aux mesures de santé publique. À cet égard, Echenberg (2011) et Hewlett & Hewlett (2008) ont montré que les interprétations spirituelles de l'épidémie – sa conceptualisation comme le produit d'un mauvais sort par exemple – sont traitées avec méfiance et mépris par les professionnels de la santé et les autorités sanitaires. Ce discrédit survient même si des pratiques spirituelles (usage d'herbes traditionnelles, d'objet fétiches, de coutumes pour chasser les esprits) n'ont pas de conséquences négatives sur la santé, ne nuisent pas à la médecine occidentale et peuvent avoir des retombées psychologiques positives tout en renforçant les liens sociaux. Néanmoins, elles sont interdites, découragées ou corrigées. Les autorités sanitaires à qui on attribue habituellement le titre d'experts (Moseby, 2017), se voient confier la tâche d'intervenir auprès de ce public dit « désinformé » et de lutter contre ses discours délégitimés (Leach & Hewlett, 2010). En ce sens, un travail discursif fait partie intégrante des réponses aux épidémies, afin de les rapprocher des récits dominants, plus biomédicaux et encadrés par le concept de santé globale.

Les analyses publiées par nos directeurs, nos collègues et nous-mêmes (Atlani-Duault & Kendall, 2009; Atlani-Duault et al., 2020 ; Roy, 2021 ; Roy et al., 2020, 2021) soulèvent les lacunes d'une telle approche strictement biomédicale et épidémiologique. La science et ses discours factuels sont insuffisants pour reconforter lors de crises sanitaires, parce que les

épidémies entraînent des réactions émotives en raison de leurs conséquences souvent importantes (décès, problèmes économiques, déstabilisation politique, bris de liens de solidarité sociale) et parce qu'elles ont lieu dans un monde où circulent de multiples préoccupations sociales, culturelles, économiques, politiques et spirituelles, qui alimentent les significations données aux événements. Par conséquent, les réponses aux épidémies se doivent d'aller au-delà d'une perspective de santé publique classique, pour aussi considérer les perceptions du risque qui ont servi à donner un sens à la maladie au cours des siècles. À cet égard, comme le soulignent Atlani-Duault & Kendall (2009), il ne faut pas tenter de rationaliser les discours et pratiques qui s'écartent des récits scientifiques; l'important est de s'intéresser aux significations sociales sous-jacentes. Cette analyse des interprétations des épidémies peut être approfondie par l'étude des dynamiques sociales qui produisent des « personnages » (Wald, 2008) dans les récits d'épidémie.

1.3 Épidémies et personnages

Selon Finnegan & Keränen (2011, p.228), les organismes microbiens jouent un rôle « in prompting cultural narratives of self and other, stranger and enemy, morality and immorality, risk and safety, and cleanliness and contamination ». Des catégories identitaires sont forgées dans les récits d'épidémie: pensons au virus anthropomorphisé, au patient zéro, aux porteurs (asymptomatiques), aux populations du Sud global dont les coutumes favoriseraient la propagation d'une maladie, au personnel médical héroïque ou aux élites mercantiles qui tirent profit de l'épidémie (Wald, 2008).

Le corpus d'écrits auquel nous apportons notre contribution a produit ses premières analyses des personnages qui apparaissent dans des récits d'épidémie lors de la pandémie du H1N1. Atlani-Duault et al. (2015) ont analysé des rumeurs liées au H1N1 qui circulaient dans des conversations sur Internet en réaction à la couverture médiatique de la pandémie. Leurs résultats

montrent que, en plus des acteurs critiqués en raison de leur rôle central dans la gestion de la pandémie (compagnies pharmaceutiques, gouvernements nationaux, etc.), un deuxième cercle accusateur conspirationniste attribuait la faute aux grands de ce monde en ciblant un trio qui est récurrent et tenu coupable d'enjeux divers en Europe: les illuminatis, les francs-maçons et les juifs.

Ce faisant, Atlani-Duault et al. (2015) ont développé le concept de « figures du blâme », selon lequel certains groupes sociaux deviennent les boucs émissaires d'une communauté et sont perpétuellement accusés des épidémies diverses. Outre ce trio de figures mis en lumière par Atlani-Duault et al. (2015), on peut aussi penser aux personnes pauvres, qui ont été accusées pour la propagation de multiples épidémies, dont la peste, le typhus et la syphilis (Slack, 1991). Il y a aussi la récurrence de l'accusation lancée à l'Afrique, depuis longtemps considérée comme le « tombeau de l'Homme blanc », une image forgée à l'époque coloniale lorsque des Européens qui y menaient des missions religieuses et y fondaient des empires coloniaux sont tombés malades (Dozon, 1991; Duquet, 2003). Cette interprétation persiste aujourd'hui et teinte les accusations lancées contre l'« Afrique », qui est perpétuellement blâmée pour des épidémies diverses – le choléra (Echenberg, 2011), le VIH/sida (Heller, 2015), l'Ebola (Hofman & Au, 2017; Mitman, 2014; Monson, 2017; Roy, 2021 ; Roy et al., 2020 ; Roy) – en raison des pratiques hygiéniques, culturelles ou sexuelles qui y auraient cours et de la prétendue « ignorance » de ses habitants. Ce blâme prend des formes diverses, mais s'inscrit dans la même dynamique historique qui veut que ce continent soit sale, non hospitalier, mystérieux, primitif et plein de maladies (Dozon, 1991). Atlani-Duault et al., (2015) montrent justement que des changements dans les modes d'expression et de communication (comme l'avènement de nouvelles technologies telles que les médias sociaux) n'ont pas radicalement transformé les figures du blâme historiquement récurrentes; ces changements ont plutôt offert de nouveaux canaux pour l'expression d'anciennes accusations.

L'analyse d'Atlani-Duault et al. (2015) montre comment les accusations sur Internet réaniment un spectre de frustrations, de croyances et de positions politiques préexistantes; c'est ce projet que nos directeurs, nos collègues et nous-mêmes avons poursuivi lors d'épidémies subséquentes, notamment l'Ebola (Moreau, Roy, Wilson & Atlani-Duault, 2020; Roy, 2021; Roy et al., 2020), le Zika (Valente et al., 2020) et la COVID-19 (Garlin-Politis, Roy, Ward & Atlani-Duault, soumis), et que nous décrirons dans les sections suivantes. L'ensemble de ces études contribue à ce que Paul Farmer (2006) a appelé la « géographie du blâme »¹⁰, un concept qui souligne entre autres que les relations sociales, culturelles et politiques servent de point d'appui à la dynamique accusatoire.

En parallèle, nous avons aussi développé une réflexion sur des discours presque inverses: ceux d'héroïsation. Notre article (Roy et al., 2021) sur la construction de héros d'Ebola dans les médias sociaux a ouvert la voie à des analyses critiques de l'héroïsation en temps d'épidémie. Ses résultats mettent en lumière une tendance à héroïser les communautés et individus qui habitent dans les pays touchés en Afrique de l'Ouest. Si cette production de héros locaux peut être perçue comme un phénomène positif, soit une reconnaissance progressiste des efforts de démunis et de groupes qui sont historiquement marginalisés et stigmatisés, les conclusions de l'article montrent par contre que cette dynamique peut camoufler des discours et des pratiques discriminatoires qui renforcent des normes biomédicales, ethnocentriques et occidentales, en dévalorisant les savoirs locaux.

¹⁰ Le concept de géographie du blâme émerge d'une étude des accusations entourant le VIH, qui montre que les habitants des États-Unis accusent Haïti en raison de ses pratiques dites « primitives » en reprenant des discours stigmatisants qui circulent déjà; en retour, des Haïtiens accusent les États-Unis par des propos conspirationnistes et anti-occidentaux qui réaniment une méfiance préexistante.

Somme toute, ce regroupement de travaux a permis de développer un cadre de conceptualisation de personnages, qui se situent sur un continuum allant du mal au bien, du coupable au héros, et dont la construction reproduit des dynamiques sociales. Dès lors, leur analyse devient primordiale pour comprendre des interprétations plus larges du récit d'épidémie, pour contextualiser des réactions de la population en réponse à l'épidémie et pour étudier des enjeux sociaux récurrents.

1.3.1 Les coupables

Selon Elias & Scotson (1994), la stigmatisation de groupes est une tendance récurrente dans toutes les cultures, quoique l'expression de cette discrimination varie. Cette infériorisation est d'autant plus évidente dans un contexte de risque et d'incertitudes (Douglas, 1992; Girard, 1982; Joffe, 2004; Klapp, 1954; Nelkin & Gilman, 1991). En effet, Klapp (1954, p.60) explique qu': « [i]n times of moral crisis, vilification movements tend to arise spontaneously as an urge to find and punish culprits ». Girard (1982), quant à lui, parle de « mentalité persécutrice » qui augmente de façon quasi imaginaire la responsabilité d'un individu. En contexte d'épidémies, la quête d'un coupable de l'émergence, de la propagation ou de la persistance d'une maladie est une tendance récurrente (Fabre, 1998; McGrath, 1991; Nelkin & Gilman, 1991). Les récits d'épidémies sont indissociables de la production de figures qui personnifient le mal et qui incarnent le coupable. Le tout renvoie à une vision biblique des maladies, perçues comme le produit d'actes répréhensibles (des péchés). L'épidémie est rarement conçue comme un accident ou comme un événement naturel; les facteurs humains, comme les choix, négligences ou erreurs, sont souvent placés au cœur de l'éclosion et de la transmission.

1.3.1.1 Les fonctions de l'accusation

Cet « imaginaire du mal contagieux » (Fabre, 1998, p.224) n'est pas intrinsèquement bon ou mauvais, rationnel ou irrationnel. Pour certains (Douglas, 1992; Nelkin & Gilman, 1991), les récits accusatoires et la production de coupables remplissent une fonction en simplifiant l'explication de l'événement, permettant ainsi aux individus de synthétiser l'expérience et de l'organiser de manière claire, concise et linéaire. Conçue ainsi, l'accusation est une stratégie qui rend un contexte chaotique plus ordonné. L'accusation peut aussi permettre à des individus de se rassurer, puisque dans la mesure où ils trouvent un coupable, une intervention corrective peut être déployée. En attribuant la responsabilité de la maladie à un groupe ou à un individu, on transmet l'idée qu'on a réussi à localiser la source du problème, ce qui offre un certain sentiment de contrôle en situation d'incertitude (Broom & Broom, 2017; Joffe, 2011; Joffe & Haarhoff, 2002; Ungar, 1998, 2001; Washer, 2004, 2006). Ce faisant, l'aspect aléatoire des maladies est éliminé. L'ambiguïté est atténuée puisque la maladie est perçue comme le produit d'erreurs et de mauvais choix; cela laisse entendre que dans la mesure où tous agissent correctement (lire : de façon morale), elle devrait pouvoir être évitée (Nelkin & Gilman, 1991). McGrath (1991) considère aussi qu'une telle accusation est une stratégie de préservation de soi puisque la désignation de groupes responsables, plus touchés ou plus à risque permet ensuite à un individu de les éviter et donc de se protéger de la maladie.

1.3.1.2 L'accusation d'un Autre

Plus précisément, l'accusation est souvent dirigée vers un Autre, un « exogroupe », un corps ou groupe qui est « non-soi » (Briggs & Mantini-Briggs, 2003; Broom & Broom, 2017; Crawford, 1994; Fabre, 1998 ; Joffe, 2004, 2011; Joffe & Haarhoff, 2002; Ungar, 1998). Selon Joffe (2004, p.126),

Strands of anthropological and cultural theory display profound scepticism concerning the possibility that social representations of risks can be changed. From this vantage point, 'the other' and risk are inextricably linked since deep-seated, defensive responses to danger protect communities, groups and selves from potential chaos.

Selon certains auteurs en psychologie sociale et en sociologie fonctionnaliste, ce type d'accusation est une stratégie d'extériorisation du coupable, permettant de distancier le soi du risque de l'épidémie (Joffe, 2004; Washer, 2004). Par exemple, la couverture médiatique britannique altérisait l'épidémie d'Ebola 1995, en expliquant son émergence par des caractéristiques, des pratiques et des enjeux proprement « africains » (Joffe & Haarhoff, 2002 ; Ungar, 1998). En retour, les lecteurs de ces médias ne percevaient pas la maladie comme une menace directe et considéraient qu'il s'agissait d'un problème lointain (Joffe & Haarhoff, 2002).

Ce blâme favorise également une perception positive de soi (Briggs & Mantini-Briggs, 2003; Broom & Broom, 2017; Crawford, 1994; Joffe, 2011; Joffe & Haarhoff, 2002; Ungar, 1998). En psychologie sociale, on avance que les identités collectives et personnelles sont formées au moins partiellement par défaut, à partir de procédés de différenciation (Tajfel & Turner, 1986). Ainsi, l'extériorisation de l'accusation serait un processus psychologique dit « normal », en ce qu'il joue un rôle central dans une construction identitaire positive du soi. Dans sa recherche sur l'altérité lors de l'éclosion du VIH/sida, Crawford (1994) constate que la production d'un Autre malade est nécessaire à la construction d'une identité d'un soi sain. Un autre exemple est l'analyse des médias de Briggs & Mantini-Briggs (2003) qui porte sur l'épidémie de choléra au Venezuela. Les auteurs montrent que les discours d'hygiène et de salubrité ont justifié l'infériorisation d'exogroupes au profit d'une construction identitaire positive du soi. Les citoyens de la classe moyenne y sont dits en santé et présentés comme respectant les mesures d'hygiène, contrairement à d'autres, notamment les pauvres, les vendeurs de rue et les Autochtones, qui auraient une vie dite

« insalubre » et qui seraient « superstitieux » et « ignorants ». L'identité positive du soi est ainsi stabilisée dans l'imaginaire par la représentation d'un Autre indésirable (Balibar, 2005).

Nos recherches (Desmarais, Roy, Nguyen & Rousseau, soumis ; Garlin-Politis, Roy, Ward & Atlani-Duault, soumis ; Moreau, Roy, Wilson & Atlani-Duault, 2020; Roy, 2021 ; Roy et al., 2020) et celles de nos collègues (Atlani-Duault & Kendall, 2009 ; Atlani-Duault et al., 2015 ; Dozon, 2017) ont adopté une perspective complémentaire ancrée dans une épistémologie poststructuraliste, qui démontre que le blâme adressé à l'Autre est un procédé local et contextualisé. Les dynamiques accusatoires ne se limitent pas à des arguments épidémiologiques, mais reprennent des discours qui circulent déjà dans le tissu social. Afin d'illustrer cette reproduction des tensions sociales par le blâme en temps d'épidémie, nous aborderons trois types d'accusations de l'Autre, soit la transformation du marginalisé en coupable, le blâme d'un Autre autoritaire dans son pays et le blâme adressé à l'élite et aux grands méchants.

1.3.1.3 L'Autre marginalisé

Nos études précédentes (Atlani-Duault et al., 2015; Desmarais, Roy, Nguyen & Rousseau, soumis; Garlin-Politis, Roy, Ward & Atlani-Duault, soumis; Roy et al., 2020 ; Roy, 2021) rejoignent celles d'autres auteurs (Ailio, 2013; Nelkin & Gilman, 1991; Joffe, 2004; Joffe & Haarhoffe, 2002; Washer, 2004) pour montrer que les récits accusatoires ciblent souvent des groupes sociaux Autres qui sont déjà marginalisés. Selon Eichelberger (2005, p.67), « by assigning motives and responsibility to the disease and those infected, the media contributes to the construction of blame that unfairly targets already marginalized populations. Often, they are immigrants, the poor, racial minorities, or all of the above ». Ces groupes sociaux sont blâmés pour une épidémie en raison de leurs identités, nationalités, mœurs, coutumes et activités.

Parmi ces Autres marginalisés, on pense aux juifs ou aux lépreux accusés au XIV^e siècle de propager la peste en empoisonnant des puits (Alcibes, 2009; Nelkin & Gilman, 1991; Wald, 2008) ou de côtoyer des gens sains à qui ils transmettaient leur maladie (Fabre, 1998); on pense aux Européens étrangers au Nouveau-Monde pour la syphilis au XVI^e siècle (Nelkin & Gilman, 1991); aux pauvres pour le typhus et la variole (Nelkin & Gilman, 1991); à la femme dite « déchue » ou « facile » et aux immigrants qui étaient tenus coupables de la transmission de maladies vénériennes aux États-Unis au XIX^e et XX^e siècle (Brandt, 1991; Ehrenreich & English, 2011; Wald, 2008); au groupe des « Quatre-H » (homosexuels, héroïnomanes, Haïtiens et hémophiles) blâmé pour le VIH/sida aux États-Unis (Ailio, 2013; Alcibes, 2009; Sjöstedt, 2011); aux chasseurs de viande de brousse en Afrique pour l’Ebola (Leach & Dry, 2010; Sinha & Parmet, 2016); enfin, aux immigrants chinois pour le SRAS (Eichelberger, 2005, 2007) et la COVID-19 (Atlani-Duault et al., 2020; Roy, 2020).

Ces accusations ne ciblent pas nécessairement des figures marginalisées associées à la région d’émergence des maladies. Ce blâme est dû surtout à des tensions culturelles et politiques depuis longtemps vécues. Il peut donc cibler des groupes sociaux de proximité dont le lien direct avec l’épidémie peut sembler presque nul. Notre équipe (Roy et al., 2020) l’a démontré dans un article qui analyse les discours accusatoires circulant dans Twitter et Facebook lors de l’épidémie d’Ebola. Si des propos racistes récurrents qui accusent une figure « africaine » pour l’émergence et la propagation de l’Ebola étaient présents en ligne, ils n’étaient pas dominants. En fait, les principales dynamiques accusatoires sur les médias sociaux qui ciblaient des Autres marginalisés étaient localisées : ces utilisateurs des médias sociaux accusaient des groupes sociaux de proximité avec qui ils vivaient des tensions politiques avant l’apparition de l’Ebola. Cette tendance se retrouve dans les propos d’États-Uniens qui blâmaient des Mexicains pour leur potentielle

propagation de l’Ebola aux États-Unis, même si l’Ebola était absente du Mexique. Ce type d’accusation reprend des arguments de la droite politique qui accuse depuis longtemps des Mexicains de traverser la frontière de façon illégale et de venir amplifier des problèmes comme le crime organisé, le trafic d’armes et de drogues, la tuberculose, etc. (Tadros, 2010) Une deuxième recherche (Moreau, Roy, Wilson & Atlani-Duault, 2020) porte sur des discussions dans les médias sociaux à propos de l’annulation de la Coupe d’Afrique des Nations 2015 par peur de la propagation de l’Ebola. Cette étude montre une politisation de l’enjeu sur Facebook, où réapparaissent des rivalités raciales entre l’Afrique du Nord et l’Afrique subsaharienne.

Le blâme adressé à groupes déjà marginalisés fait resurgir des polarisations et relations sociales problématiques. Des stéréotypes et des préjugés sont réanimés et ils sont ensuite utilisés comme arguments pour justifier l’exclusion de certains groupes (Adeyanju, 2010; Adeyanju & Oriola, 2010; Alcabes, 2009 ; Eichelberger, 2005; Joffe, 2011; Reitmanova & Gstaftson, 2012 ; Sinha et Parmet, 2016; Strong, 1990; Tadros, 2010 ; Tekin, 2010). Selon Eichelberger (2007), ce blâme adressé à des groupes défavorisés assure le maintien du statu quo, puisqu’il empêche une lecture structurelle qui tient compte du rôle de problèmes sociaux dans les épidémies (comme la pauvreté). Il passe aussi sous silence la responsabilité des pays du Nord global dans l’émergence de ces épidémies à cause de leur exploitation économique ou de l’extraction de ressources des pays du Sud global.

1.3.1.4 L’Autre autoritaire

Une deuxième forme du blâme adressé à l’Autre relève de la critique des institutions. Cette accusation est dirigée contre des décideurs, élus et figures politiques, des gouvernements nationaux ou des institutions dotés d’une autorité (Moreau, Roy, Wilson & Atlani-Duault, 2020; Roy et al., 2020 ; Washer & Joffe, 2006). Ce blâme permet à un individu de se distancier de figures

institutionnelles présentes dans son pays et de critiquer la structure sociétale dans laquelle il s'inscrit.

Cette critique de son propre corps social est notée dans l'étude de Washer (2006) qui analyse la couverture des médias britanniques lors de l'éclosion de l'encéphalopathie spongiforme bovine (ESB), aussi appelée la « vache folle », qui a frappé ce pays. Washer montre que l'accusation était dirigée contre le gouvernement national, les fermiers et, de façon plus générale, contre le « style de vie contemporaine », soit les techniques artificielles employées par des industries agroalimentaires. Cette critique de sa propre société ressort aussi de notre étude (Roy, 2021) sur les discours accusatoires qui circulaient sur Facebook et Twitter au sujet des pratiques funéraires traditionnelles lors de l'épidémie d'Ebola en 2013-2016. Notre analyse indique que des figures institutionnelles (comme leaders religieux et les gouvernements nationaux en Afrique de l'Ouest) étaient accusées dans des récits qui rappelaient une gamme de faillites et d'enjeux préexistants. Ces accusations venaient de citoyens de pays en Afrique de l'Ouest et répétaient des critiques qu'ils véhiculent depuis longtemps, dont par exemple: la corruption dans leur pays, l'importance excessive accordée à la religion et l'insuffisance du pouvoir médical, ou encore l'inaction et l'irresponsabilité récurrentes des politiciens qui engendreraient depuis longtemps d'importants problèmes sociosanitaires, dont le VIH/sida.

L'ensemble de ces accusations contre des institutions autoritaires se veut un positionnement politique quant à l'organisation sociale. Ce sont des commentaires sociaux critiques de la société dans laquelle les personnes vivent. Ainsi, comme l'a souligné Joffe (2011), ce blâme d'institutions peut mettre en lumière des dynamiques sociales inégales et des problèmes sociaux.

1.3.1.5 L'Autre élite

Le blâme s'adresse aussi à une élite malfaisante et à un grand méchant (Atlani-Duault et al., 2015; Garlin-Politis, Roy, Ward & Atlani-Duault, soumis). L'histoire des épidémies montre que l'élite est depuis longtemps accusée et transformée en coupable lors d'épidémies. Lors de la peste, l'exode des riches a mené à des accusations et à des rumeurs à leur égard: on prétendait qu'ils avaient créé la maladie pour tuer la population (Fabre, 1998). Parallèlement lorsque le choléra a affecté les populations les moins bien nanties de Paris au XIXe siècle, les bourgeois ont quitté la capitale, non seulement par peur de la maladie, mais aussi en raison de la colère des pauvres dirigée contre eux. Plus récemment, lors d'éclosions d'Ebola, ce blâme adressé aux élites se traduit par la critique de pouvoirs néocoloniaux, accusés de propager la maladie en Afrique centrale ou de l'Ouest (Dozon, 2017; Hewlett & Hewlett, 2008; Landry Faye, 2015; Wilkinson & Fairhead, 2017).

Les discours accusatoires peuvent aussi s'inscrire dans des idées complotistes. Par exemple, les professionnels de la médecine sont parfois transformés en figure de médecin malfaisant ou d'imposteur. Leurs connaissances des substances chimiques et de la tolérance du corps humain font d'eux des candidats idéaux sur lesquels projeter des accusations d'empoisonnement, comme on le voit lors de la peste, du choléra et du VIH/sida (Fabre, 1998). Les médecins sont tantôt accusés d'inventer des maladies par cupidité puisqu'ils font leur fortune en traitant des patients (Fabre, 1998), tantôt soupçonnés de servir les tout-puissants et d'être, par exemple, « 'les exécuteurs choisis par le gouvernement' pour se débarrasser des pauvres. » (Fabre, 1998, p.102). À cet égard, notre équipe (Garlin-Politis, Roy, Ward & Atlani-Duault, soumis) a étudié les discours antisémites en ligne qui accusent des personnalités juives pour la COVID-19. Adoptant une démarche de netnographie, nous avons analysé une communauté française antisémite qui s'est mobilisée en ligne pour échapper à la censure et à la législation antiraciste et

antisémite. Les commentaires analysés utilisaient des arguments complotistes pour transformer des personnalités juives en grands méchants par excellence. Leur rôle dans l'épidémie est adapté afin de cadrer avec l'évolution des préoccupations: les juifs sont tantôt responsables de l'émergence de la maladie, tantôt de sa propagation, tantôt des soi-disant « mauvaises » réactions du gouvernement français, tantôt de problèmes sociaux divers à l'échelle mondiale. Il s'agit d'une réappropriation tactique de cette figure abstraite du « juif » qui dès lors remplit des rôles différents de grands méchants, selon les besoins narratifs.

Ce type de discours complotistes sont utiles sur les plans social et psychologique parce qu'ils entérinent un point de vue déjà existant. Dans ces discours, les mêmes élites malfaisantes sont tenues pour coupable de façon récurrente, d'une crise à l'autre (Atlani-Duault et al., 2015; Garlin-Politis, Roy, Ward & Atlani-Duault, soumis); la pauvreté, l'épidémie, la guerre, etc. sont toutes interprétées comme produites par des marionnettistes qui agissent dans les coulisses et qui contrôlent les grands événements du monde. Ce type de discours est ainsi rassurant pour ceux qui y adhèrent, en ce qu'il réifie et confirme leur compréhension préexistante de la société.

1.3.1.6 L'évolution du coupable

Les accusations, une fois portées, ne sont ni fixes ni figées. Elles évoluent au gré de la progression de l'épidémie, alors que des péripéties surviennent, que des actions (fautives ou bienfaisantes) sont entreprises, que des connaissances sont découvertes. Notre analyse (Roy et al., 2020) des discours accusatoires circulant dans Facebook et Twitter lors de l'épidémie 2013-2016 d'Ebola montre que les utilisateurs des médias sociaux accusaient initialement les endroits touchés, notamment l'Afrique de l'Ouest et parfois le continent africain entier. Or, à partir d'août 2014, lorsque quelques cas aux États-Unis ont alimenté une crainte de propagation internationale,

l'accusation ciblait des figures locales, dont le gouvernement national des utilisateurs des médias sociaux.

Des recherches sur les perceptions publiques montrent le passage d'une accusation lancée à des figures Autres très différenciées du soi, à un blâme adressé à des groupes Autres locaux qui sont plus semblables au soi, lorsque la maladie devient un plus grand risque dans son pays (Héritier, 2013; Joffe, 2011; Mayor et al., 2013; Roy et al., 2020; Treichler, 1999). Dans le cas du VIH/sida, si la maladie était auparavant conçue comme une menace pour les hommes homosexuels, lorsqu'il a été admis qu'elle se transmettait aussi lors de relations hétérosexuelles, on l'a alors associé à des personnes hétérosexuelles dont les pratiques sexuelles étaient jugées immorales, comme les travailleuses du sexe et les personnes qui ont des rapports extraconjugaux (Héritier, 2013; Joffe, 2011; Treichler, 1999). L'altérité des coupables est de moins en moins radicale au fil du récit, alors que les personnages Autres accusés se rapprochent quelque peu du soi normatif.

1.3.2 Les héros

Une deuxième figure sociale produite dans le récit d'une épidémie est celle du héros qui incarne une image idéale (Klapp, 1948, 1954). L'identification de héros lors de situations de crise est une dynamique récurrente. Selon Klapp (2017), le héros est une source d'espoir, et l'héroïsation, une stratégie permettant de voir la réalité avec optimisme en omettant des aspects moins agréables pour se focaliser sur ceux positifs. Plusieurs recherches ont montré que les héros tendent à être décrits à partir de qualificatifs reliés à leur combat (bravoure, courage, exposition à des risques pour le bien-être d'autrui) et à leur sens moral (Becker & Eagly, 2004; Franco, Blau & Zimbardo, 2011; Keczer, File, Orosz & Zimbardo, 2016). Des études ont décrit un nombre de caractéristiques héroïques, incluant le courage (Franco, Blau & Zimbardo, 2011; Kinsella, Ritchie

& Igou, 2015a), l'altruisme (Franco, Blau & Zimbardo, 2011; Keczer, File, Orosz & Zimbardo, 2016), l'intégrité morale (Kinsella, Ritchie & Igou, 2015a; Martens, 2018), le sacrifice de soi (Becker & Eagly, 2004; Kinsella, Ritchie & Igou, 2015a) et la poursuite d'un but noble (Jayawickreme & Di Stefano, 2012).

Dans le récit de l'épidémie, le personnel médical est souvent transformé en figure héroïque: de la peste (Fabre, 1998), au SRAS (Bloom, 2010), au H1N1 (Wagner-Egger et al., 2011), à l'Ebola (Martin-Moreno, 2014; Kennedy & Nisbet, 2015; Roy et al., 2021). Cette héroïsation du personnel médical remonte à la figure d'Asklepios de la Grèce antique (Bailey, 1996). Asklepios a été décrit dans les récits mythiques d'abord comme un médecin-héros, puis comme un médecin-dieu. Il a été progressivement reconnu en Grèce puis dans l'Empire romain comme le Dieu de la guérison. On le disait altruiste parce qu'il prenait soin de personnes appauvries, exclues et marginalisées. L'image d'Asklepios se retrouve aujourd'hui dans la figure du médecin idéal qui soigne sans se soucier du statut social de ses patients ou des risques personnels auxquels il s'expose (Bailey, 1996). Dans notre étude sur les héros d'Ebola construits dans les médias sociaux (Roy et al., 2021), la plus importante figure héroïque était le martyr, celui qui fait preuve d'altruisme et qui accepte de s'exposer à des risques pour aider autrui.

1.3.2.1 Pour une critique de l'héroïsation

Si l'héroïsation peut être un processus social positif qui relève de la célébration, elle peut aussi être critiquée pour les raisons suivantes: 1) elle remplit des fins de normalisation, 2) il existe des inégalités dans l'héroïsation et certains ont plus de probabilités d'être héroïsés que d'autres et 3) elle renforce le statu quo en individualisant le récit et en omettant toute tentative de changement structurel.

L'héroïsation remplit premièrement un rôle de normalisation. Un corpus d'écrits sur les héros d'épidémies (Bloom, 2010; Lynteris, 2016; Roy et al., 2021; Wagner-Egger et al., 2011) montre que ces derniers sont admirés non seulement pour leurs actions ou pour l'efficacité de leur gestion d'une maladie, mais aussi pour les valeurs qu'on projette sur eux et pour les conduites normées qu'ils adoptent. Par exemple, on a héroïsé le personnel médical lors de l'éclosion du SRAS non seulement parce qu'il surmontait les problèmes du virus, mais aussi parce qu'il dominait les forces politiques et bureaucratiques (Bloom, 2010). Parallèlement, on a héroïsé des médecins dans la presse suisse lors de l'épidémie H1N1 parce qu'on les considérait comme dignes de confiance, contrairement à d'autres acteurs comme les journalistes (Wagner-Egger et al., 2011). Selon Lynteris (2016), dans les films sur les pandémies, l'épidémiologiste est souvent héroïsé. Il est non seulement essentiel pour l'élimination de la menace microbienne, mais il illustre aussi les qualités du citoyen type avec lequel on souhaite repeupler le monde. La figure du héros sert ainsi de modèle normatif qui incite à la conformité.

De plus, selon Myerhoff & Larson (1965), le médecin est un héros culturel, non pas à cause de ses habiletés surhumaines, mais plutôt à cause de ses caractéristiques relativement communes. Son statut de héros est acquis et ses compétences sont apprises; il n'est donc pas question de qualités innées. À cet égard, les traits relativement normaux et communs des héros sont souvent évoqués (Franco, Blau & Zimbardo, 2011; Franco & Zimbardo, 2006; Roy et al., 2021). Par exemple, dans l'introduction aux histoires des « héros de la santé » de l'OMS (2019b, nous soulignons), on lit ceci:

Health workers form the backbone of health systems. These are men and women who save lives everyday, despite difficult conditions and inadequate resources. In this feature, health workers from around the world tell their stories. The feature focuses on *ordinary people doing extraordinary things* – the dedicated and hard-working Heroes for health.

En évoquant les traits normaux des héros, on facilite l'identification à ces personnages et leur statut est démocratisé, rendu plus accessible. Tout un chacun peut être un héros d'épidémie, dans la mesure où il développe les compétences nécessaires et *choisit* de s'engager. L'héroïsation du citoyen commun peut ainsi encourager la conformité à des caractéristiques que l'on dit héroïques, mais qui sont également socialement normatives. En ce sens, l'héroïsation devient une stratégie de normalisation. Par exemple, notre étude (Roy et al., 2021) a montré que l'héroïsation permet de raffermir l'épistémologie biomédicale de l'Ebola. En effet, ceux qui étaient des « héros locaux » agissaient en conformité avec les protocoles et les messages des autorités sanitaires. Ces héros locaux étaient transformés en modèles auxquels leurs concitoyens devaient se conformer en adhérant aux savoirs biomédicaux occidentaux. Or, cette héroïsation était ethnocentrique parce qu'elle glorifiait des pratiques et discours biomédicaux du Nord global, tout en passant sous silence les personnes qui adoptaient des pratiques traditionnelles et culturelles de guérison et d'isolement, qui pouvaient s'avérer efficaces.

Une deuxième critique de l'héroïsation concerne les inégalités sociales qu'entraîne ce processus. En effet, tous n'ont pas les mêmes occasions de devenir des héros. À partir d'une perspective bourdieusienne, Latour (2001) montre que des forces sociales influencent la reconnaissance d'un certain héros scientifique. Selon lui, l'héroïsation de Louis Pasteur et l'acceptation de sa théorie microbienne reposent moins sur la rigueur, la validité et la fiabilité de ses découvertes scientifiques – sa méthodologie et ses déductions généralisantes ont d'ailleurs été critiquées par certains scientifiques de l'époque – que sur son capital social et économique, combiné au désir de la communauté scientifique de trouver une preuve qui justifierait les théories sur l'hygiène et sur la contagion.

Ainsi, selon le dispositif social, politique et économique qui les soutient, certains groupes sociaux ont plus de chances d'être reconnus comme héros. Par exemple, dans le cas des éclosions de maladies (ré)émergentes dans le Sud global, certains notent une surhéroïsation des professionnels médicaux occidentaux lors d'épidémies (Dry & Leach, 2010; Hewlett & Hewlett, 2008; Wald, 2008). Le Nord global est souvent présenté comme puissant, scientifique, moderne, expert et ayant les capacités de se mobiliser rapidement (Dry & Leach, 2010) afin de sauver une population (habituellement du Sud global) touchée par la maladie, ignorante, pauvre, incapable de se sauver elle-même (Hewlett & Hewlett, 2008). On critique de plus en plus cette tendance d'héroïsation de l'Occident parce qu'elle empêche de reconnaître les efforts des habitants des pays touchés, qui sont plutôt présentés de façon négative (Hewlett & Hewlett, 2008). Notre étude sur les discours d'héroïsation dans les médias sociaux lors de l'épidémie 2013-2016 d'Ebola (Roy et al., 2021) montre que les utilisateurs des médias sociaux dénonçaient la survalorisation des efforts occidentaux et demandaient la reconnaissance des efforts du personnel local qu'ils qualifiaient de « *unsung heroes* » (« héros non reconnus »). D'ailleurs, les campagnes d'héroïsation des médias et de l'OMS reconnaissent les efforts des acteurs du Sud global; par exemple, parmi les « combattants d'Ebola » reconnus comme « personnalité de l'année » par *Time Magazine*, plusieurs étaient des acteurs locaux et la page couverture était occupée par le médecin libérien Jerry Brown (von Drehle & Baker, 2014).

Ajoutons pour terminer que l'héroïsation peut renforcer le statu quo en faisant oublier l'importance de changements structurels. Elle peut devenir un procédé de reconnaissance symbolique qui dispense ensuite les autorités de s'impliquer concrètement; en reconnaissant les actes de certains par des discours, elles peuvent en toute bonne conscience se désengager d'actes de reconnaissance matérielle comme une hausse de salaire (Desmond, 2008). L'héroïsation peut

aussi individualiser le récit, notamment en glorifiant les individus qui agissent correctement et qui facilitent la lutte contre la maladie, mais sans aborder les problèmes structurels (pauvreté, infrastructure sanitaire insuffisante) qui sont à la source des difficultés vécues. Par exemple, si des utilisateurs des médias sociaux ont héroïsé le personnel médical local en Afrique de l'Ouest lors de l'épidémie d'Ebola pour leur courage parce qu'ils utilisaient des sacs d'ordures comme équipement de protection personnelle, leurs commentaires n'expliquaient pas les raisons de la pénurie de matériel, ni la nécessité urgente de remédier aux lacunes dans l'infrastructure sanitaire (Roy et al., 2021).

1.3.2.2 Héros toujours?

Notons que le statut héroïque est flexible et souvent reconfiguré (Jones et al., 2014). Par exemple, les professionnels médicaux sont souvent placés au croisement de la critique et de la glorification: tantôt accusés de mauvaises pratiques qui mettent autrui en danger, tantôt héroïsés pour leur courage et leur dévouement (Roy et al., 2021; Washer & Joffe, 2006). À cet égard, notre recherche (Roy et al., 2021) montre que si le personnel humanitaire occidental impliqué dans l'épidémie 2013-2016 d'Ebola était souvent héroïsé sur les médias sociaux parce qu'il protégeait autrui tout en s'exposant lui-même au risque de la maladie, cette même exposition servait parfois de prétexte pour l'accuser d'être un porteur potentiel de l'Ebola et de mettre ses concitoyens à risque lorsqu'il revenait chez soi. Ainsi, la relation au risque peut être un axe qui sépare le héros du coupable et le statut d'une personne peut changer d'un personnage à un autre en fonction de cette relation (Fabre, 1998).

L'OMS semble aussi jouer ce rôle de héros contesté. On l'a félicitée dans les années 1960 et 1970 pour l'éradication de la variole et pour sa gestion de plusieurs autres maladies comme la poliomyélite et la malaria (Alcabes, 2009). Or, simultanément, de nombreux pays l'ont critiquée

pour son soi-disant excès d'autonomie, notamment lorsqu'elle a déclaré une éclosion de choléra en Guinée même si ce pays ne l'avait pas annoncé (Kamradt-Scott, 2016). Ensuite, lors du SRAS (2003), l'OMS a été félicitée de la rapidité de sa gestion de l'épidémie, dont la fin a été déclarée quelques mois après ses débuts (Mackenzie et al., 2004); mais elle a aussi été critiquée pour l'autonomie qu'elle a démontrée lorsqu'elle a recommandé une restriction des voyages, qui pouvait avoir des répercussions économiques sur les pays ciblés (Kamradt-Scott, 2016). Si la réponse de l'OMS lors du SRAS (2003) a été jugée globalement adéquate, ses réactions lors de la pandémie H1N1 (2009) et de l'épidémie d'Ebola (2013-2016) ont fait l'objet de maintes critiques (Kamradt-Scott, 2016). Cette organisation a été tantôt accusée d'alarmisme (H1N1), tantôt blâmée pour sa négligence et son inaction (Ebola), tantôt critiquée pour ses lacunes dans son leadership international et l'organisation de ses opérations (H1N1, Ebola). L'OMS est aujourd'hui critiquée pour des raisons de plus en plus diverses et parfois contradictoires: trop d'autonomie, mais aussi absence de leadership et d'initiative; inaction, mais aussi intervention hâtive; inefficacité et lacunes dans les réponses opérationnelles, mais aussi capacité d'orchestrer des campagnes secrètes à l'échelle transnationale (Kamradt-Scott, 2016; Wenham, 2017).

Somme toute, il n'existe pas entre les héros et les coupables de ligne précise, ni de frontière claire qui placerait définitivement chacun de leur côté. Ces personnages sont (re)produits et (re)négociés, car ils sont soumis à l'ambivalence et peuvent se confondre (Fabre, 1998). Il semble que le continuum, très important en sciences sociales où toutes les dimensions du social sont lues au travers de la lunette de ce nouveau dogme, soit aussi devenu incontournable dans les récits d'épidémies puisque les personnages des héros et des coupables n'y échappent pas.

Nous proposons d'analyser conjointement les coupables et les héros d'épidémie, en les définissant comme deux formes de figures d'altérité. Notons que les héros et coupables ne sont pas des figures exceptionnelles puisque tous peuvent devenir l'une ou l'autre et basculer de l'une à l'autre. En effet, comme nous le montrerons dans le prochain chapitre, il ne faut pas confondre l'altérité avec l'opposition radicale ou l'exceptionnalité. L'altérité renvoie plutôt à un écart par rapport au soi normatif. Nous qualifions de « figures d'altérité » les personnages de héros et de coupables puisqu'ils dévient du soi conventionnel et parce que chacun est produit par un processus de différenciation d'un quelconque point identitaire. Il s'agit ici d'une altérité quantitative car ces figures sont meilleures ou moindres que le soi, et non d'une altérité qualitative puisque ces personnages conservent la même substance que le citoyen commun.

Bref, les recherches de notre équipe (Atlani-Duault et al., 2015, 2020; Garlin-Politis, Roy, Ward & Atlani-Duault, soumis; Roy, 2021 ; Roy et al., 2020, 2021) montrent que cette production de coupables et de héros dans les récits d'épidémies réaffirme les normes, mœurs, peurs, espoirs et biais politiques du tissu social à partir et au travers duquel ces figures sont construites. Notre manuscrit enrichit ce corpus en étudiant de façon plus fine les processus de construction de ces figures d'altérité. C'est pourquoi nous proposons d'explorer les arguments qui justifient leur statut d'Autre, en analysant les façons dont il est socialement acceptable de les produire. À partir de quelles logiques argumentatives et de quelles modalités discursives produit-on les coupables et les héros? Existe-t-il des points de convergence entre diverses épidémies d'une même époque? Quelles modalités d'altérisation priment et lesquelles font objet de contestations sociales? Pour approfondir cette réflexion sur l'altérisation, nous nous appuyons sur le concept de « jeux de vérité » de Foucault.

CHAPITRE 2 : JEUX D'ALTÉRITÉ

Le mot « altérité » est dérivé du radical latin « *alter* » qui se traduit par « ce qui est autre ». Il renvoie ainsi à un individu ou groupe différencié d'un quelconque point de comparaison par la dissemblance qu'on lui reconnaît. L'altérité n'est pas un fait objectif, mais un processus de différenciation (Ploesser & Mecheril, 2012) et de production d'un écart du soi (Jullien, 2012, 2018; Winter, 2011). En effet, ce n'est pas l'identité ou les caractéristiques inhérentes à un individu ou groupe qui le rend Autre. L'altérité ne désigne pas une chose existante, un référent empirique déterminé ou une condition donnée, mais bien un rapport entre deux éléments. Dans cette optique, on ne peut pas circonscrire l'altérité comme une forme identitaire donnée une fois pour toutes parce qu'elle est trop relative, trop contextuelle et trop fluide. Cependant, dans la mesure où l'altérité est conceptualisée comme le produit d'un processus, il est possible d'analyser l'*altérisation*, notamment la dynamique relationnelle de mise à distance. Il s'agit, dans ce cas, d'analyser non pas *qui* est Autre, mais plutôt *comment* l'altérité est produite. Nous parlerons donc d'altérisation plus que d'altérité puisque ce dernier concept peut sembler statique.

2.1 L'altérisation

Nous concevons l'altérisation comme la production de frontières qui différencient pour construire des catégories sociales, identitaires et morales (Kastoryano, 2010; Lamont & Fournier, 1992; Namian & Binet, 2016). Ces frontières sont tracées de manière spontanée et informelle ou de façon réfléchie et institutionnalisée, à partir de processus discursifs ou de pratiques qui interviennent sur des corps. L'altérisation est donc ici entendue de façon globale comme une différenciation, c'est-à-dire comme la production d'un écart du centre normatif et conventionnel qui est compris comme « soi ».

Cette conception maximaliste nous permet d'analyser les nuances de l'altérisation, notamment en considérant plusieurs types de figure d'altérité. Tout d'abord, la conception de l'altérisation comme un processus de différenciation comporte l'avantage de ne pas faire équivaloir l'altérité à l'infériorité. En effet, le concept de « différence » est ambivalent (Hall, 1997) et il est multidimensionnel. Dans un contexte épidémique, plusieurs types de figures peuvent se différencier du soi : le coupable, le héros, la victime, le patient zéro, etc. (Wald, 2008) Cette conception permet ainsi d'adopter une perspective d'analyse symétrique de diverses figures d'altérité, dont celles qui nous intéressent, les héros et les coupables.

Ensuite, la conception de l'altérisation comme un processus de différenciation permet aussi de tenir compte de figures qui s'écartent du « soi » de divers degrés. Nous pouvons analyser des discours d'altérisation qui produisent des figures d'altérité plus apparentées au soi et ceux qui construisent des figures très éloignées du soi. À cet égard, des auteurs comme Jullien (2012, 2018) et Winter (2011) ont montré que l'Autre n'est pas nécessairement le miroir opposé au soi, mais que son écart du soi peut être plus discret, c'est-à-dire qu'il est situé entre le soi et son contraire. Selon cette perspective, l'Autre émerge dans l'espace d'« entre » souligné par Bhabha (2004), c'est-à-dire qu'il ne faut pas uniquement le chercher dans le contraire du soi, mais aussi dans ce qui est plus près de soi et plus apparenté. Par conséquent, la conception de l'altérisation comme un rapport de différenciation permet d'élargir le focus pour considérer non seulement des Autres opposés au soi, mais aussi les figures d'altérité de plus grande proximité, comme un groupe local bien connu et perpétuellement blâmé pour des événements divers, un gouvernement national occidental accusé d'une mauvaise gestion de la maladie ou un citoyen ordinaire qui est héroïsé pour l'aide apportée lors de l'épidémie (Chapitre 1).

Plus précisément, nous concevons l'altérisation comme une pratique de mise à l'écart qui prend place dans le champ discursif. Si le procédé d'altérisation peut s'opérer directement sur des corps, par leur répartition dans l'espace, leur exclusion d'un lieu, leurs vêtements ou leur port d'accessoires qui les différencient en les désignant comme appartenant à tel ou tel groupe, le discours organise et régule aussi qui est soi et qui est Autre (Ideland & Malmberg, 2014). Dans cette optique, Bhabha (2005) nous invite à concevoir la différence (spécifiquement culturelle pour lui, quoiqu'on pourrait parler de différence de façon plus générale) comme une construction discursive puisque des propos tenus sur une culture produisent des significations qui différencient. Nous nous limiterons donc à l'aspect discursif de l'altérisation, sans prétendre traiter la question de façon exhaustive.

Somme toute, dans le cadre de cette recherche, l'altérité réfère à un écart par rapport au centre normatif et conventionnel qui est pris comme « soi », qui est produit dans le champ discursif. Quant à l'altérisation, elle renvoie aux procédés discursifs qui produisent l'altérité. Il s'agit des significations qui érigent des frontières identitaires et qui proclament que le statut de l'Autre relève de la différence.

2.2 Épidémies et altérisation

Parmi les nombreux écrits sociologiques dont l'objectif explicite rapporté est d'analyser la production de l'altérité en temps d'épidémie, une grande majorité explore le blâme d'un exogroupe inférieurisé. En effet, il y a une relative abondance d'écrits sur l'altérisation de groupes sociaux déjà marginalisés pour leurs identités (nationalité, appartenance nationale) ou pour leurs pratiques sociales, culturelles ou sexuelles (homosexualité, relations sexuelles non protégées, pratiques alimentaires, consommation de drogues, etc.) (Adeyanju, 2010; Eichelberger, 2005; Joffe, 2004; Sinha & Parmet, 2016). En s'appuyant sur une analyse critique du discours, des auteurs

(Adeyanju, 2010; Adeyanju & Neverson, 2007 ; Adeyanju & Oriola, 2010; Ehrenreich & English, 2011; Kraut, 1994; Reitmanova & Gustafson, 2012; Reitmanova, Gustafson & Ahmed, 2015 ; Sinah & Parmet, 2016) considèrent qu'une telle altérisation renforce des structures sociales existantes en transmettant implicitement que le blanc est synonyme de « sain », « bon », « normal », « nous » et « soi », alors que le non-blanc est présenté comme « malsain », « mauvais », « épouvantable », « anormal », « eux » et « Autre ». Il est ainsi commun d'analyser l'altérité comme un « opposé moindre » du soi, et d'explorer comment l'altérisation peut être un procédé péjoratif de d'infériorisation et de subordination (Bernard, 2001; Joffe, 2004).

2.2.1 L'opposé moindre

Ce modèle conceptuel de l'Autre comme un opposé moindre du soi s'inspire des études critiques et, surtout, de la trilogie de l'*Orientalisme* d'Edward Saïd (1993, 1994, 1997). Ce dernier démontre que la pensée orientaliste construit une géographie polarisée qui divise le monde en deux parties inégales : l'une, jugée différente, critiquée et infériorisée, est appelée l'Orient, et l'autre, l'Occident, est conçu comme le modèle normatif. Dans sa trilogie, Saïd développe le concept d'orientalisme, qu'il définit comme « a Western style for *dominating, restructuring and having authority over the Orient. Through orientalism, European culture is able to manage and produce the Orient politically, sociologically, militarily, ideologically, scientifically, and imaginatively* » (1994, p.3, nous soulignons). Pour Saïd, la figure d'altérité de l'Orient fait l'objet de stéréotypes, de fantasme, de fétichisme et de spéculations de la part de son opposé l'Occident. Selon lui, une impression de supériorité de l'Ouest et d'infériorité de l'Est est cristallisée par le savoir et le discours qui portent sur l'Orient. Selon l'auteur (1994), l'orientalisme ne détermine pas de façon unilatérale ce qui peut être dit au sujet de l'Orient, mais modèle néanmoins les discours dominants. Grâce à ces discours, les cultures occidentales se construisent une identité positive et désirable,

« meilleure » que celle de l'Orient qui est amoindrie. L'orientalisme peut ainsi justifier des projets coloniaux pour modifier cette identité orientale.

De nombreuses études sur l'altérité en temps d'épidémies s'inspirent de ces fondements théoriques et épistémologiques saïdiens parce qu'elles analysent l'Autre moindre et explorent les procédés de re-minorisation d'un groupe social opprimé par son opposé, qui est dominant. Il n'y a pas, à notre connaissance, de mise en commun des dynamiques discursives qui englobent toute une gamme de pratiques de mise à l'écart. Même si des institutions et des figures d'élites sont critiquées et même si des dynamiques d'héroïsation produisent d'autres types de figures qui s'écartent du soi et de l'individu lambda, ces procédés sont rarement perçus comme relevant de l'*altérisation* dans la littérature sociologique sur les épidémies. Ces dynamiques sont plutôt conçues comme relevant de l'accusation, de la critique, de la glorification ou de l'héroïsation. L'analyse de ces enjeux se fait séparément de l'étude de l'altérisation des groupes marginalisés. Une analyse d'envergure devient possible lorsque nous conceptualisons l'altérisation comme un processus de *différenciation* et de production d'*écart*. En définissant l'altérisation comme un processus de distanciation, nous pouvons nous inspirer partiellement de ces écrits qui analysent la production de l'Autre moindre, tout en étudiant d'autres procédés de distanciation, tels que l'héroïsation et l'infériorisation de figures de plus grande proximité.

2.2.2 L'héritage de la biopolitique

Les auteurs qui analysent l'altérisation d'un groupe moindre tendent aussi à dénoncer les interventions injustes que subissent certains groupes (marginalisés) afin de protéger la santé de certains autres (privilegiés). Ils critiquent la reproduction de dynamiques politiques par des discours et pratiques sanitaires, d'une façon qui – parfois explicitement, parfois implicitement – s'inspire d'une interprétation de la « biopolitique » de Foucault.

De façon générale, la biopolitique conçoit la population comme un ensemble d'êtres vivants coexistants, qui a des traits biologiques propres et qui doit, de ce fait, être gouverné à partir de savoirs et de techniques qui en tiennent compte (Foucault, 2004a). Foucault mise sur les vérités qui influencent les conceptions de l'humain et de la population (Dillon, 2011) et qui justifient le déploiement de pratiques; il explique ainsi sa pensée : « j'entendais par [la biopolitique] la manière dont on a essayé, depuis le XVIIIe siècle, de *rationaliser* les problèmes posés à la pratique gouvernementale par les phénomènes propres à un ensemble de vivants constitués en population : santé, hygiène, natalité, longévité, races... » (Foucault, 2004b, p.323, nous soulignons).

Le raisonnement biopolitique justifie la régulation de populations par des pratiques qui s'appuient sur des savoirs statistiques et par des stratégies de surveillance (Rail, Jette & Cloos, 2015) dans le but de « faire vivre ». Or, comme le montre Foucault, la volonté de protéger la vie n'est pas appliquée également à tous les groupes sociaux puisque la protection d'un groupe peut mener à la marginalisation et à l'exclusion d'un autre. Par exemple, Foucault (1976; 2004b) déconstruit le racisme biologique selon trois considérations: 1) la catégorisation des groupes, 2) le postulat voulant que l'existence d'un groupe vienne menacer celle d'un autre et 3) l'élaboration de liens entre la mise à mort d'un groupe et la vie de son propre groupe. C'est ainsi qu': « [o]n tue légitimement ceux qui sont pour les autres une sorte de danger biologique. » (Foucault, 1976, p.181). Les analyses de Foucault mettent également en lumière des relations d'altérité entre des groupes riches et pauvres dans les pratiques biopolitiques. Il montre que la crainte de la maladie chez l'Autre (le pauvre) influence les interventions médicales. À cet égard, la naissance de la médecine sociale serait en partie une réponse à la soi-disant menace sanitaire du pauvre :

l'idée d'une assistance fiscalisée, d'une intervention médicale qui constitue un moyen d'aider les plus pauvres à satisfaire les besoins de santé que la pauvreté leur interdisait d'espérer. En même temps, cela permet de maintenir un contrôle par lequel les classes

riches, ou leurs représentants au gouvernement, garantissaient la santé des classes nécessiteuses et, par conséquent, la protection de la population privilégiée. [...] [À] cette fin, on leur offrit la possibilité de recevoir des soins gratuits ou à moindre coût. Ainsi les riches se libéraient du risque d'être victimes de phénomènes épidémiques issues de la classe défavorisée. (Foucault, 2011, p.225).

Plusieurs auteurs montrent que la volonté de protéger la santé de certains (blancs, occidentaux) justifie des pratiques et discours racistes et xénophobes. Ils montrent comment les différences de race, de culture et de nationalité sont raffermies lors d'épidémies, alors que des groupes racisés sont davantage définis et traités comme des populations « à risque » ou « malades » ou « dangereuses » (Adeyanju, 2010; Reitmanova, Gustafson & Ahmed, 2015). En fait, l'immigrant devient en temps d'épidémie une importante figure d'altérité, analysée par de nombreux auteurs (Adeyanju, 2010; Adeyanju & Neverson, 2007 ; Adeyanju & Oriola, 2010; Agier, 2012 ; Brendese, 2014 ; Ehrenreich & English, 2011; Joffe, 2004; Kraut, 1994; Rail, Jette & Cloos, 2015 ; Reitmanova & Gustafson, 2012; Reitmanova, Gustafson & Ahmed, 2015; Sinah & Parmet, 2016). Ceux-ci analysent notamment comment des discours médiatiques et des politiques frontalières associent l'immigrant à un milieu dit exotique et à la menace de la propagation d'une maladie dans un nouveau pays. Des discours et des pratiques sanitaires qui proclament la volonté de protéger la santé des citoyens justifieraient alors l'altérisation de l'immigrant, transformé en corps déprécié, qu'il faut surveiller et gérer. D'ailleurs, Brendese (2014) montre que les immigrants Latino aux États-Unis sont parfois perçus comme des agents de vaccination utiles pour inoculer une population, parce qu'ils pourraient transmettre à leurs futurs enfants états-uniens leur protection immunitaire contre des nouvelles maladies qui n'affectent pas la population états-unienne moyenne. Selon l'auteur, ces discours transforment les immigrants en des Autres, dont le statut immunitaire et génétique diffère de celui des états-uniens moyens. Leur acceptation dans le pays pourrait parfois être une stratégie biopolitique à long terme qui veut

protéger la santé du groupe natif. Somme toute, ces auteurs dénoncent un racisme biopolitique en temps d'épidémie et ils soulignent la présence d'interventions ou de discours dont le but est de défendre le corps des citoyens occidentaux en excluant ou en modelant le corps d'immigrants, « inférieurs », « jetables », « utilisables ». Cet ensemble d'écrits démontre que l'altérisation s'inscrit dans une dynamique raciste et xénophobe qui dépasse le seul contexte épidémique et dans laquelle l'immigrant est transformé en menace concrète (actes terroristes, violence, propagation de maladies) ou symbolique (une menace aux valeurs, mœurs, normes).

Puisque la biopolitique est un fondement conceptuel important (Macmillan, 2010) dans les écrits sur l'altérité en temps d'épidémie, nous voulons de conceptualiser l'altérisation sous un autre angle foucauldien. Nous nous appuyons donc sur Foucault, comme le font de maintes études sur l'altérité en temps de contagion, mais à partir de son concept de « jeux de vérité ».

2.3 Pour une analyse foucauldienne non biopolitique de l'altérisation

Notre étude des dynamiques d'altérisation s'appuie sur le concept de jeux de vérité de Foucault pour deux raisons. La première est empirique: ce concept cadre avec notre objet d'étude, à savoir les discours d'altérisation. Puisqu'il souligne que les discours légitimés sont régis par des règles sociales et normatives et formés au gré de relations de pouvoir, il nous permet d'approfondir notre angle d'analyse en étudiant les modalités d'altérisation normatives qui sont socialement acceptables et celles qui sont réfutées. Notre choix de concept se justifie deuxièmement par un argument épistémologique. À cet égard, nous défendrons dans la présente section que le concept de jeux de vérité est fidèle à la trajectoire analytique de Foucault et qu'il permet de respecter des éléments clés de sa pensée qui traversent l'ensemble de ces écrits.

Pour certains, les analyses de Foucault ne forment pas un tout homogène. La Capra (2006) par exemple postule deux périodes foucaaldiennes. Dans la première, Foucault serait structuraliste et analyserait des pratiques discursives. Ses premières œuvres (de l'*Histoire de la folie à l'âge classique* jusqu'à l'*Archéologie du savoir*) seraient marquées par l'analyse des conditions de possibilité du discours et de ses règles constitutives. Elles s'appuient sur une analyse qualifiée d'archéologique qui s'intéresse aux discontinuités, ruptures et transformations des discours et sur le concept d'épistémè, qui désigne des systèmes d'organisation de discours et de pratiques. Un « deuxième Foucault », celui-ci poststructuraliste, s'appuierait sur une méthode généalogique et analyserait la formation historique de pratiques ainsi que leurs effets de déconstruction et de reconstruction du sujet. Dans cette deuxième période, Foucault adopte le concept de dispositif de véridiction pour analyser la productivité des discours. Son intérêt, dont témoignent ses écrits plus contemporains (de *Surveiller et punir* jusqu'à la trilogie de l'*Histoire de la sexualité*), se centre sur les liens entre la vérité comme une forme de discours et les modalités de production du sujet, conçu comme un produit instable.

Nous voyons pourtant une certaine continuité analytique dans les écrits foucaaldiens qui analysent les discours de vérité. En effet, il n'y a pas d'incompatibilité ni dans son objet d'intérêt central, ni dans sa démarche analytique, ni dans son positionnement épistémologique. Sans prétendre à une lecture exhaustive de Foucault, la présente section montrera cette continuité. Ce faisant, nous réfléchirons aux démarches analytiques et aux concepts qui caractérisent chacun de ces soi-disant deux Foucaults et concluons que le tout peut se résumer par le concept de « jeux de vérité ».

2.3.1 Entre l'archéologie et la généalogie

Tout au long de ses écrits, Foucault a maintenu que la vérité est une production discursive. Pour lui, la vérité est une forme de discours, qui s'est fait accorder une certaine légitimité en entrant dans des relations stratégiques de pouvoir et en concordant avec les normes de l'époque. L'étude de la vérité passe donc par l'analyse du discours. Foucault utilise deux démarches analytiques pour étudier le discours (dont le discours de vérité) : la première, l'archéologie, analyse les règles et les logiques qui systématisent les discours; la deuxième, la généalogie, étudie ce qui modèle, restreint et institutionnalise les discours, tout en tenant compte de la notion du pouvoir (Medl, 2007).

La démarche archéologique développée par Foucault dans les années 1960 et 1970 s'appuie sur le postulat que le discours est une pratique règlementée. Elle analyse les règles sociales et normatives qui forment les discours d'une époque (Bilba, 2014; Foucault, 1969, 1971, 2001b, 2001d ; Larose-Hébert, 2014 ; Marietti, 1985; Simpson, 1994; Ysmal, 1972). L'archéologie s'intéresse au consensus normatif qui existe dans des discours dominants et légitimés, et cherche les règles qui ont gouverné les pratiques discursives et qui rendent possible l'existence de tel discours à tel moment et dans tel lieu. Autrement dit, l'archéologie étudie pourquoi et comment un discours existe. Pour ce faire, elle explore un discours-objet, en voulant saisir les limites et les contraintes qui le modèlent (Foucault, 1969, 1971, 2001b, 2001c, 2001d). Notons que l'archéologie n'est pas une analyse strictement linguistique. Elle se veut aussi contextuelle, car Foucault (2001w, p.1421) considère que le monde social est influencé par les discours du passé; que le discours d'autrefois laisse des traces, dans le sens où ce qui a déjà été dit influence ce qui sera dit. Son analyse est donc indissociable d'un repositionnement des discours dans leurs racines historiques (Foucault, 2001o). L'archéologie s'intéresse, somme toute, à « une sorte de grande

pratique des discours, pratique qui a ses règles, ses conditions, son fonctionnement et ses effets. »
(Foucault, 2001d, p.815)

Plus tard, Foucault parlera peu d'archéologie et misera plutôt sur une analyse qu'il qualifie de généalogique. Elle partage avec l'archéologie l'objectif de tracer « une forme d'histoire qui rend compte de la constitution des savoirs, des discours, des domaines d'objet, etc. » (Foucault, 2001h, p.147) et aussi l'objectif d'analyser les conditions d'émergence des objets-discours. Elle s'en distingue par contre par son focus sur les rapports de forces sociales, politiques et normatives qui ont facilité l'émergence d'une certaine vérité. La généalogie utilise le pouvoir¹¹ pour étudier les mécanismes régulateurs des pratiques discursives (Foucault, 2001e, 2001g, 2001p, 2001u).

Dans cette démarche généalogique, Foucault utilise le couple savoir/pouvoir comme outil d'analyse de la vérité. Comprenant le savoir comme une forme discursive, il (Foucault, 2001s), considère que l'exercice du pouvoir produit des discours de savoir et, qu'à leur tour, ces discours de savoir s'associent à des techniques de pouvoir. Il soutient qu'il n'y a pas de savoir sans pouvoir, ni d'exercice du pouvoir sans savoir, c'est-à-dire que le pouvoir est un déterminant du savoir et que le savoir justifie les effets du pouvoir. Ainsi, lorsqu'il dit qu'il n'y a pas de savoir sans pouvoir, Foucault note que des stratégies de pouvoir et des rapports de force marqués par des intérêts divergents influencent les savoirs qui sont dits légitimes. Cela signifie que le savoir est produit par des enjeux de pouvoir et que ces derniers rendront certains discours de savoir centraux et légitimes, et d'autres, marginaux et illégitimes (Foucault, 2001i). Ensuite, lorsqu'il dit qu'il n'y a pas de

¹¹ La conception foucauldienne (2001y) du pouvoir se distancie d'une épistémologie moniste, unitaire ou hiérarchique, qui présuppose qu'une matrice de domination s'impose sur des individus. Selon Foucault, le pouvoir est le produit d'un contexte et d'interactions, d'où sa préférence pour l'expression « relations de pouvoir ». Le pouvoir n'est pas rigide, mais mobile et réversible au gré de réalités changeantes (Wilmot, 2005). Il s'agit de « jeux stratégiques » qui ne s'imposent pas sur des individus, mais qui s'exercent entre eux (Foucault, 2001k, 2001n). Plus précisément, les relations de pouvoir ne s'exercent qu'entre des sujets libres, qui ont de multiples possibilités d'action et de réaction.

pouvoir sans savoir, Foucault souligne que les discours du savoir produisent des enjeux de pouvoir et qu'ils justifient des stratégies de pouvoir. La deuxième implication de l'outil analytique du savoir/pouvoir relève donc de la prise en compte des façons dont les discours de savoir servent de point d'appui à des rapports de forces. Par l'usage de l'outil du savoir/pouvoir, la démarche généalogique s'appuie sur le postulat que les discours de savoir sont productifs. Elle encourage l'analyse de leurs rapports avec des effets bien réels (de Courville Nicol, 2006). En fait, Foucault s'intéresse avant tout aux façons dont les rapports de pouvoir qui traversent les discours de savoir et de vérité produisent des modes de subjectivité et des sujets.

Selon Foucault, loin d'être une forme cohérente et stable, le sujet est une construction discursive mouvante. Quant aux modes de subjectivité, ils renvoient aux façons dont un individu se perçoit et dont se situe comme sujet dans le monde. De Courville Nicol (2006) distingue trois procédés de subjectivation : un premier produit l'être humain comme objet de la connaissance (par exemple, comme un sujet psychologique, biologique); un deuxième fait le partage entre différents types d'humains (par exemple, ceux qui posent ou ne posent pas problème); et un troisième relève des façons dont le sujet peut agir sur lui-même et est incité à le faire (par exemple par des mesures d'autogestion). Foucault lui-même décrit d'ailleurs trois généalogies qui permettent d'explorer chacun de ces procédés de subjectivation:

D'abord, une ontologie historique de nous-mêmes dans nos rapports à la vérité, qui nous permet de nous constituer en sujet de connaissance; ensuite, une ontologie historique de nous-mêmes dans nos rapports à un champ de pouvoir, où nous nous constituons en sujets en train d'agir sur les autres; enfin, une ontologie historique de nos rapports à la morale, qui nous permet de nous constituer en agents éthiques. (Foucault, 2001x, p.1437)

Somme toute, la généalogie de Foucault s'intéresse aux règles constitutives des discours, à leurs conditions d'émergences et à leurs effets sur le réel.

Il n'existe pas, selon nous, de rupture inconciliable entre l'archéologie et la généalogie de Foucault. Medl (2007) souligne d'ailleurs que certains sociologues ont repris les propositions méthodologiques de l'archéologie afin de les intégrer dans une lecture généalogique, adoptant ainsi une perspective d'« archéologie généalogique ». Cette lecture conjointe présente les discours comme des pratiques sociales régularisées et normalisées, qui organisent, normalisent et modèlent les objets et les sujets dont elles traitent. Elle veut alors décrire les règles qui rendent possibles, pendant une période donnée, l'*apparition* ou la *transformation* de discours, tout en analysant les subjectivités constituées à travers ces pratiques discursives.

2.3.2 Entre l'épistémè et le dispositif de véridiction

Les points de recoupement constatés entre l'archéologie et la généalogie sont aussi présents dans des concepts clés mobilisés par les soi-disant deux Foucaults. En effet, à travers ses écrits, Foucault a développé plusieurs concepts qui postulent chacun une normativité de la vérité; par exemple, le concept d'« épistémè » caractérise la pensée du « premier Foucault » et celui de « dispositif de véridiction » a été développé par le « deuxième Foucault ».

L'épistémè renvoie à ce qu'il est possible de dire à un moment donné et dans une société déterminée (Ysmal, 1972). Foucault (1966, 2001m, 2001v) le définit plus précisément comme le regroupement des fonctions discursives qui séparent des énoncés inqualifiables sur le plan scientifique d'énoncés qualifiables. L'épistémè rassemble ainsi les critères communs auxquels obéissent les discours qui forment les savoirs légitimés et normatifs (Foucault, 2001v). Ce concept laisse donc supposer, et de façon congruente avec les postulats sous-jacents à l'archéologie, qu'il existe des conditions de possibilité de discours dans une culture à une période donnée (Foucault, 2001t) et que différents domaines de savoir obéissent à des lois ou règles communes. Somme toute, l'épistémè est « l'ensemble des relations pouvant unir, à une époque donnée, les pratiques

discursives qui donnent lieu à des figures épistémologiques, à des sciences, éventuellement à des systèmes formalisés » (Foucault, 1969, p.259).

Cependant, le concept d'épistémè perd rapidement sa place dans les analyses de Foucault. Vers la fin des années 1970 et dans les années 1980, celui-ci parlait plutôt de « dispositif de véridiction ». De façon générale, le dispositif de véridiction (parfois uniquement qualifié de « véridiction ») renvoie aux règles et normes qui organisent les façons socialement permises de dire la vérité. Il permet de trier parmi tous les énoncés possibles pour délimiter ceux qui pourront être acceptables dans un champ scientifique. Cette idée repose d'ailleurs sur des postulats esquissés par le concept d'épistémè. Foucault parle aussi parfois de « régimes de vérité » d'une façon interchangeable avec le concept de dispositif de véridiction, afin d'aborder des régimes de production du vrai et du faux et de souligner l'aspect contextuel des pratiques discursives de vérité:

La vérité est de ce monde; elle y est produite grâce à de multiples contraintes. Et elle y détient des effets réglés de pouvoir. Chaque société a son régime de vérité, sa politique générale de la vérité : c'est-à-dire les types de discours qu'elle accueille et fait fonctionner comme vrais; les mécanismes et les instances qui permettent de distinguer les énoncés vrais ou faux, la manière dont on sanctionne les uns et les autres; les techniques et les procédures qui sont valorisées pour l'obtention de la vérité; le statut de ceux qui ont la charge de dire ce qui fonctionne comme vrai. (Foucault, 2001h, p.158)

Pour Foucault (2001m), le « dispositif » renvoie aux relations qui existent entre des discours et divers éléments concrets, dont des mesures administratives, des aménagements architecturaux, des institutions et des énoncés scientifiques. Il souligne que les discours entrent en relation avec ces éléments pour entériner des relations de pouvoir et les légitimer. Ainsi, les dispositifs de véridiction sont régulateurs et contribuent à « conduire des conduites » (Foucault, 2001s). Plus précisément, ils forment des modes de subjectivité puisqu'ils organisent ce qui peut être dit, pensé et fait dans un contexte donné, notamment en influençant les façons dont un individu

déduit un sens de soi, d'autrui, de la société. Le concept de dispositif de véridiction traduit donc très bien les présupposés de la démarche généalogique puisque les relations de pouvoir et leurs liens avec la constitution de modes de subjectivités y occupent une place centrale.

Il nous apparaît que l'inclusion du pouvoir dans les analyses du « dispositif de véridiction » permet d'approfondir l'épistémè : le pouvoir est le catalyseur potentiel des refontes discursives qui s'opèrent dans les savoirs et vérités, d'une façon telle que les discours normatifs, valorisés, acceptés et légitimés seraient le produit de rapports de pouvoir. D'ailleurs, si avec le concept d'épistémè, Foucault n'aborde pas explicitement le rôle du pouvoir, il admet, en rétrospective, que celui-ci faisait partie de ses réflexions (Foucault, 2001h). Bref, on peut dire que le concept d'épistémè a ouvert la voie à celui de dispositif de véridiction. Cette soi-disant différence dans les analyses et les concepts foucauldien serait plutôt un approfondissement de sa pensée.

2.3.3 Les jeux de vérité, un point de convergence ?

Même si les travaux de Michel Foucault n'ont pas suivi une ligne continue, les objectifs qu'il a poursuivis et les postulats sous-jacents à ses analyses des discours de vérité sont demeurés en grande partie congruents (Marietti, 1985). Tout au long de ses écrits, il a appréhendé le discours de la vérité dans ses formes historiquement changeantes, à partir d'une conception relativiste et constructiviste. Selon lui, la vérité est produite par des systèmes de discours en fonction de certaines règles et par un jeu d'affrontement de plusieurs vérités dans des relations de pouvoir. Il a ainsi fait ressortir les composantes régulées et normatives des discours de vérité en soutenant qu'en prononçant un discours, un individu se soumettrait à une loi cachée et obéirait à des règles non dites.

De plus, les analyses de Foucault postulent une productivité de la vérité. Selon lui, la vérité donne lieu à des pratiques et procédés – classification, enfermement, objectivation – et surtout à des modes de subjectivité. Cette productivité des discours de vérité est tantôt abordée de façon explicite, dans sa démarche généalogique avec son concept de dispositif de véridiction; tantôt de façon implicite, dans sa démarche archéologique et avec son concept d'épistémè. L'analyse qu'a fait Foucault de la vérité se cristallise ultimement dans la question du « sujet ». Il s'intéresse aux façons dont les individus se gouvernent eux-mêmes et gouvernent les autres à travers la production de la vérité et l'« aménagement de domaines où la pratique du vrai et du faux peut être réglée » (Foucault, 2001q, p.846). Ainsi, la préoccupation principale de Foucault (2001y) – celle qui traverse l'ensemble de son projet – se centre sur les rapports entre le sujet et la vérité.

Dans ses écrits plus récents, Foucault parle de jeux de vérité, qui « évoque[nt] la production de sens » (de Courville Nicol, 2006, p.137) et renvoient aux règles qui permettent de distinguer le vrai du faux. Il soutient que l'individu devient « sujet » dans ces jeux de vérité puisque ces derniers sont les règles qui délimitent ce qu'il faut faire ou ce qu'on doit penser et, ce faisant, qui lui permettent de donner un sens à son expérience et à son identité (Foucault, 2001u). Selon nous, ce concept cristallise la pensée foucaldienne parce qu'il relie explicitement les notions de discours, de vérité, de pouvoir et de sujet. Avec ce concept, Foucault (2001y) souligne l'existence de multiples vérités entourant un objet: vérités qui parfois se confrontent et entrent en conflit ou d'autres fois, qui s'alimentent mutuellement; vérités qui sont contextuelles et dont les formes socialement acceptables varient au gré des changements normatifs, sociaux et politiques; vérités qui sont productives et influencent les regards posés sur le monde, sur soi et sur autrui. Ainsi, trois postulats sous-tendent le concept de jeux de vérités: 1) les vérités sont imprégnées des relations de

pouvoir, 2) elles participent à la formation des sujets et 3) elles prennent la forme de discours modelés par des règles.

2.4 Les jeux d'altérité

Nous considérons que le processus d'altérisation produit une vérité sociale sur l'Autre. C'est un discours qui présente une vérité sur le statut de l'Autre, et les formes précises que prend ce discours peuvent être marginalisées ou acceptées selon le contexte social. À l'instar du concept de « jeux de vérité », nous postulons qu'on ne peut pas altérer n'importe qui n'importe comment n'importe quand; parmi toutes les façons de mettre autrui à l'écart, certaines sont socialement sélectionnées et privilégiées. Bref, nous situons les discours d'altérisation dans ce que nous appelons les « jeux d'altérité », un concept qui fait écho à celui de Foucault et qui sous-tend par conséquent les postulats suivants : 1) les procédés d'altérisation sont imprégnés de rapports de pouvoir, 2) ils sont productifs en formant des catégories identitaires et influençant des modes de subjectivité et 3) ils sont socialement hiérarchisés et réglementés, c'est-à-dire formés par des règles et normes historiquement et culturellement acceptées, qui guident les processus d'altérisation.

2.4.1 L'altérisation et le pouvoir normatif

Le concept de jeux d'altérité souligne premièrement que l'altérisation est indissociable d'un pouvoir, qui est plus précisément normatif. La norme, qu'elle soit formelle (institutionnalisée, officialisée par des règles ou lois) ou informelle (produite spontanément ou implicitement), sert d'appui aux discours d'altérisation (Klapp, 1954). En effet, la norme est un facteur de division car elle répartit les gens entre eux (Foucault, 2001f): elle est un motif d'érection des frontières et de partages effectués entre le Même et l'Autre ou entre le normal et l'écart de la norme (Otero, 2006). En ce sens, la norme est prescriptive parce qu'elle fixe les limites de ce qui est considéré comme

acceptable, définit un modèle et identifie ce qui devrait être corrigé ou exclu. La norme est ainsi dotée d'un pouvoir – un pouvoir normatif (Foucault, 1975, 2001j) – qui fonctionne entre autres par le biais de techniques disciplinaires de gratification-sanction. Autrement dit, le pouvoir normatif intervient d'une part par un renforcement positif de la conformité qui encourage les conduites situées dans les limites de la norme; d'autre part par des micropénalités qui sanctionnent les actes de transgression et encouragent la correction de ces comportements.

L'altérisation est imprégnée d'un pouvoir normatif. Les individus qui ont des qualités, des conduites ou des discours qui s'écartent négativement de la norme sont infériorisés par l'altérisation, transformés en figures imparfaites qu'il faut modifier par la normalisation. À l'opposé, les individus qui s'inscrivent dans l'écart positif par rapport à la norme deviennent représentatifs du « bien », de l'« acceptable » et du « valorisé ». Ils sont transformés en modèles normatifs vers lesquels chacun doit converger et encouragent ainsi une forme de normalisation.

Dans une perspective fonctionnaliste, certains (Klapp, 1954, 2017; Myerhoff & Larson, 1965) considèrent que les figures d'altérité sont des commentaires sociaux sur ce qui est ou n'est pas convenable. Selon Klapp (2017), la production d'Autres est une stratégie de contrôle social, notamment parce que les héros et les coupables définissent les rôles socialement acceptés et rejetés. Puisque l'étiquetage d'un individu comme coupable ou héros a des conséquences sur son statut et peut entraîner des punitions ou des récompenses, l'altérisation, voire même la possibilité d'être altérisé, encourage ou décourage certains comportements. Ainsi, pour Klapp (2017), les figures sociales du héros et du coupable occupent une fonction normative : elles renforcent le statu quo et contribuent au contrôle social en protégeant des catégories sociales et des relations de pouvoir existantes. Dans cette perspective, l'altérisation protège l'ordre et lutte contre l'anomie en

encourageant les conduites favorables à la cohésion sociale et en décourageant celles qui lui nuisent au moyen de la normalisation (Klapp, 1954, 2017; Myerhoff, 1966).

2.4.2 L'altérisation productive

En catégorisant ce qui pose et ne pose pas de problème et ce qui doit et ne doit pas être modifié, le pouvoir normatif de l'altérisation est productif. Il forme des catégories identitaires (Foucault, 2001y). Cette productivité est le deuxième élément clé du concept de jeux de vérité. Celui-ci postule que les discours d'altérisation produisent les écarts qu'ils identifient (Bhabha, 2005). Les discours qui établissent des distances ne reflètent pas le réel car ils produisent de nouvelles catégories identitaires et des rapports particuliers entre le soi et l'Autre. Judith Butler (1993, 2006) a d'ailleurs analysé en détail cette productivité discursive lorsqu'elle s'est intéressée aux identités formées de façon performative dans le discours. Avec le concept de performativité, elle souligne que le discours peut produire les catégories qu'il identifie. Ce faisant, Butler (2004, 2006) critique la sociologie traditionnelle pour sa conception de la personne comme une entité ontologique qui précède ses rôles, fonctions et discours. Dans ses analyses, le sujet n'est ni le souverain du discours, ni un simple effet du discours puisque les deux se forment conjointement. Butler (2004) adopte plutôt une démarche analytique axée sur la non-souveraineté du discours, c'est-à-dire qu'elle considère que l'efficacité du pouvoir du discours ne va pas de soi.

Nous considérons que les discours d'altérisation produisent des catégories identitaires en érigeant des frontières entre le soi et l'Autre, en classifiant certains individus d'un côté ou de l'autre de la norme qu'est le « soi conventionnel ». Ils produisent des « figures » (Fassin, 2010), soit des identités à partir desquelles des individus sont reconnus et peuvent se reconnaître. En séparant ceux qui posent problèmes de ceux qui n'en posent pas, ces discours établissent ce qui est bien ou mal et ce qui est normatif ou non-normatif. Les discours qui produisent ces figures

d'altérité servent subséquemment de cadres qui permettent à tous de s'identifier eux-mêmes et d'identifier autrui. Par conséquent, l'altérisation crée des modes de subjectivité parce qu'elle produit un espace discursif dans lequel et en réaction auquel un sujet formera son identité et sa conduite.

Néanmoins, il serait fautif de conclure que les figures produites par ces discours d'altérisation se matérialisent automatiquement (Butler, 2004). Le sujet détient toujours une marge de manœuvre; il est le produit de ce qu'il accepte et rejette parmi ce qui s'impose à lui. L'individu est tout d'abord partiellement formé par ce qu'on lui impose au moyen de pratiques d'assujettissement relevant de l'obligation d'une conformité à un mode d'être; en second lieu, il se constitue aussi comme sujet par lui-même, de façon active par des « pratiques de soi », au moyen desquelles il résiste, accepte ou modifie des demandes assujettissantes (Foucault, 2001y, 2008; Otero, 2006). Le sujet se construit donc au croisement de l'assujettissement et de la subjectivation (Deleuze, 1986; Foucault, 2001y; Otero, 2006).

Par conséquent, si de multiples discours d'altérisation s'associent à l'émergence de diverses figures, celles-ci sont « reçues » (Hall, 1980) et doivent être acceptées par l'individu contemporain, qui choisit (de façon rationnelle et calculée, ou à partir de réactions spontanées) de s'identifier à certaines d'entre elles, tout en excluant certaines autres ou en les remodelant. Les figures peuvent donc être regardées comme des modèles identitaires flexibles et malléables. Ce sont des enveloppes élastiques pouvant être adoptées et superposées, mais pouvant aussi être modelées ou altérées, voire carrément refusées et ainsi servir de base pour la production d'enveloppes alternatives. Ces figures sont des points de repère identitaires; à partir de ces identités, des individus pourront s'identifier et être identifiés, et à partir d'elles, ils pourront aussi s'identifier et être identifiés autrement.

2.4.3 Les règles de l'altérité

Selon Foucault (2001y), la troisième caractéristique des jeux de vérité relève de la normativité relative des discours de vérité; ces derniers sont formés par des règles discursives qui sont historiquement changeantes. Dans cette optique, le concept de jeux d'altérité laisse voir que l'altérisation n'a pas une forme statique, mais qu'elle est fluide et mobile, variant selon les discours dominants dans un contexte donné. En effet, on note un changement dans les modes d'exclusion sociale (Singh, 2018) et une évolution sociohistorique des façons normatives d'appréhender l'Autre. Selon Stitou (2007b, p.22 et p.23), « [c]haque époque donne, en effet, une figure à son étranger », celui-ci prenant tantôt l'allure d'« une bête sauvage, [tantôt un] esclave à conquérir[, tantôt un] être diabolique, infidèle ». Par conséquent, l'étude des modalités d'altérisation révèle des discours valorisés et d'autres dévalorisés dans un contexte donné (Stitou, 2007a).

Prenons le cas de l'Autre racisé comme exemple. Stuart Hall (2013) souligne que la race est une construction discursive qui classifie la différence. Selon lui, la race est un véhicule vide, un signifiant flottant, qui prend différentes significations et valeurs selon le contexte social et selon le sens que le public lui donne et les façons dont il la reçoit et la négocie. En effet, cette catégorie de la « race » a été mobilisée et appréhendée de façon péjorative à partir de modalités qui ont changé selon les époques. Plusieurs auteurs (Balibar, 1991a, 1991b; Barker, 1981; Hall, 1997; Wilmot, 2005) démontrent que d'anciens stéréotypes raciaux, qui puisent leur source dans l'esclavagisme et les discours coloniaux, ont été modifiés afin de mieux cadrer avec les balises discursives contemporaines.

À cet égard, certains (Fantino, 2010; Wilmot, 2005) ont noté un changement dans les discours racistes entre le XVII^e et le XVIII^e siècle, lorsqu'une société européenne fondée sur un ordre religieux passait à une organisation séculaire. Les discours religieux, qui concevaient les

« non-blancs » comme des pécheurs et des agresseurs sexuels menaçant l'ordre social de la vie chrétienne idéale, ont perdu leur popularité au profit d'un « racisme scientifique » qui cataloguait l'Autre racisé à partir de classifications phrénologiques dites « objectives » (fondées sur des caractéristiques biologiques comme la forme de la tête). Ces interprétations pseudo-scientifiques ont d'ailleurs été reprises par les sciences humaines aux XIXe et XXe siècles avec le concept d'évolutionnisme. Celui-ci postule une égalité initiale des divers groupes socioculturels et explique les dissemblances intergroupes par des différences au niveau de leur « évolution » (Wilmot, 2005). Dès lors, les Autres racisés (comme les peuples autochtones et africains) étaient conceptualisés comme des « sauvages », « barbares », « primitifs », « moins évolués » et donc très distants des élites intellectuelles européennes, dites « civilisées ».

Par la suite, certains (Barker, 1981; Balibar, 1991a, 1991b) parlent d'un « nouveau racisme » qui apparaît dans les années 1970. Après 1950, les ravages causés par l'eugénisme nazi mènent à une autoréflexivité critique des discours sur la race. La perspective évolutionniste est alors remplacée par une perspective relativiste et culturaliste qui n'est pas fondée sur un principe d'infériorité/supériorité, mais plutôt sur une classification de la « différence culturelle ». De plus, l'égalité *de jure* va prendre progressivement une plus grande ampleur dans les sociétés occidentales, ce qui contribue à changer l'expression formelle du racisme après les années 1970 (Leach, 2005). C'est dans ce contexte que Barker (1981) parle d'un « racisme sans race » car l'expression privilégiée du racisme ne souligne pas une différence de nature raciale entre des groupes; plutôt, au moment où s'accroît la migration des peuples des nations colonisées vers des pays européens, ce nouveau racisme aborde le danger de la chute des frontières et mise sur les différences nationales (Balibar, 1991a). Ce racisme s'exprime à partir de concepts tels que « étrangeté », « appartenance nationale » et « différence culturelle » (Balibar, 1991a, 1991b). S'il

ne proclame pas explicitement la supériorité d'un groupe sur l'autre, il normalise les hostilités envers des étrangers et hiérarchise tout de même les cultures en proclamant des affinités dites naturelles entre les membres d'une même nationalité et des antagonismes entre groupes provenant de nations diverses (Barker, 1981; Hopkins, Richer & Levine, 1997). Plus récemment, Singh (2018) a parlé d'un « néo-racisme » qui omet toute référence explicite à l'ethnie, la culture et l'appartenance nationale, et qui justifie l'exclusion d'un groupe racial en s'appuyant plutôt sur un discours de méritocratie. Selon lui, le déterminisme physique et génétique, perdrait son poids normatif : l'infériorisation de personnes racisées s'exprimerait davantage par un récit individualisé axé sur les responsabilités, les pratiques et les conduites personnelles.

Ces quelques exemples ne sont pas symptomatiques du remplacement d'une forme d'expression du racisme par une autre. Le « racisme sans race » n'est pas radicalement nouveau et il n'est pas non plus révolutionnaire (Balibar, 1991a; Leach, 2005). Il ne s'agit pas du passage d'un discours à un autre sans points de recoupement, sans prolongement, sans superposition et sans répétition. Cependant, selon Leach (2005), la pratique formelle du racisme est devenue moins acceptable depuis les années 1970, comme en témoignent, par exemple, les protections légales contre la discrimination raciale. Quoique cette volonté d'égalité ne garantisse pas l'égalité *de facto*, elle rend les expressions du racisme fondé sur la race moins acceptables. Par conséquent, certaines expressions du discours raciste prennent des formes qui seront plus ou moins normatives à un certain moment : il s'agit de modalités différentes qui, selon le contexte, prennent plus ou moins d'importance et de légitimité (Adeyanju & Neverson, 2007; Higham, 1963; Wilmot, 2005).

Le cas de l'Autre racisé est pertinent en ce qu'il montre que la production de cette figure d'altérité n'est ni figée ni statique; elle s'appuie sur les schèmes et discours sociaux disponibles et valorisés dans un contexte donné. En prolongeant ces réflexions et en les étendant au-delà de la

race, nous voyons que l'altérisation est un procédé de différenciation dont les expressions changent au gré des règles discursives d'un contexte. Un individu n'est pas Autre aujourd'hui comme il l'était hier et comme il le sera demain. Les discours d'altérisation peuvent ainsi être conceptualisés comme des productions normatives et normalisantes; l'altérisation est indissociable du contexte social et normatif puisqu'elle s'articule à partir de lui et, en retour, le renforce. Il est alors pertinent d'explorer les multiples formes d'altérisation qui circulent aujourd'hui en temps d'épidémie et de considérer lesquelles sont plus ou moins privilégiées. Dès lors, l'étude de la grammaire de l'altérisation et de ses règles sous-jacentes nous apparaît pertinente.

2.5 Objectifs de recherche

Notre étude se propose de prendre l'altérisation comme objet concret d'analyse. Pour ce faire, elle s'appuie sur les outils conceptuels offerts par Foucault. En analysant les points de recoupement entre ses démarches méthodologiques d'analyse du discours et entre ses interprétations des discours de vérité, nous concluons que l'usage du concept de jeux de vérité nous permet d'explorer l'altérisation d'une façon qui englobe les concepts clés de Foucault et qui demeure fidèle à l'ensemble de sa pensée. Le détour analytique que nous avons fait dans ce chapitre nous permet de justifier notre choix théorique de nous appuyer sur les jeux de vérité. Avec ce choix, nous démontrons notre intérêt pour l'analyse de la normativité contemporaine de l'altérisation, c'est-à-dire notre volonté d'explorer les formes socialement acceptables de production de l'Autre et celles qui sont contestables. Autrement dit, il nous faudra analyser les aspects stratégiques, contextuels et nuancés de l'altérisation.

Puisque nous postulons que les modalités d'altérisation valorisées et critiquées peuvent nous informer du contexte social et normatif dans lequel elles s'inscrivent, notre objectif principal est d'explorer les jeux d'altérité qui émergent des discours entourant les épidémies de maladies

infectieuses. Plus précisément, quatre sous-objectifs ressortent: 1) Explorer les discours au moyen desquels l'individu est reconnu comme Autre en temps d'épidémies, 2) Recenser les modalités d'altérisation normatives (acceptées) et non normatives (contestées), 3) Analyser les aspects stratégiques de l'altérisation, à savoir les normes sociales et les relations de pouvoir qui servent de point d'appui aux modalités d'altérisation et, en retour, les normes et relations de pouvoir qui sont renforcées par ces discours et 4) Analyser les modes de subjectivité qui émergent de l'altérisation.

CHAPITRE 3 : MÉTHODOLOGIE

Pour étudier les jeux d'altérité en temps d'épidémie, nous analyserons des discours, comme l'ont fait de maints auteurs intéressés aux récits d'épidémie et aux figures produites (Adeyanju, 2010; Broom & Broom, 2017; Eichelberger, 2005; Joffe & Haarhoffe, 2002; Reitmanova, Gustafson & Rukhsana, 2012; Tadros, 2010; Washer, 2004, 2006). Plus précisément, nous avons choisi d'analyser des discours pancanadiens¹², et ce pour trois raisons.

Ce choix se justifie premièrement par notre objectif de recherche qui est l'étude de multiples discours d'altérisation, explicites ou subtils. Comme nous le démontrerons, le Canada est un bon site d'étude de discours d'altérisation qui ne s'appuient pas uniquement sur des propos explicitement violents; nous postulons que des discours d'altérisation nuancés et subtils circulent au Canada, notamment en raison du rôle des politiques et valeurs dites « multiculturelles » dans la construction de l'identité nationale. Ainsi, notre étude des discours pancanadiens ne cherche pas à mettre en lumière des dynamiques d'altérisation proprement canadiennes; nous voulons plutôt analyser les différents discours d'altérisation qui peuvent exister et nous croyons que les discours pancanadiens sont un terrain fertile pour ces dynamiques parce que ladite tolérance et l'acceptation de l'Autre font partie intégrante des discours politiques nationaux.

Deuxièmement, en analysant des discours rattachés à un seul pays, nous pouvons plus facilement discerner les figures d'altérité à proximité du soi ou plus éloignées du soi. Par exemple, nous pouvons postuler que lorsque des figures canadiennes sont altérisées (gouvernement

¹² À l'instar de Conway (2018) et Winter (2011), nous qualifions de « discours pancanadiens » les discours dont la portée est ressentie d'une extrémité à l'autre du pays, alors que le terme « discours canadien » a une connotation plus homogénéisante et problématique puisqu'il suggère un consensus national. L'absence de prise en compte des discours de communautés spécifiques (Québec, Premières Nations) et de différences régionales dans les discours pourrait cependant limiter notre recherche en évacuant une nuance sociale et culturelle.

canadien, leaders politiques, autorités sanitaires, citoyens canadiens), les dynamiques de mise à l'écart sont de proximité, alors que les communautés du Sud global sont des cibles éloignées.

Finalement, l'analyse de discours circonscrits au niveau national est pertinente puisque le contexte historique, social, culturel, politique et épidémiologique propre à un lieu peut influencer les significations données à l'épidémie (Briggs & Mantini-Briggs, 2003), les modalités d'altérisation privilégiées et les figures d'altérité produites. Un focus national permet donc de voir si les dynamiques de mise à l'écart reproduisent des tensions locales préexistantes.

Nous analyserons plus précisément les discours d'altérisation pancanadiens diffusés pendant quatre épidémies : la tuberculose, l'H1N1, l'Ebola et le Zika. Dans ce chapitre, nous ferons valoir la pertinence d'un site d'étude pancanadien pour analyser de multiples formes d'altérisation, nous présenterons les quatre études de cas et expliquerons en détail les méthodes de collecte et d'analyse des données.

3.1 L'identité pancanadienne imaginée

Benedict Anderson (2006) souligne que l'identité d'une nation se construit en imaginant les caractéristiques de sa population et en acceptant des idées générales sur l'identité et les valeurs des personnes qui habitent à l'intérieur de ses frontières. On perçoit donc l'appartenance d'une personne à une nation ou son caractère d'étranger en fonction des caractéristiques nationales qu'on s' imagine (Stitou, 2007b).

3.1.1 L'identité pancanadienne multiculturelle

Selon Conway (2018), dans les décennies qui ont suivi la Deuxième Guerre mondiale, le côté britannique de l'identité pancanadienne a progressivement perdu de son importance, au profit de la *diversité socioculturelle* comme composante de la culture nationale. Le gouvernement de Pierre

Elliot Trudeau a joué un rôle important dans la création de cette nouvelle identité pancanadienne, notamment avec l'adoption en 1971 d'une politique de multiculturalisme (Conway, 2018; Roy, 1995). Cette dernière présente une refonte de l'histoire nationale et encourage tout un chacun à considérer les apports multiethniques et multiculturels au sein de la nation. Il est convenu que ces apports provenant d'une diversité de pays et de cultures sont au cœur du caractère particulier et unique du pays.

Ce discours qui propose un remaniement de l'identité nationale à partir du concept de multiculturalisme est d'autant plus important à l'époque qu'il apparaît puisqu'une crise identitaire pancanadienne était vécue, notamment avec la Révolution tranquille au Québec et l'influence croissante des États-Unis dans le Canada anglais. Parler d'identité multiculturelle, de société plurielle et de la force qu'apporte au pays un troisième groupe (non anglais, non français), permet au gouvernement fédéral de recadrer l'identité dite canadienne afin de la singulariser¹³. Cette description du Canada comme une mosaïque culturelle sert de point d'ancrage identitaire aux citoyens et elle permet au pays de développer sa propre identité. En effet, bien que l'identité canadienne varie grandement selon les régions et les périodes de l'histoire, certaines idées générales sur le « Canada imaginé » persistent, notamment celles d'inclusion, d'égalité, d'acceptation et de valorisation des Autres (Berry, 2013; Conway, 2018; Winter, 2011). Ce multiculturalisme officiel rassemble alors des Canadiens qui n'avaient jusqu'à ce moment jamais partagé la même identité. Il sert de repère figuratif à partir duquel ils peuvent maintenant

¹³ Le multiculturalisme est effectivement présenté comme une exception canadienne qui démarquerait le pays de certains autres, comme les États-Unis (Winter, 2011). À cet égard, lorsque les politiques états-uniennes ont imposé en 2017 des restrictions à des voyageurs provenant de sept pays musulmans, Justin Trudeau a publié le tweet suivant (28 janvier 2017): « To those fleeing persecution, terror & war, Canadians will welcome you, regardless of your faith. Diversity is our strength #WelcomeToCanada ».

s'identifier à leurs concitoyens, à leur communauté et à leur pays (Banting & Kymlicka, 2010; Winter, 2011).

3.1.2 Une identité paradoxale

Plusieurs auteurs (Arat-Koc, 2005; Roy, 1995; Winter, 2011) ont critiqué ces discours sur l'identité canadienne multiculturelle. Winter (2011) souligne tout d'abord que le multiculturalisme est une fausse promesse stratégique destinée à attirer plus d'immigrants riches au pays en présentant le Canada comme un lieu accueillant. Elle soutient aussi que le discours sur l'identité multiculturelle prétend à la neutralité de la perception. Il présuppose que les Canadiens entrent en relation avec les Autres dans un espace neutre et objectif, alors qu'ils jugent toujours autrui à travers un cadre ethnocentrique. D'ailleurs, les conceptions officielles et libérales du multiculturalisme font souvent la promotion de ladite « tolérance » de la différence, une notion qui traduit cependant une relation de supériorité symbolique; l'un *tolère* la présence de l'Autre, le toléré, qui ne fait partie de la nation que dans la mesure où les Canadiens choisissent de l'accepter (Arat-Koc, 2005). De plus, le multiculturalisme peut être évoqué pour justifier un certain type d'intégration des nouveaux-arrivants. À un moment où l'on se préoccupe d'un conflit entre des civilisations (Barker, 1981; Balibar, 1991a, 1991b), où l'on craint que de nouveaux arrivants imposent des pratiques et des valeurs rejetées au Canada (des valeurs religieuses ou traditionnelles, par exemple), le multiculturalisme peut être évoqué comme un schème que devraient adopter les émigrés; en d'autres mots, le nouvel arrivant doit adhérer à l'idéologie libérale, multiculturelle, féministe, fondée sur l'égalité, comme les « Canadiens » le font supposément. Le positionnement de la diversité comme pierre angulaire de l'identité nationale peut donc être une stratégie d'intégration destinée à modifier les valeurs de nouveaux arrivants.

Il convient aussi de mentionner que cette description de l'identité nationale fondée sur l'acceptation et la valorisation de la diversité et sur une métaphore pittoresque de la mosaïque multiculturelle n'est ni juste ni représentative (Roy, 1995). En effet, le Canada a une longue histoire de persécution des minorités, qu'il s'agisse d'Autochtones, d'immigrantes, de femmes ou de soi-disant « déviants sexuels » (Adeyanju, 2010; Barry, 2013; Bolaria & Li, 1985; Mensah, 2002; Henry & Tator, 2006; Kraut, 1994; Li, 2003a, 2003b; Perry & Scrivens, 2018; Reitmanova, Gustafson & Ahmed, 2015; Wilmot, 2005; Winter, 2011). De plus, cet idéal multiculturel du Canada est confronté aujourd'hui à la montée de mouvements d'extrême droite, qui prônent une idéologie nationaliste axée sur la « blanchitude » et qui perçoivent certains groupes (les non-blancs, musulmans, juifs, groupes politiques de gauche) comme des menaces à l'intégrité de la nation (Arat-Koc, 2015; Bérubé, 2016; Perry & Scrivens, 2018; Ross, 1992). Ces attitudes et pratiques d'exclusion révèlent la nature rhétorique et utopique de l'inclusion multiculturelle et multiethnique.

Néanmoins, malgré ces erreurs de parcours, l'intolérance est toujours présentée comme une exception au Canada; l'égalité sociale et le respect de la diversité sont perçus comme des piliers de l'identité pancanadienne (Engler, 2009 ; Hornsby, 2014 ; Wilmot, 2005). Par exemple, on croit que l'extrême droite raciste n'a jamais été une force importante au Canada (Ambrose & Mudde, 2015; Perry & Scrivens, 2018; Ross, 1992). Ambrose & Mudde (2015) attribuent d'ailleurs cette faillite relative aux politiques et discours nationaux axés sur le multiculturalisme.

Dans un contexte national où règnent conjointement des discours et des pratiques d'inclusion et d'exclusion de l'Autre, il convient de se demander comment s'expriment les discours d'altérisation en temps d'épidémie. Nous avançons l'hypothèse que l'importance accordée au Canada à l'égalité et à la valorisation de la diversité, fondements de l'identité

pancanadienne, ne pourra être associée à une absence d'altérisation; nous sommes plutôt d'avis que ces discours officiels sur le multiculturalisme s'associent à l'expression plus subtile de dynamiques de mise à l'écart. Dans cette optique, l'altérisation, du moins celle qui emprunte la voie du discours public, ne s'articulera pas nécessairement autour d'une hiérarchie de catégories identitaires fondées uniquement sur une base raciale, culturelle, genrée, etc. Il est très probable que nous y constaterons également la présence d'expressions moins explicitement violentes, racistes ou xénophobes. C'est pourquoi le Canada nous apparaît comme un site d'étude intéressant pour analyser de multiples formes d'altérisation.

3.2 Les études de cas

Des événements anxiogènes rendent les procédés d'altérisation plus visibles (Joffe, 2004). Nous aurions donc pu étudier toute situation de crise, telle que des attaques terroristes, des crises économiques ou des désastres naturels. Nous avons choisi d'analyser l'altérisation lors d'éclosions de maladies dites (ré)émergentes. Ces maladies représentent un important site d'étude. Premièrement, la notion d'« émergence » dans le concept de maladies (ré)émergentes est indissociable d'une association géographique et elle demeure intrinsèquement contextuelle; une maladie (ré)émerge nécessairement de *quelque part* (habituellement un lieu pauvre en Asie du Sud-Est ou en Afrique) pour menacer un *autre lieu* (habituellement en Europe ou en Amérique du Nord) (Dry & Leach, 2010; Washer, 2010). En ce sens, les épidémies de maladies (ré)émergentes sont souvent associées à des lieux décrits comme étant « à problème » dont le Nord global se distancie (Dry & Leach, 2010; Ungar, 1998; Washer 2010).

De plus, le facteur humain est indissociable de la (ré)émergence de ces maladies puisqu'elles sont influencées par des phénomènes tels que la déforestation, l'urbanisation, la distribution de médicaments, la mondialisation, les interactions sociales, l'accès à des ressources

et les inégalités socioéconomiques mondiales (Leach & Dry, 2010; McNeill, 1998; Washer, 2010). Ces épidémies nous permettent plus précisément de réfléchir à la fois aux faillites des humains (non-éradication, non-coordination, conséquences iatrogènes de l'organisation socioéconomique) et à leurs succès (campagnes de santé publique, coopération internationale, politiques mondiales de santé). Par conséquent, les éclosions de maladies (ré)émergentes ne sont pas interprétées comme des accidents naturels. Elles sont plutôt vues comme le produit de choix et d'erreurs d'humains; des humains en sont la cause et les ont laissées se produire et ce sont des personnes secourables qui parviendront à gérer les épidémies. Les significations données à ce type de maladies se caractérisent alors par des procédés d'altérisation qui prennent la forme d'accusations et d'héroïsation. D'ailleurs, puisque les épidémies de maladies (ré)émergentes sont fréquentes, l'étude de l'altérisation en période de contagion permet de considérer deux aspects: 1) plusieurs épidémies qui surgissent l'une après l'autre dans un court laps de temps permettent d'analyser les différences dans les figures accusées et héroïsées dans un même contexte et 2) il est possible d'identifier les figures récurrentes dans les épidémies qui ré-émergent à plusieurs années d'intervalle.

Dans notre thèse, nous analysons des discours pancanadiens énoncés lors de quatre éclosions de maladies (ré)émergentes: l'endémie de tuberculose, la pandémie d'influenza H1N1 de 2009, l'épidémie d'Ebola de 2013-2016 et l'épidémie de Zika de 2015-2017. Chacune de ces maladies suscite son propre récit d'épidémie; ces récits sont décrits dans les sections suivantes et résumés dans le tableau 1. L'analyse de ces épidémies très différentes les unes des autres nous permettra de considérer des caractéristiques transversales dans les dynamiques d'altérisation, afin d'identifier des tendances générales dans les jeux d'altérité.

Tableau 1. Synthèse des particularités des études de cas

Maladie (ré)émergente	Rôle dans l'imagination collective	Statut	Présence épidémiologique au Canada	Rapport au corps de l'Autre et à la contagion	Principaux groupes touchés
TB	Virus ancien non contrôlé	Urgence internationale	Endémique	Microgouttelettes	Autochtones, nouveaux arrivants
H1N1	Désastre international	Urgence de santé publique de portée internationale	Forte	Microgouttelettes	Mexicains
Ebola	Mort, sang et mystère	Urgence de santé publique de portée internationale	Nulle	Fluides corporels	Communautés en Afrique de l'Ouest (Guinée, Libéria, Sierra Leone)
Zika	Souffrance du nourrisson	Urgence de santé publique de portée internationale	Faible	Fluides corporels & vecteurs	Brésiliens, Communautés en Amérique du Sud

3.2.1 Imagination populaire

Chaque épidémie marque l'imagination populaire de diverses façons: la tuberculose évoque l'incapacité humaine de maîtriser une forme de vie ancienne, l'H1N1 peut déstabiliser le monde et mener à des désastres internationaux, l'Ebola évoque la mort, le sang et le mystère et le Zika rappelle la souffrance d'un innocent, le nourrisson.

3.2.1.1 Le virus ancien de la tuberculose

La maladie de la tuberculose est très ancienne. Ses souches virales modernes ont évolué d'un ancêtre commun il y a entre 15 000 et 20 000 années (Daniel, 2006). Elle a atteint son summum en Europe et en Amérique du Nord aux XVIIIe et XIXe siècles. Elle a d'ailleurs décimé près de 25% de la population européenne au XIXe siècle (Keshavjee & Farmer, 2012). La cause infectieuse bactérienne de la tuberculose a été découverte par Robert Koch en 1882. À la fin du XIXe siècle, la bactériologie de la tuberculose était donc relativement bien comprise et plusieurs traitements antibiotiques ont été développés. Entre les années 1940 et 1960, pas moins de neuf médicaments ont été mis sur le marché. La rifampicine (1957), entre autres, a aidé à traiter la

tuberculose, en raison de sa facilité d'administration et de son efficacité (Keshavjee & Farmer, 2012). Ce rapide développement des connaissances et des outils pour gérer la tuberculose, combiné à l'éradication de la variole dans les années 1970, a généré de l'optimisme quant à la capacité mondiale de vaincre cette bactérie (Grzybowski & Allen, 1999; Keshavjee & Farmer, 2012).

Cependant, la tuberculose est toujours présente. Sa persistance et sa propagation s'expliquent par sa résistance aux antibiotiques et par des facteurs sociaux, tels que l'insalubrité des logements, la forte densité des populations, la malnutrition, le stress physique et mental, la comorbidité et l'absence de soins médicaux adéquats (Grzybowski & Allen, 1999). Cette maladie illustre les inégalités sociales en matière de santé puisqu'elle touche davantage des populations marginalisées et pauvres (Nightingale, 2010). La tuberculose est donc conçue comme une tragédie parce que ses éclosions contemporaines auraient pu être évitées (Nightingale, 2010) et parce que, même si elle peut être guérie, elle demeure un énorme fardeau à l'échelle mondiale (Huston, 2017). Somme toute, la tuberculose est l'emblème de vie ancienne qu'on devrait pouvoir maîtriser, mais qui ne l'est toujours pas.

3.2.1.2 Le désastre international de l'H1N1

La pandémie d'influenza H1N1 la plus dramatique qui a marqué l'imagination populaire est certes celle de 1918-1919, qui a causé environ 50 millions de décès à l'échelle mondiale (Franco-Paredes et al., 2009). C'est à cause de ce souvenir que les épidémies d'influenza, surtout celles du virus H1N1, suscitent de graves inquiétudes. Elles font l'objet de spéculations apocalyptiques et sont considérées comme des menaces mondiales susceptibles de bouleverser la cohésion sociale ainsi que l'économie et la stabilité politique d'une nation (Franco-Paredes et al., 2009).

3.2.1.3 L'Ebola, le sang et la mort

La maladie à virus Ebola, anciennement fièvre hémorragique Ebola, est sévère et souvent mortelle chez les humains (OMS, s.d.d). Son taux de mortalité est d'environ 50%, mais peut varier de 25% à 90% selon sa souche et la situation socioéconomique et sanitaire de la zone d'éclosion. La période d'incubation est de 2 à 21 jours, après laquelle des symptômes sévères et douloureux apparaissent, tels que douleurs abdominales, fièvre, mal de tête et de gorge, nausée, vomissements, douleurs articulaires et musculaires, faiblesse, accélération de la respiration et diarrhée (Hewlett & Hewlett, 2008; Quammen, 2014). Plus rarement, apparaissent des saignements sous-cutanés et d'orifices comme la bouche et le nez, d'où l'appellation initiale de fièvre hémorragique.

La maladie à virus Ebola a marqué l'imaginaire collectif, non seulement en raison de son taux élevé de mortalité et de ses symptômes spectaculaires (liés au sang et à d'autres fluides corporels), mais aussi en raison du mystère qui l'entourait (Hewlett & Hewlett, 2008; Oldstone, 2010; Quammen, 2014). En effet, on a ignoré longtemps comment la prévenir et la traiter. Des sentiments d'impuissance, de fascination morbide et de peur se sont associés à ce virus, lui donnant un certain charme macabre (Herrick, 2019). De plus, le virus Ebola est considéré comme une arme biologique potentielle et on craint que des groupes terroristes s'en emparent (Hewlett & Hewlett, 2008; Oldstone, 2010). Cette maladie fait donc frémir et les préoccupations qu'elle suscite font d'elle une candidate de choix pour des productions cinématographiques et littéraires d'horreur (comme les films *Outbreak* et *Ebola Syndrome* ou le livre *The Hot Zone*).

3.2.1.4 Le Zika et la souffrance de l'innocent

Le Zika est un flavivirus qui cause une maladie souvent comparée au chikungunya, à la dengue et au virus du Nil (Paul, 2016). La majorité des infections Zika sont asymptomatiques ou n'entraînent que de légers symptômes, dont fièvre, mal de tête, arthralgie (douleurs articulaires), conjonctivite (inflammation de l'œil) et éruption cutanée maculopapulaire (taches habituellement

rouges pouvant former des plaques) (Chen & Tang, 2016; Imperato, 2016; Teixeira et al., 2016; Paul, 2016). Le Zika est rarement mortel. Or, ce virus, qui était bien connu et qui semblait bénin, devient soudainement alarmant en 2016 lorsqu'on constate qu'il peut causer des souffrances chez les nourrissons. En effet, la grande inquiétude associée au Zika est son association potentielle avec le syndrome congénital Zika¹⁴. Ainsi, le Zika marque l'imagination populaire en raison de son association avec la souffrance d'une figure innocente et parce qu'il peut menacer une nouvelle vie humaine et, par conséquent, modifier les données démographiques.

3.2.2 Urgences épidémiques

Chaque épidémie est considérée comme une urgence internationale, mais les raisons qui justifient cette étiquette varient : la tuberculose est une urgence parce qu'elle est répandue à l'échelle mondiale et que les moyens pour la contrôler sont jugés inadéquats; l'H1N1 est nouvelle et la population n'est donc pas immunisée; l'Ebola s'est propagée dans des lieux densément peuplés dont l'infrastructure sanitaire est insuffisante et il existe un risque de propagation internationale; enfin, le Zika a été pour la première fois associé à des complications sévères, mais la corrélation causale restait à prouver.

3.2.2.1 La tuberculose, une maladie répandue

La tuberculose est étiquetée « urgence internationale » parce qu'elle est l'une des dix principales causes de décès dans le monde (OMS, 2018a). Selon l'OMS (2018a), en 2017, dix millions de personnes ont souffert de la tuberculose et 1,6 million en sont décédées. Ce triste bilan

¹⁴ Le syndrome congénital Zika renvoie à un spectre d'anomalies, de malformations congénitales et d'incapacités chez les enfants de mères qui ont attrapé le virus Zika lorsqu'enceintes (Imperato, 2016; Paul, 2016). Parmi les complications congénitales les plus communes, notons la microcéphalie (une taille réduite du cerveau et du crâne de l'enfant, souvent associée à des problèmes neurologiques et retard développementaux), une diminution du tissu cérébral, des dommages à l'arrière des yeux, des contractures congénitales (pied bot, par exemple) et l'hypertonie qui restreint les mouvements du corps après la naissance (CDC, 2019a; Coles et al., s.d.)

s'explique par un laisser-aller qui se traduit par un manque d'engagement de nombreux pays, par des lacunes dans la recherche scientifique et par l'inaccessibilité de traitements médicaux (Keshavjee & Farmer, 2012; Nightingale, 2010). À cause d'un manque de soins appropriés, les traitements sont inadaptés ou incomplets, ce qui facilite la résistance de la bactérie aux médicaments. Cette résistance se manifeste à trois niveaux : 1) la tuberculose dite multirésistante résiste aux deux médicaments les plus puissants, soit l'isoniazide et la rifampicine, 2) la tuberculose « extrêmement résistante » ou « ultrarésistante » résiste en plus à la fluoroquinolone et à au moins un des trois médicaments injectables de seconde ligne (amikacine, kanamycine ou capreomycine) et 3) la tuberculose « totalement résistante » ne répond à aucun de ces traitements (CDC, 2017; OMS, 2018b). Les souches résistantes de la tuberculose compliquent les efforts pour contrôler la maladie à l'échelle mondiale puisqu'elles requièrent un traitement prolongé au moyen de drogues qui sont habituellement moins efficaces, plus dispendieuses et dont les effets secondaires sont plus importants (Minion et al., 2013). En raison de ces résistances, la tuberculose est dite (ré)émergente car elle réapparaît sous différentes formes.

3.2.2.2 L'H1N1 et l'absence d'immunité

Les virus d'influenza sont qualifiés d'instables parce qu'ils sont susceptibles de subir des réassortiments génétiques (Franco-Paredes et al., 2009). Puisqu'ils circulent entre différentes espèces animales (humains, volaille, porc), leur composition génétique peut se recombiner et constituer un casse-tête inter-espèce. Ainsi, en raison des nouvelles configurations que prennent ces virus, il y a toujours un risque de voir éclore un nouveau variant de l'influenza, contre lequel la population humaine n'est pas immunisée (Franco-Paredes et al., 2009; OMS, 2005). C'est ce qui justifie l'étiquetage de l'influenza comme maladie (ré)émergente.

La première pandémie du XXe siècle est l'éclosion d'un nouveau variant d'influenza de sous-type H1N1, contre lequel il n'y avait pas d'immunité collective. Après son apparition au

Mexique en mars 2009, la maladie s'est rapidement propagée en Amérique du Nord, puis à l'échelle mondiale. Le Mexique, les États-Unis, le Canada, le Chili et l'Australie ont documenté le plus de cas confirmés (Kumar et al., 2009). Le 25 avril 2009, l'OMS a déclaré une urgence de santé publique de portée internationale (Infection Prevention Control Canada, 2014). La pandémie (« phase 6 ») a été déclarée le 11 juin 2009.

Bien que la maladie provoque habituellement les mêmes symptômes que le rhume et qu'elle soit bénigne chez la plupart des gens, elle s'est avérée sévère chez certaines personnes qui ont souffert de complications respiratoires (Gouvernement du Canada, 2010; Kumar et al., 2009). Ces complications ont particulièrement affecté un groupe démographique dit « jeune » (entre 10 et 60 ans) et en bonne santé (Gouvernement du Canada, 2010). Cette apparition du nouveau variant d'influenza H1N1 qui affecte une population qui n'est pas immunisée (Franco-Paredes et al., 2009) et qui génère des complications dans des groupes inhabituels, a suscité d'importantes craintes. Les autorités sanitaires ont annoncé qu'il était urgent de produire rapidement un vaccin pour immuniser la population mondiale. La fin de la pandémie a été déclarée le 10 août 2010, lorsque la directrice générale de l'OMS a annoncé que cette souche d'influenza était désormais en période post-pandémique, un moment qui se caractérise par la circulation endémique du virus et par l'augmentation de l'immunité de la population, désormais moins vulnérable (Infection Prevention Control Canada, 2014).

3.2.2.3 L'Ebola et l'exceptionnalité

L'éclosion d'Ebola de 2013-2016 a commencé par un premier cas en décembre 2013 à Guéckédou, en Guinée du Sud, près des frontières du Libéria et de la Sierra Leone, deux pays qui ont subséquentement été touchés (Quammen, 2014). Le 8 août 2014, l'OMS a déclaré que cette éclosion constituait une urgence de santé publique de portée internationale et moins d'un mois plus tard, le 5 septembre 2014, on dénombrait 3 988 cas possibles d'Ebola et 2 122 décès. Cette

épidémie a été dès ses débuts l'éclosion d'Ebola la plus mortelle de l'histoire de la maladie. Au total, il y a eu environ 28 000 cas et plus de 11 000 décès (Purpura, Choi & Rollin, 2016).

L'expression « sans précédent » a été associée à cette éclosion d'Ebola (Hofman & Au, 2017). Elle se distingue des éclosions précédentes par son ampleur et par l'étendue de sa propagation. Elle est devenue, pour la première fois, une épidémie urbaine qui touchait des lieux densément peuplés (comme Monrovia, Conakry, Lagos). Les autorités sanitaires craignaient une propagation internationale, notamment en raison de la présence de la maladie en milieux urbains et de la surcharge des infrastructures sanitaires en Afrique de l'Ouest, où les pays touchés étaient incapables de répondre aux demandes croissantes d'isolement de patients et de mise sur pied de protocoles stricts de contrôle et de prévention des infections (Quammen, 2014). En fait, cette épidémie a été la première éclosion intercontinentale d'Ebola, avec quelques cas aux États-Unis, en Espagne, en Italie et au Royaume-Uni (Hofman & Au, 2017; OMS, 2016). On a reproché à la communauté internationale de ne pas avoir fait suffisamment d'efforts pour aider les pays les plus touchés, d'avoir négligé des problèmes structurels qui ont amplifié l'éclosion (pauvreté, insuffisance de l'infrastructure sanitaire) et d'avoir sous-estimé la rapidité et l'étendue de la propagation (Hofman & Au, 2017; Quammen, 2014). La fin de l'urgence a été déclarée le 29 mars 2016, au moment de la diminution de la fréquence de nouveaux cas dans les trois pays principalement touchés en Afrique de l'Ouest et lorsque les autorités sanitaires de ces pays ont été capables de gérer les éclosions sporadiques.

3.2.2.4 Le Zika et les inconnus

Il est admis que l'épidémie 2015-2017 de Zika a commencé en 2007 sur une île du Pacifique, l'Île Yap en Polynésie (Imperato, 2016; Paul, 2016). Environ 73% de la population a été infectée. Ensuite, en 2013, le virus s'est répandu en Polynésie française où il a infecté environ 10% de la population. C'est à ce moment que des anomalies congénitales ont été constatées chez

les enfants de mères qui avaient attrapé le Zika lorsqu'enceintes (Chen & Tang, 2016; Imperato, 2016; Paul, 2016). Cependant, une corrélation causale n'a pas été établie à ce moment-là. En 2014, la présence du Zika est constatée en Nouvelle Calédonie et il se propage rapidement aux Îles Cook, à l'Île de Pâques puis au Brésil qui devient l'épicentre de cette épidémie (Imperato, 2016; Paul, 2016). On suppose que des moustiques porteurs du virus Zika se sont propagés au Brésil lors de la coupe du monde de soccer (2014) ou des Championnats du monde de course en ligne de canoë-kayak (2015).

Au Brésil, les premiers cas sont diagnostiqués en mai 2015. En décembre, on compte déjà plus de 1,5 million de cas, en plus de noter une propagation du virus dans les Caraïbes et les autres pays d'Amérique latine, à l'exception du Chili dont le climat n'est pas propice à la survie du moustique porteur (Chen et Tang, 2016; Paul, 2016). En février 2016, l'OMS a déclaré une urgence de santé publique de portée internationale (Ferguson et al., 2016; Imperato, 2016), une décision justifiée par le nombre d'infections et par les complications potentielles du virus. En effet, l'épidémie 2015-2017 de Zika est jugée importante car c'est à ce moment-là que la corrélation entre cette maladie et d'autres problèmes médicaux, dont le syndrome de Guillain-Barré¹⁵ et le syndrome congénital Zika, a été constatée (Imperato, 2016; Purpura, Choi & Rollin, 2016; Ventura, 2016; Meda et al., 2016). L'OMS a déclaré une urgence de santé publique de portée internationale afin d'enclencher un processus technocratique au cours duquel tous les États signataires du Règlement sanitaire international sont incités à investir dans la recherche sur le Zika et à partager leurs données sur cette maladie et ses complications, afin de confirmer ce lien causal qui était jusqu'alors hypothétique (Dyck, 2018). La fin de l'urgence a été annoncée le 18 novembre 2016, après confirmation que le Zika cause le syndrome congénital du Zika. À ce moment, on

¹⁵ Le syndrome de Guillain-Barré est une maladie inflammatoire du système nerveux périphérique.

postule que le virus Zika ne disparaîtra pas et qu'il deviendra endémique, avec des transmissions soutenues chaque année (Ferguson et al., 2016; Imperato, 2016; Paul, 2016). On prévoit cependant que l'immunité collective ralentira éventuellement sa propagation.

3.2.3 Le statut épidémiologique au Canada

Les quatre maladies ont chacune eu une présence variable au Canada, soit une présence endémique (tuberculose), une forte présence épidémique (H1N1), une présence relativement faible (Zika), ou enfin une absence épidémiologique totale (Ebola).

3.2.3.1 L'endémie de tuberculose

Au Canada, la tuberculose est une maladie à déclaration obligatoire et son traitement est aussi obligatoire en vertu de la loi. Au XIX^e siècle, elle était une des principales causes de mortalité au Canada. Des efforts sont donc déployés depuis longtemps pour la contrôler. Le premier sanatorium¹⁶ canadien (Muskoka Cottage Sanatorium à Gravenhurst en Ontario) a ouvert ses portes en 1897 (Grzybowski & Allen, 1999). En 1938, 61 sanatoriums (avec près de 9 000 lits) étaient ouverts et cinq années plus tard en 1953, on comptait 101 sanatoriums avec 19 000 lits. Au début du XX^e siècle, l'Association de la prévention de la tuberculose de Montréal a inauguré un traitement ambulatoire des patients atteints de la tuberculose. En 1909, la première infirmière canadienne spécialiste en tuberculose, payée par le *National Sanatorium Association*, avait pour tâche de visiter à leur domicile à Toronto des patients tuberculeux afin de leur offrir des suivis post-sanatorium, de les informer, de désinfecter les lieux et de leur fournir du matériel hygiénique comme des mouchoirs jetables (Grzybowski & Allen, 1999).

¹⁶ Le traitement de la tuberculose se faisait autrefois dans des sanatoriums, soit des établissements où les patients infectés étaient isolés et où on leur prescrivait du repos, une alimentation nutritive, l'air frais et une thérapie pneumothorax (injection de l'air dans la cavité pleurale) (Grzybowski & Allen, 1999; Rolleston, 1933).

Aux XIXe et XXe siècles, le Canada était perçu comme un leader international exemplaire, un modèle à suivre pour contrôler la tuberculose. On avait alors l'espoir de pouvoir l'éradiquer.

En 1937, Wodehouse (p.135-136) écrivait:

Our death-rate from tuberculosis this year, although the figures are not out yet, will be round 60 per 100 000 for all forms of tuberculosis. Now that is a very creditable figure. It has been going down. [...] We are quite convinced that we can handle the incidence of tuberculosis in Canada in [First Nations'] case probably as well as we can among the whites, provided we get the national assistance and social services.

Entre 1940 et 1980, l'incidence annuelle de la tuberculose a diminué au Canada; ce fut une période de concentration des efforts, de déploiement d'interventions ciblées et de fabrication de nouveaux médicaments. Ces taux ont ensuite atteint un plateau. Depuis la dernière décennie, on note une incidence annuelle presque stable (entre 1 500 et 1 800 cas signalés chaque année) (Gouvernement du Canada 2019a). Avec de tels chiffres, le Canada est considéré comme un pays ayant une faible prévalence de tuberculose (Huston, 2017). Récemment, on a néanmoins senti un regain de motivation dans la lutte contre la tuberculose. Le document *The Time is Now. Eliminating Tuberculosis in Canada*, approuvé par la cheffe de santé publique du Canada Dr Teresa Tam, dénonce les taux de tuberculose dans les communautés inuites, qui sont 300 fois plus élevés que chez les allochtones nés au Canada (Gouvernement du Canada, 2018a). Le gouvernement fédéral a promis d'éradiquer la tuberculose du Nord canadien d'ici 2030.

3.2.3.2 L'épidémie d'H1N1

L'influenza H1N1 a eu une forte présence épidémique au Canada (Gouvernement du Canada, 2010; Infection Prevention Control Canada, 2014). Les premiers cas canadiens d'H1N1 ont été confirmés le 26 avril 2009. La maladie a touché l'ensemble du pays, avec un taux de mortalité d'environ 1,3 par 100 000 habitants. Deux vagues distinctes ont touché le Canada. La première s'est produite entre le 12 avril 2009 et le 29 août 2009. La deuxième, qui a causé de

quatre à cinq fois plus d'hospitalisations et de décès, a eu lieu entre le 30 août 2009 et le 27 janvier 2010.

Dans son plan de préparation en cas de grippe pandémique, le Gouvernement fédéral (2018b) encourage les provinces à intervenir à l'aide de techniques de santé publique classiques, axées sur la surveillance, l'éducation populaire et la vaccination. Cette dernière a été la stratégie la plus efficace pour gérer l'épidémie. Le vaccin, disponible pendant la deuxième vague de la pandémie, a surtout été offert à des groupes jugés à risque de complications (dont les femmes enceintes, les populations autochtones et les enfants âgés de six mois à quatre ans) et aux personnes dont les services étaient jugés essentiels (Gouvernement du Canada, 2010; Racine, 2012). Il s'agit de la plus grande campagne de vaccination canadienne, après celle de la COVID-19.

Après le SRAS qui était survenu six ans avant l'influenza H1N1, le Canada avait fait d'importants efforts pour se préparer aux éclosions de maladies (ré)émergentes. Néanmoins, il a été accusé d'être mal préparé pour l'H1N1 et ses interventions ont été l'objet de vives critiques du public et des médias, notamment à cause d'un manque d'équipement médical et d'un débordement des systèmes de santé. Selon Rosella et al. (2013), l'imposition d'une réponse nationale a été compliquée par l'urgence de la situation et par le besoin de prendre des décisions alors même qu'on récoltait de l'information sur la maladie et l'éclosion. Le besoin de coordonner une intervention à des niveaux multiples (international, fédéral, provincial, local) et dans divers secteurs (hôpitaux, écoles, lieux de travail) a aussi entraîné des embûches administratives qui ont nui à la gestion de la maladie.

3.2.3.3 L'absence épidémiologique de l'Ebola

En dépit d'une absence épidémiologique de l'Ebola au Canada, l'épidémie 2013-2016 y a été tout de même ressentie. Tout d'abord, le Canada s'est impliqué dans la lutte contre l'Ebola dans les pays touchés en Afrique de l'Ouest, notamment en envoyant des équipes de laboratoire

mobile (Outhwaite & Taylor, 2017), en développant gratuitement un vaccin expérimental et en collaborant aux expériences cliniques en Guinée (Plummer & Jones, 2017). Notons cependant que sa participation internationale a parfois été qualifiée d'insuffisante (Owens, 2015).

L'épidémie d'Ebola a aussi été ressentie au Canada à cause des préoccupations qu'elle a engendrées. On éprouvait des craintes en raison de quelques cas possibles ici même (cas qui ont cependant tous été infirmés) et d'inquiétudes à l'égard du personnel humanitaire canadien qui revenait au pays après une mission en Afrique de l'Ouest. Ce risque perçu a pris de l'ampleur lorsque quelques cas sont survenus aux États-Unis. À ce moment, le Canada a adopté des mesures de prévention et de préparation, notamment des protocoles sanitaires à suivre en cas d'éclosion, la préparation de certains hôpitaux qui pourraient gérer des cas d'Ebola au besoin et la suspension de visas pour les citoyens de Guinée, du Libéria ou de Sierra Leone (Gouvernement du Canada, 2019b). Somme toute, l'Ebola a eu une incidence au Canada parce que son risque y a été ressenti (Adeyanju, 2010; Adeyanju & Oriola, 2010; Rosendal Østergaard, 2015). Même si elle a été absente sur le plan épidémiologique, elle a été présente dans les discours, comme en témoigne son importante couverture médiatique, parfois qualifiée de sensationnaliste (Humphries, Radice & Lauzier, 2017; Owens, 2015).

3.2.3.4 La faible prévalence du Zika

Quant au Zika, il a eu une présence négligeable au Canada. En effet, le climat n'est pas propice à la présence des moustiques *Aedes aegypti* qui transmettent la maladie (Tataryn et al., 2018). On n'ignorait pas que le moustique *Culex*, présent au Canada, puisse porter le virus Zika, mais il ne le transmet pas avec efficacité, ce qui rendait peu probable une transmission à grande échelle (Dibernardo et al., 2017). Les cas de Zika au Canada ont surtout été importés par des voyageurs en provenance de pays touchés qui revenaient au pays, notamment à cause du tourisme d'hiver dans les Caraïbes et en Floride. On s'est inquiété de la tenue des Jeux olympiques 2016 à

Rio de Janeiro (Brésil). On craignait que l'augmentation du nombre de voyageurs au Brésil pour cet événement favorise la propagation de la maladie à l'échelle mondiale. L'OMS n'a pourtant pas recommandé l'annulation ou le déplacement de ces Jeux, en expliquant que des voyages avaient déjà lieu au Brésil et que des visiteurs supplémentaires ne changeraient pas la propagation internationale de la maladie de façon significative. De plus, quelques transmissions par voie sexuelle se sont produites au Canada. Entre octobre 2015 et août 2018, on a signalé 569 cas d'infection du Zika lors de voyages et quatre cas de transmissions sexuelles (Gouvernement du Canada, 2019c). Notons aussi que le syndrome congénital Zika a été très peu présent au Canada. Parmi les 573 cas de Zika signalés entre octobre 2015 et août 2018, cinq complications congénitales ont été notées (Gouvernement du Canada, 2019c). Selon Nelson (2018), jusqu'en octobre 2017, un seul cas de microcéphalie à cause du virus Zika avait été confirmé.

3.2.4 Rapport au corps de l'Autre

Les quatre maladies supposent un rapport particulier à l'Autre en raison de leur niveau de contagion et de leurs modalités de transmission: propagation aérienne par microgouttelettes invisibles (tuberculose, H1N1), transmission par fluides corporels (Ebola) et contagion par des vecteurs animaux (Zika). Elles illustrent donc les contacts qui se produisent à notre insu avec les corps des Autres.

3.2.4.1 La tuberculose, l'H1N1 et les microgouttelettes

La tuberculose et l'influenza H1N1 sont toutes deux transmises par voie aérienne et plus précisément par des microgouttelettes propagées par des toux ou des éternuements non protégés (Infection Prevention and Control Canada, 2014; Ministre de la Santé du Canada, 2014). Toutes deux nous rappellent donc notre proximité au corps d'autrui dont des particules sont expulsées dans l'air. L'influenza peut aussi être propagée par transmission passive (par un objet

touché par une personne malade qui devient contagieux). Ce type de contagion nous rappelle que le corps de l'Autre peut être proche même si, dans les faits, il est absent ou éloigné, parce qu'il laisse des traces avec lesquelles d'autres individus entrent en contact et qui peuvent les rendre malades.

3.2.4.2 *L'Ebola et les fluides*

Le virus Ebola est initialement transmis aux humains lors de contacts avec les fluides d'animaux porteurs ou infectés (OMS, 2019c). Les chauves-souris sont un réservoir naturel, c'est-à-dire qu'elles portent le virus sans tomber malades et qu'elles peuvent le transmettre à d'autres espèces. Ensuite, la maladie se propage dans la population humaine. La transmission entre individus s'effectue lors d'un contact entre d'une part une peau brisée ou des membranes muqueuses et d'autre part le sang, les sécrétions ou d'autres fluides corporels d'individus infectés ou d'objets contaminés par ces fluides. Un individu est contagieux aussi longtemps que son sang contient une charge virale et celle-ci augmente tout au long de la maladie avec la progression des symptômes. Dans cette optique, les soignants, comme les professionnels de la santé ou les proches aidants, sont des groupes à risque.

Les pratiques funéraires traditionnelles dans certaines régions touchées peuvent aussi poser un risque de transmission. En effet, dans des communautés en Afrique de l'Ouest, la famille doit préparer le défunt pour le voyage dans l'autre monde. Les leaders religieux (imams et prêtres) dirigent habituellement les rites funéraires et procèdent au lavage du corps, à son habillage et à son maquillage. Le corps est ensuite exposé et fait l'objet de caresses par la famille, des membres de la communauté et parfois des visiteurs (Bagcchi, 2014; Faye et al., 2015; Piot, Muyembe & Edmunds, 2014). Ces rites jouent un rôle important pour la famille et la communauté endeuillées, car on croit que le repos éternel et le passage dans l'au-delà ne peuvent être assurés que grâce à eux (Fairhead, 2016). Parce que le corps et ses fluides sont contagieux, ces pratiques traditionnelles

ont été sécurisées (c'est-à-dire menées par des professionnels de la santé vêtus d'équipement de protection personnelle) et parfois interdites lors de l'épidémie d'Ebola afin d'éviter la propagation de la maladie (Baştuğ & Bodur, 2015; Cleaton et al., 2016; Le Marcis, 2015; Marshall & Smith, 2015). Comme la contagion associée à l'Ebola est liée aux sécrétions du corps de l'Autre, cette maladie peut entériner la croyance voulant que ce qui « sort des corps » (Mullens, 2004) est impur et dangereux.

3.2.4.3 *Le Zika et les vecteurs*

Le virus Zika est habituellement transmis par des piqûres du moustique *Aedes aegypti* infecté, la même espèce de moustique qui transmet la dengue, le chikungunya et la fièvre jaune. La maladie du Zika est aussi transmise, mais de façon moins fréquente, par le sang lors de transfusions sanguines et par des rapports sexuels (Chen & Tang, 2016; Imperato, 2016; Paul, 2016).

Les moustiques *Aedes aegypti* sont une espèce invasive dans l'hémisphère Ouest, qui s'est bien adaptée aux milieux urbains densément peuplés, notamment parce qu'ils se reproduisent dans les contenants d'eaux usées (Imperato, 2016; Paul, 2016). Ils sont aussi qualifiés d'agressifs puisqu'ils piquent habituellement des endroits sur le corps qui sont moins facilement défendus comme les coudes et chevilles. Cette transmission est bidirectionnelle, c'est-à-dire qu'un moustique infecté transmet la maladie à un humain et qu'un individu infecté piqué par un moustique non infecté transmet la maladie à ce dernier qui devient dès lors porteur du virus et peut ensuite le transmettre à d'autres humains. Cette bidirectionnalité de la transmission alimente un cycle continu de propagation dans une communauté. Ces moustiques sont en quelque sorte porteurs du corps de l'Autre. Ils font le pont entre deux corps qui sans eux n'auraient peut-être pas eu de contacts.

3.2.5 Principaux groupes touchés

Finalement, chaque maladie touche principalement des groupes différents, qui ont été par la suite altérés : les immigrants et Autochtones pour la tuberculose, les Mexicains pour l'H1N1, des communautés en Afrique de l'Ouest pour l'Ebola et les Brésiliens pour le Zika.

3.2.5.1 La tuberculose: immigrants et Autochtones

Au Canada, la tuberculose touche aujourd'hui principalement deux groupes : les personnes nées à l'étranger (71,8% des cas, en 2017) et les Autochtones (17,4% des cas, en 2017) (Gouvernement du Canada, 2019b; Huston, 2017; Long & Ellis, 2015). Au cours des 50 dernières années, la proportion de personnes nées à l'étranger et atteintes de la tuberculose n'a cessé de croître. Ce changement de la situation épidémiologique s'explique, selon Minion et al. (2013), par des changements dans les tendances d'immigration, notamment l'augmentation d'immigrants qui proviennent de pays d'Asie et d'Afrique où l'incidence de la maladie est plus grande. La tuberculose chez les allochtones nés au Canada est rare et touche habituellement les personnes âgées, des personnes vivant sous le seuil de la pauvreté et les personnes sans-abri (Long & Ellis, 2015, Huston, 2017).

Les populations autochtones sont depuis longtemps plus touchées que les autres Canadiens. En 1933, elles comptaient 7,5 fois plus de décès causés par la tuberculose (Rolleston, 1933). Le passé colonial du pays explique cette différence dans les taux d'incidence. Disons tout d'abord que la présence de la tuberculose dans des communautés autochtones reflète les moments de contact avec les colonisateurs européens; les Autochtones de la côte Est ont été exposés il y a environ 300 ans, ceux de la côte Ouest il y a environ 200 ans, ceux des prairies il y a 100 ans lorsque des voies ferroviaires ont été construites; quant aux nations d'Inuits et Inuites, elles ont été touchées aux XIXe et XXe siècles lors des expéditions nordiques (Grzybowski & Allen, 1999). La prévalence contemporaine de la tuberculose chez les Autochtones s'explique par des politiques de ségrégation

et d'assimilation, qui ont provoqué un ensemble de problèmes (problèmes de santé mentale et physique, consommation de substances nocives, décrochage scolaire, pauvreté, etc.) qui constituent tous des facteurs de risque de maladies infectieuses, dont la tuberculose. On explique donc la présence de la tuberculose dans les communautés autochtones par des problèmes sociaux, notamment de mauvaises conditions sanitaires sur certaines réserves, la densité d'occupation des maisons, la malnutrition et l'inaccessibilité de soins médicaux et de médicaments. C'est ainsi que le passé colonial et des décennies d'infériorisation se traduisent par une plus grande présence de la tuberculose dans ces communautés.

Notons également que les interventions pour lutter contre la tuberculose chez les Autochtones ont été qualifiées de pratiques coloniales violentes (Geddes, 2017; Meijer Drees, 2013). Auparavant, les Autochtones malades étaient retirés de leur communauté et internés parfois de force dans les sanatoriums et des « hôpitaux indiens ». Privés de contacts avec leur famille, plusieurs d'entre eux n'ont jamais revu leurs proches et beaucoup ont été enterrés de façon anonyme. Ils ont aussi été victimes de violences de tout genre - physiques, psychologiques, culturelles, spirituelles, sexuelles, médicales. C'est pourquoi ces sanatoriums et « hôpitaux indiens » sont considérés comme un pilier des politiques d'assimilation et comme un outil génocidaire. D'ailleurs, certains patients n'ayant pas la tuberculose auraient été faussement diagnostiqués, appréhendés et confinés (Geddes, 2017 ; Meijer Drees, 2013). Cette maladie a donc parfois servi de prétexte à la ségrégation raciale. Somme toute, au Canada, la tuberculose touche deux groupes Autres : les immigrants qui personnifient une localité lointaine « à problème » et les Autochtones, chez qui la maladie est symptomatique d'inégalités et de problèmes sociaux historiques.

3.2.5.2 L'H1N1 et le Mexique

La pandémie d'influenza H1N1 de 2009 a commencé au Mexique. On s'est rendu compte que ce virus contenait une combinaison unique de gènes viraux de la grippe de type A ainsi que des éléments génétiques des grippes porcine et aviaire nord-américaines, de la grippe humaine et d'une grippe porcine eurasienne (Gouvernement du Canada, 2010). À son apparition, on a accusé des fermiers mexicains de pratiques d'élevage porcin insalubres, désorganisées et propices à un mélange génétique inter-espèce (Tadros, 2010).

3.2.5.3 L'Ebola et la figure de l'Afrique

La maladie à virus Ebola est depuis longtemps associée à des figures africaines. Elle a été découverte en 1976, lors de son apparition simultanée à Nzara (Soudan du Sud) et en Yambuku (République Démocratique du Congo), un village près de la rivière Ebola qui lui a donné son nom. Par la suite, plusieurs éclosions ont eu lieu en Afrique centrale, du Sud et de l'Ouest : Tandala (1977), les camps de réfugiés dans le cours de la rivière Ivindo (1994), Kikwit (1995), deux occurrences au Mayibout (1996), Booué (1996), plusieurs éclosions en République démocratique du Congo (2001-2002, 2007-2009, 2018-2020), Mbomo (2002-2003, 2005) et l'éclosion de 2013-2016 surtout concentrée en Guinée, en Sierra Leone et au Libéria (Quammen, 2014). La maladie touche principalement des communautés pauvres et éloignées des centres urbains où les habitants ont des contacts avec des animaux non domestiqués. Les problèmes sociaux vécus dans les régions africaines touchées par la maladie (conflits politiques ou ethniques, pauvreté), les lacunes dans l'infrastructure sanitaire et un manque d'accès aux soins de santé ont historiquement augmenté les taux d'incidence et de mortalité de l'Ebola. C'est pourquoi la maladie tend à être associée à un milieu « africain » perçu comme un lieu « à problèmes ».

3.2.5.4 Le Zika et l'Amérique du Sud

Le Brésil (et plus largement l'Amérique du Sud) est le principal lieu de concentration du Zika. Son climat est un élément clé de la présence de la maladie puisque les moustiques *Aedes*

aegypti ne vivent que dans des zones tropicales (Paul, 2016). La pauvreté des communautés touchées est aussi considérée comme un facteur de risque parce qu'elle empêche la protection adéquate des habitations contre l'infiltration de moustiques (moustiquaires et air climatisé), parce qu'elle augmente les probabilités d'eaux stagnantes propices à la reproduction du moustique et parce qu'elle ne favorise pas l'accès à des insecticides et aussi à des mesures de contraception. Ces dernières sont importantes car elles peuvent prévenir une grossesse chez les femmes potentiellement infectées du Zika et donc réduire les risques du syndrome congénital Zika. Notons également que le Brésil a été l'objet de critiques internationales puisque l'avortement y est criminalisé, sauf si le fœtus est non-viable (Diniz, 2016; Ferguson et al., 2016). Dans le contexte d'une épidémie qui entraîne des anomalies congénitales, l'accès à l'avortement était fortement revendiqué. En résumé, le Zika tend à être associé à des communautés tropicales d'Amérique du Sud qui sont victimes d'importantes inégalités sociales.

3.3 L'analyse du discours

Le concept foucauldien de jeux de vérité nous invite à concevoir la vérité comme une production discursive qui devient normative lorsqu'elle entre dans un réseau de relations de pouvoir (Foucault, 2001y). L'analyse du discours est donc essentielle aux réflexions sur les jeux de vérité. À sa base, le discours se définit comme un ensemble de pensées, d'interprétations, de paroles et de conduites, qui sont agencées en une forme de savoir (Angermüller, 2011; Ellermann, 1998; Jensen, 2013). Foucault (2001q, p.841) le conçoit « comme le lieu d'enchaînement de ce qu'on dit et de ce qu'on fait, des règles qu'on s'impose et des raisons qu'on en donne, des projets et des évidences. » Le discours peut être compris comme un agencement triangulaire constitué de langage (parlé, écrit, représenté par des images), de savoirs et de pratiques (Angermüller, 2011).

3.3.1 Collecte des données

Notre recherche se voulait un équilibre entre l'étude « *top-down* » des discours produits par des institutions et l'analyse « *bottom-up* » des discours qui émanent du quidam (Angermüller, 2011). Accompagnée par notre co-directrice qui est anthropologue, nous avons adopté une démarche inspirée de l'ethnographie. L'ethnographie procède par une recension qui se veut totalisante et qui explore des sites d'études dans leur globalité et complexité (Dodier & Baszanger, 1997; Namian, 2012). Cependant, cette méthode est habituellement *in situ* et elle requiert généralement un déplacement physique du chercheur pour qu'il s'immerge dans un milieu, tandis que notre démarche se caractérise par une immersion virtuelle dans des « sites discursifs » (Blommaert & Bulcaen, 2000). Ainsi, chacune de nos études de cas doit être comprise comme un terrain de recherche et un lieu de collecte de données. Nous avons analysé en profondeur de multiples discours entourant quatre études de cas, en nous inspirant des écrits de Desmond (2014) et Marcus (1995) sur l'ethnographie, qui démontrent chacun l'importance de ne pas limiter le terrain de recherche à un endroit circonscrit et de multiplier les sites d'études en les identifiant progressivement. Par conséquent, notre démarche d'ethnographie discursive se caractérise par trois principes qui guident la collecte des données : 1) la volonté d'analyser en profondeur des sites d'étude, 2) l'identification progressive et inductive des données à récolter, selon ce qui émerge de celles déjà analysées et 3) la diversification des sources des données, c'est-à-dire la prise en compte de textes, d'images, de vidéos, de paroles ou de transcription de paroles qui sont produits et remis en circulation dans diverses sphères sociales. Nous avons construit un corpus (tableau 2) qui est diversifié sans être exhaustif. Il inclut des discours mis en circulation: 1) par des médias, 2) par des autorités sanitaires, 3) dans des forums de discussion sur Internet et 4) dans des films.

Tableau 2. Synthèse du corpus de données récoltées

Épidémie	Médias		Autorités sanitaires			Forums de discussion sur Internet		Films ¹⁷	Total par étude de cas (excluant les films)
	Articles	Photos	Organismes humanitaires	Gouvernement du Canada	OMS	Fils de discussion Reddit (n=nombre de commentaires)	Commentaires publiés en réponse aux articles de médias analysés	10	
TB	575	125	42	18	75	37 (n=111)	957		1 903
H1N1	626	107	5	10	51	36 (n=240)	9		1 048
Ebola	645	426	138	26	102	86 (n=666)	470		2 473
Zika	591	421	7	19	40	39 (n=156)	832		2 066
Total	2437	1079	192	73	268	198 (n=1173)	2 268		7 490

Avant de décrire le protocole de collecte, nous aborderons des éléments généraux qui ont guidé la récolte des données. Tout d'abord, nous avons créé des corpus de données séparés pour chaque épidémie. Ils ont ensuite été subdivisés en fonction de la source des discours (médias, organismes humanitaires, Gouvernement du Canada, OMS, commentaires sur Reddit et commentaires publiés sur les pages web des médias). Ces divisions nous ont permis d'analyser les discours propres à chaque étude de cas, tout en tenant compte des particularités de chaque type de donnée. De plus, sauf avis contraire, les données ont été récoltées au moyen des mots clés suivants : (« Tuberculose » ou « Tuberculosis »), (« H1N1 » ou « Swine flu » ou « grippe porcine »), « Ebola » et « Zika ».

Ensuite, dans notre analyse, nous considérons l'évolution temporelle des discours d'altérisation afin d'explorer des changements possibles au fil de la progression des épidémies. Pour ce faire, l'ensemble de notre protocole de collecte s'est appuyé sur deux techniques: 1) le refus de déterminer une date de début de collecte et 2) la sélection d'un échantillon qui contient

¹⁷ Les films sélectionnés ont été choisis pour leur popularité et non pas selon le type de maladie qui y était présenté. Les films n'ont donc pas été catégorisés en fonction de l'épidémie abordée puisque certains n'abordent pas une maladie sélectionnée pour nos études de cas.

des discours produits tout au long d'une épidémie, mais qui reflète les périodes de plus grande production discursive.

Premièrement, nous n'avons pas fixé une date de début de collecte des données. En effet, nous ne voulions pas récolter des discours publiés qu'à partir de la date de la déclaration d'urgence pour chaque épidémie, puisque l'éclosion d'une maladie peut faire l'objet d'importantes productions discursives avant d'être doté d'une étiquette d'urgence par l'OMS (Chapitre 1). Ainsi, le choix de ne pas circonscrire la collecte en fonction d'une date de début nous a permis d'explorer les discours produits: 1) lors d'éclosions de tuberculose, d'H1N1, d'Ebola et de Zika qui précèdent celles que nous avons ciblées, 2) lors de l'éclosion sélectionnée, avant la déclaration officielle d'urgence, 3) en période d'urgence officielle et 4) après la déclaration de la fin de l'urgence, le cas échéant. Cette procédure permet de tenir compte des transformations dans les discours par rapport à l'évolution de l'urgence. Puisque les données ont été extraites en janvier 2018, nous avons récolté des textes publiés au plus tard le 31 décembre 2017. Nous avons respecté cette délimitation temporelle dans la mesure du possible, mais cela a été impossible pour certaines pages Internet puisque nous n'avions pas toujours accès à la date exacte de publication; de plus, lorsque la dernière mise à jour de la page Internet dépassait le 31 décembre 2017, nous n'avions pas accès à des versions antérieures. Ainsi, pour des cas exceptionnels qui seront décrits dans le protocole détaillé, nous n'avons pas pu respecter *stricto sensu* cette date de fin de la collecte.

Deuxièmement, afin d'analyser l'évolution temporelle des discours d'altérisation, nous voulions que notre échantillon contienne des publications produites tout au long des épidémies ciblées. Comme les discours sur les épidémies n'apparaissent pas de façon uniforme, des pics de publications surviennent, habituellement après certains événements clés. Nous voulions aussi que notre échantillon reflète ces périodes de forte production discursive que nous ne pouvions

cependant pas déterminer d'avance. Nous avons donc entrepris une collecte randomisée stratifiée. Pour ce faire, toutes les données associées à une même épidémie et récoltées à partir d'une même source ont été classées par ordre chronologique. Nous avons ensuite construit notre échantillon en sélectionnant des données à intervalle fixe. Cet intervalle a été déterminé par la formule n/N , où n représente l'échantillon souhaité et N représente le nombre total de publications récoltées. L'application de cette formule pour chaque type de donnée sera expliquée en détail dans les sections suivantes.

3.3.1.1 Les médias traditionnels

Lors d'épidémies, les médias traditionnels sont une source souvent jugée digne de confiance par le grand public et représentent l'une des principales sources d'information sanitaire et médicale consultée (Barry et al., 2011; Rousseau et al., 2013). Des études ont montré que les médias peuvent influencer les perceptions publiques d'enjeux sanitaires (Joffe & Haarhoff, 2002; Holton, Weberling, Clarke & Smith, 2012) et modeler les jugements moraux émis par le public sur les populations touchées (Barry et al., 2011). Nous avons récolté des articles publiés par deux médias de chacune des trois catégories suivantes: 1) les quotidiens canadiens les plus consultés en période de collecte (Globe and Mail et Toronto Star), 2) une coalition canadienne de journalistes qui publient dans divers médias dans chacune des deux langues officielles du pays (La Presse canadienne et Canadian Press) et 3) le média public de communication en chacune des deux langues officielles du pays (Canadian Broadcasting Corporation [CBC] et Radio-Canada). Les articles ont été récoltés à partir des bases de données Factiva (pour Globe and Mail, Toronto Star, La Presse canadienne et Canadian Press) et Eureka (pour CBC et Radio-Canada), avec les mots clés prédéterminés. Compte tenu du grand nombre d'articles publiés par les médias, nous avons limité l'échantillon à 100 articles par médias pour chaque étude de cas (tableau 3).

Tableau 3. Protocole de collecte de données des articles dans les médias

Épidémie	Médias	Nombre initial d'articles	Doublons retirés	Articles retiré (hors sujet ¹⁸)	Nombre final d'articles	Intervalle ^{19 20}	Échantillon d'articles récoltés
TB	Globe and Mail	656	14	294	341	3	113
	Toronto Star	483	18	155	310	3	105
	La Presse canadienne	223	9	78	134	0,25	101
	Canadian Press	1 197	284	86	829	8	103
	CBC	195	26	10	157	0,33	104
	Radio-Canada	74	11	14	49	0	49
Sous-total : tuberculose		2 828	362	637	1 820	N/A	575
H1N1	Globe and Mail	787	72	51	664	6	111
	Toronto Star	438	11	23	404	4	101
	La Presse canadienne	1 084	31	51	1 002	10	100
	Canadian Press	5 036	976	54	4 114	41	100
	CBC	688	80	5	603	6	101
	Radio-Canada	232	5	1	226	2	113
Sous-total : H1N1		8 265	1 175	185	7 013	N/A	626
Ebola	Globe and Mail	484	100	70	314	3	104
	Toronto Star	668	138	55	475	4	119
	La Presse canadienne	539	7	15	517	5	104
	Canadian Press	1 756	119	71	1 566	15	104
	CBC	955	35	148	772	7	111
	Radio-Canada	286	3	6	277	2	103
Sous-total : Ebola		4 688	402	365	3 921	N/A	645
Zika	Globe and Mail	100	28	11	61	0	61
	Toronto Star	177	63	10	104	0	104
	La Presse canadienne	124	1	7	116	0,14	101
	Canadian Press	634	50	15	569	5	114
	CBC	312	58	6	248	2	124
	Radio-Canada	91	3	1	87	0	87
Sous-total : Zika		1 438	203	50	1 185	N/A	591
Total		17 219	2 142	1 237	13 939	N/A	2 437

¹⁸ Un article était jugé hors sujet lorsque moins d'un paragraphe était dédié à l'épidémie.

¹⁹ Les chiffres entiers renvoient à l'intervalle de *sélection* d'un article dans l'échantillon : par exemple, un intervalle de 2 signifie que 1 article est sélectionné, puis 2 articles sont omis. Quant aux chiffres décimaux, ils renvoient à l'intervalle de *l'omission* d'un article de l'échantillon: par exemple, un intervalle de 0,33 (1/3) signifie que nous avons omis 1 article à chaque 3 articles et sélectionné 2 d'entre eux; un intervalle de 0,25 (1/4) signifie que nous avons omis 1 article à chaque 4 articles; et un intervalle de 0,14 (1/7) signifie que nous avons omis 1 article à chaque 7 articles. Finalement, un intervalle de 0 signifie que le corpus entier est sélectionné pour l'échantillon.

²⁰ Rappelons que la formule employée pour déterminer l'intervalle stratifié est de n/N , où n renvoie à l'échantillon désiré (pour les articles de médias, $n=100$) et N renvoie au nombre total de textes produits dans la base de données (N variait selon le nombre d'articles retrouvés dans les bases de données à partir de notre recherche par mots clés).

Nous avons aussi récolté les images publiées avec les articles analysés. Puisque les bases de données utilisées pour la collecte des articles des médias n'entreposent que le texte, nous avons entrepris une recherche manuelle sur *Google* afin de retrouver les articles récoltés, pour ensuite extraire l'ensemble des images publiées (tableau 4).

Tableau 4. Protocole de collecte des photos publiées dans les articles analysés

Épidémie	Nombre d'articles récoltés	Nombre d'articles retrouvés en ligne par <i>Google</i>	Nombre d'articles avec photos	Nombre de photos récoltées
TB	575	146	77	125
H1N1	626	176	96	107
Ebola	645	209	226	426
Zika	591	215	227	421
Total	2 437	746	626	1 079

3.3.1.2 Autorités sanitaires

Nous avons aussi analysé les discours diffusés par des autorités sanitaires. En effet, on dit souvent que ce sont les autorités sanitaires qui produisent les récits d'épidémie dominants, ceux qui sont les plus disséminés et habituellement acceptés (Dry, 2010; Dry & Leach, 2010; Wald, 2008; Chapitre 1). Nous voulions donc analyser les dynamiques d'altérisation présentes dans ces discours investis d'une expertise et perçus comme disant la vérité sur l'épidémie. Pour ce faire, nous avons récolté les messages diffusés par trois types d'autorités sanitaires : 1) des organismes humanitaires, 2) le gouvernement canadien et 3) l'OMS. Nous avons récolté les publications qui ont pour but d'informer le grand public (communiqués de presse, transcriptions de conférences de presse, questions et réponses) et celles qui partagent des expériences *in situ* de l'épidémie (récits, blogues, témoignages).

Tout d'abord, nous avons choisi deux organismes humanitaires bilingues qui ont des succursales au Canada et qui sont intervenus dans les quatre études de cas choisies : la Croix-

Rouge (CR) et MSF. Nous avons accédé à leurs publications à partir des sites canadiens de chacun, où nous avons effectué une recherche des mots clés prédéterminés. La récolte s'est effectuée à l'aide du logiciel NCapture, qui convertit une page Internet en fichier PDF. Compte tenu du petit nombre de publications, nous avons récolté l'ensemble des écrits pertinents, publiés jusqu'au 31 décembre 2017 (tableau 5).

Tableau 5. Protocole de collecte des publications d'organismes humanitaires

Épidémie	Organisme	Nombre initial de publications	Nombre retiré (inaccès)	Nombre retiré (publiés après 2017)	Nombre retiré (hors sujet)	Doublons retirés	Échantillon récolté
TB	CR (français)	35	0	0	14	12	9
	CR (anglais)	49	0	0	39	6	4
	MSF (français)	48	0	0	28	1	19
	MSF (anglais)	72	14	0	34	14	10
Sous-total		204	14	0	115	33	42
H1N1	CR (français)	10	0	0	5	4	1
	CR (anglais)	13	0	0	10	0	3
	MSF (français)	1	0	0	0	0	1
	MSF (anglais)	2	1	0	0	1	0
Sous-total		26	1	0	15	5	5
Ebola	CR (français)	100	0	0	58	8	34
	CR (anglais)	90	0	5	18	27	40
	MSF (français)	72	1	0	15	0	56
	MSF (anglais)	102	14	0	32	48	8
Sous-total		364	15	5	123	83	138
Zika	CR (français)	14	0	0	12	0	2
	CR (anglais)	24	0	0	19	1	4
	MSF (français)	2	0	0	1	0	1
	MSF (anglais)	2	0	0	1	1	0
Sous-total		42	0	0	33	2	7
Total		636	30	5	286	123	192

Ensuite, puisque les données étaient circonscrites à l'échelle nationale, nous avons considéré les discours diffusés par le Gouvernement du Canada, qui transmet de l'information au public et aux provinces pour les renseigner et les guider. Sur le site Internet du Gouvernement du Canada, nous avons récolté à l'aide du logiciel NCapture et d'une recherche des mots clés prédéterminés, les pages web qui transmettaient des faits épidémiologiques (les pages intitulées « causes de la maladie », « symptômes de la maladie », « facteurs de risques », « traitement », « mesures de prévention », « questions et réponses ») et les pages qui offraient des conseils et des ressources au grand public et aux professionnels de la santé. Compte tenu du petit nombre de publications, nous avons récolté l'ensemble des pages web retrouvées. Notons également que nous n'avons pas pu restreindre la collecte à la date limite du 31 décembre 2017 et que nous avons récolté les pages Internet telles qu'elles apparaissaient lors de notre collecte au mois de janvier 2018 (tableau 6).

Tableau 6. Protocole de collecte des publications du Gouvernement du Canada

Épidémie	Nombre de pages récoltées
TB	18
H1N1	10
Ebola	26
Zika	19
Total	73

Nous avons finalement analysé les messages de l'OMS. Quoiqu'ils ne soient pas produits spécifiquement pour le Canada, ils sont remis en circulation au Canada parce que l'OMS, en tant qu'autorité sanitaire transnationale, guide les discours et protocoles. Les discours produits par l'OMS sont donc présents au Canada et leurs effets y sont ressentis, même si leur lieu de production n'est pas proprement canadien. À partir du site Internet de l'OMS, nous avons entrepris une recherche des mots clés prédéterminés et nous avons récolté : 1) les récits et anecdotes (les

pages « *stories* », « *features* »), 2) les nouvelles et communiqués de presse (les pages « *news* », « *press releases* ») et 3) les faits transmis au grand public et aux professionnels de la santé (les pages « *fact sheets* » et « *FAQs* »). Puisque nous avons trouvé un grand nombre de publications pour les deux premières catégories, nous avons restreint l'échantillon à un maximum de 50 récits et de 50 nouvelles, à partir d'une collecte randomisée stratifiée à intervalle fixe (tableau 7). Notons que les dates de publication des pages factuelles n'étaient pas toujours données. Nous n'avons donc pas pu restreindre la date limite de la collecte au 31 décembre 2017 pour ces pages et nous les avons récoltées telles qu'elles apparaissaient lors de notre collecte du mois de janvier 2018.

Tableau 7. Protocole de collecte des publications de l'OMS

Épidémie	Type de document	Nombre initial de documents	Intervalle ²¹	Échantillon final
TB	Récits	24	0	24
	Nouvelles	296	5	50
	Faits	1	0	1
Sous-Total		321	N/A	75
H1N1	Récits	0	0	0
	Nouvelles	71	0,25	50
	Faits	1	0	1
Sous-Total		72	N/A	51
Ebola	Récits	301	2,5 ²²	50
	Nouvelles	70	0,25	50
	Faits	2	0	2
Sous-Total		373	N/A	102
Zika	Récits	25	0	25
	Nouvelles	13	0	13
	Faits	2	0	2
Sous-Total		40	N/A	40
Total		806		208

²¹ Rappelons que la formule employée pour déterminer l'intervalle stratifié est de n/N , où n renvoie à l'échantillon désiré (dans le cas des récits et des nouvelles publiés par l'OMS, $n=50$) et N renvoie au nombre total de textes produits dans la base de données (N variait selon le nombre de publications retrouvées dans les bases de données à partir de notre recherche par mots clés).

²²Un intervalle de 2,5 signifie que nous avons procédé en deux temps: intervalle de « 2 » pour un premier temps et intervalle de « 0,5 » pour un deuxième temps. Ainsi, nous avons premièrement sélectionné des articles en fonction d'un intervalle de 2. Ensuite, nous avons fait une deuxième sélection, pour retirer certains articles de l'échantillon que nous avions récolté, qui était trop grand : nous avons retiré 1 article sur 2.

3.3.1.3 Forums de discussion sur Internet

Jusqu'à présent, les données décrites – les discours mis en circulation par les médias et par les autorités sanitaires – sont institutionnelles. Ces discours sont transmis par des groupes professionnels dotés d'une certaine « autorité épistémique » (Broudoux, 2017) et ils sont disséminés au public par des canaux officiels. Cependant, puisque nous considérons que le sujet se constitue au croisement de l'assujettissement et de la subjectivation (Deleuze, 1986; Foucault, 2001y; Otero, 2006; Chapitre 2), nous ne pensons pas que les discours soient imposés aux individus. En effet, ceux-ci naviguent à travers ces discours et ils peuvent les accepter, les modifier ou les refuser. Ceci a d'ailleurs été amplement souligné dans les théories sur la réception (Hall, 1980) selon lesquelles les discours ne sont pas porteurs de significations imposées à un public passif et assujetti, mais qu'ils sont actualisés au moment de leur réception. Dans cette optique, Briggs (2011) soutient que l'analyse des interprétations d'une épidémie ne devrait pas se limiter à l'étude du savoir des experts, puisque le public peut résister à ces discours officiels et en produire lui-même. Nous nous sommes intéressée à cette navigation à travers les discours et au sens que différents publics ont accordé à l'épidémie.

Les forums en ligne sont un site privilégié pour une telle analyse puisque ce sont des lieux où n'importe qui peut participer à un échange public sur un problème de société. Les espaces d'échanges et de discussions en ligne sont souvent vus comme des sites de reproduction, de négociation, de transformation ou de création de discours (Picard & Vial, 2012; Yuya et al., 2012). De plus, le corpus d'écrits produit par nos directeurs, nos collègues et nous-mêmes a montré l'importance de l'étude des conversations sur les réseaux sociaux, où des internautes accusent ou héroïsent des figures lors d'épidémies (Atlani-Duault et al., 2015, 2020; Desmarais, Roy, Nguyen & Rousseau, soumis ; Garlin-Politis, Roy, Ward & Atlani-Duault, soumis; Moreau, Roy, Wilson & Atlani-Duault, 2020; Roy, 2021; Roy et al., 2020, 2021). Si nos recherches antérieures se sont

intéressées aux commentaires publiés dans des médias sociaux comme Facebook, Twitter, Youtube et ВКонтакте (Desmarais, Roy, Nguyen & Rousseau, soumis; Garlin-Politis, Roy, Ward & Atlani-Duault, soumis; Roy, 2021; Roy et al., 2020, 2021; Valente et al., 2020), notre thèse se concentre sur les forums publics. Ces forums permettent d'étudier l'intégralité d'une conversation qui prend forme en réponse à un article, à une page Internet ou à un commentaire. Il devient ainsi possible d'analyser la « réception » (Hall, 1980) d'autres discours, comme ceux des médias et des autorités sanitaires. De plus, dans les forums, l'ensemble des commentaires en réponse à une publication se retrouvent sur une seule page web. Cela nous permet de suivre la discussion et de récolter les données facilement, sans l'appui d'une équipe technique (contrairement par exemple à l'analyse des tweets, où les discussions sont décousues en raison des fonctionnalités du « retweet »). Finalement, puisque nous avons choisi des forums publics, nous avons pu accéder aux données sans créer un compte (contrairement à l'analyse de commentaires sur Twitter, Facebook ou ВКонтакте). Nous avons identifié deux types de forums publics: *Reddit* et les plateformes de discussion en ligne sur les pages web des médias.

Reddit est une plateforme publique où un internaute peut commencer un fil de discussion en partageant (habituellement) un hyperlien ou (moins fréquemment) une opinion. D'autres utilisateurs du forum peuvent ensuite y réagir en publiant leurs commentaires sur le fil de discussion. Il s'agit donc d'un lieu pertinent pour analyser les « réceptions » (Hall, 1980) de discours comme ceux des médias et des autorités sanitaires. Nous y avons fait une recherche à partir des mots clés : (Tuberculosis + Canada), [(H1N1 or « Swine flu ») + Canada], (Ebola + Canada) et (Zika + Canada). Compte tenu du grand nombre de fils de discussion, nous voulions retenir les plus populaires. Nous avons donc récolté ceux qui avaient au moins 10 commentaires ou 10 mentions j'« aime ». Puisque les dates de publication des commentaires n'étaient pas

spécifiées, nous n'avons pas pu circonscrire notre collecte aux commentaires publiés jusqu'au 31 décembre 2017; les commentaires récoltés pouvaient donc avoir été publiés jusqu'à la date de notre collecte, en janvier 2018. Nous avons récolté l'ensemble des commentaires publiés sur chaque fil de discussion retenu, afin d'analyser l'intégralité d'une conversation. Ce mode de fonctionnement permet de considérer l'évolution d'une conversation, le contexte de publication d'un commentaire, les réponses données à un commentaire et les changements possibles d'opinions de la part d'un internaute. Nous avons exclu les commentaires qui ne cadraient pas avec notre grille d'analyse, et donc qui n'étaient pas pertinents pour notre recherche, ceux qui étaient incompréhensibles et ceux qui avaient été supprimés par les internautes eux-mêmes et qui nous étaient donc inaccessibles (tableau 8).

Tableau 8. Protocole de collecte des données sur Reddit

Épidémie	Fils de discussion retenus	Nombre total de commentaires	Commentaires exclus	Échantillon récolté
TB	37	1 282	1 171	111
H1N1	36	1 163	923	240
Ebola	86	1 478	812	666
Zika	39	1 203	1 047	156
Total	198	5 126	3 953	1 173

Nous avons également analysé des commentaires publiés en ligne en réponse à l'échantillon d'articles de médias que nous avons déjà analysés. Pour ce faire, nous avons récolté des commentaires publiés directement sur la plateforme Internet des médias. Notons que nous avons uniquement récolté les commentaires publiés en réaction aux articles publiés par *CBC*, *Radio-Canada* et *Globe and Mail* parce que *Toronto Star* a mis fin à la plateforme de commentaires sur son site web et parce que *La Presse canadienne* et *Canadian Press* sont des regroupements de journalistes qui publient dans des médias multiples et donc qui n'ont pas ce type de plateforme web centralisée.

Nous aurions pu sélectionner un échantillon de quelques commentaires publiés en réponse à l'ensemble des articles que nous avons analysés, mais ce mode de fonctionnement aurait produit un échantillon décontextualisé, faisant abstraction : 1) de l'ordre d'apparition des commentaires dans une conversation et 2) des réactions aux commentaires. Nous avons donc circonscrit un plus petit nombre d'articles et extrait l'ensemble des commentaires qui y répondaient, opérant ainsi dans la même logique que pour les fils de discussion *Reddit*.

Pour ce faire, nous avons d'abord entrepris une recherche Internet par *Google* pour retrouver les articles de médias que nous avons récoltés pour l'analyse. Nous avons ensuite gardé uniquement ceux qui avaient fait l'objet de commentaires d'internautes. Dans une troisième étape, nous avons sélectionné 25% des articles retrouvés et sur lesquels des internautes avaient publié des commentaires; afin de constituer un échantillon stratifié, nous avons organisé ces articles en ordre chronologique, puis nous en avons extrait 1 article à chaque 4 articles (tableau 9). Par la suite, nous avons récolté, à l'aide du logiciel NCapture, l'ensemble des commentaires publiés en réponse à ce 25% d'articles sélectionnés. Finalement, les commentaires qui ne cadraient pas avec notre grille d'analyse, et donc qui n'étaient pas pertinents pour cette étude, et ceux qui étaient incompréhensibles ont été retirés. Cela nous a donné notre échantillon final (tableau 10).

Puisque les données sociodémographiques des internautes-commentateurs nous étaient inconnues, nous ne pouvons pas confirmer leur géolocalisation ou leur nationalité. Il est donc possible que les commentaires récoltés sur les forums n'aient pas été publiés par des personnes résidant au Canada ou de nationalité canadienne. Cependant, nous émettons l'hypothèse que le choix qu'ont fait ces internautes de publier des commentaires sur des articles et fils de discussions rattachés au Canada révèle une certaine inclinaison et pourrait indiquer un lien d'appartenance.

Tableau 9. Protocole d'échantillonnage des articles

Épidémie	Médias	Articles analysés	Articles retrouvés	Articles retrouvés, avec commentaires	Échantillon d'articles (25% des articles retrouvés, avec commentaires)
TB	Globe and Mail	113	28	1	1
	CBC	104	80	12	3
	Radio-Canada	49	38	8	2
Sous-Total		266	146	21	6
H1N1	Globe and Mail	111	49	0	0
	CBC	101	54	1	1
	Radio-Canada	113	73	1	1
Sous-Total		325	176	2	2
Ebola	Globe and Mail	104	42	1	1
	CBC	111	89	32	8
	Radio-Canada	103	78	15	3
Sous-Total		318	209	48	12
Zika	Globe and Mail	61	25	4	1
	CBC	124	109	54	13
	Radio-Canada	87	81	23	5
Sous-Total		272	215	81	19
Total		1 181	746	152	39

Tableau 10. Protocole de collecte des commentaires publiés en réponse aux articles retenus

Épidémie	Médias	Commentaires qui répondent à l'ensemble des articles analysés retrouvés en ligne	Commentaires qui répondent à l'échantillon (25%) d'articles	Commentaires exclus (hors thématique, incompréhensibles)	Échantillon final
TB	Globe and Mail	1	1	0	1
	CBC	3 715	1 395	438	957
	Radio-Canada	30	21	0	21
Sous-Total		3 746	1 417	438	979
H1N1	Globe and Mail	0	0	0	0
	CBC	5	5	0	5
	Radio-Canada	5	5	1	4
Sous-Total		10	10	1	9
Ebola	Globe and Mail	5	5	0	5
	CBC	4 960	632	203	429
	Radio-Canada	215	42	6	36
Sous-Total		5 180	679	209	470
Zika	Globe and Mail	32	10	0	10
	CBC	4 834	1 112	300	812
	Radio-Canada	93	24	14	10
Sous-Total		4 959	1 146	314	832
Total		13 895	3 252	962	2 290

3.3.1.4 *Les films*

Finalement, nous avons analysé des films de fiction qui abordent le thème de l'épidémie. Depuis les 30 dernières années, on note une popularité croissante des virus et des super-bactéries dans la culture populaire, qui exploite le thème de la maladie apocalyptique (Sundaram, 2012; Tmes, 2002). Selon certains auteurs (Bergesen, 2016; Lynteris, 2016; Retzinger, 2008; Tmes, 2002), les films sont un véhicule qui permet l'expression des anxiétés et des espoirs contemporains. Ces auteurs conçoivent la fiction comme une source documentaire qui révèle le contexte dans lequel elle est créée (Pappas, Seitaridis, Akritidis & Epaminodas, 2003). Par exemple, pour Tmes (2002), les films d'épidémie dévoilent des angoisses au sujet de la mondialisation qui accroît les risques de contagion, puisqu'ils illustrent souvent une propagation internationale rapide d'une maladie par des réseaux interconnectés.

Les films peuvent représenter des éléments de la réalité puisque les scénaristes s'appuient souvent sur des angoisses populaires afin d'intéresser le public. Néanmoins, les films ne font pas que reproduire ces angoisses puisqu'ils peuvent les amplifier, les alimenter et les recadrer (Stableford, 1978). Les films ne sont donc pas que des reflets du réel, mais ils sont aussi des constructions qui ont des effets productifs sur le monde (Dimitrakaki & Tsiantis, 2002; Hart, 2013). À cet égard, Sundaram (2012) souligne que les films organisent les perceptions que se font les auditoires des désastres biologiques et des virus. En effet, ils influencent et modèlent les interprétations des épidémies, de leurs causes et solutions ainsi que des héros et coupables (Brown, Nasiruddin, Dao & Halabi, 2015; Hart, 2013 ; Kendal, 2019; Pappas, Seitaridis, Akritidis & Epaminodas, 2003; Pappas, 2019; Ward, 2008). Les représentations cinématographiques d'épidémies peuvent d'ailleurs influencer des politiques nationales (Pappas, Seitaridis, Akritidis & Epaminodas, 2003). Pour Keck (2015), l'incorporation de virus dans la fiction est une stratégie qui renforce les efforts de préparation puisqu'elle permet d'imaginer les multiples voies que

pourraient prendre les virus pour se propager, les divers scénarios qui pourraient en découler et les moyens qu'il faut mobiliser dans chaque cas.

Le pouvoir productif du cinéma se traduit aussi par une réitération de valeurs et de normes sociales. Par exemple, selon Sundaram (2012), les films post-apocalyptiques représentent souvent un retour à l'ordre normal. Ce faisant, ils désignent ce qui devrait ou ne devrait pas faire partie de la population. En effet, le retour à la vie normale exclut habituellement certains types de corps et de figures (les personnes âgées, les personnes en situation de handicap, les personnes LGBTQ2S+). Ces derniers sont soit sacrifiés, soit décédés au gré des péripéties. Ainsi, ces films reproduisent des normes sociales en transmettant une image du survivant humain idéal. Parallèlement, Pilipp & Shull (1993) ont montré que des récits cinématographiques fictifs sur le VIH/sida (re)produisent certaines valeurs associées à la sexualité (monogamie, pratiques responsables, etc.) Ils renforcent aussi une image du « bon parent » puisqu'ils présentent souvent des histoires où de mauvaises pratiques parentales incitent les enfants à quitter le foyer et à migrer vers un environnement nuisible et indésirable où ils attrapent ensuite la maladie.

Les films de fiction constituent un corpus d'étude intéressant pas simplement parce qu'ils peuvent révéler des peurs, anxiétés et valeurs contemporaines, mais aussi parce qu'ils contribuent à forger le paysage culturel et social, parce qu'ils ré-affirment des catégories et normes sociales, parce qu'ils servent de schéma à partir duquel il est possible de comprendre les éclosions de maladies, parce qu'ils conseillent certaines pratiques et parce qu'ils valorisent (ou dévalorisent) certaines figures sociales. Les films peuvent aussi alimenter des problèmes sociaux comme la discrimination et l'altérisation, par une représentation stigmatisée (Bourdault, 2009; Hart, 2013).

Pour choisir un échantillon de films, nous avons fait une recherche comparative avec trois moteurs de recherche : 1) *Google*, qui offre des suggestions de films, 2) *IMDB*, un site sur lequel

le public code lui-même les films en les associant à des thèmes et en les évaluant à partir d'un système d'étoile et 3) *Ranker*, un site sur lequel le public vote pour les films en appuyant sur un « + » ou un « - ». Sur chacun de ces sites, nous avons fait le 5 mars 2018 une recherche avec les mots clés « epidemic movie » et « pandemic movie ». Cela nous a donné au total 5 pages web, à partir desquelles nous avons récolté notre échantillon: 1) Google, 2) IMDB page « epidemic movies », 3) IMDB page « pandemic movies », 4) Ranker page « epidemic movies » et 5) Ranker page « pandemic movies ». À chaque film mentionné sur chacune de ces pages, nous avons accordé une note correspondant à son classement (classement 1 = note 1 ; classement 10 = note 10). Dans le classement, les films ayant les notes les plus près de « 1 » ont donc les notes les plus élevées et sont les plus appréciés. Lorsqu'un film était mentionné sur plus d'un site, nous avons fait la moyenne des notes. Nous avons ensuite choisi les dix films les mieux notés et présents sur au moins deux page web différentes (tableau 11).

Tableau 11. Classement des films analysés selon leur popularité

Film	Nombre de pages web qui mentionnent le film	Classement moyen (1 à 10, où 1 indique le classement le plus élevé)
Contagion	5	1,8
28 Days Later	4	2
Outbreak	4	2,5
World War Z	4	3
I Am Legend	3	4,7
28 Weeks Later	4	5
Blindness	3	5,3
12 Monkeys	3	6
Carriers	2	6,5
Crazies	5	6,8

Précisons que ces films traitent des éclosions de maladies de façon générale et qu'ils n'abordent pas nécessairement les maladies sélectionnées pour nos études de cas, quoique

l'influenza et l'Ebola soient présentes dans certains d'entre eux. Néanmoins, nous croyons que ces productions cinématographiques peuvent modeler les perceptions des épidémies de manière à influencer par la suite les significations données à des éclosions de maladies, même si celles-ci n'y sont pas abordées explicitement. Cependant, contrairement aux autres éléments de notre corpus de données, il nous est impossible d'associer ces données avec certitude aux récits des épidémies que nous étudions. Nous avons donc traité l'ensemble de ces productions cinématographiques comme un corpus distinct, séparé des autres corpus étudiés pour chaque étude de cas. Ce corpus distinct a permis d'alimenter nos commentaires sur nos résultats.

3.3.2 Démarche analytique

L'analyse du discours s'intéresse au point de croisement entre le discours et la société, ainsi qu'aux relations entre le langage, les pratiques, le savoir et le pouvoir (Angermüller, 2011; Angermüller, Mainteneau & Wodak, 2014; Medl, 2007). En effet, plusieurs approches de l'analyse du discours ont comme dénominateur commun les deux hypothèses suivantes : 1) les discours prennent forme dans des configurations sociohistoriques et 2) une signification n'est pas inhérente à un discours, mais elle est produite par un ensemble de pratiques, d'interprétations et de savoirs qui s'inscrivent dans un contexte social (Angermüller, 2011; Hodges, 2017).

Un groupe de chercheurs en sciences sociales qui analysent l'altérité lors d'épidémies (Adeyanju, 2010; Adeyanju & Neverson, 2007; Adeyanju & Oriola, 2010; Joffe, 2004; Reitmanova & Gustafson, 2012; Reitmanova, Gustafson & Ahmed, 2015; Sinah & Parmet, 2016) s'appuient sur une approche critique-constructiviste (Angermüller, Maingueneau & Wodak, 2014; Baxter, 2002; Phillips & Jørgensen; Weiss & Wodak, 2003) pour explorer comment des discours produits par des acteurs privilégiés et par des institutions renforcent des structures sociales dominantes. Leurs écrits critiquent les discours d'altérisation parce qu'ils oppriment des groupes

déjà marginalisés et renforcent une organisation sociétale traversée par des inégalités macrosociales de pouvoir. Notre thèse vient s'ajouter à ce corpus en analysant : 1) les grilles normatives et argumentatives sous-jacentes aux discours d'altérisation, 2) les discours de « réception » (Hall, 1980) qui évaluent les modalités d'altérisation et qui critiquent certaines d'entre elles et 3) le contexte social qui alimente les discours d'altérisation jugés acceptables. Pour ce faire, notre démarche méthodologique s'inscrit dans le champ des analyses poststructuralistes du discours.

Le poststructuralisme est marqué d'un flou important parce qu'il traverse plusieurs disciplines (sociologie, études littéraires, études culturelles, études du genre) et n'a pas de leader et d'école qui lui soient propres (Dillet, 2017). Néanmoins, ce courant de pensée regroupe des auteurs qui, depuis les années 1960 et 1970, s'éloignent d'autres courants théoriques, notamment le structuralisme, en réfutant son ontologie réaliste (le présupposé qu'on peut identifier des structures qui régulent quasi directement tel ou tel aspect de la vie humaine) et sa conception binaire des objets d'analyse (l'opposition individu-structures, intérieur-extérieur, public-privé) (Wilmot, 2005).

L'analyse du discours dans une perspective poststructuraliste inclut des réflexions déconstructivistes qui portent sur les liens entre le discours, le pouvoir, la vérité et le sujet (Baxter, 2002; Ellermann, 1998). Elle présuppose habituellement que le discours est une matrice qui s'inscrit dans des rapports de pouvoir, qu'il produit des réalités sociales et qu'il modèle des subjectivités (Angermüller, 2011; Bilba, 2014; Kavoura, Ryba & Chroni, 2015). L'analyse du discours poststructuraliste de type foucaldienne, en particulier, met l'accent sur les formes de subjectivité qui apparaissent dans les normativités discursives; elle s'intéresse avant tout aux

façons dont les discours socialement accessibles, disséminés et légitimés facilitent des manières de concevoir le monde, d'agir, d'identifier et de s'identifier (Briggs, Gough & das Nair, 2017).

3.3.2.1 L'analyse foucaldienne du discours

En nous appuyant sur l'opérationnalisation que fait Angermüller (2007) des analyses poststructuralistes du discours²³, sur les démarches archéologiques et généalogiques de Foucault et sur le concept de jeux de vérité, nous délimitons notre analyse foucaldienne du discours en fonction de quatre points.

Le premier point est celui de la régulation du discours. Foucault (2001d, 2001o, 2001w, 2001y) soutient qu'il n'y a pas de discours sans condition de possibilités, sans un champ réglé d'objets et de positions possibles. Ainsi, analyser le discours équivaut à explorer un élément qui prend appui dans un champ organisé; cet élément, dès lors, entre en relation avec des règles qui déterminent les possibilités d'utilisation des discours (Liotta, 2010; Medl, 2007). Ainsi, selon Foucault (1971, 1976), il est possible d'identifier des tendances dans des discours puisque des contraintes normatives, sociales et historiques propres à une époque les régulent. Le but est donc d'analyser les règles qui régissent l'activation des discours et, ce faisant, de « cartographier » des relations (Liotta, 2010).

Le deuxième point, relié au premier, concerne la matérialité des analyses du discours. À cet égard, Foucault (1971) s'écarte de la tendance à chercher ce qui se « cache » sous le discours ou à tenter de remonter à la source du discours en identifiant un sujet-parlant, qui serait le principal responsable du discours. Il veut plutôt explorer un « discours-objet », c'est-à-dire qu'il prend le

²³ Angermüller (2007) opérationnalise les analyses poststructuralistes du discours en fonction de six points principaux: 1) la critique de la souveraineté présumée du sujet-parlant qui précéderait le discours, qui ne ferait que l'énoncer, et qui serait immunisé contre le pouvoir productif de son propre discours, 2) le privilège accordé à la matérialité langagière et discursive, 3) la mise en cause des modèles qui postulent la transparence du monde, 4) la critique d'un sens latent ou d'une réalité objective, cachés derrière des signes qu'il faudrait interpréter, 5) la prise en compte de l'hétérogénéité des terrains symboliques et sociaux et 6) une réflexion sur le travail théorique.

discours comme un élément matériel, avec ses règles et régularités propres qu'il convient d'analyser. Autrement dit, il faudrait explorer l'extériorité du discours, soit les conditions normatives de ses possibilités, plutôt que des significations cachées sous le discours.

Le troisième point de l'analyse foucaldienne des discours relève de la prise en compte de leur hétérogénéité. Cet aspect se démarque de l'analyse critique du discours, qui aspire à un projet d'émancipation et qui veut dénoncer les inégalités qui sont renforcées dans les discours officiels produits par des autorités et des groupes privilégiés (Baxter, 2002). Par contraste, l'analyse foucaldienne du discours postule l'absence d'une structure fondamentale qui contrôle la production discursive (Foucault, 1969, 1971). Dans cette démarche, la société n'est pas conçue comme une construction formée de grands piliers structurels qui perpétuent des inégalités et dont l'influence doit être critiquée; le concept totalisant de « société » est plutôt conçu comme l'amalgamation de relations et comme des affrontements locaux, d'où l'intérêt de mettre en lumière les différences, les contradictions et la polysémie dans les discours (Baxter, 2002; Liotta, 2010; Medl, 2007).

Le dernier point est celui de la productivité du discours. Ce type d'analyse se démarque des approches centrées sur les acteurs et des conceptions souveraines du sujet-parlant, qui présupposent que le sujet précède le discours (Angermüller, 2011). L'analyse foucaldienne du discours postule la non-fixité du sujet (Foucault, 2001m, 2001s). Elle considère que le champ des relations de pouvoir liées au discours permet à un individu de se positionner par rapport à ces discours et ainsi de s'engager dans un processus de subjectivation (Baxter, 2002; Liotta, 2010; Medl, 2007). Cette analyse veut donc montrer comment les effets de subjectivité sont produits au moyen des possibilités du champ discursif (Angermüller, 2007).

À l'instar de notre cadre conceptuel inspiré par le concept de jeux de vérité, nous postulons que l'altérisation est façonnée par des tendances sociohistoriques et nous considérons que des normes et des règles sociales façonnent les modalités par lesquelles il est socialement acceptable de produire l'Autre. Notre but n'est donc pas seulement d'explorer *qui* est altérisé, mais surtout d'analyser *comment* on altérise. Nous nous intéressons à la hiérarchisation des modes d'altérisation, aux buts stratégiques qu'ils poursuivent, à la reconstruction des effets du pouvoir et de vérité découlant de ces discours et aux modes de subjectivité privilégiés. Ainsi, l'analyse foucauldienne du discours nous apparaît comme une démarche analytique nécessaire. Cependant, malgré sa force théorique, cette procédure d'analyse a l'inconvénient d'être ambiguë sur le plan opératoire. Par conséquent, notre stratégie d'analyse, quoiqu'inspirée d'une analyse foucauldienne du discours, a été complétée par l'analyse rhétorique des cadres qui permet d'opérationnaliser la démarche.

3.3.2.2 *L'analyse rhétorique des cadres*

Notre analyse considère la dimension argumentative des discours d'altérisation. À l'instar d'Amossy (2008, 2012), nous concevons l'argumentation dans son extension maximale, de façon plus large que la tentative de persuader; elle renvoie aux discours qui défendent une certaine vision du monde et une quelconque réalité. L'argumentation regroupe des discours qui: 1) défendent ou réfutent explicitement une thèse et 2) orientent des façons de voir, de penser et de faire. Il nous apparaît que le fonctionnement discursif global de l'altérisation s'appuie sur une dimension argumentative puisque le statut d'autrui est argumenté comme relevant de l'altérité et que des éléments de justification sont utilisés pour ratifier l'Autre. Pour Amossy (2008, 2012), l'analyse du discours doit pleinement intégrer l'analyse de l'argumentation puisque cette dernière permet d'explorer les systèmes de justifications dans les discours. Plus précisément, la rhétorique est une modalité discursive spécifique qui prend forme dans une logique argumentative. En effet, l'analyse

de la rhétorique s'intéresse moins au contenu d'un discours, mais plutôt aux façons dont il est transmis et à ses modes d'opération (Keränen, 2015). Notre analyse s'est ainsi inspirée d'une analyse rhétorique des cadres, qui s'intéresse aux schèmes sous-jacents aux discours.

Le concept de cadre, lorsqu'interprété dans le champ de la rhétorique, nous invite à problématiser la mise en discours d'un événement en considérant la pluralité des interprétations qui entourent un enjeu (Nisbet, 2010). Les cadres sont les idées centrales, principales et générales qui organisent et influencent un récit (Kyriakides, 2017). Dans cette optique, on pourrait dire que la distinction entre plusieurs récits d'épidémie relève des façons dont ils cadrent le problème. Ainsi dit, le « cadrage » est un processus d'organisation, de définition et de construction d'un problème ou d'une controverse. Les cadres définissent des problèmes, identifient leurs causes, émettent des jugements moraux à leur égard, attribuent une responsabilité, prescrivent des solutions et construisent des personnages (Kuypers, 2010; Kyriakides, 2017; Reese, 2010). Ce faisant, un cadre promeut une certaine conceptualisation d'un enjeu et favorise ainsi l'émergence de certaines figures. Ce procédé s'effectue notamment par la mise en lumière de certains éléments afin de les rendre plus visibles, tout en négligeant d'autres aspects. Le « cadrage » est donc un jeu d'accentuation de certains éléments et d'omission de certains autres (Kyriakides, 2017).

Bref, l'analyse rhétorique des cadres a d'importants points de recoupement avec l'analyse foucaldienne du discours: toutes deux s'appuient sur le postulat qu'il existe de grandes tendances dans les façons d'appréhender un récit et que ces règles méritent d'être analysées en soi. Néanmoins, l'analyse rhétorique des cadres nous permet d'opérationnaliser l'analyse foucaldienne du discours en offrant un schème concret pour analyser les normes qui structurent un récit. Notons que l'analyse de la construction de sujets n'occupe pas un rôle aussi important dans l'analyse rhétorique des cadres que dans l'analyse foucaldienne des discours. Cependant, l'étude de la

production de figures n'est pas incompatible avec l'analyse rhétorique des cadres, qui postule que les significations accordées à une situation influenceront l'attribution de la responsabilité; l'étude de la construction de figures est congruente avec l'analyse rhétorique des cadres dans la mesure où nous considérons le travail argumentatif qui produit ces personnages, d'ailleurs un point important de notre analyse.

L'analyse des cadres a souvent été utilisée dans l'étude des récits d'épidémie. Les auteurs qui utilisent cette démarche analysent habituellement des cadres produits et transmis par des autorités (politiques, sanitaires, médiatiques) (Dry & Leach, 2010; Gerlach, 2016; Monson, 2017; Wald, 2008). Ils considèrent généralement comment les politiciens, médias, autorités sanitaires et groupes d'intérêts utilisent des données, anecdotes, qualificatifs, figures de style et images pour cadrer des situations de façon à favoriser leur perspective, renforcer leur vision et promouvoir leurs intérêts (Barry et al., 2011; Holton, Weberling, Clarke & Smith, 2012). Notre thèse se veut complémentaire en tenant aussi compte de micro-cadres et des significations données aux discours quotidiens et non-institutionnels, dont l'analyse est possible par notre enquête sur les forums d'Internet (Moreau, Roy, Wilson & Atlani-Duault, 2020; Roy, 2021).

De plus, nous appliquerons cette démarche d'analyse de la rhétorique des cadres non pas uniquement aux récits d'épidémies, mais également aux discours d'altérisation en étudiant les façons dont *l'altérité* est argumentée et cadrée. À cet égard, certaines de nos études précédentes (Garlin-Politis, Roy, Ward & Atlani-Duault, soumis; Roy, 2021) ont commencé à analyser les arguments accusatoires qui justifient le blâme de figures d'altérité. Nous poursuivons ce projet en élargissant le focus; nous voulons explorer les interprétations, les stratégies argumentatives et les cadres qui justifient tout un ensemble de discours d'altérisation, tant ceux d'infériorisation que ceux d'héroïsation, tout en considérant leur niveau d'acceptabilité sociale.

3.3.2.3 *Opérationnalisation de l'analyse*

Notre analyse du discours a été qualitative mais elle a tenu compte d'indicateurs quantitatifs afin de considérer la fréquence de certaines modalités d'altérisation pour évaluer leur importance relative. Nous avons élaboré notre grille d'analyse de façon inductive à partir d'un échantillon randomisé de 100 articles de médias, dix publications d'organismes humanitaires, dix publications de l'OMS, dix publications du Gouvernement du Canada, 100 commentaires sur les forums Internet et trois films. Cette grille prend en compte à la fois les cadres entourant les récits d'épidémies et les cadres sous-jacents aux discours d'altérisation. Notre analyse du récit d'épidémie nous a permis de considérer les significations données aux événements étudiés et d'identifier des liens possibles avec les discours d'altérisation: elle n'a donc comme but que de contextualiser les discours d'altérisation, qui demeurent le cœur de notre recherche.

Le tableau 12 présente cette grille d'analyse. Tout d'abord, dans notre analyse des cadres des récits d'épidémie, nous avons exploré la description de la maladie (symptômes, causes, traitement, facteurs de risque, attributs narratifs comme les adjectifs et figures de style), la description de l'épidémie (ses débuts, état des lieux, facteurs d'aggravation, facteurs atténuants, fin, attributs narratifs comme les adjectifs et figures de style) et les techniques d'intervention privilégiées (leçons apprises, prescriptions, principes sous-jacents aux interventions, description des interventions). Quant à l'étude des discours d'altérisation, nous avons considéré les personnages construits (acteurs, groupes ou figures mentionnés, adjectifs employés pour les décrire, traits qui leur sont attribués, comparaison avec d'autres personnages), les discours d'infériorisation et les discours d'héroïsation. En ce qui concerne l'analyse de l'héroïsation, nous avons considéré l'héroïsation explicite (les propos qui mentionnent qu'un individu est un héros) et l'héroïsation implicite (les propos qui héroïsent sans utiliser le mot « héros »). Selon Kinsella et ses collègues (2015b), on ne peut pas déterminer qu'il y a un processus d'héroïsation implicite

simplement parce que certains traits sont attribués à une personne ou à un groupe, puisqu'il n'y a pas consensus sur les caractéristiques des héros. Selon les auteurs, il faut considérer le rôle social accordé à une personne afin de déterminer si elle est héroïsée. Leur étude montre que les héros jouent l'un des trois rôles sociaux suivants : ils améliorent la vie d'autrui, ce sont des modèles moraux ou ils protègent autrui. Nous nous sommes appuyés sur leur travail pour postuler qu'un individu ou un groupe est héroïsé lorsqu'il est félicité, glorifié ou célébré, lorsque son intégrité morale ou les valeurs sociales qu'il représente ou incarne sont mentionnées, ou lorsqu'autrui mentionne qu'il protège ou sauve des vies. C'est ainsi que nous avons opérationnalisé l'héroïsation implicite dans notre grille d'analyse. Cette même grille d'analyse a été appliquée aux articles de médias, aux publications d'autorités sanitaires, aux commentaires sur des forums Internet et aux films.

Quant aux images associées aux articles de médias analysés, nous avons procédé à une analyse de contenu à partir d'une deuxième grille (tableau 13), qui décrivait les attributs et les actions des personnages ainsi que la scène (arrière-plan, couleurs, objets, accents). Cette analyse de contenu s'insère dans une démarche d'analyse des cadres, en considérant comment le contenu d'une image alimente le cadrage d'une certaine perspective. L'analyse de contenu des images a ensuite été agencée à notre analyse du récit d'épidémie et des discours d'altérisation. L'ensemble de ces analyses ont été effectuées à partir du logiciel Nvivo.

Tableau 12. Grille d'analyse des textes et films

Épidémie									
Type de publication									
Date de publication									
Récit de l'épidémie	Description de la maladie	Symptômes							
		Causes							
		Traitement							
		Facteurs de risque							
		Attributs narratifs		Adjectifs					
			Figures de style						
	Description de l'épidémie	Début							
		État des lieux							
		Facteurs d'aggravation							
		Facteurs atténuants							
		Fin							
		Attributs narratifs		Adjectifs					
			Figures de style						
	Interventions	Description des interventions							
		Principes sous-jacents aux interventions		Prévention					
				Préparation					
				Autre					
		Prescriptions							
		Leçons apprises							
Altérité et discours d'altérisation	Personnages	Acteur, groupe ou figure mentionnés		Adjectifs et traits descriptifs		Discours comparatifs			
						Comparaison	Similarité	Contraste	Relativisme stratégique
		Figure accusée		Adjectifs et traits descriptifs		Discours comparatifs			
						Comparaison	Similarité	Contraste	Relativisme stratégique
	Figure héroïsée	Adjectifs et traits descriptifs		Discours comparatifs					
				Discours comparatifs					
	Discours d'infériorisation	Critique							
		Accusation							
		Insulte							
		Méfiance							
Discours d'héroïsation	Usage du mot « héro »								
	Félicitation								
	Glorification								
	Admiration								
	Complimenter								
Être reconnaissant									

Tableau 13. Grille d'analyse des images

Épidémie	
Personnages	Qui
	Vêtements
	Actions
Scène	Arrière-plan
	Couleurs
	Objets
	Accent

De façon générale, notre analyse s'est appuyée sur le postulat du « caractère non-focal du discours » (Maingueneau, 2003, 2011), qui présuppose la difficulté de délimiter les discours uniquement à partir de leur site de production. En effet, les discours ne découlent pas directement d'un seul endroit. À cet égard, le concept de biomédiatisation de Holland (2018) souligne que la frontière entre diverses sphères discursives est brouillée, en montrant par exemple que les professionnels de la santé sont ancrés dans les sphères médiatiques puisque leurs propos sont repris et cités dans des articles de médias. Nous considérons donc qu'il n'existe pas un centre à partir duquel des discours sont émis et nous postulons une fluidité des frontières entre la production d'un discours et son énonciation, puisque les discours sont (re)mis en circulation dans divers canaux de communication (médias, autorités sanitaires, médias sociaux), peu importe leur lieu d'émergence. Ainsi, si nous avons initialement tenu compte des sources des discours d'altérisation afin de considérer des particularités potentielles (tableau 14), notre analyse ne cherchait pas à analyser l'altérisation propre à chaque site de production de discours. Elle voulait plutôt explorer les points de recoupement et les convergences dans les modalités d'altérisation qui sont remises en circulation dans diverses sphères.

Tableau 14. Figures d'altérité et discours d'altérisation recensés pour chaque source, dans chaque étude de cas

Épidémie	Élément d'analyse des discours d'altérisation	Médias	Autorités sanitaires	Médias sociaux
TB	Nombre de figures infériorisées	18	13	20
	Nombre de figures héroïsées	8	16	5
	Types de discours d'infériorisation	37	22	39
	Types de discours d'héroïsation	12	17	9
H1N1	Nombre de figures infériorisées	30	12	11
	Nombre de figures héroïsées	13	11	4
	Types de discours d'infériorisation	38	16	25
	Types de discours d'héroïsation	14	13	4
Ebola	Nombre de figures infériorisées	33	11	20
	Nombre de figures héroïsées	29	23	12
	Types de discours d'infériorisation	42	26	62
	Types de discours d'héroïsation	29	32	19
Zika	Nombre de figures infériorisées	31	11	28
	Nombre de figures héroïsées	17	11	9
	Types de discours d'infériorisation	41	11	33
	Types de discours d'héroïsation	25	15	10

Notre analyse se sépare en cinq chapitres. Le premier aborde les figures d'altérité qui émergent des récits d'épidémie propres à chaque étude de cas. Le deuxième chapitre analyse l'évolution temporelle de l'altérisation tout au long de la progression d'une épidémie. Le troisième et le quatrième explorent les modalités d'altérisation dénoncées (non normatives) et celles jugées acceptables (normatives). Finalement, le cinquième chapitre resitue l'altérisation normative dans un contexte social particulier où circulent déjà des arguments et des figures sociales qui servent d'appui à cette altérisation dominante.

CHAPITRE 4 : RÉCIT D'ÉPIDÉMIE, RÉCIT D'ALTÉRITÉ

Des figures d'altérité émergent selon les significations données au récit d'épidémie. Les attributs typiques qui décrivent la maladie et son éclosion, l'héritage conceptuel qui influence les récits d'épidémies et les causes principalement évoquées donnent lieu à des dynamiques spécifiques d'infériorisation et d'héroïsation (tableau 15). Dans le présent chapitre, nous décrivons les figures d'altérité particulières qui sont produites dans le récit d'épidémie dominant de chaque étude de cas.

Tableau 15. Synthèse des récits d'épidémies et des figures d'altérité

Étude de cas	Principaux attributs utilisés dans les discours analysés	Héritage conceptuel qui cadre le récit dominant	Principale cause évoquée	Figures infériorisées	Figures héroïsées
TB	Urgence, catastrophe (85) Mortelle (71) Curable (70) Le produit de nos erreurs (39) Pourrait être prévenue (12) Ancienne (11) Négligée, oubliée (9) Problème social (7) Contemporaine (6) Enjeu mondial (5)	Concept de santé globale	Organisation sociale Choix sociétaux	Institutions transnationales (négligentes); Autorités nationales (négligentes)	Institutions sanitaires nationales et transnationales (aptes, compétentes)
H1N1	Mutation, imprévisible (91) Inconnu, nouveauté (79) Dangereuse, destructrice, sévère (35) Cyclique (18)	Concept de préparation	Manque de préparation	Gouvernement canadien (non préparé, inapte); Institutions canadiennes (non préparées, inaptées)	Gouvernement canadien (préparé, apte); Institutions canadiennes (préparées, aptes)
Ebola	Mortelle (210) Exceptionnelle (177)	Concept de maladie (ré)émergente	Contexte prémoderne des pays touchés	Pays touchés en Afrique de l'Ouest (prémodernes)	Personnel humanitaire occidental (apte, modernise)

	Mystérieuse, inconnue, étrange, imprévisible (111) Ravages, virulente, désastres, dangereuse (81) Hémorragie, liquéfaction des organes (55) Localisation africaine (55) Exotique, tropicale (31) Complexe (19)			Habitants des pays touchés en Afrique de l'Ouest (déraisonnables)	
Zika	Mystérieuse, bizarre, inconnue, surprenante (174) Menace, préoccupe (89) Comparaison à une maladie peu sévère (60) Tragédie, tristesse, souffrance (20) Banale (18) Punition de mère Nature, lien avec la surpopulation (18) Catastrophe, ravages (15) Cauchemardesque, noirceur, macabre (14)	Concept de contingence des risques	Circonstances aléatoires, imprévisibles	Pays touchés en Amérique du Sud (défauts et problèmes inhérents)	Canada (qualités inhérentes)

4.1 La tuberculose, une question de choix

Le récit dominant de la tuberculose est fondé sur une lecture structurelle à l'échelle mondiale. Cette maladie est un problème de « santé globale » (Dry & Leach, 2010; Lakoff, 2010; Leach & Hewlett, 2010; Wald, 2008). Elle est décrite comme une pandémie dont la présence est ressentie dans chaque région mondiale:

TB is a worldwide pandemic that kills around 1.7 million people a year (Kelland, Kate.
« Existing drugs might prevent lung damage caused by TB: study; So-called MMP

inhibitor drugs might prevent lung destruction in tuberculosis patients and help limit the spread of the disease », *Globe and Mail*, 25 avril 2011)

A global laboratory network survey conducted by the US Centers for Disease Control (CDC) and the World Health Organization (WHO) reported in early 2006 that virtually untreatable tuberculosis (TB) due to extensive drug resistance was present in every region of the world. (OMS, *Report from the Expert Consultation on Drug-Resistant Tuberculosis*, septembre 2006)

4.1.1 Le récit de santé globale

Le récit qui voit dans la tuberculose un problème de santé globale conçoit sa propagation comme un symptôme de la mondialisation. Le monde est conçu comme un réseau interconnecté (Budd, Bell & Brown, 2009; Warren, Bell & Budd, 2010) par lequel se propagent les risques (Beck, 2008) sans être arrêtés par des frontières nationales :

These days, tuberculosis is a modern frequent flyer, zipping in from poorer parts of the globe to remind us that the threat of a disease once known as the white plague has never truly gone away. (Branswell, Helen. « Far from a vanishing threat, tuberculosis is a major killer on the move », *Canadian Press*, 5 décembre 2000)

Et à l'ère des échanges et des constants déplacements en avion partout dans le monde, 'toute maladie peut provenir du prochain avion', a commenté le Dr [Erwin] Schurr[, généticien moléculaire]. (Lévesque, Lia. « Des chercheurs découvrent un gène du développement de la tuberculose », *La presse canadienne*, 16 août 2005)

À cet égard, le récit dominant souligne que le manque de réaction d'un pays a des conséquences qui dépassent les limites de ce pays. La négligence, la manque de moyens ou l'incompétence de l'un menace la planète entière puisque la maladie peut s'y propager :

WHO said multidrug-resistant TB is caused by mismanagement of standard tuberculosis treatment, and that mobility, migration and urban housing are also fuelling the highly contagious disease. (Auteur inconnu. « WHO calls on Asia to take action against drug-resistant TB », *CBC*, 21 juillet 2008)

Approximately half of global cases of MDR-TB are in India, China, and Russia. Migration and international travel have allowed these highly drug-resistant strains to emerge in almost every part of the world. (Auteur inconnu. « Superbug tuberculosis threatens global control efforts, About 1 in 5 cases of TB are now resistant to at least one major anti-TB drug », *CBC*, 23 mars 2017)

De plus, le risque que représente la tuberculose est disséminé partout puisqu'il touche autant les pays pauvres que ceux dits riches:

Tuberculosis is a frequently lethal infection common in many low-income countries, and the rise of multi-drug resistant TB is making it a problem in richer countries, too. (Croix-Rouge canadienne. *World TB Day. Simple solution to not-so-simple problems*)

La lèpre, la malaria et la tuberculose peuvent représenter des menaces au Canada, même si la perception courante veut que ces maladies n'apparaissent que dans les pays en voie de développement (Montpetit, Jonathan. « La lèpre, la malaria et la tuberculose peuvent menacer le Canada », *La presse canadienne*, 25 mars 2006).

Un important aspect du récit sur la tuberculose qui est encadré par le concept de santé globale relève alors de cette dés-altérisation de la maladie, qui dit-on menace potentiellement tout un chacun en raison du partage mondial du risque.

Ce récit de la tuberculose n'a pas toujours été le même, mais il s'est forgé au fil du temps. L'analyse de la couverture médiatique, par exemple, montre une évolution de la perception de cette menace sanitaire. Avant les années 1990, plusieurs articles adoptent un ton plutôt optimiste. Ils soulignent une amélioration de l'incidence de la tuberculose au Canada, évoquent la capacité du pays à contrôler la maladie et relativisent son ampleur :

'Although tuberculosis is a very serious disease, it is also a treatable one' [Dr Joseph] Lowy maintained. 'History indicates its spread can be controlled' (Auteur inconnu. « Tuberculosis staging comeback in United States, doctor says », *Toronto Star*, 8 août 1989)

TB is not the same now as it was 20 or 30 years ago, one officer explained. There are adequate medical facilities available in Canada to treat the disease since the incidence of TB is not that high anymore. (Butler, Victoria. « Squalid Bangkok camps house refugees with TB », *Globe and Mail*, 1er décembre 1979)

Le pessimisme s'installe cependant dans la sphère publique entre les années 1990 et le début des années 2000, alors que les articles de la presse canadienne décrivent la persistance ou l'aggravation du problème:

‘TB sometimes gets ignored. But it’s still around and there is no evidence that it’s going to go away soon’, warns Dr. Richard Long, chairman of the tuberculosis committee of the Canadian Thoracic Society. News stories this week out of Montreal and Hamilton have brought renewed attention to a disease which was once a major cause of death in Canada and which still kills two million people a year worldwide. (Branswell, Helen. « Far from a vanishing threat, tuberculosis is a major killer on the move », *Canadian Press*, 5 décembre 2000).

À partir de 2005, deux années après l’éclosion du SRAS, la tuberculose est surtout décrite comme une « pandémie » et une maladie « hors contrôle ». Le récit s’encadre à ce moment dans une perspective de santé globale, où la maladie s’inscrit dans un monde dit « sans frontières » où le risque est généralisé : « Myobacterium tuberculosis runs rampant across most parts of the globe, spread by microscopic droplets in the air » (Ogilvie, Megan. « A disease of the past still lingers in Canada; Tuberculosis found among homeless, native communities; Around the world, TB remains a deadly scourge », *Toronto Star*, 30 septembre 2006).

4.1.1.1. La mobilisation de la capacité humaine

Un autre aspect constitutif du récit de la tuberculose relève de la déclaration de la capacité mondiale à gérer la maladie. En effet, la curabilité est l’attribut le plus souvent mentionné pour décrire la tuberculose. La mention de cette capacité de vaincre la maladie est cependant souvent suivie d’un commentaire sur sa persistance et son taux de mortalité actuel. Plus précisément, la « curabilité » et la « mortalité » sont fréquemment séparées par des conjonctions telles que « pourtant » et « bien que », comme l’illustrent les passages suivants :

La tuberculose est *curable*. *Pourtant*, elle est aujourd’hui la maladie infectieuse la plus *meurtrière* dans le monde, a déclaré la Dre Grania Brigden, spécialiste de la tuberculose pour la Campagne d’accès aux médicaments essentiels (CAME) de MSF. Nous avons urgemment besoin d’un traitement mieux toléré par les patients, plus efficace, disponible et abordable. Sinon ça sera, comme d’habitude, l’impasse. (Auteur inconnu. « MSF dénonce l’accès difficile à deux nouveaux médicaments contre la tuberculose », *La presse canadienne*, 31 mars 2016, nous soulignons)

La tuberculose demeure un problème de santé majeur à l’échelle mondiale. En 2011, 8,7 millions de personnes ont développé la tuberculose et 1,4 million en sont *mortes*,

bien que la maladie soit *curable*. Elle se classe au deuxième rang des maladies infectieuses les plus meurtrières au monde, juste après le VIH. (Croix-Rouge canadienne. *Journée mondiale de lutte contre la tuberculose 2014*, nous soulignons)

Cette description laisse sous-entendre que le monde *pourrait* vaincre la tuberculose mais qu'en raison de choix et de fautes d'humains, la maladie persiste, se propage et tue. Elle souligne aussi que malgré des succès antérieurs contre la tuberculose, son incidence est aujourd'hui importante. Cette idée est exprimée avec une certaine frustration, dont témoigne l'usage des conjonctions « mais » et « plutôt » qui séparent la description de réussites antérieures et la mention de l'importance actuelle de la maladie:

La tuberculose existe depuis des siècles. Elle avait pratiquement disparu des pays industrialisés, *mais* elle y fait maintenant un retour. (Julien, Mélanie. « Épidémies : Un danger dans l'air », *Radio-Canada*, 16 août 2011, nous soulignons)

[A] global killer that appeared on the verge of extinction in the United States more than 30 years ago. *Instead*, the disease came roaring back more virulent than ever, reaching epidemic proportions in the late 1980s and early 1990s after public-health officials relaxed their vigilance and politicians slashed funding for detection and treatment. (Milner, Brian. « War against TB being won again, On the wane for a while, the virulent disease came roaring back, leading to initiatives that have the medicine going right to the patient », *Globe and Mail*, 15 avril 1997, nous soulignons)

Cette capacité de contrôler la maladie est aussi présente dans des discours qui décrivent la tuberculose comme une maladie « ancienne » et qui, ce faisant, soulignent que cette forme de bactérie cohabite depuis longtemps avec l'humain, qu'elle est bien connue et donc qu'elle devrait être maîtrisée :

TB is one of the oldest scourges known to humanity, and one-third of the world's population is believed to be infected. (Picard, André. « Quarantine sought for harsh TB strain; Variant poses 'extreme risk,' scientists say », *Globe and Mail*, 23 janvier 2007)

Tuberculosis is caused by a bacterial infection that has long plagued the human race and traces of the disease can be found everywhere from Egypt's mummies to Hippocrates' book of epidemics. Today, it remains a leading infectious disease killer, even resurging in some areas where strains have grown increasingly resistant to drugs. (Yang, Jennifer. « Ancient Hungarian crypt offers clues to tuberculosis origins »,

Toronto Star, 8 avril 2015)

Or, en dépit de son ancienneté, la tuberculose est décrite comme « contemporaine ». L'utilisation de l'adjectif « contemporain » rappelle qu'elle n'est pas qu'un problème d'autrefois. Ainsi, les verbes « ré-émerger » et « ressurgir » sont utilisés pour souligner à la fois son ancienneté et sa contemporanéité, notamment en soulignant qu'elle perdure dans le temps en dépit des efforts déployés depuis longtemps pour la vaincre. Deux enjeux expliquent cette réapparition contemporaine d'une maladie « ancienne », soit sa concomitance avec le VIH/sida et sa résistance aux antibiotiques :

Dans certaines régions, comme en Afrique centrale et australe, la pandémie de sida a largement contribué au développement de la tuberculose. La co-infection VIH/sida et tuberculose est un duo mortel et difficile à traiter, et la tuberculose est la principale cause de décès des personnes vivant avec le VIH. (MSF. *Tuberculose*)

Multidrug-resistant TB (MDR-TB) remains a public health crisis and a health security threat. WHO estimates that there were 600 000 new cases with resistance to rifampicin – the most effective first-line drug, of which 490 000 had MDR-TB. (OMS. *FAQS Tuberculosis*)

En raison de ces deux problèmes, l'épidémie est qualifiée d'« urgente », de « catastrophe », de « destructrice », d'« épeurante », de « sérieuse », de « dangereuse » et d'« alarmante ».

Somme toute, puisque cette maladie est ancienne, connue depuis longtemps et puisque l'humain a développé les compétences nécessaires à sa gestion, on juge qu'elle aurait dû être maîtrisée, voire éradiquée:

'It is tragic that this disease has not been brought under control, because I am living proof that TB can be effectively treated and cured,' South African Nobel laureate and former Anglican archbishop Desmond Tutu, who survived the disease, said in the statement. (Auteur inconnu. « Regional health ministers declare tuberculosis an African emergency », *Canadian Press*, 25 août 2005)

'We have the tools to treat and prevent tuberculosis, [Richard Long, professor in the department of medicine at the University of Alberta] says in an interview from his Edmonton office. 'We just have to have the will and we have to put the proper

resources toward it ... We should be able to eliminate this disease.’ (Ogilvie, Megan. A disease of the past still lingers in Canada; Tuberculosis found among homeless, native communities Around the world, TB remains a deadly scourge, *Toronto Star*, 30 septembre 2006)

4.1.1.2 Faillite sociale et conséquences iatrogènes

La persistance des graves conséquences de cette maladie qui peut pourtant être guérie, qu’on a antérieurement « bien gérée » et que, dit-on, nous avons aujourd’hui la capacité de contrôler partout dans le monde s’explique par la négligence des autorités sanitaires, qui se traduit par un sous-financement des efforts de lutte contre la maladie:

The sluggish international response to the resurgent threat of tuberculosis is a global health scandal of nearly criminal proportions, Stephen Lewis, the former UN special envoy for HIV-AIDS, said Wednesday. [...] ‘You begin to wonder when governments are inert and when the international community is in such obvious default whether there doesn’t come a point where these are almost criminal matters. Where people are dying in such numbers, where you know absolutely that you can intervene and stop it and you fail to do so.’ [said Lewis] (Branswell, Helen. « Medical Reporter », *Canadian Press*, 31 octobre 2007)

Despite killing more people than HIV, TB is woefully underfunded. Medicines for TB have barely improved over the last 50 years. And the number of strains of TB resistant to current medicines is increasing at an alarming rate. (MSF. *New MSF-run clinical trial to find better treatment for drug-resistant tuberculosis begins in Uzbekistan*)

Ce récit explicatif devient très prégnant dans les discours qui traitent de la résistance de la tuberculose et qui la présentent comme le produit d’une négligence mondiale, d’une incompetence des systèmes de santé ou du manque de progrès scientifiques:

Anti-TB medicines have been used for decades and strains that are resistant to 1 or more of the medicines have been documented in every country surveyed. Drug resistance emerges when anti TB medicines are used inappropriately, through incorrect prescription by health care providers, poor quality drugs, and patients stopping treatment prematurely. (OMS. *Tuberculosis FAQs*)

La persistance de la tuberculose est aussi expliquée par les inégalités sociales mondiales. En effet, la tuberculose est conçue comme un symptôme de problèmes sociaux (Chapitre 3) puisqu’elle touche surtout des groupes pauvres victimes d’inégalités sociales:

Internaute: [...] TB has been largely eliminated in wealthier communities through increased nutrition, better shelter, and sanitation. What makes TB a problem in poor communities is poverty. Inadequate shelter, poor nutrition, poor air circulation in dwellings, and lack of clean water are all factors in TB rates. There is perhaps no better example of this than the difference in TB infection in apartheid South Africa; the disease was almost unheard of amongst whites, and a major cause of death amongst blacks (Commentaire reddit, fil de discussion *What is it like in La Loche and in Northern Saskatchewan generally; a bit of context for /r/Canada*)

Si l'on ne recense maintenant qu'environ 1500 cas par année [au Canada], les plus touchés sont toutefois souvent parmi les plus vulnérables de notre société. (Lapierre, Johanne. « Qui souffre encore de la tuberculose au Canada? La réponse en carte », *Radio-Canada*, 16 septembre 2016)

Elle est d'ailleurs surnommée « *poor man's disease* », « *plague of the poor* » et « *Third world disease* ». L'ampleur contemporaine de la maladie est donc parfois interprétée comme un symptôme d'une négligence coupable de la communauté internationale et des puissances mondiales à l'égard des populations les plus défavorisées :

Fanning worries that TB has been allowed to return as a major killer elsewhere in the world because 'it's an orphan disease. It's not sexy and doesn't attract committed people. It is a socio-economic disease.' (Crawford, Trish. « Return of White Plague », *Toronto Star*, 18 avril 1997)

All three [tuberculosis, pneumonia and diarrhea] have been with us for thousands of years. All three have simple, well-understood causes. All three are easily cured or treated. All three are diseases of poverty. They persist because we let them. (Gee, Marcus. « An outbreak of panic », *Globe and Mail*, 27 mars 1996)

Les problèmes liés à la tuberculose deviennent donc des effets iatrogènes qui découlent de l'organisation sociétale actuelle, tels que la pauvreté et les inégalités sociales mondiales, le développement des technologies et des moyens de transport qui facilitent les voyages rapides et la privatisation de l'industrie pharmaceutique:

As reported by WHO this year, of the estimated 10.4 million new cases in 2016, only 6.3 million were detected and officially notified, leaving a gap of 4.1 million people who were missed. This is largely due to under-reporting and under-diagnosis of people with TB, especially in countries with large unregulated private sectors, weak health systems and poor engagement of community stakeholders. These people do not get the TB care that they need and deserve. For people with drug-resistant TB, the situation is

even more exacerbated with only one in five people with MDR-TB gaining access to treatment. (OMS. *WHO and Global Fund sign cooperation agreement. Strategic initiative to reach missed TB cases a critical component of grant*)

Internaute: Nous retournons en arrière socialement. Les riches auront accès à des soins et la majorité devra sortir sa carte de crédit pour obtenir des soins au privé. (Commentaire en réponse à l'article « La tuberculose aussi mortelle que le virus du SIDA », *Radio-Canada*)

4.1.2 La critique autodirigée

L'ensemble des explications de la tuberculose attribuent l'éclosion actuelle non pas à un accident de la nature, mais à une faute collective : « The new drug-resistant strain of TB is a *human-created nightmare*. » (York, Geoffrey. « A deadly strain of TB races toward the West MDs fear Russian epidemic will spread globally », *Globe and Mail*, 24 mars 1999, nous soulignons). Les discours accusatoires s'appuient sur cette lecture structurelle des problèmes entourant la tuberculose. Les principales figures infériorisées qui émergent des récits relèvent de catégories institutionnelles et occidentales, comme la communauté internationale, des autorités sanitaires transnationales et des puissances mondiales:

‘Il est urgent que les pays riches et développés prennent des mesures contre la défaillance du marché en matière de recherche et développement pharmaceutique’, dit Frisch. ‘L'inaction de la communauté internationale sur la R & D, notamment des pays du G7, a conduit à de nombreux décès évitables, car les médicaments sont inexistants ou trop chers. La priorité de la R & D doit être la vie et la santé des personnes, et non les profits’. (MSF. « *Un vide de leadership en santé mondiale* » *MSF appelle les pays du G7 à prendre des mesures concrètes pour lutter contre les épidémies*)

Le Canada et la plupart des pays du G8 ne versent pas leur juste part de financement au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et la malaria, a indiqué jeudi l'Alliance mondiale contre le sida. (Branswell, Helen. « Un organisme de lutte au sida accuse Ottawa de négliger son financement », *La presse canadienne*, 10 août 2006)

Notons que les discours accusatoires mettent en lumière des problèmes sociaux plus larges que ceux strictement associés à la propagation de la tuberculose puisqu'ils critiquent habituellement l'organisation même de la société capitaliste et néolibérale. Par exemple, l'article

« Drug company CEO to lower price of Daraprim [médicament contre la tuberculose] after public outcry, news report says » (*CBC*) a suscité de graves accusations de la part de nombreux internautes. Ils ont dénoncé la hausse du prix d'un médicament destiné à combattre la tuberculose en critiquant la privatisation de l'industrie pharmaceutique, qui serait généralement axée sur un modèle entrepreneurial à but lucratif au détriment de l'accessibilité aux soins de santé:

Internaute: 'Pharmaceutical corporations are in business to help sick people' No They Aren't!! They are in business to make profits for their executives and shareholders!! Why do you think that have successfully lobbied so hard to maintain patent protection all these years? Pure Greed... and with these governments currently in place they are getting away with it. (Commentaire en réponse à l'article « Drug company CEO to lower price of Daraprim after public outcry, news report says », *CBC*)

Internaute: 'A drug company CEO and former hedge fund manager' That explains everything. Says a lot about the pharmaceutical industries business models. (Commentaire en réponse à l'article « Drug company CEO to lower price of Daraprim after public outcry, news report says », *CBC*)

Certains internautes ont d'ailleurs adopté une lecture macrosociale, attribuant la hausse de prix du médicament aux systèmes capitaliste et néolibéral contemporains, qu'ils dénoncent :

Internaute: Capitalism at work!.. With 'NO' regulatory oversight... On obscene over pricing... So no there must be no such thing as Corporate (Remember,.. under the 'Law' Corp's are viewed as 'People') Charges for price gouging? (Commentaire en réponse à l'article « Drug company CEO to lower price of Daraprim after public outcry, news report says », *CBC*)

Internaute: Ther's been a lot of effort over the last few deaces to make this sort of predatory behaviour accepatble or even laudible. It's called 'free-market ideology' When in fact it should be called 'predatory practice ideology'(Commentaire en réponse à l'article « Drug company CEO to lower price of Daraprim after public outcry, news report says », *CBC*)

Les discours du Gouvernement et des médias canadiens reproduisent ce même blâme adressé à des figures occidentales puisque ce sont principalement les cas de tuberculose parmi les populations autochtones qui sont mentionnés. De façon générale, deux groupes sociaux sont considérés à risque au Canada: les nouveaux arrivants et les Autochtones (image 2).

Origine 7. Né au Canada? N 		6. ☐ Né à l'étranger O 	
0 1 ☐ Indien inscrit 2 ☐ Métis 3 ☐ Inuit 4 ☐ Autre Autochtone (<i>précisez</i>) _____ 5 ☐ Non-Autochtone né au Canada 0 De moins de 15 ans? 0 Pays de naissance de la mère Pays de naissance du père	Pays de naissance _____ Donnée inconnue ☐ Année d'arrivée au Canada Année Statut d'immigrant au moment du diagnostic : 1 ☐ Citoyen canadien/résident permanent 2 ☐ Réfugié 0 3 ☐ Réfugié au sens de la Convention 4 ☐ Demandeur du statut de réfugié Résident temporaire : 5 ☐ Travail 6 ☐ Étudiant 7 ☐ Visiteur 8 ☐ Statut d'immigrant – Autre <i>Si autre, précisez :</i> _____ 9 ☐ Inconnu		

Province/Territoire/Identification du cas				
1. Province/territoire déclarant 	2. Numéro au registre central 	3. Identification unique du cas 	4. Date de naissance Année Mois Jour	5. Sexe Masculin ☐ Féminin ☐ 1 ☐ 2 ☐
6. Résidence habituelle Ville/Village Code postal Comté et unité sanitaire				
Vit dans une réserve des Premières Nations la plupart du temps? 1 ☐ Oui 2 ☐ Non 8 ☐ s/o 9 ☐ Donnée inconnue				

Le taux d'incidence pour 100 000 habitants était le plus élevé chez les Autochtones nés au Canada et, en particulier, au sein de la population Inuit, où le taux d'incidence était 45 fois plus élevé que le taux global canadien (L'agence de santé publique du Canada. *La tuberculose au Canada 2014 : Prédifussion. Protéger les Canadiens et les aider à améliorer leur santé*, Gouvernement du Canada, 2016).

La tuberculose chez les Autochtones est un exemple des structures sociales inégales au Canada puisqu'elle révèle des problèmes sociaux qui existent depuis longtemps chez ces populations et qui les touchent de façon disproportionnée:

157

Tuberculosis found among homeless, native communities; Around the world, TB remains a deadly scourge », *Toronto Star*, 30 septembre 2006)

Tributaire de facteurs sociaux comme le surpeuplement et la pauvreté, cette maladie tend à se propager parmi des groupes à risque comme les personnes vivant avec le VIH/sida ou atteintes du diabète ou de troubles de santé mentale [...] Le fait de vivre dans des logements surpeuplés ou de souffrir d'autres affections peut aussi accroître la vulnérabilité des gens à la tuberculose (Santé Canada. *Stratégie de lutte contre la tuberculose de santé Canada pour les membres des Premières Nations vivant dans les réserves : sommaire*, Gouvernement du Canada, 2012)

Dans ce contexte, le Canada se transforme en une figure de « tyran ». La description de la tuberculose est indissociable d'une dénonciation des torts qui ont été commis au fil de l'histoire aux populations autochtones touchées par la maladie, notamment dans les « hôpitaux indiens », les sanatoriums et les écoles résidentielles :

Saul Day was sent to the racially segregated tuberculosis hospital as a nine year old in 1955. 'As children we were sent there,' Day told CBC News. 'We didn't know what was going on and nobody tells you you're going to be here for a long time [or that] you're going to get treatment ... I hear rumours now that there was experimentation with us while we were in the sanatorium.' (Auteur inconnu. « Former sanatorium patient searches for answers, validation », *CBC*, 12 avril 2012)

Entre la fin du 19^e siècle et 1996, plus de 150 000 enfants autochtones ont été arrachés à leur famille et placés dans des pensionnats, pour la plupart sous l'égide de différentes communautés religieuses. Quelque 3 200 enfants y sont morts - pour la plupart avant 1940 - des suites de diverses maladies, dont la tuberculose. Les conditions sanitaires y étaient telles que le taux de mortalité y était près de cinq fois plus élevé qu'au sein du reste de la population. (Auteur inconnu. « Pensionnats autochtones : un génocide culturel, dit la Commission de vérité et réconciliation », *Radio-Canada*, 2 juin 2015)

Les discours du Gouvernement du Canada dénoncent aussi ces interventions, mais soulignent parfois leurs conséquences positives, atténuant ainsi l'accusation:

Bien souvent, la personne envoyée au sanatorium et sa famille ne comprenaient pas les raisons de cette séparation. Les soins donnés dans les sanatoriums *ont sauvé bien des vies, mais* beaucoup de gens sont morts à l'hôpital, loin de leur famille et de leur communauté. Nombreux sont ceux qui ont passé des années à l'hôpital, où ils ont perdu leur langue et leur culture et n'ont pu jouir d'une vie familiale et communautaire. (Gouvernement du Canada. *Présentation prête-à-utiliser sur la Tuberculose à l'intention des fournisseurs de soins*, nous soulignons)

Ces discours du Gouvernement et des médias canadiens auraient pu facilement imputer l'incidence de la tuberculose aux nouveaux arrivants, parce que ces derniers sont plus touchés que les Autochtones: ils auraient pu l'expliquer en évoquant la pauvreté, les mauvaises conditions sanitaires et les lacunes des infrastructures sanitaires dans leur pays d'origine, tout en soulignant le soi-disant bon système de santé canadien. Cependant, cette dynamique d'altérisation, qui transforme des figures éloignées en « victimes » et qui présente le Canada de façon positive, cadre moins bien avec le récit dominant sur l'épidémie de la tuberculose qui impute la faute à une négligence collective, dont le Canada est aussi coupable. Ce récit se prête mieux à une posture d'humilité qui se traduit par des modalités d'altérisation institutionnalisées qui ciblent des autorités sanitaires et nationales occidentales, dont celles canadiennes. La description de la tuberculose parmi les communautés autochtones impose une réflexion sur soi. La faute est placée sur le Canada, sur ses interventions (actuelles et antérieures) et sur ses choix. Cette production de figures d'altérité par une critique auto-culpabilisante cadre bien avec les significations données à la tuberculose; celle-ci est conçue comme un problème de santé globale qui perdure même s'il est possible de le contrôler.

Somme toute, cette forme de blâme dénonce des injustices et plaide pour des changements macrosociaux (Joffe, 2011) qui peuvent influencer d'autres domaines que le monde médical, comme la répartition mondiale des richesses. Voici des exemples de ce discours :

'The World Bank is spending virtually nothing on Africa's TB emergency,' said Joanne Carter, of Results International, a U.S.-based anti-poverty advocacy organization. [...] More than one-third of the world's 1.7 million TB deaths occur in Africa, but programs to control tuberculosis received less than one per cent of the bank's health investments in Africa in 2005, or \$3.5 million US, according to the report. (Auteur inconnu. « Boost anti-TB programs in Africa, report urges », *CBC*, 12 septembre 2006)

‘This Summit represents a most unique opportunity to call on all G8 countries to fund and implement the Global Plan to Stop TB,’ said Dr Sampaio. ‘Moved by strong political will, the G8 can lead and smooth over every funding obstacle that stands in the way to achieving universal access to high-quality diagnosis and treatment for TB patients, wherever they live. [...]’ (OMS. *UN Special Envoy calls on G8 leaders to prioritize tuberculosis*)

4.1.3 Héroïsation de l’initiative

L’éclosion contemporaine de la tuberculose est perçue comme un choix sociétal et il est convenu que le monde a collectivement les moyens de gérer cette maladie. Par conséquent, la responsabilité et la solution incombent toutes deux aux institutions sanitaires et nationales. On croit que si les pays agissent de façon adéquate, ils devraient vaincre la tuberculose : « TB is preventable, treatable and curable. We can do this, we just need to get our act together. » (Rea, Elizabeth. Canada's TB silos aren't helping, *Globe and Mail*, 7 janvier 2017).

La principale dynamique d’héroïsation se retrouve dans des discours qui louent les initiatives d’institutions et de pays occidentaux qui se prennent en charge et qui réussissent à gérer la maladie *en dépit* des lacunes dans les systèmes de santé internationaux :

MSF has been calling on politicians, global health bodies and pharmaceutical companies to address this TB crisis, but in the face of insufficient movement has now decided to take action itself. MSF has played a catalytic role in providing TB and drug resistant TB care for 30 years and is now running two clinical trials. The other, end-TB, is due to start in Georgia later this year. (MSF. *New MSF-run clinical trial to find better treatment for drug-resistant tuberculosis begins in Uzbekistan*)

‘This new Germany’ is not shy about showing the world what values are worth fighting for, the activist and U2 co-founder said Tuesday. Bono made the remarks after meeting with lawmakers to tell them about efforts to fight poverty and stem the spread of malaria, AIDS and tuberculosis in the developing world. (Auteur inconnu. « Bono: Germany’s efforts to help fight poverty have made me a fan », *Canadian Press*, 12 mars 2008)

Cette dynamique d'héroïsation des initiatives cible parfois des pays pauvres du Sud global qui deviennent ce que Franco, Blau & Zimbardo (2011) et Goethals & Allison (2012) appellent un « *underdog hero* » :

In addition to deploying health extension workers in the communities, Ethiopia's health ministry has also invested in organizing thousands of community volunteers across the country. These people work on the frontlines in the communities to identify villagers who may have TB. Along with the health extension workers, they make up what is known as the Health Development Army. (OMS. *Ethiopia – On the road to ending tuberculosis*, mars 2016)

Cette héroïsation laisse entendre que si les moins bien nantis parviennent à diminuer l'incidence de la tuberculose, n'importe quel pays devrait nécessairement pouvoir gérer cette maladie. L'héroïsation d'un groupe défavorisé qui fait preuve d'initiative et qui connaît des succès entérine donc un récit soulignant l'importance de l'agentivité dans l'incidence contemporaine de la tuberculose. Puisque cette héroïsation transmet l'idée que les ressources économiques ne sont pas une barrière à la gestion de l'épidémie, elle laisse entendre que la persistance de la maladie n'est qu'une question de volonté. Cette héroïsation devient donc stratégique: son but premier n'est pas nécessairement de féliciter des communautés démunies, mais bien de critiquer les autorités occidentales qui n'investissent pas suffisamment de ressources dans la lutte contre la maladie, *comme le font* les moins bien nantis, dont les capacités sont pourtant « moindres ».

Somme toute, dans le récit qui entoure la tuberculose et qui est encadré par le concept de santé globale dans lequel le risque est généralisé dans le monde, l'éclosion d'une maladie « curable, mais mortelle » et « ancienne, mais contemporaine » est conçue comme le produit de choix humains (négligence, incompetence, lenteur, insuffisance). Ce récit fait reposer la responsabilité et la solution sur des institutions sanitaires et nationales, dont certains sont tyranniques et négligents et d'autres, aptes et capables de se mobiliser afin de lutter contre la

maladie. La principale dynamique d'infériorisation cible des institutions occidentales. Ces figures sont blâmées parce qu'elles participent à une organisation sociétale dont les conséquences iatrogènes sont responsables non seulement de la tuberculose, mais aussi de dynamiques sociales indésirables (comme les inégalités sociales ou la privatisation de l'industrie pharmaceutique). En revanche, les héros sont surtout les institutions de pays occidentaux qui choisissent de s'opposer à cette tendance dominante pour s'allier, se mobiliser, innover et ultimement contrôler la maladie; ils illustrent les conséquences positives qui peuvent survenir lorsque les soi-disant « bons choix » sont effectués. En résumé, ils font ressortir les actions humaines et la responsabilité –faute ou réussite – est imputée à des figures habituellement à proximité du soi-Canadien. Ces dynamiques d'altérité sont donc un commentaire social qui souligne la nécessité d'un renouvellement des priorités et pratiques dans les systèmes nationaux et mondiaux.

4.2 Le soi (in)apte révélé par l'influenza H1N1

L'influenza H1N1 demeure préoccupant en dépit de ses symptômes habituellement faibles et de la capacité du corps humain à lutter par lui-même contre la maladie:

Internaute: '[...] Complications include bronchitis, sinus infection, ear infections, mastoiditis, meningitis, pneumonia and exacerbation of chronic illness. Economic losses related to colds and flu amount to tens of billions of dollars each year. It appears many have been lulled into the delusory notion that H1N1 is a relatively mild affliction that needn't be worried about more than 'regular' flu. In many instances H1N1 is 'mild' (so to speak), but in some victims it's proving uncommonly deadly and damaging for those who become gravely ill. [...]' – CW. Moore (Commentaire Reddit, fil de discussion *Guess who's making H1N1 vaccines for Canada*)

But the new H1N1 flu strain has triggered global health worries, with suspected cases reported in every corner of the world and the World Health Organization warning the virus could mutate. 'Nobody should take this for granted in any way,' David Butler-Jones, Canada's chief public health officer, said at a news conference in Ottawa. '[...] No one should lull themselves into thinking that everything is just fine because it's a relatively mild disease. [...]' (Thanh Ha, Tu & Brian Laghi. « Swine flu outbreak: Flu fear spreads as six cases confirmed in Canada », *Globe and Mail*, 27 avril 2009)

Cette maladie est décrite comme « virulente », « dangereuse », « mortelle » et « destructrice »:

The flu is still a *deadly enemy*, and deadly enemies need to be respected. (Auteur inconnu. « H1N1. No time to let things slip », *Globe and Mail*, 30 novembre 2009, nous soulignons)

Wilson [expert in public health policy and internal medicine physician] is, however, seeing the *destructive* power of the current pandemic strain of influenza (Auteur inconnu. H1N1's true toll not shown by death tally, *CBC*, 16 novembre 2009, nous soulignons)

4.2.1 L'imprévisibilité du risque et la nécessité de se préparer

L'influenza H1N1 est une maladie bien connue. On comprend bien son caractère cyclique:

Historiquement, les pandémies de grippe surviennent généralement de trois à quatre fois par siècle. Les pandémies suivantes sont survenues au cours des 100 dernières années : 1918-1919 (H1N1 : 'grippe espagnole'); 1957-1958 (H2N2 : 'grippe asiatique'); 1968-1969 (H3N2 : 'grippe de Hong Kong'); 2009-2010 (H1N1, communément appelée 'grippe porcine'). (Gouvernement du Canada. *Causes de la grippe pandémique*)

L'épidémie de la « grippe espagnole » en 1918 est souvent utilisée comme point de comparaison et scénario du pire:

[Health officials and the government] may: Cancel public gatherings. Close schools. Modify or refine priority target groups for vaccination. Acquire extra supplies to provide medical care at non traditional sites and open non-traditional sites as needed. Monitor capacity of mortuary and burial services as well as need for social and psychological services for families of victims. But that's only if things get really bad. They haven't been that bad since the 1918-1919 Spanish flu epidemic. (Auteur inconnu. « Isolating the ill : when to quarantine », *CBC*, 4 mai 2009)

Si son souvenir génère des craintes, il rassure aussi parce que notre système médical a évolué depuis ce temps et que le virus de 2009 n'avait pas les mêmes caractéristiques :

I do want to emphasize that at this point in history, this is the best surveillance we have ever had. We are really monitoring and able to see a situation unfold in a way we have never been able to do in history before. (OMS, *Transcription de la conférence de presse virtuelle avec Gregory Hartl et Keiji Fukuda*, 4 mai 2009)

Especially people are often comparing this virus to the 1918 pandemic virus as a kind of standard for comparison. It seems in fact that this virus does not have this kind of characteristic. (OMS, *Transcription de la conférence de presse virtuelle avec Gregory*

Hartl et Sylvie Briand, 13 mai 2009)

Or, en dépit de cette bonne connaissance de l'influenza H1N1, le récit de l'éclosion de 2009 repose sur la nouveauté de la souche virale :

In late April, WHO announced the emergence of a novel influenza A virus. This particular H1N1 strain has not circulated previously in humans. The virus is entirely new, the virus is contagious, spreading easily from one person to another, and from one country to another. (OMS. *Transcription d'un communiqué par Margaret Chan*, 11 juin 2009)

Les multiples inconnus de ce virus sont rappelés, dont la fréquence des complications, les raisons de la sévérité des symptômes chez certains patients, le faible taux d'immunité de la population et la possibilité que le virus développe une résistance aux médicaments, ce dernier inconnu étant la plus grande source de préoccupation :

With any drug that is used to treat a pathogen whether we are talking about bacteria or virus, then resistance to that drug is always a concern. Of course we are concerned about whether this virus could develop resistance to oseltamivir because right now it is sensitive. Having said that oseltamivir can be a very useful intervention for treating people who are sick and so I think there is no reason to hold back from using it because we are concerned about resistance. (OMS. *Transcription de la conférence de presse virtuelle avec Gregory Hartl et Keiji Fukuda*, 4 mai 2009)

On craint notamment une mutation du virus qui lui permettrait de résister au tamiflu :

Internaute: Yes. H1N1 and the normal seasonal flu are already resistant to amantidine (an older anti viral). There have already been isolated cases of tamiflu resistant cases of H1N1. (Commentaire Reddit, fil de discussion *Per request – IAMA pulm ICU doc treatment H1N1*)

Cette résistance au médicament a été diagnostiquée chez un Québécois d'une soixantaine d'années qui prenait du Tamiflu, en dose réduite, par mesure préventive, car son fils avait contracté le virus de la grippe H1N1. Cet homme est maintenant guéri. [...] Selon l'infectiologue du CHUL Guy Boivin, c'est la prise de médicament à faible dose qui a sans doute contribué au développement de la résistance. [...] Guy Boivin indique que si d'autres cas similaires venaient à se présenter, cela pourrait avoir des répercussions importantes. (Auteur inconnu. « Premier cas de résistance au Tamiflu », *Radio-Canada*, 21 juillet 2009)

Il y a aussi des incertitudes au sujet des façons dont la pandémie évoluera, ce qui mène à des

spéculations et des prédictions :

Le virus pourrait muter et refaire surface avec une vigueur sans précédent, a averti [l]a directrice générale [de l'OMS], Margaret Chan. 'Si cela se produisait, ce serait la pire des épidémies que le monde aurait à affronter au 21^e siècle', a déclaré Mme Chan. (Auteur inconnu. « Distribution de Tamiflu », *Radio-Canada*, 5 mai 2009)

If you look at past pandemics, it would be a reasonable estimate to say that perhaps a third of the world's population would get infected with this virus. You never know before hand, but this would be a reasonable kind of estimate. [...] Even when, on an individual basis, illness for most people is relatively mild, if they are people who are dying, people who are getting pneumonia, and that is multiplied times that large percentage of people who get infected, then from the global perspective what we are concerned about is that they are still very large numbers of people who could develop pneumonia, require respirators, who could die. (OMS. *Transcription d'une conférence de presse virtuelle avec Gregory Hartl et Keiji Fukuda*, 7 mai 2009)

À cet égard, certains internautes appuient leurs spéculations sur des livres apocalyptiques:

Internaute 1: [I]s there a possibility that at some point down the road a flu strain can have the ability to infect a wide range of animals? A sort of omni-flu that could pass from cow to pig to human to bird to human to dog to cat to human etc.? Because it seems like that would screw us over pretty quick.

Internaute 2: Not that it's science, but I think that came up in Stephen King's *The Stand*. Horses died from the same virus, I remember that. Couple other animals. Not dogs. (Commentaire Reddit, réponse au commentaire, fil de discussion *Man infects pigs with swine flu on farm in Canada – first documented case of the virus being passed from humans to animals*)

Ainsi, quoique l'influenza soit une maladie bien connue, son imprévisibilité complique sa gestion :

La grippe est imprévisible. Chaque saison grippale et chaque pandémie sont différentes. Ces incertitudes font qu'il est difficile de planifier l'intervention en cas de pandémie et mettent en évidence la nécessité de faire preuve de souplesse et d'adaptabilité. (Gouvernement du Canada. *Ce que les professionnels de la santé doivent savoir sur la grippe pandémique*)

En fait, en raison de cette imprévisibilité du H1N1, on considère que les succès dans la gestion de la pandémie sont dus uniquement aux circonstances:

This time around, *we have been aided by pure good luck*. The virus did not mutate during the pandemic to a more lethal form. Widespread resistance to oseltamivir did not develop. The vaccine proved to be a good match with circulating viruses and

showed an excellent safety profile. (Chan, Margaret. « H1N1 in post-pandemic period », *Énoncé d'ouverture à une conférence de presse virtuelle*, OMS, 10 août 2010, nous soulignons)

En ce sens, le récit du H1N1 est axé sur l'imprévisibilité des maladies (ré)émergentes qui se développent, mutent, se transforment et s'adaptent dans les coulisses, (re)surgissant ensuite au moment opportun (Wahser, 2010). On juge alors insuffisantes les tentatives pour prévoir l'évolution de cette maladie puisqu'un pays doit attendre sa (ré)émergence et s'adapter à ses modifications. Le discours qui se développe est donc axé sur la préparation (Lakoff, 2017), proclamant l'importance de minimiser le facteur des circonstances:

The H1N1 pandemic provided a significant challenge to all countries. WHO encourages countries to assess their experience and identify lessons that can be applied to strengthen their preparedness and response to future pandemics. (OMS. *FAQS: What is post-pandemic*)

In the aftermath of high-profile cases like the SARS outbreak in Toronto in 2003, there is more awareness of emergency preparedness than there was in the past, said Dr. David McKeown, medical officer of health for Toronto. (La Rose, Laurent. « Emergency plans, kits should be prepped for potential worst-case scenarios », *Canadian Press*, 27 avril 2009)

On souligne qu'il faut faire preuve de flexibilité dans cette préparation pour s'adapter aux imprévus que réserveront sûrement les éclosions ultérieures d'influenza:

La grippe est imprévisible, de sorte qu'il est difficile de planifier les activités de surveillance et d'intervention. Le PCGP décrit les principaux domaines d'incertitude se rapportant à la prochaine pandémie, par exemple, à quel moment celle-ci aura lieu, où elle apparaîtra, la nature de la propagation, ses caractéristiques, ses répercussions et l'effet des interventions. Ces incertitudes font ressortir le besoin de souplesse et d'adaptabilité dans le cadre des interventions en cas de pandémie. (Gouvernement du Canada. *Préparation du Canada en cas de grippe pandémique : Guide de planification pour le secteur de la santé. Annexe traitant de la vaccination*, Réseau pancanadien de santé publique, p.8, 2016).

Néanmoins, il y a un paradoxe dans ce récit, c'est qu'on ne peut prévoir les préparatifs qui seront requis (Lakoff, 2017), puisqu'il est impossible de prédire l'imprévisible : « Like many viruses, H1N1 is unpredictable and can confound the best-laid plans. » (Hampson, Sarah. « The man

behind the pandemic plan », *Globe and Mail*, 20 juillet 2009)

4.2.2 Apte ou inapte? Le débat sur la préparation

Le débat le plus important lors de la pandémie H1N1 concerne l'(in)aptitude proclamée du Gouvernement canadien et de ses systèmes de santé. Certains médias ont voulu rassurer le public quant aux compétences, aux capacités et à la préparation du pays:

Planning for a pandemic, what he [Dr Butler-Jones] calls the country's 'surge preparedness,' has been a focus of the agency since its inception [...]. 'We had an ongoing focus to get preparations in place, building surveillance systems and connections within the provinces and territories and developing relationships internationally [...] Canada was the first country to have a pandemic plan for the health system nationally. ... And while there's always more we could do, we're probably in a better position than anybody else in the world right now.' (Hampson, Sarah. « The man behind the pandemic plan », *Globe and Mail*, 20 juillet 2009)

Canada's experience with SARS - Severe Acute Respiratory Syndrome - in 2003 gave health professionals a unique expertise in handling outbreaks like this, and Ontario health officials say the province's emergency departments and clinics are well prepared and have protocols in place for handling any flu outbreak. (Marlow, Iain. « Swine Flu Lands in Canada. Global Crisis: Mexican virus spreads north as U.S. declares a public emergency », *Toronto Star*, 27 avril 2009)

Ce type de discours est aussi très présent dans les documents publiés par le Gouvernement du Canada, qui affirment que le pays a développé une expertise et qu'il se prépare depuis longtemps :

Au Canada, les activités de planification en cas de pandémie ont débuté dans les années 1980. Des contrats pour des vaccins contre la grippe pandémique sont en place depuis 2001. Le Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza pour le secteur de la santé a été publié pour la première fois en 2004. (Gouvernement du Canada. *Ce que les professionnels de la santé doivent savoir sur la grippe pandémique*)

Le Gouvernement du Canada transmet donc l'idée que le succès des interventions pour gérer la pandémie H1N1 de 2009 est lié à ses efforts efficaces de préparation :

La pandémie grippale A (H1N1) de 2009 (désignée par la suite par le terme 'pandémie de 2009') a permis d'effectuer le premier test réel des efforts de planification pour la préparation en cas de pandémie au Canada. La collaboration entre tous les ordres de gouvernement et les intervenants était sans précédent par rapport aux phénomènes

antérieurs, tels que l'épidémie du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) en 2003. Même si les systèmes de santé publique et de soins étaient surchargés, ils ont été en mesure de gérer la situation dans la plupart des cas. On a eu recours aux réserves d'antiviraux et le vaccin antipandémique a été administré à des millions de Canadiens et de Canadiennes. (Gouvernement du Canada. *Préparation du Canada en cas de grippe pandémique : Guide de planification pour le secteur de la santé. Annexe traitant de la vaccination*, Réseau pancanadien de santé publique, p.6, 2015)

Ce message des autorités nationales est certes stratégique. Il cherche à convaincre le public de leur aptitude à gérer la situation, apaiser des craintes éventuelles lors de l'épidémie et contrer des doutes à l'égard des compétences nationales.

Or, un grand nombre d'articles publiés dans les médias sont sceptiques face à ce type de discours et critiquent le Canada pour son inaptitude à gérer les maladies. On évoque entre autres, et de façon paradoxale, tantôt son manque de préparation, tantôt ses interventions exagérées. Les autorités sanitaires auraient à la fois trop peu planifié et trop agi :

La vérificatrice générale du Canada reproche au gouvernement fédéral son absence de plan pour intervenir en situation d'urgence. [...] À l'heure actuelle, souligne Sheila Fraser, il n'existe pas non plus de stratégie de coordination des activités d'urgence entre les différents ministères, une lacune sérieuse, selon elle. (Auteur inconnu. « Où est le plan d'urgence? », *Radio-Canada*, 3 novembre 2009)

The huge investments governments made into swine flu pandemic planning might not have been justified, a public health official said Thursday. 'It's really not causing - and is not going to cause and nowhere has caused - significant levels of illness or death,' said Dr. Richard Schabas, Ontario's former chief medical officer of health. 'But governments moved ahead regardless. They ramped up their response, spent a huge amount of money on vaccines and other things [...] for what has ultimately turned out to be, from a pandemic perspective, a dud.' (Auteur inconnu. « H1N1 a 'dud' pandemic, Ont. health official says », *CBC*, 12 novembre 2009)

Des articles dans les médias soulignent aussi des contradictions entre les propos émis par le Gouvernement canadien et ses actions. Ce dernier présenterait l'H1N1 comme un faible risque et une menace peu importante, mais gérerait la pandémie à l'aide de mesures exceptionnelles qui laissent croire qu'il s'agit d'une situation dangereuse:

Dans la catégorie 'faites ce que je dis et non ce que je fais', le gouvernement canadien aura marqué des points: le 27 avril 2009, le ministre de la Sécurité publique Peter Van Loan qualifiait d'exagérée la décision de certains pays (notamment l'Inde et la Malaisie) de conseiller à leurs ressortissants d'éviter le Canada en raison de la présence de cas de grippe porcine. Dès le lendemain, le 28 avril, le Canada déconseillait à ses ressortissants de se rendre au Mexique pour les mêmes raisons. (Saint-Arnaud, Pierre. « La pandémie de grippe a mis en lumière un côté peu glorieux des humains », *La presse canadienne*, 22 décembre 2009)

They're all stampeding toward the nearest microphone to tell us not to panic. Don't even think of going to Mexico, though. The airlines have cancelled all their flights, just to be safe. (Wente, Margaret. « Pandemic panic attack », *Globe and Mail*, 30 avril 2009)

C'est la campagne de vaccination contre l'influenza H1N1 qui a fait couler le plus d'encre.

Les critiques sont des plus diversifiées; cette campagne est jugée exagérée, insuffisante, mal organisée, mal gérée:

Internaute: This is clearly the 50 million reptillians who live underneath Canada (Commentaire Reddit, fil de discussion *Canada to order 50.4 million H1N1 vaccine doses*)

Canada's largest mass vaccination effort has been hampered by vaccine shortages, long lineups at clogged clinics, and widespread confusion and frustration. (Auteur inconnu. « Canadian News Digest », *Canadian Press*, 10 novembre 2009)

'We've known this pandemic was coming for almost a year and we've been planning for the vaccine for almost three months,' said Swann, a former public health officer. Swann said he found it 'shocking' that only nine clinics were open on the first day of vaccinations across Alberta. He questioned why shots were not being administered in schools, malls and seniors centres. [...] 'It seems to me that the government has completely botched the rollout of this,' said [NDP Leader Brian] Mason. 'They've also ignored the native communities in the North...these are the most vulnerable people.' (Macdonald, Jim. « Alberta health minister apologizes for flu shot lineups, adds more clinics », *Canadian Press*, 27 octobre 2009)

Cette critique de la campagne de vaccination est aussi instrumentalisée pour raviver d'anciennes frustrations. Par exemple, elle sert de canal pour l'expression d'une insatisfaction générale à l'égard du système de santé canadien : « 'I feel like we're living in a poorly developed country,' said a woman named Marina, who had 1,000 people ahead of her in line. » (Boyle, Teresa & Joana Smith. « Overwhelmed », *Toronto Star*, 30 octobre 2009)

4.2.3 Au-delà de l'épidémie : l'expression d'une frustration générale

Dans cette pandémie qui touche le Canada, les accusations lancées contre les autorités nationales dépassent l'éclosion d'H1N1; elles expriment une frustration générale des Canadiens à l'égard de leurs gouvernement et institutions. Par exemple, la critique du système de santé canadien ne se justifie pas uniquement à cause des (« mauvaises ») interventions pour gérer l'éclosion. En effet, on dénonce non seulement la réponse à l'influenza H1N1, mais aussi des « défauts » plus généraux dans l'infrastructure sanitaire nationale, tels que les impasses bureaucratiques, le manque d'équipement et de personnel ou encore les relations problématiques avec les compagnies pharmaceutiques :

Canadian health authorities planned to push through bureaucratic red tape and move up the delivery of the vaccine if the disease turned more severe this fall. (Alphonso, Caroline. « H1N1 PANDEMIC. Milder flu leads Canada to hold off on vaccine, buying time for trials », *Globe and Mail*, 8 octobre 2009)

Whether or not sufficient ventilators are in place, hospitals may face another related issue: technicians to operate them and isolation rooms to contain the disease. 'Ventilators you can probably buy, and you can move them around,' said Tim Brewer, the director of global health programs for the faculty of medicine at McGill University in Montreal. 'But you can't ship isolation rooms.' (Galloway, Gloria & Caroline Alphonso. « Updated H1N1 statistics hard to come by », *Globe and Mail*, 8 juillet 2009)

Internaute: It's money in BIG PHARMAs pockets. They have a lot of lobbyists that scare the shit out of people and they are making a killing. So many other viruses and diseases out there that are killing a lot more people. It pisses me off that my government is forking over money to these douchebags. (Commentaire Reddit, fil de discussion *Canada to order 50.4 million H1N1 vaccine doses*)

Un autre exemple des critiques adressées au Canada a trait aux mentions des problèmes vécus par les Autochtones pendant la pandémie d'H1N1. En effet, tout comme pour la tuberculose, les discours sur l'H1N1 décrivent les problèmes particuliers en lien avec l'épidémie vécus par les communautés autochtones. On explique ces problèmes par des négligences et une violence héritée du passé colonial:

Internaute: its just propaganda to make it look like they care about the aboriginals on reserves and to make the chiefs happy (Commentaire Reddit, fil de discussion *Canada to order 50.4 million H1N1 vaccine doses*)

Health Canada's Manitoba office couldn't have chosen a more inappropriate moment to ship some 200 bags to remote communities that were hard hit by flu in the spring. They were delivered in a routine prewinter restocking exercise, primarily for use in fatal accidents, and were not 'linked exclusively' to H1N1, officials say. Still, at a time when native leaders are appealing for preventive measures, and when Ottawa is shipping in 'flu kits,' the cargo of body bags was insensitive, unnecessary and unwelcome. [...] This isn't the first time federal health bureaucrats have come under fire for callousness. Last spring, Health Canada delayed shipping hand sanitizer to hard-hit communities for fear that First Nations people would drink the alcohol-laden cleanser. The body bags add insult to insensitivity. (Auteur inconnu. « The body bag insult », *Toronto Star*, 18 septembre 2009)

Cette expérience de la maladie H1N1 qu'ont vécue les Autochtones justifie des critiques plus générales à l'encontre du pays:

Mr. Atleo welcomed the communication effort, noting inadequate housing, overcrowding, poor water supplies and isolation make aboriginal communities especially vulnerable to further spread of the virus. [...] 'We need to break a pattern in the relationship between First Nations and governments. We have a history of lurching from crisis to crisis.' (Bronskill, Jim. « Ottawa unveils new flu protocol in wake of body-bag uproar », *Globe and Mail*, 19 septembre 2009)

Notons que cette insatisfaction à l'égard du Canada se manifeste non seulement dans les critiques du Gouvernement canadien et du système de santé national, mais aussi dans les accusations lancées contre toute une gamme d'institutions et d'organisations canadiennes, dont par exemple, les médias, l'industrie agroalimentaire et le marché du travail :

Media coverage of swine flu or H1N1, as the World Health Organization now refers to it, went viral quicker than the flu itself (Auteur inconnu. « When coverage goes viral », *Toronto Star*, 9 mai 2009)

Internaute: I agree, but it is the industrialization process which necessitates the over-use of antibiotics to keep the animals alive in such close-quarters and often horrible sanitation. There may be less contact, therefore fewer cross-species infections, but the infections are given more selective pressure to mutate into more potent strains because they are constantly bottling the the very latest antibiotic technologies. So when they do cross over, chances are it'll be even more dangerous. (Commentaire Reddit, fil de discussion *Swine flu. Bird flu. How about factory farm flu*)

‘The history and the culture we have is that you’re a bit of a wimp if you take time off from work because you’re sick, and there are also factors related to concerns about sick benefits... In light of the pandemic, I think people should be rethinking that.’ (Auteur inconnu. « One in four Quebecers would go to work with H1N1 flu, poll suggests », *Canadian Press*, 15 octobre 2009)

Le premier ministre du parti politique au pouvoir à l’époque, Stephen Harper, personnifie les institutions nationales dites fautives. Il est particulièrement ciblé par les critiques et sa réponse à l’épidémie est réinterprétée à la lumière d’autres frustrations qui dépassent l’H1N1 et que la population a éprouvées. Par exemple, on rappelle sa mauvaise gestion de l’économie et sa mauvaise conception du système de santé dans les discours accusatoires:

The Conservative government is showing « contempt » for Canadians by spending far more to promote its own economic action plan than on its plans to fight the H1N1 flu, Liberal Leader Michael Ignatieff said Monday. [...] The Liberal leader's comments came a day after The Canadian Press highlighted the spending disparity between the promotion of the government's economic action plan and the ad budget for the H1N1 virus. The federal government is spending five times as many taxpayer dollars on its economic plan as it is on raising public awareness about the flu pandemic. (Shearman, Linda. « Ignatieff says more should be spent on H1N1, not promoting Tory economic plan », *Canadian Press*, 21 septembre 2009)

Stephen Harper cannot own this issue. It doesn't fit him. To him, our health-care system more than anything else marks Canada as what he once called ‘a second-tier socialistic country.’ He has a second-tier minister in charge of it, and their record is spotty, not just on H1N1 but on medical isotopes, for instance. He clearly lacks “empathy,” as John Ibbitson wrote, with those living in some fear of flu. Health care just doesn't turn his crank. (Salutin, Rick. « In the next election, it's flu v. crime », *Globe and Mail*, 6 novembre 2009)

Tous ces discours ont en commun une insatisfaction générale et profonde quant à la structure nationale, parfois même une impression d’incompétence plus ou moins durable. Nous assistons ainsi à une mise à l’écart des institutions qui normalement sont une image du soi et qui, dans un contexte démocratique, devraient représenter les citoyens canadiens et être une source de cohésion sociale. Le H1N1 est instrumentalisé pour prouver la non-représentativité démocratique de l’organisation sociétale au Canada et pour revendiquer des changements politiques.

En résumé, l'imprévisibilité de l'H1N1 en fait un candidat par excellence pour la création d'un récit axé sur le paradigme de préparation (Lakoff, 2017). Puisqu'il est admis que cette maladie reviendra sans cesse, il convient de planifier, d'organiser des protocoles et de prévoir des interventions. Dans ce récit, le Gouvernement canadien et ses institutions occupent une position plus ou moins ambiguë; ils sont tantôt héroïsés pour leur réaction, leur compétence et leur préparation, tantôt accusés par des discours qui critiquent ces mêmes aspects. À cet égard, le H1N1 aurait le pouvoir de révéler les failles et les forces de nos systèmes nationaux. Or, dans tous les cas, l'altérisation est dirigée contre soi et contre ses propres institutions; les autorités nationales, parfois personnifiées par le premier ministre, sont les principales cibles des critiques. On s'entend pour dire qu'elles devraient faire preuve d'initiative et se préparer pour affronter la maladie et pour gérer les risques imprévisibles. Comme pour la tuberculose, la question de l'action humaine est abordée dans le récit de cette épidémie; la propagation de la maladie n'est pas un accident naturel, mais un événement qui survient à cause de mauvaises pratiques et d'un manque de compétences. Cependant, le récit du H1N1 comme celui de la tuberculose va au-delà de critiques des réponses pour lutter contre la maladie car certains discours mettent en doute l'organisation sociétale et les institutions qui la composent. Ces discours font état de la structure que devrait ou ne devrait pas prendre la société canadienne.

4.3 Ebola : mythe, préhistoire et raison prémoderne

L'Ebola est une maladie « charismatique » (Herrick, 2019) et une « bonne candidate » pour le récit classique d'une épidémie (Wald, 2008; Chapitre 1), car elle est mystérieuse et apparaît habituellement dans une zone tropicale éloignée, où habitent des animaux « exotiques » porteurs du virus et où règnent d'autres maladies « étranges » :

More than anything else, Ebola virus carries with it *a spine-tingling mystique. One day you are perfectly healthy and a couple of days later you are bleeding out of your eyes, your ears, your anus.* ‘It has a Stephen King quality that appeals to people’s *morbid fascination,*’ Dr. Michael Schull, the president of Doctors Without Borders in Canada, said. (Picard, Andre. « Disease fit for a Stephen King thriller », *Globe and Mail*, 7 février 2001, nous soulignons)

What is the Ebola virus? Ebola virus disease is a severe and often fatal illness – outbreaks have a fatality rate of up to 90 per cent, according to the World Health Organisation (WHO). Outbreaks occur predominately in *remote villages in Central and West Africa near tropical rainforests.* [...] The virus is believed to be transmitted to people from *wild animals* such as fruit bats. (Croix-Rouge canadienne. *Ebola virus explained: Q&A*, nous soulignons)

‘Viral hemorrhagic fever is a generic name for a number of *rather exotic diseases that are found in Africa*’, Dr. Denis Werker, deputy chief medical health officer said Monday. ‘In that class of diseases, there is Ebola hemorrhagic fever [...]’ (Auteur inconnu. « Ebola fears surround Prairie man’s health scare », *Toronto Star*, 25 mars 2014, nous soulignons)

La représentation visuelle du virus est l’image la plus diffusée dans les médias et dans les publications d’autorités sanitaires qui traitent de l’éclosion d’Ebola (image 3). Cela traduit une fascination lugubre envers cette forme de vie.

Image 3. Représentation visuelle du virus Ebola



4.3.1 Une maladie (ré)émergente par excellence

Ebola est l’archétype des maladies (ré)émergentes (Herrick, 2019). Selon Washer (2010), le récit des maladies (ré)émergentes décrit une maladie qui surgit d’une zone du Sud global « tropicale » et « exotique », qui se propage au sein d’un réseau mondial d’interactions et qui finit par atteindre un pays occidental. L’inquiétude qu’elle suscite transparait dans la couverture

médiatique des deux figures les plus popularisées avant l'épidémie 2013-2016 d'Ebola, soit le cas suspect à Toronto d'un réfugié du Zaïre (mai 1995) et celui d'une femme d'origine congolaise à Hamilton (février 2001). Dans les deux cas, les journalistes parlent du pays d'origine des individus en mentionnant leur nationalité, en associant leur identité à l'« Afrique », en soulignant leur arrivée récente au Canada et en décrivant leurs voyages internationaux:

Canada had a brief brush with the Ebola-virus scare yesterday when a refugee claimant from Zaire was detained at Toronto's Pearson Airport. (Delacourt, Susan, avec reportages de Paul Taylor, Andre Picard & Michael Grange. «Detained Zairian 'a well person'. Health officials quell Ebola-virus fears after man arrives at Toronto from affected area », *Globe and Mail*, 18 mai 1995)

The Congolese woman, Colette Matshimoseka, 32, has been the subject of intense scrutiny since she arrived in Canada at Toronto's Pearson Airport from Addis Ababa on Feb. 3. People who know her say she had felt ill on the plane and could not eat. She spent her first night in Canada at a friend's home in Hamilton, and the next evening was taken by ambulance to Henderson Hospital with a high temperature and bleeding from several sites on her body. Medical officials at first believed she had severe malaria, but called in a tropical-diseases expert the next morning who believed she might be suffering from a deadly viral hemorrhagic fever, such as Ebola. (Kilpatrick, Ken. « RCMP rule out probe of victim in Ebola scare », *Globe and Mail*, 7 mars 2001)

Lors de l'éclosion d'Ebola en 2013-2016, on évoqua également l'inquiétude de voir la maladie entrer au Canada en raison des interconnexions mondiales: « Foreign Affairs Minister John Baird noted in a statement that biological threats do not recognize borders and are therefore a global problem. » (Auteur inconnu. « Ebola aid for West Africa announced by Canadian government. Money will go toward humanitarian programs, WHO », *CBC*, 18 avril 2014)

Un autre élément important du récit de l'Ebola relève de la terreur causée par ses symptômes. Cette maladie avait déjà marqué l'imagination populaire avant l'épidémie de 2013-2016. Le livre *The Hot Zone* (Preston, 1994) a fait un grand travail à cet égard. Il raconte la découverte, en 1989, de la souche Reston du virus Ebola chez des singes en quarantaine à Reston (en Virginie, près de

Washington DC). Quoiqu'inspiré par une éclosion réelle du virus Ebola Reston²⁴ chez des singes, l'auteur utilise les outils de la fiction pour décrire les caractéristiques du virus et laisser imaginer ses ravages potentiels, en dramatisant l'histoire à un point tel qu'on pourrait la qualifier de récit fictif inspiré par un événement vécu (Keck, 2015). Certains jugent cependant qu'il s'agit d'un livre décrivant des faits réels:

Internaute: Hot Zone is non fiction. It's about the strains of Ebola and the Marburg virus. That's why it's so scary. (Commentaire Reddit, fil de discussion *Man critically ill in Saskatoon, Canada after travel to Africa – Ebola suspected*)

The Hot Zone, by Richard Preston, is a true story about the outbreak of the Ebola virus. Ebola kills 9 out of 10 of its victims very quickly. While killing its victims, it replicates itself. [...] *What made this book so horrifying is that all the events in the book actually happened*; imagine a human virus bomb exploding in an African hospital to hundreds of monkeys dying of a mysterious disease. [...] *Read it to discover the true story of the Ebola virus*, the outbreak, and how the Army unveiled the secrets of one of the greatest killers of all time. (Lew, Taylor. « An outbreak out of control: book review », *Toronto Star*, 20 mai 2004, nous soulignons)

La description de l'Ebola dans *The Hot Zone* l'a rendue terrifiante pour le grand public; en effet, on y décrit un virus qui « saute » partout, prend possession des cellules humaines et tue des patients par la liquéfaction d'organes. Le livre a d'ailleurs inspiré le film *Outbreak* (1995), dans lequel des virologues tentent de contenir le virus Motaba, qui cause une fièvre hémorragique comparable à Ebola. Dans ce film, le virus s'est propagé du Zaïre aux États-Unis par l'intermédiaire d'un singe infecté qui l'a transmis par son sang ou sa salive. Le protagoniste, le Colonel Sam Daniels, décrit la maladie ainsi: « *Alarmingly high fatality* », « *Incubation period short* », « *This is the scariest son-of-a-bitch I've ever seen* » et « *It's one billionth our size and it's beating us* ». Son collègue Casey exprime :

Listen to the way it rolls off your tongue. Motaba. You know, it sounds like a perfume. One drop and you'll feel so different. Your lover will melt in your arms. [...] Don't

²⁴ Cette souche virale peut causer des infections asymptomatiques chez l'humain, mais n'est pas mortelle.

mess with this stuff. You gotta be ready for anything. Nothing in here that can't kill you. Including the air.

On explique que les organes d'un patient décédé ont été détruits « comme si une bombe y avait explosé » (notre traduction).

Cette association avec le sang et les fluides corporels marque l'imaginaire. En fait, lors des écloisions d'Ebola qui ont précédé celle de 2013-2016, la couverture médiatique canadienne mettait l'accent sur les symptômes hémorragiques et la liquéfaction des organes:

The disease's symptoms are horrifying. The Ebola virus *turns the body into an oozing sponge of spontaneous hemorrhage, with blood flowing* from the patient's mouth, vagina and even punctures made by intravenous needles. (Dunn, Kate. « Medical Alert. Ebola and its cousins are travelling killers », *Globe and Mail*, 12 avril 1997, nous soulignons)

Yet, what ultimately distinguishes hemorrhagic diseases from other infectious diseases is the horrific way in which they kill. People infected with Ebola and similar diseases *bleed to death internally, their vital organs essentially liquefying and oozing out every orifice*. (Picard, Andre. « Disease fit for a Stephen King thriller », *Globe and Mail*, 7 février 2001, nous soulignons)

Cette description des effets de la maladie ne doit cependant pas être prise à la lettre. La « liquéfaction », l'« explosion » ou la « fonte » des organes sont des figures de style hyperboliques qui dramatisent les symptômes. D'ailleurs, l'Ebola cause rarement des saignements d'orifices (Hofman et Au, 2017; Quammen, 2014). En fait, la maladie a été renommée « maladie à virus Ebola » (OMS, *Ebola virus Disease*, FAQs) puisque les hémorragies ne sont donc pas aussi fréquentes que le laissait entendre l'ancienne appellation de « Fièvre hémorragique Ebola ».

Lors de l'épidémie de 2013-2016, cet aspect hémorragique teinte toujours les façons dont on parle de l'Ebola dans les médias traditionnels et sur les forums Internet :

The disease is also deeply terrifying, because it *causes the body's fluids to gush out*, and because 50 to 90 per cent of those infected are likely to die. (Homer-Dixon, Thomas. « Ebola is no longer only Africa's problem », *Globe and Mail*, 18 septembre

2014)

Internaute: [...] Ebola causes *hemorrhaging / unstoppable bleeding throughout the body*. Your *cells are exploding* spreading little *Ebola bombs*. They can only give you an IV drip to keep you hydrated as you vomit and defecate blood. (Commentaire Reddit, fil de discussion *What is the true mortality rate of ebola in a place like Canada or the USA*)

Ces descriptions sont cependant moins nombreuses qu'elles ne l'étaient lors d'éclosions antérieures.

La principale caractéristique abordée est plutôt sa mortalité et sa morbidité: l'Ebola est décrite comme une maladie mortelle pour laquelle il n'y a pas de traitement. L'expression « *deadly disease* » devint synonyme de l'Ebola, qui a aussi été décrite comme une des maladies les plus mortelles sur terre : « Le *virus mortel* Ebola se répand actuellement de village en village en Afrique de l'Ouest. Il *décime* les familles et exerce une pression croissante sur les systèmes de santé publics déjà fragiles. » (Croix-Rouge canadienne. *L'Ebola continue de ravager l'Afrique de l'Ouest*, nous soulignons) En effet, 28% (n=180) des articles de médias rapportent le nombre de décès, souvent en insistant sur l'importance des chiffres à l'aide de mots comme « plus de [...] morts » et « au moins [...] morts », ce qui laisse l'imagination du public extrapoler et grossir les chiffres. D'autres fois, on arrondit le nombre de décès vers le haut (« près de [...] morts ») ou on présente un chiffre pire qu'en réalité. Il est parfois mentionné que le taux de mortalité atteint « jusqu'à 90% », mais on explique rarement (dans 16,67% des articles) que ce taux est habituellement d'environ 50%, et qu'il fluctue tout au long de l'épidémie et selon l'accessibilité aux soins de santé dans le pays touché (OMS, 2019f).

Ainsi, l'Ebola préoccupe et fait peur. La maladie est qualifiée de « terrifiante », « horrible », « dangereuse », « *dreaded* » :

The arrival of the *dreaded disease* in Senegal, which is a tourist destination and whose capital is a major transportation hub for the region, underscores that the outbreak remains out of control, despite efforts by the WHO, Doctors Without Borders and other organizations. (Dione, Babacar. « Officials verify first case of virus in Senegal; WHO records highest increase of cases in the past week since outbreak began », *Toronto Star*, 30 août 2014, nous soulignons)

While going on a mission to a country experiencing an epidemic of this *frightening* virus may seem crazy to many, when the call came in it was an immediate 'Yes!' for me. (Croix-Rouge canadienne. *Canadian Red Cross worker journeys to Guinea to support Ebola relief*, nous soulignons)

Or, en dépit de la frayeur associée à l’Ebola, cette maladie est en grande partie connue et ne surprend plus beaucoup. En effet, la deuxième caractéristique la plus fréquemment apposée à l’épidémie d’Ebola en 2013-2016 est son ampleur exceptionnelle; elle est qualifiée d’« extraordinaire », d’« exceptionnelle » et de « sans précédent ». De plus, elle est décrite comme la « pire », la « plus complexe », la « plus grande » et la « plus sévère »:

La maladie à virus Ebola est une maladie rare, grave et souvent mortelle. Une flambée d’Ebola sévit actuellement dans plusieurs pays de l’Afrique de l’Ouest. Il s’agit de la pire éclosion de l’histoire du virus. (Croix-Rouge canadienne. *Qu’est-ce que le virus Ebola*)

West Africa is experiencing the largest, most severe and most complex outbreak of Ebola virus disease in history. (OMS. *Ethical considerations for use of unregistered interventions for Ebola virus disease (EVD)*, 12 août 2014)

Si ces derniers adjectifs traduisent l’importance de l’épidémie 2013-2016, ils transmettent aussi l’idée qu’on a déjà vécu des épidémies antérieures d’Ebola; par conséquent, on a déjà géré cette maladie, on a l’expérience requise et on peut donc la maîtriser à nouveau car elle est familière.

4.3.2 La construction d’une menace lointaine

Quoique bien connue, l’Ebola n’est pas associée du tout au Canada puisqu’elle n’a jamais été présente sur le sol canadien:

‘What a better chance to get involved,’ [Lindsay Smith, a 29-year-old Dalhousie University student studying health sciences] said. ‘Ebola is scary. Ebola is a wild virus

unlike anything we ever see in North America and this outbreak itself is so unprecedented.’ (Taber, Jane. Hundreds of Nova Scotians volunteer for Ebola vaccine trial; Only 40 people are needed for the clinical trial of Canada’s Ebola vaccine, but about 300 have volunteered, *Globe and Mail*, 21 novembre 2014)

La maladie est surtout présentée comme un problème qui affecte des figures lointaines, notamment des pays touchés en Afrique et leurs habitants. Le Canada est peu concerné par ce problème et il est distancié de l’épidémie: « Internaute: Liberia is not Canada or the US. I wish people would stop pretending like the outbreak patterns in WA [West Africa] are the same as those in the western world. » (Commentaire Reddit, fil de discussion *Ebola risk remains “very low” in Canada*).

Par conséquent, les accusations émises lors de l’épidémie d’Ebola, contrairement à celles que l’on trouve dans les récits de la tuberculose et du H1N1, ciblent des figures éloignées, notamment les pays africains touchés et leurs habitants. Ces pays africains sont altérisés et décrits de façon défavorable, comme des sites prémodernes. À cet égard, ils sont peints comme des endroits préhistoriques et arides, où dominant mère Nature et ses virus:

Wolfe, a swashbuckling scientist sometimes described as the Indiana Jones of virology, has focused his company’s work on *disease hotspots like West Africa* in a bid to sniff out the next big threat. (Satter, Raphael & Maria Cheng. « AP investigation : American company bungled Ebola response », *Canadian Press*, 7 mars 2016, nous soulignons)

In recent years in Africa, *a Pandora’s box of exotic diseases*, known as viral hemorrhagic fevers, has been *unleashed on humans*. (Dunn, Kate. « Medical alert. Ebola and its cousins are travelling killers », *Globe and Mail*, 12 avril 1997, nous soulignons)

For human beings, Africa is the *ancestral home*. It is also an ideal environment for the evolution of new diseases. ‘[...] So you have *the most ancient of human populations in Africa, living among more species of micro-organisms than have been in a position to attack human beings in any other place in the world*. And so that’s probably where AIDS comes from. And there’s something out there called Ebola fever, which is very frightening indeed. [...] More and more people are poking into every corner of this *zoologically fascinating ecosystem* [...] *We haven’t conquered nature*, you know. We’ve just annoyed the hell out of her.’ (Dyer, Gwynne. Africa breeds nature’s assassins, *Toronto Star*, 20 mai 1995, nous soulignons)

4.3.3 Le savoir (pré)moderne

L'altérisation de ces figures africaines s'effectue principalement à l'aide de discours qui soulignent un « savoir prémoderne » et qui sont émis en prenant une posture anthropocentriste, voire raciste. Tout d'abord, on souligne souvent la « médecine prémoderne » qui existe dans ces endroits. Cette médecine antique expliquerait l'ampleur de la propagation de la maladie en Afrique de l'Ouest:

Internaute: Pretty much this. There are reasons Ebola spreads like it does in Africa: Poor hygiene across the board. Sub-standard medical care Inability to spread news of outbreaks quickly General ignorance of the population (Commentaire Reddit, fil de discussion *Man critically ill in Saskatoon, Canada after travel to Africa – Ebola suspected*)

The spread of Ebola out from the villages of southern Guinea, the source of the current outbreak, was fuelled by a similar state failure. Guinea's first cases were confirmed in March, and by April the virus was taking hold. But the health system was so inadequate, and ignorance so widespread, that many people with the Ebola virus decided to cross over the poorly controlled border to Sierra Leone, where they sought treatment from a herbalist who claimed to have the power to cure Ebola. (York, Geoffrey avec contributions de Kelly Grant. « Ebola is a warning sign of a much bigger crisis », *Globe and Mail*, 22 août 2014)

En second lieu, on blâme aussi les coutumes et les savoirs dits traditionnels. Rappelons que les rites funéraires traditionnels pratiqués en Guinée, en Sierra Leone et au Libéria sont considérés comme des activités à risque de transmission de la maladie (Chapitre 3) puisque des proches voyagent afin de participer à la cérémonie, lors de laquelle ils lavent, caressent et transportent le corps (Bagechi, 2014; Fiarhead, 2016; Faye et al., 2015; Piot, Muyembe & Edmunds, 2014). Or, ces pratiques funéraires traditionnelles sont seulement le quatrième plus important mode de transmission de la maladie. Entre juin 2014 et la mi-août 2014 elles ont propagé 9% des infections (Chowell & Viboud, 2015). Cependant, ces pratiques qui diffèrent des usages au Canada servent souvent, dans les discours pancanadiens étudiés, d'explication principale de l'ampleur de la maladie dans les communautés touchées: « Internaute: The reasons so many africans get it is

because their traditions and burrial rituals involve much body contact with the deceased. A dead body which died from ebola has the highest chance of infection. » (Commentaire Reddit, fil de discussion *ELI5 – Why do countries like the US and Canada have civilian flights available to Ebola infected countries like Liberia*)

Les habitants des pays touchés en Afrique sont présentés comme étant ancrés dans leurs traditions, au détriment du savoir médical. Ils refuseraient de changer leurs pratiques traditionnelles, auraient recours à la violence contre ceux qui tentent de les aider et résisteraient au savoir médical moderne :

That's why African countries need aid from the WHO and other international bodies to bring medical assistance and — importantly — public education to the worst-hit areas. Local customs — such as handwashing the bodies of the dead — can spread the disease. Even worse, villagers in remote area are chasing away medical workers, blaming them for bringing in Ebola. Some even believe that simply pronouncing the word “Ebola” leads to the disease. (Auteur inconnu. «Fight the fear of Ebola : Editorial », *Toronto Star*, 8 août 2014)

M. Carpentier a expliqué que les équipes sont fréquemment attaquées quand elles sont contraintes d'interférer avec des pratiques funéraires solidement ancrées, concernant la manipulation des corps. La résistance est surtout concentrée dans les régions les plus reculées, où les mentalités ne changent que lentement. (Boubacar Diallo & Sarah Dilozenzo. «Ebola : une équipe de la Croix-Rouge est attaquée », *La presse canadienne*, 24 septembre 2014)

Ainsi, les habitants des pays africains touchés sont qualifiés d'« ignorants » :

‘In most traditional areas, people do not strongly believe that the virus does exist. What they believe is that this whole sickness is caused by evil spirits,’ [Amara] Bangura[, a journalist in Freetown who works for BBC Media Action] said. (Auteur inconnu. « Ebola epidemic unprecedented in West Africa, medical aid group says. People prepare corpses and attend funerals of Ebola victims, spreading the disease », *CBC*, 23 juin 2014)

Les histoires qu'ils entendent de certains villageois peuvent sembler surprenantes à un stade aussi avancé de l'épidémie: scepticisme sur le fait qu'Ebola soit bien réel, rumeurs selon lesquelles la maladie est propagée par des étrangers en combinaisons spatiales, ou qu'elle peut être guérie grâce à des remèdes traditionnels. (Médecins Sans Frontières. *La lutte contre Ebola n'est pas finie – Joanne Liu explique ce qu'il faudra*

pour franchir la ligne d'arrivée)

En fait, la solution présentée est de d'envoyer des intervenants occidentaux dans cette région afin d'y apporter ladite « modernité » par la transmission du savoir de la médecine occidentale :

Alors que la dernière quarantaine imposée au pays comprenait une grande part d'éducation publique, la plupart des gens connaissent maintenant les risques liés au virus, ce qui signifie que les équipes peuvent se concentrer sur l'identification des patients, a affirmé Samuel Turay, un agent d'évaluation d'un centre médical. (Roy-Macaulay, Clarence & Boubacar Diallo. « Ebola : la Guinée sécurise la frontière avec la Sierra Leone », *La presse canadienne*, 28 mars 2015)

Volunteers work on tackling fears, ignorance and stigma through public education and awareness, with the aim of converting these negative elements into positive actions such as inclusion, solidarity and responsible practices. (Croix-Rouge canadienne. *Photos – Red Cross mobilized in fight against Ebola*)

Les principaux héros sont des figures canadiennes et occidentales. La réponse, dit-on, ne peut pas être trouvée « là-bas », dans ces pays tenus responsables des problèmes et des maladies. Ainsi, on s'auto-congratule, félicitant à la fois le Gouvernement et les citoyens du Canada:

Few countries have Canada's dual experience of the impact of epidemics such as SARS and of innovating to protect against others. As Canada prepares to take on the presidency of the G7 next year, this is an opportunity to build on the country's acknowledged leadership in epidemic public health, to the benefit of its own citizens and the wider world. (Farrar, Jeremy. The world needs more Canada in the war on epidemics, *Globe and Mail*, 19 janvier 2017)

Within minutes of the Nov. 14 announcement that Halifax's IWK Health Centre was chosen to hold the clinical trial to test Canada's Ebola vaccine, the phones started ringing and e-mails began arriving from people who wanted to participate. A week later, the trial team has heard from about 300 people – it only needs 40 healthy individuals, between 18 and 65, for this first-phase trial. For Scott Halperin, the doctor running the trial, the response has been overwhelming, and unprecedented. 'It's got to be altruism,' he told The Globe and Mail. (Taber, Jane. « Hundreds of Nova Scotians volunteer for Ebola vaccine trial », *Globe and Mail*, 21 novembre 2014)

Néanmoins, la figure héroïque la plus importante est celle des travailleurs humanitaires occidentaux, perçus comme des sauveurs puisqu'ils s'exposent à des risques pour soigner les populations locales et pour leur enseigner le savoir biomédical occidental:

Un grand nombre des projets de MSF comporte un certain degré de risque que les membres du personnel doivent être prêts à assumer pour prodiguer des soins aux personnes qui en ont le plus besoin. [...] Et nous pouvons affirmer que plus de 1 100 personnes en Afrique de l'Ouest ont guéri d'Ebola après avoir reçu des soins dans nos structures, par un personnel disposé à prendre ce genre de risques. (Médecins Sans Frontières. 5. *Combien de membres du personnel de MSF ont été infectés par Ebola sur le terrain? Pourquoi l'ont-ils été en dépit des mesures de précaution?*)

Il y a un an, l'Afrique de l'Ouest était touchée par une épidémie d'Ebola, qui a fait des milliers de victimes et laissé de profondes cicatrices dans les communautés et les pays touchés. Tout au long de l'intervention, la Croix-Rouge n'a ménagé aucun effort pour enrayer la maladie, notamment en prodiguant des soins médicaux, en menant des campagnes de sensibilisation et en enterrant les défunts dans le plus grand respect. Certes, la bataille n'est pas terminée, mais l'espoir renaît. (Croix-Rouge canadienne. *Utiliser le pouvoir des mots contre Ebola*)

En résumé, le récit dominant dans l'ensemble des discours sur l'Ebola est influencé par le concept de « maladie (ré)émergente » (Washer, 2010) et tous les présupposés et implications sous-entendus. Entre autres, l'Ebola n'apparaît pas n'importe où, elle survient dans des pays « condamnés » par leurs caractéristiques exotiques, tropicales et problématiques et par leurs pratiques et savoirs prémodernes. Les modalités d'altérisation privilégiées opposent surtout les concepts moderne/prémoderne, logique/illogique et raisonnable/déraisonnable. Dans ce contexte, les communautés et les habitants touchés en Afrique sont infériorisés comme « prémodernes », « ignorants », « arriérés » et « déraisonnables ». Ils sont présentés comme des figures qui privilégient des coutumes par rapport au savoir médical. En contrepartie, la figure héroïque qui émerge, le travailleur humanitaire occidental, incarne la modernité et la raison.

4.4 Zika, inoffensif, mais mortel? Surprise et dynamique de naturalisation

Le Zika est une maladie habituellement asymptomatique. On s'inquiète particulièrement des complications qu'elle peut entraîner, surtout du point de vue congénital. Les récits du Zika mentionnent la tragédie de la microcéphalie et la souffrance qui lui est associée :

The emergence of Zika in the Americas surprised a world that was ill-prepared to cope,

especially with the *heart-breaking* neurological abnormalities in newborns. With no vaccines, clinicians can offer women of child-bearing age little protection beyond advice to avoid mosquito bites, delay pregnancy, or refrain from travel to areas with ongoing transmission (OMS, *One year into the Zika outbreak: how an obscure disease became a global health emergency* (2))

"This case of Zika virus disease in a pregnancy *saddens* and concerns us as it highlights the potential for additional cases and associated adverse pregnancy outcomes," the agency (CDC) said in a statement. (Coto, Danica. Puerto Rico reports 1st Zika -related microcephaly case, *Canadian Press*, 13 mai 2016)

Les images qui ont circulé lors de l'épidémie Zika montrent surtout un enfant microcéphalique qui pleure, habituellement dans les bras de sa mère (image 4). Ces images illustrent ainsi l'inconfort et la souffrance du nouveau-né.

Image 4. Rosana Vieira Alves tient sa fille Luana Vieira, née avec la microcéphalie (portrait de Ueslei Marcelino/Reuters)



Une image récurrente est celle photographiée par Felipe Dana (image 5). Elle met en scène un enfant microcéphalique, dont on ne voit que la tête, qui prend un bain dans une chaudière. Cette photo met l'accent non seulement sur la forme de sa tête, mais aussi sur sa petitesse et sur les petits soins qu'on doit lui apporter.

Image 5. Enfant microcéphalique dans une chaudière (portrait de Felipe Dana)



Les récits décrivent aussi le vécu des parents qui ont un enfant microcéphalique, détaillant leurs préoccupations et problèmes mais aussi leur persévérance et espoir :

Fetal malformations place a heart-breaking strain on families and communities as well as systems for health care and social support. (OMS. *WHO Director-General briefs the media on the Zika situation*, 22 mars 2016)

‘One day, I had a fever and red spots on the body. My son was born at 38 weeks with a 26 cm head circumference. At first he was very whiny. But with therapy, he is already beginning to smile, he is better at holding his little neck up; he's developing quite a bit. I have to say to parents of children with microcephaly, do not give up. Initially, it seems like something from another world. It's complicated, you need to stay calm. The babies are very angry. My son would not stop crying for one minute. But today, at three months, the doctor can now examine him without him crying. You need to have calm, and enough love and dedication, because with that the child will develop.’ Daniele Santos, 29, mother of Juan Pedro. (OMS – Organisation de la santé pan-américaine. *Zika Stories: Daniele Santos and Valdir Francisco*)

On publie aussi des témoignages de médecins bouleversés par les cas de microcéphalie :

‘The children I treated before, who are now around 12 years old, do swimming and study in schools. But these children today, because of Zika, are coming in with more severe problems. *This is causing me to lose sleep.* [...]’ Consuelo Figueira, Occupational Therapist Child Development Center polyclinic Lessa de Andrade (OMS – Organisation de la santé pan-américaine. *Zika Stories: Consuelo Figueira*, nous soulignons)

In 17 years of practising fetal medicine, Dr. Melo had never seen anything like it. She went home and began to make arrangements to get her pregnant patient every possible test – and then the screen of her cellphone flashed with a message on WhatsApp. She glanced at it and had a sudden, horrible suspicion that she knew what was wrong with the fetus. That night, Dr. Melo plunged into a medical mystery that has left her wrung out and devastated, groping for increasingly scarce words of encouragement for her patients. A health crisis, centred on the supposedly benign Zika virus and babies with devastated brains, has unfolded swiftly in Brazil in the past five months. The scientific response has raced at an equally dizzying speed. And as each day brings new findings, Dr. Melo's anxiety deepens. (Nolen, Stephanie. « Ground Zero », *Globe and Mail*, 27 février 2016)

Ce dernier passage est présenté comme s’il était extrait d’un roman. Ce style narratif est plus présent dans les discours médiatiques entourant le Zika, en comparaison avec les autres éclosions étudiées. Tout se passe comme si on racontait une histoire fictive, ce qui témoigne de l’aspect

surréal du Zika, cette maladie étant digne d'un roman ou d'un film.

4.4.1 Le « facteur surprise » et la contingence des risques

Contrairement aux trois autres épidémies, le Zika est présenté comme une maladie qu'on ne connaît pas. On pensait la connaître depuis longtemps mais, soudainement, elle s'avère pire que ce qu'on envisageait en raison des complications congénitales qu'elle peut entraîner. C'est pour cette raison qu'elle est étiquetée de nouvelle:

Le virus Zika a longtemps été considéré comme une maladie bénigne, puisque ses symptômes sont plus modestes que ceux de la dengue. La communauté médicale est toutefois alarmée par une explosion du nombre de cas de microcéphalie au Brésil. (Charlton, Angela. « Sanofi Pasteur veut développer un vaccin contre le virus Zika », *La presse canadienne*, 2 février 2016)

[T]he vicious behaviour of Zika in Brazil merits treating it as a new disease. (Nolen, Stephanie. « WHO may be leading Brazil down wrong path on Zika virus », *Globe and Mail*, 24 mars 2016)

L'ignorance associée au Zika est le principal problème évoqué pour rendre l'épidémie épineuse.

Les multiples aspects inconnus de la maladie sont décrits:

Here is just a slice of what is on the list of unknowns: Why do some women in Brazil who were infected with Zika while pregnant have babies with brain defects and others don't? How could a Brazilian woman who gave birth to twins have one affected and the other just fine? How many Zika-affected pregnancies are ending in miscarriages? What's the chance of infection from each single mosquito bite? Is the virus being spread by more than one species? Is it living in other animals? If you get Zika once, are you immune? How long does it stay in the body? What is the effect on the central nervous system of children who get it? And adults? Will a lingering effect show up in six months or a year? If Zika can wreak this kind of destruction on fetal brains, what else can it do? (Nolen, Stephanie. « Ground zero », *Globe and Mail*, 27 février 2016)

On montre aussi la surprise des experts face au Zika : « The possibility that a mosquito bite could be linked to severe fetal malformations alarmed the public and astonished scientists. » (OMS.

WHO Director-General briefs the media on the Zika situation, 22 mars 2016)

Dans son analyse sociohistorique de ce qui rend une épidémie intéressante, Tomes (2002) constate l'importance du « facteur surprise », recherché tant par les journalistes que les industries cinématographiques qui misent sur l'incertitude, l'inattendu et les inconnus scientifiques. Dans cette optique, ils traitent souvent de maladies qui permettent de souligner une menace cachée dans des éléments connus, souvent côtoyés mais qu'on croyait sans importance (comme des aliments contaminés ou des animaux domestiques qui peuvent transmettre une maladie). Ce focus mis sur une menace cachée engendre des discours qui soulignent le danger de se montrer complaisants à l'égard de maladies qui peuvent sembler banales. À cet égard, l'image la plus commune dans les récits du Zika est le portrait agrandi d'un moustique *Aedes aegypti* (image 6). Cette remise en cause du moustique porteur du Zika montre le rôle exceptionnel attribué à cet insecte, qui semblait banal, qui était côtoyé quotidiennement et qui soudainement terrifie en raison des dommages qu'il peut causer. Selon Tomes (2002), ce « facteur surprise » de la menace latente et cachée forge les gabarits qui encadrent les perceptions des maladies. Dans le cas du Zika, il est l'élément central du récit: « In less than a year, the status of Zika has changed from a mild medical curiosity to a disease with severe public health implications. [...] The more we know the worse things look. » (OMS. *WHO Director-General briefs the media on the Zika situation*, 22 mars 2016).

Image 6. Moustique *Aedes aegypti* (portrait de James Gathany)



Cette description du Zika est une expression hyperbolique du récit sur l'imprévisibilité des maladies (ré)émergentes que l'on constate avec l'influenza H1N1 et l'Ebola. Plus précisément, les

descriptions du Zika sont influencées par le concept de « contingence des risques » (Dillon, 2006; Dillon & Lobo-Guerrero, 2008), qui souligne l'incapacité de protéger la vie contre certains risques, puisqu'ils mutent, évoluent et se transforment. Le Zika prouve que l'humanité ne connaît pas les menaces qui l'attendent, ni ce que lui réservent les maladies (ré)émergentes:

The finding was startling, yet difficult to interpret. The appearance of a virus in a new geographical area is always cause for concern, as the population will have no preexisting immunity to slow the virus down. Spread can be explosive, quickly flooding health services with the sick and the worried well. As another concern, viruses in the same flavivirus family as Zika are known to undergo small genetic changes as they sweep through a vulnerable population that help them acquire epidemic potential. Though the changes are small and their significance is poorly understood, epidemic strains can deliver surprises as an outbreak evolves, sometimes behaving in previously unexpected ways. (OMS. *One year into the Zika outbreak: how an obscure disease became a global health emergency*)

En ce sens, le Zika engendre des émotions et des craintes semblables à celles qu'a suscité le VIH/sida dans les années 1980 (Chapitre 1); il confirme que l'humain ne maîtrise pas les virus.

Selon Dillon & Lobo-Guerrero (2008), le savoir axé sur la contingence des risques se traduit par des interventions destinées à gérer l'imprévisibilité. On ressent donc la nécessité de la préparation (Lakoff, 2008, 2017). Or, dans le cas de Zika, l'imprévisibilité est telle que la préparation n'est pas abordée comme un paradigme d'intervention; les discours sur l'épidémie misent plutôt sur la diminution de l'inconnu et l'amélioration de la connaissance. Plus qu'imprévisible, le Zika est aussi étonnant, déstabilisant, déroutant. On ne peut pas parler de préparation pour un futur incertain puisque l'humanité est confrontée à sa méconnaissance des maladies (ré)émergentes, même celles qui semblaient *a priori* évidentes. En ce sens, les significations données au Zika rappellent le récit entourant la peste, l'archétype des épidémies (Alcabes, 2009; Chapitre 1) qui a montré que la menace épidémique est toujours pire que ce qu'on peut penser et que, à la façon d'un iceberg, son étendue est ignorée jusqu'à ce qu'il soit trop tard et

que des conséquences inimaginables s'ensuivent: « Dr. Albert Ko, an epidemiologist with Yale University who has been working on the Brazilian Zika epidemic told the Rio meeting that microcephaly is 'the tip of the iceberg: there are many less obvious but more severe impacts on the fetus.' » (Nolen, Stephanie. « Coming to Grips with Zika », *Globe and Mail*, 16 novembre 2016)

Dans cette optique, il est peu surprenant que parmi toutes nos études de cas, l'épidémie du Zika donne lieu aux qualificatifs les plus diversifiés dans sa couverture médiatique, exprimant la bizarrerie (« bizarre », « mystère »), la terreur (« cauchemardesque », « horrible », « macabre », « dark », « terrible », « hanter », « menace », « redoutable »), la destruction (« vicieux », « destructrice », « redoutable », « nuisible », « catastrophique »), les comparaisons guerrières (« ennemi », « hijacks cells », « looming virus », « lurking virus »), la tragédie (« tragédie », « triste », « heartbreaking », « morne »). Il s'agit de l'éclosion qui soulève le plus d'émotions et de craintes, notamment en raison de son passage surprenant de l'inoffensif au cauchemardesque :

But when something is as fast, as *weird* and as brutal as Zika is here, the *mystery* is perhaps its most critical aspect [...] "We think maybe dengue antibodies can cross-react with Zika and, instead of neutralizing the virus, they turn it into a sort of *Trojan horse* – and carry it into the placenta – so that when it reaches the fetus, it is still active," Dr. Bispo [, a virologist who heads the FioCruz laboratory for flaviviruses] explained. (Nolen, Stephanie. « Ground zero », *Globe and Mail*, 27 février 2016, nous soulignons)

There are many *nightmarish* aspects to this virus. (Timson, Judith. « Add Zika virus to your list of parental worries: Timson », *Toronto Star*, 27 janvier 2016)

There's something particularly *horrifying* about a virus that *silently attacks* an unborn child, while barely affecting the often unsuspecting mother. (Banerji, Anna. « Virus threatens familiar foes to humans », *Toronto Star*, 15 août 2016, nous soulignons)

With a macabre catalogue of brain scans and ultrasound pictures, a new study details the *devastation* done to 45 Brazilian babies whose mothers were infected with Zika during pregnancy. [...] The study suggests that Zika is a *formidable enemy*, *able to strike* in many ways. (Belluck, Pam. « New scans show Zika's damage to brains »,

Toronto Star, 24 août 2016, nous soulignons)

4.4.2 Une maladie « trop parfaite »?

Cette épidémie surprenante est une attaque contre le nourrisson, déstabilisant le renouvellement de la vie et la croissance démographique. Elle rappelle le film post-apocalyptique *Children of Men*, dans lequel l'ensemble de la population humaine est stérile. Par son lien avec les problèmes chez les fœtus, elle est perçue comme un outil de contrôle de la croissance démographique; en raison des complications congénitales qu'elle engendre, elle est vue comme une menace potentielle à l'intelligence humaine. Bref, certains la conçoivent comme un défi qui peut détruire la race humaine:

Internaute: This virus could potentially wipe out the Human species, by destroying our ability to have viable offspring. (Commentaire en réponse à l'article « Zika confirmed as a cause of microcephaly, CDC », *CBC*)

Internaute: It doesn't mean less babies. It means more babies with lifelong disabilities or impaired mental faculties. Imagine a future in which the average IQ is no longer 100 but 80 because of constant Zika epidemics. (Commentaire Reddit, fil de discussion *First case of Zika virus confirmed in Canada*)

Le Zika est donc parfois vu comme une réponse de la planète aux activités humaines invasives et destructrices. La maladie est associée au problème de la surpopulation de la planète; certains considèrent qu'elle est une punition de la nature, comme si mère Nature se retournait contre l'humain afin de rétablir l'équilibre naturel:

Internaute: Man is not in charge.. we like to think we are but we are not.. Welcome to the world where mother nature rules and those rules can never be broken.. It is the LAW of the LAND. That Land is Earth. It is the ultimate master of us all. (Commentaire en réponse à l'article « Zika confirmed as a cause of microcephaly », *CBC*)

Internaute: Is it not possible that Nature is now trying to turn present day humans into Neandertals? This would protect the planet Earth from the intelligent homo sapiens of today. (Commentaire en réponse à l'article « Zika virus inked to 'vision-threatening lesions' in babies with birth defects », *CBC*)

Percevant le Zika comme l'outil par excellence pour diminuer la population humaine, certains internautes se demandent si cette maladie n'est pas « trop parfaite », si ce virus n'aurait pas été fabriqué afin de remplir cette fonction précise de gestion de la population. Des rumeurs circulent au sujet des moustiques qui seraient génétiquement modifiés à cette fin :

Internaute: Can someone tell us how the mosquito could carry an infection that affects human recreation. It seems this mosquito was carefully created with these physical features in a laboratory somewhere. (Commentaire en réponse à l'article « Canadian baby with Zika developing normally, chief doctor says », *CBC*)

Internaute: 'Unlike most mosquitoes which prefer to bite animals, this one prefers people.'...why, it's almost as if this mosquito has been genetically altered... (Commentaire en réponse à l'article « Entomologists gather in Brazil to stop Zika mosquito », *CBC*)

Ce type de discours est alimenté par l'adoption d'une stratégie de contrôle des vecteurs de la maladie, stratégie axée sur la distribution de moustiques mâles génétiquement modifiés et porteurs d'une bactérie rendant les larves des femelles non viables:

Internaute: I saw a report out of Brazil where the local populace are asking officials why the Zika virus seems to have spread from areas where they released the Genetically modified mosquito that has seemed to mutate. I was wondering if anyone knows about the validity of these reports, or if the correlation is one that could be linked to the gates mutant mosquito programs? (Commentaire en réponse à l'article « WHO's Zika response must strike a delicate balance: doctor », *CBC*)

Certains internautes ont aussi supposé que les larvicides et pesticides manufacturés par Monsanto et répandus au Brésil avaient contaminé l'eau et étaient la réelle cause du syndrome congénital Zika:

Internaute: In a recent report by the Physicians in the Crop-Sprayed Towns (PCST), the group revealed that the area in which most of the afflicted persons live had been sprayed with a larvicide known to cause birth defects. (Commentaire en réponse à l'article « Canadian Baby with Zika Developing Normally, Chief Doctor Says », *CBC*)

Internaute: To think that this is a result of a chemical spray developed by MONSANTO to kill the mosquito's in the area some 10 to 20 years ago. [...] This is a MAN MADE disease now go after the culprit and sue them into the stone age. (Commentaire en

réponse à l'article « Zika Confirmed as a Cause of Microcephaly – CDC », *CBC*)

La quête de sens entourant le Zika alimente donc des discours accusatoires selon lesquels des grandes corporations sont responsables des complications terrifiantes de cette maladie.

Notons néanmoins que ce blâme d'élites n'est pas dominant dans les discours analysés. Il circule surtout dans les médias sociaux où il ne fait d'ailleurs pas l'unanimité. De fait, le discours dominant ne s'appuie pas sur l'agentivité humaine; les récits sur le Zika imputent moins la maladie à des choix et erreurs des humains comparativement aux récits sur les éclosions de tuberculose, d'H1N1 et d'Ebola. On sent plutôt un certain fatalisme dans les récits explicatifs du Zika qui laissent entendre que la maladie est survenue à la suite d'une série de circonstances incontrôlables.

4.4.3 Naturalisation de l'altérité

Le récit dominant sur le Zika donne surtout lieu à des dynamiques d'infériorisation qui soulignent les « défauts inhérents » des pays affectés en Amérique du Sud, rendant ces lieux « indésirables ». Premièrement, des données biologiques et naturelles comme le climat et la présence des vecteurs (c.f. les moustiques *Aedes aegypti* qui portent et propagent le Zika) expliquent la présence de la maladie dans ces pays. Ces discours associent l'épidémie aux caractéristiques écologiques des pays touchés, limitant les raisons de son apparition à des circonstances naturelles: « The countries - India, China, the Philippines, Indonesia, Nigeria, Vietnam, Pakistan and Bangladesh - all have hot and humid climate conditions; the primary type of mosquitoes that spreads the virus » (Sun, Lena H. « Eight countries in Asia, Africa at risk for Zika », *Toronto Star*, 3 septembre 2016).

Deuxièmement, des problèmes sanitaires, politiques et sociaux (instabilité politique, corruption, pauvreté, violence et taux de criminalité) sont aussi présentés comme des

caractéristiques indésirables des pays affectés qui expliquent l'ampleur du Zika:

'In my neighborhood there are many people with Zika; I am one of them. [...] Last year I had chikungunya and now I have Zika. One of my grandchildren almost died from dengue, but fortunately he recovered. [...]' Nubia Santander Ruiz, Alto Pamplonita, Cúcuta, Colombia. (OMS – organisation de la santé pan-américaine. *Zika Stories: Nubia Ruiz*)

[Brazil] is deep in the throes of a massive political and economic crisis; the President is under threat of impeachment and the government's popularity rating does not exceed single digits. (Nolen, Stephanie. *Ground Zero, Globe and Mail*, 27 février 2016)

The poorest communities can be most vulnerable, as they often lack proper water infrastructure, making the need for water-filled containers necessary. (Croix-Rouge canadienne, *The response to Zika: One Canadian Red Crosser's experience*)

Le Zika est perçu comme un symptôme de problèmes sociaux plus profonds qui requièrent une refonte sociétale :

'It's amazing how a one-centimetre mosquito is unmasking so many of our problems,' Correia [Jailson Correia, health secretary in Brazil] said. 'I'm not saying a crisis of this proportion is welcome, but perhaps it will finally make us reflect on what kind of society we want to live in.' (Goodman, Joshua & Mauricio Savarese. « Brazil's Zika fight crippled by corruption and recession », *Toronto Star*, 19 mars 2016)

Les pays touchés en Amérique du Sud deviennent ainsi des « lieux à multiples problèmes » où l'épidémie n'est qu'un problème parmi d'autres. La présence du Zika y est en quelque sorte normalisée puisqu'il est « peu surprenant » de constater la présence de cette maladie dans un tel endroit où la souffrance serait « habituelle ». Il s'agit d'une distanciation importante par rapport à la maladie parce que l'altérité des pays touchés loin du Canada est plus ou moins naturalisée puisqu'elle est reliée à leurs « défauts inhérents » qui sont difficilement modifiés.

On compare le Canada à ces pays d'Amérique du Sud touchés par la maladie et dotés de caractéristiques indésirables:

Internaute: I'm okay with living here on the Prairies. Yeah it's cold for half the year, but we're all set up to deal with it. And there are no hurricanes, earthquakes, malaria, Zika, or a bazillion other things. (Commentaire en réponse à l'article « Canadian Baby

with Zika developing normally, chief doctor says », *CBC*)

On loue en quelque sorte les caractéristiques du Canada et on se félicite des « bonnes conditions » qui prévalent dans le pays où l'on habite puisqu'elles ne seraient pas propices à l'éclosion de virus épineux comme le Zika :

Internaute: I'm okay with living here on the Prairies. Yeah it's cold for half the year, but we're all set up to deal with it. And there are no hurricanes, earthquakes, malaria, Zika, or a bazillion other things. Floods or forest fires if you live in certain areas. I'm nowhere near a river and on fairly high ground, so floods and oil spills aren't really likely. Not the most beautiful or culturally stimulating or nicest community, but given the lack of major hazards, I'm content to live here. (Commentaire en réponse à l'article « Canadian Baby with Zika developing normally, chief doctor says », *CBC*)

Le Zika s'accompagne donc d'un récit hyperbolique sur l'imprévisibilité d'une maladie (ré)émergente supposément connue qui réapparaît pour engendrer des conséquences terribles et difficiles à imaginer. En recourant à la naturalisation des modalités d'altérisation et en tentant de prendre davantage de distance par rapport à la menace, on se sent moins concerné au Canada puisque l'épidémie est liée aux défauts inhérents aux pays touchés.

Comme on le voit, les cibles et les modalités privilégiées pour l'altérisation varient selon le récit d'une épidémie. Les quatre études de cas présentées mettent en lumière certains éléments qui peuvent influencer sur les modes d'altérisation. Tout d'abord, dans les récits des épidémies dont la présence épidémiologique au Canada est importante (tuberculose, H1N1), les éclosions sont vues comme le résultat de choix sociétaux. Ce récit s'accompagne d'une critique plus prononcée de figures canadiennes. Quant aux épidémies qui sont absentes du Canada ou qui y ont une faible présence épidémiologique (Ebola, Zika), des figures extérieures, notamment les pays du Sud global touchés et leurs habitants sont les principales cibles de discours d'accusation et

d'infériorisation; on leur impute la responsabilité de la maladie tantôt pour leur ignorance ou savoir prémoderne, tantôt pour des défauts qui seraient « inhérents » au pays. Dans tous les cas, les dynamiques d'héroïsation et de glorification sont principalement autodirigées et ciblent des figures occidentales et canadiennes. On voit donc se dessiner une tendance à miser sur ses propres caractéristiques et pratiques désirables, ce qui a comme double conséquence de transmettre une image positive de soi et de ressortir un sentiment de sécurité puisque des figures occidentales détiennent les solutions.

De plus, les récits qui décrivent certaines maladies connues (tuberculose, H1N1, Ebola) tendent à altérer en fonction de l'agentivité humaine. En effet, les éclosions qui surprennent peu ne sont pas considérées comme des accidents de nature, mais bien comme des événements qui surviennent en raison de fautes ou d'omissions; l'altérité est ainsi soutenue par des discours qui abordent les choix et les actes posés. Parce que la maladie est connue, on croit qu'elle ne peut pas éclore de façon spontanée; sa présence impliquerait donc nécessairement une faute humaine. Pour la tuberculose et le H1N1, *notre* agentivité, *notre* propagation du risque et *notre* inaptitude sont blâmées tandis que notre aptitude et notre compétence sont louées. Pour l'Ebola, les pratiques prémodernes et mauvaises connaissances des populations « africaines » sont accusées alors que notre agentivité (le savoir et les pratiques biomédicales des travailleurs humanitaires occidentaux sauveurs) est célébrée. En ce qui concerne la maladie qui a pris tout le monde par surprise, le Zika, l'altérisation est naturalisée. Elle repose sur des discours qui abordent les défauts des pays touchés et les qualités désirables qui existent chez soi, au Canada. Certains récits moins nombreux imputent le Zika à l'agentivité humaine en critiquant des corporations dont les pratiques engendreraient des effets iatrogènes et causeraient le syndrome congénital Zika. Ce discours est cependant marginal, le mode d'altérisation principal étant la mention des défauts des pays touchés. Le tableau 16

résume les tendances qui ressortent de l'altérisation dans les récits d'épidémies.

Tableau 16. Tendances dans les modes l'altérisation selon le récit d'épidémie : proximité/éloignement et naturalisation/agentivité

Proximité/éloignement des figures d'altérité selon le point de concentration de l'épidémie		
Lieu de concentration de l'épidémie	Près du Canada (TB, H1N1)	Loin du Canada (Ebola, Zika)
Proximité/éloignement des figures d'altérité	Coupable de proximité (figures occidentales et canadiennes)	Coupable lointain (figures rattachées à des pays touchés du Sud global)
	Héro de proximité (figures occidentales et canadiennes)	Héro de proximité (figures occidentales et canadiennes)
Naturalisation/agentivité dans l'altérisation selon le niveau de connaissance de la maladie		
Niveau de connaissance de la maladie	Bonnes connaissances, maladies bien connues (TB, H1N1, Ebola)	Méconnaissance, ignorance (Zika)
Naturalisation de l'altérité	Agentivité des figures d'altérité (initiative, compétences, savoir)	Naturalisation des figures d'altérité (défauts inhérents)

Notons cependant que les récits ne sont pas statiques. Les significations données aux maladies évoluent selon la progression de l'épidémie. Parallèlement, les personnages dans les récits d'épidémies sont changeants et évoluent eux aussi; de nouveaux émergent et d'autres disparaissent, certains passent d'un pôle à l'autre de l'altérité. Si nous avons présenté dans ce chapitre les récits d'épidémie et les discours d'altérisation dominants dans chaque étude de cas, les cibles et les modalités d'altérisation privilégiées lors d'une éclosion sont évolutives. Nous analyserons dans le prochain chapitre les façons dont l'altérisation évolue au gré de la progression des récits d'épidémies.

CHAPITRE 5 : LE RÉCIT CHRONOTOPIQUE DE L'ALTÉRITÉ

Dans le chapitre précédent, nous avons mis en lumière des dynamiques spatiales de l'altérisation. D'une part, les pays du Sud global d'où surgit une maladie et leurs habitants tendent à être mis à l'écart par l'accusation et l'infériorisation (dynamique d'extériorité du coupable). D'autre part, des figures de proximité comme les autorités sanitaires transnationales, les gouvernements de pays occidentaux (dont le Canada) et leurs professionnels de la santé tendent à être glorifiés (dynamiques d'intériorité du héros). Cette tendance constatée dans nos quatre études de cas a déjà été rapportée par des études précédentes (Dry et Leach, 2010; Hewlett et Hewlett, 2008; Joffe & Haarhoffe, 2002; Ungar, 1998; Wald, 2008). Cependant, dans ce chapitre, nous montrons que les procédés d'altérisation sont plus nuancés que le suggère cette dynamique globale.

Nous constatons une évolution des figures d'altérités et des discours d'altérisation au gré de la progression du récit chronotopique d'épidémie. Le concept de « chronotope » (Bakhtin, 2017) se traduit par « espace-temps ». Bakhtin parle de chronotope dans le sens littéraire pour souligner une fusion des indicateurs spatial et temporel dans un récit. À l'instar de Moreau (2009), nous utilisons ce concept de façon plus large, comme un outil analytique qui nous permet de mettre en commun les dimensions spatiales et temporelles des récits d'épidémie et des discours d'altérisation. Ainsi, nous parlerons du récit chronotopique d'altérité pour souligner une évolution spatiotemporelle de l'altérisation lors d'épidémies. Entre autres, les figures d'altérité changent en fonction de la progression temporelle du récit et du rapport spatial à la menace épidémique. Dans

ce chapitre, nous illustrons l'évolution chronotopique de l'altérisation en prenant les discours médiatiques canadiens comme site d'étude²⁵ (tableau 17).

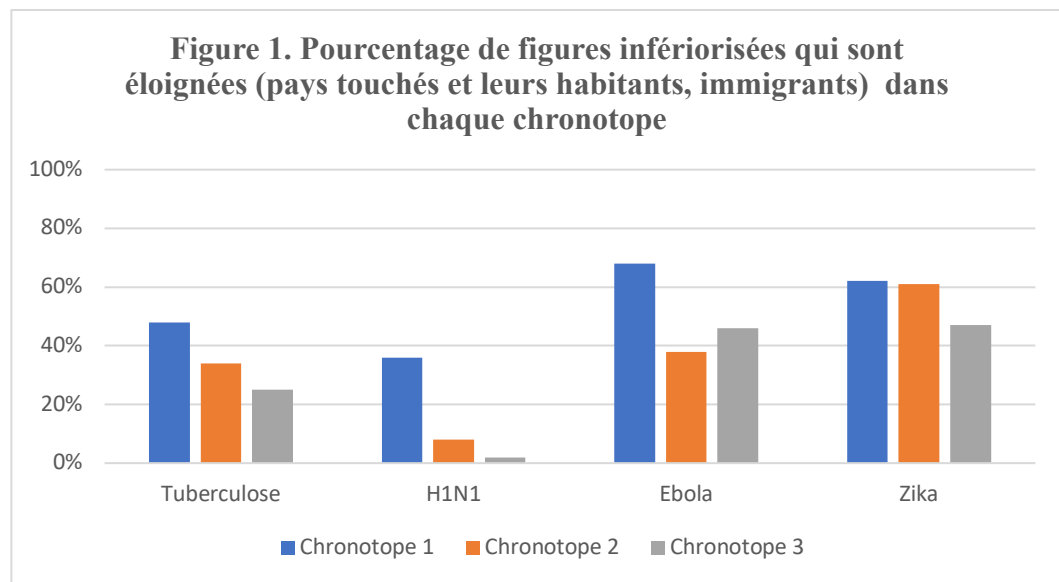
²⁵ Seuls les médias sont utilisés dans ce chapitre parce que les articles de presse étaient le seul corpus pour lequel nous avons accès aux dates exactes de publications. En ce qui concerne les publications des autorités sanitaires et les commentaires sur les forums sociaux, seuls les mois ou les années de parution étaient indiqués pour la majorité de ces données. Puisque les dynamiques d'altérisation changent au gré du développement de l'épidémie lors de péripéties et d'événements particuliers, il est important d'accéder aux dates précises de parution afin d'adopter une analyse fine de l'évolution chronotopique des discours.

Tableau 17. Principaux cas médiatisés pour chaque épidémie

	Chronotope 1	Chronotope 2	Chronotope 3
Tendance	(Ré)émergence et propagation initiale : Extériorisation de la maladie et affirmation de ses propres compétences	Perception de risque généralisé : Voyages, précarisation de la sécurité frontalière et critique d'autorités occidentales	Repli et autoréflexivité : Inaptitude du soi et levée du phénix local
Tuberculose	Cas de tuberculose chez des réfugiés du Moyen-Orient, Tibet et Népal au Canada (1987) Cas de tuberculose chez un réfugié népalais au Canada (1987) Cas de tuberculose chez la famille somalienne au Canada (1991 / 1992) Cas de tuberculose chez un réfugié péruvien au Canada (2000)	Réflexions sur l'implication internationale insuffisante et appel à tous (2005+) Cas d'Andrew Speaker (États-Unis) qui voyage à l'international (2007) Cas de tuberculose chez une passagère d'autobus Greyhound qui voyage au Canada (2008)	Cas chez les Premières Nations et Inuits au Canada (2010+)
H1N1	Histoires de nouveaux arrivants et travailleurs étrangers mexicains (avril / mai 2009) Rapporter les cas au Mexique (avril / mai 2009)	Description de la propagation des cas en Amérique, Europe et Asie (juin – septembre 2009) Préoccupations pour les voyages et rassemblements – hadj, Jeux olympiques d'hiver à Vancouver (juin – septembre 2009) Réflexions critiques sur le rôle de l'OMS (mai/juin 2009+)	Description, critiques et débats entourant la campagne de vaccination canadienne (septembre 2009+)
Ebola	Patrick Sawyer qui voyage au Nigéria (août 2014) Étudiant guinéen qui voyage au Sénégal (septembre 2014)	Thomas Eric Duncan, Libérien habitant aux États-Unis contracte Ebola (septembre / octobre 2014) Réflexions sur l'implication internationale insuffisante et appel à tous (septembre / octobre 2014+)	Réflexions sur les pratiques de prévention et de préparation au Canada et sur son implication internationale (octobre/novembre 2014+)
Zika	Cas en Amérique du Sud, et surtout au Brésil (janvier / février 2016)	Préoccupations pour les compétitions sportives (mai – juillet 2016) Réflexions critiques sur les interventions états-uniennes (juillet / août 2016+)	Réflexions sur les interventions canadiennes (septembre 2016+)

5.1 Chronotope 1 : extériorisation et le récit classique d'une épidémie

Les débuts de la couverture médiatique des éclosions de tuberculose, d'H1N1, d'Ebola et du Zika présentent le récit classique d'une épidémie de maladie (ré)émergente, tel que décrit par Wald (2008) et Washer (2010). Ce récit décrit une maladie qui surgit d'une communauté pauvre située dans une zone tropicale éloignée de l'Ouest, la peignant comme une menace mondiale potentielle si des individus quittent cette région afin de venir en Occident. À ce moment, les principales figures d'altérité sont éloignées (figure 1) puisque les épidémies sont présentées comme un problème principalement localisé ailleurs, qui risque cependant de se propager au Canada par l'intermédiaire d'hôtes, notamment les immigrants et voyageurs.



5.1.1 L'Autre éloigné

Dans ce premier chronotope, les pays du Sud global touchés sont surtout infériorisés par des discours qui affirment leurs « défauts inhérents ». La présence de problèmes sanitaires et sociaux dans ces endroits est soulignée pour expliquer la présence de la maladie :

He noted that only a small number of the Mexican deaths have been confirmed as from swine flu, suggesting *other local factors*. ‘*Maybe there's more than one thing going on in Mexico*,’ Dr. [Robert] Strang [Nova Scotia's chief public health officer] said. (Thanh Ha, Tu & Brian Laghi. « Swine flu outbreak. Flu fear spreads as six cases confirmed in Canada », *Globe and Mail*, 27 avril 2009, nous soulignons)

The *impoverished*, yet mineral-rich, West African country [Guinea] has been *wracked by demonstrations and ethnic conflict* since presidential elections in 2010, not to mention *power cuts* and *outbreaks of diseases* like Ebola. (Diallo, Boubacar. « Guinea opposition leaving parliament, threatening street demonstrations against government », *Canadian Press*, 9 juin 2014, nous soulignons)

Ces endroits sont aussi altérés par des discours qui soulignent la piètre qualité de l’infrastructure sanitaire et l’incapacité des gouvernements nationaux à contrôler la maladie:

The Red Cross said such aid is needed to combat increasing health risks flowing from climate change, growing urbanization and environmental damage. Yet *governments are lagging behind* on preventive health care. ‘In almost every country, there is a *facade of a health system*. But, away from the city centres, there is nothing,’ [author Peter] Walker [head of disaster policy, Red Cross] said. (Auteur inconnu. « Diseases more deadly than disasters: Study - Red Cross, Crescent re-examine relief role », *Toronto Star*, 29 juin 2000, nous soulignons)

Those most affected live in congested slums, where mosquitoes breed in sewage drains and heaps of trash. They have no air-conditioning or screens on their windows, and they cannot afford repellent, which sells for about \$9 Canadian a bottle here, where minimum wage is \$300 Canadian a month. They rely on a *badly under-resourced and overcrowded public-health system*. (Nolen, Stephanie. « WHO declares Zika virus a global health emergency », *Globe and Mail*, 1er février 2016, nous soulignons)

Ces problèmes vécus par les pays du Sud global touchés sont présentés comme un fait accompli et leurs sources ne sont pas abordées. Ces problèmes deviennent ainsi une *caractéristique* de ces endroits.

Dans ce premier chronotope, les citoyens qui habitent ou qui ont déjà habité dans les pays du Sud global touchés sont aussi altérés. Par exemple, l’altérisation des nouveaux arrivants au Canada occupe un espace plus important dans le premier chronotope de la couverture médiatique des quatre épidémies. Pour la tuberculose, les médias rapportent plus fréquemment les cas chez des immigrants et ils soulignent le risque sanitaire que pose leur accueil:

Tuberculosis, a disease once thought vanquished by modern antibiotics is reanimating itself; in Canada, quietly and in small numbers, especially among immigrants who have been here a decade or longer, and now refugees (Hurst, Lynda. « Deadly tuberculosis makes a quiet return », *Toronto Star*, 8 novembre 1992)

Jusqu'au début des années 2000, les figures liées à la tuberculose les plus médiatisées sont deux réfugiés qui refusent les médicaments antituberculeux, l'un népalais (Bikash Rai, 1987) et l'autre péruvien (Victor-Miguel Sebastian-Rosales, 2000):

To protect workers at the maximum security prison here, a *belligerent convict* with tuberculosis will be held in an airtight cell, federal corrections authorities say. Because *Nepalese heroin smuggler* Bikash Rai's condition is very contagious and he refuses to take medication that could cure him, his cell will be fitted with a safety-glass wall and an air-exchange system, a correctional service spokesman says. Rai *tried to spit on staff and was continually overflowing his cell toilet* when he arrived June 24, says Lynn Ray, of the prison staff's union. (Auteur inconnu. « Tubercular inmate to be isolated in airtight 'plastic' cell », *Toronto Star*, 11 juillet 1988, nous soulignons)

In Montreal, public health officials threatened to jail a *Peruvian refugee carrying an antibiotic-resistant strain* because he has *repeatedly ignored orders* to follow a full course of treatment. The cases *perfectly illustrate the way modern-day tuberculosis threatens the health of Canadians*. (Branswell, Helen. « Far from a vanishing threat, tuberculosis is a major killer on the move », *Canadian Press*, 5 décembre 2000, nous soulignons)

Dans ces histoires, les journalistes ne décrivent pas que le refus de suivre un traitement, qui demeure néanmoins un élément majeur. Ils soulignent d'autres pratiques et qualités indésirables de ces nouveaux arrivants. Par exemple, des articles décrivent leurs dépendances et leurs problèmes de santé mentale, affirment que l'un d'eux est bénéficiaire d'assistance sociale, abordent la violence de leurs comportements et soulignent leur criminalité, faisant ainsi d'eux des individus « à problèmes multiples » dont la tuberculose n'est qu'un élément :

A *suspected heroin smuggler* from the Himalayan Mountains, who has chronic advanced tuberculosis, must now undergo a *psychiatric assessment* to determine whether his drug importing trial can continue. The jury, which has been listening to the case against Bikash Rai for more than three weeks, was told District Court Judge Joseph Sheard has ordered a psychiatric examination to *determine whether Rai is mentally fit* to stand trial. (Darroch, Wendy. « Judge seeks mental tests for accused drug dealer », *Toronto Star*, 26 mars 1987, nous soulignons)

A heavy drinker, Mr. Sebastian-Rosales often missed his medical appointments. Under yesterday's deal, he also agreed to seek therapy for that problem. (Ha, Tu Thanh. « Man could be jailed if he skips TB pills Patient with resistant strain of disease drinks heavily, has missed appointments », *Globe and Mail*, 5 décembre 2000, nous soulignons)

Somme toute, la médiatisation de ces cas très spécifiques illustre le risque (sanitaire certes mais aussi social et sécuritaire) que poserait l'immigration aux « Canadiens de souche ».

Quant aux premiers articles de la couverture médiatique de l'épidémie du H1N1, ils abordent le risque sanitaire lié aux travailleurs étrangers mexicains au Canada:

Manuel Martinez arrived from Mexico Monday night and *sailed through Pearson airport without problems or questions* on his way to a job as a farm worker. [...] *The fear isn't for workers here: it's for what an undetected, asymptomatic case of swine flu might do in the crowded bunk houses the workers will be living in all summer as the growing season gets into full swing.* (Taylor, Lesley Ciarula. « Seasonal workers raise fears on farms », *Toronto Star*, 29 avril 2009, nous soulignons)

M. Mantha a expliqué qu'environ un millier de travailleurs provenant du Mexique et d'autres pays d'Amérique latine devaient arriver dès le mois de mai. (Auteur inconnu. « Surveillance accrue au Canada », *Radio-Canada*, 26 avril 2009)

Lors des neuf premiers mois de l'éclosion d'Ebola en 2013-2016, les deux figures les plus médiatisées sont des immigrants. Dans la couverture médiatique, l'identité de chacun est associée à un pays « étranger » où circule la maladie. Leur mobilité interfrontalière et leur arrivée dans un pays qui n'était pas touché par la maladie sont aussi accentuées. À cet égard, le premier cas était celui d'un homme guinéen malade d'Ebola qui a voyagé au Sénégal. Il est anonymisé dans les articles publiés dans les médias, l'accent étant uniquement placé sur sa nationalité et sur son infiltration de frontières fermées:

An Ebola patient also *slipped into Senegal from Guinea* but the disease does not appear to have spread there. (Auteur inconnu. « Ebola crisis: Sierra Leone quarantines a third of country. New districts added are Port Loko, Bombali, Moyamba, with more than 1 million people affected », *CBC*, 25 septembre 2014, nous soulignons)

Le Sénégal est devenu vendredi le cinquième pays africain frappé par la maladie, avec la découverte d'un *étudiant guinéen porteur du virus s'étant soustrait aux mesures de*

confinement dans son pays pour se rendre à Dakar. 'Les gens doivent savoir que ce garçon, n'eût été son état de santé, se trouverait devant un tribunal. On n'a pas le droit d'être porteur d'une maladie et de l'amener dans d'autres pays', a dit le président sénégalais Macky Sall à la télévision. (Auteur inconnu. « La Banque mondiale critique l'insuffisance de réaction face à l'Ebola », Radio-Canada, 1er septembre 2014, nous soulignons)

On affirme aussi qu'il a menti aux autorités sanitaires, faisant de lui non seulement un risque sanitaire mais aussi une personne immorale:

The student travelled by road, crossing into Senegal despite a border closure. He arrived in Dakar, the Senegalese capital, on Aug. 20, according to the World Health Organization, and was staying with relatives on the outskirts of the city. The agency said that on Aug. 23, he went to a medical facility seeking treatment for fever, diarrhea and vomiting _ all symptoms of Ebola but also many other diseases. But he concealed from doctors that he had had contact with infected people. (Dione, Babacar. « Senegal monitors contacts of 1st Ebola patient; Liberia orders civil servants to stay home », Canadian Press, 1er septembre 2014, nous soulignons)

Le deuxième cas médiatisé est celui de Patrick Sawyer, un homme malade d'Ebola qui a voyagé au Nigéria. Tout comme pour le patient guinéen, l'accent est surtout placé sur son lien avec le Libéria. On l'étiquette d'ailleurs parfois de « Libérien » quoiqu'il soit un États-Unien qui voyage au Libéria:

Patrick Sawyer, a consultant for the Liberian Ministry of Finance arrived in Nigeria on Tuesday and was immediately detained by health authorities suspecting he might have Ebola, Plyler said. (Auteur inconnu. « Ebola outbreak: Nigeria begins screening for deadly virus. Visitor brings lethal disease to Lagos, Africa's largest city », CBC, 26 juillet 2014, nous soulignons)

C'est le décès d'un fonctionnaire libérien âgé de 40 ans, en provenance de Monrovia via Lomé, la capitale du Togo, qui a suscité l'inquiétude des autorités nigérianes (Auteur inconnu. « Ebola : État d'alerte au Nigéria après un premier cas mortel », Radio-Canada, 26 juillet 2014, nous soulignons)

On décrit aussi les inquiétudes qu'il cause et la tâche ardue que doit désormais surmonter le Nigéria pour contrôler la maladie :

Nigerian health authorities are racing to stop the spread of Ebola after a man brought the deadly and highly contagious disease by plane to Lagos, Africa's largest city with 21 million people. (Auteur inconnu. « Ebola outbreak: Nigeria begins screening for

deadly virus; Visitor brings lethal disease to Lagos, Africa's largest city », *CBC*, 26 juillet 2014, *nous soulignons*)

Dans les deux cas, l'identité des hommes est réduite à leur statut de porteurs mobiles de l'Ebola. Ils sont transformés en des figures d'étrangers-incubateurs dont on doit se méfier.

Finalement, en ce qui concerne le Zika, le premier chronotope renvoie à la période avant la déclaration de l'urgence de santé publique de portée internationale en février 2016. Dans ce chronotope, la couverture médiatique mise sur les Brésiliens qui voyagent à l'international:

*Between September 2014 and August 2015, nearly 10 million travellers left Brazil for international destinations, with 65 per cent flying to other countries in the Americas, according to new LED by Khan at St. Michael's Hospital. (Yang, Jennifer. « 'Just starting to see the tip of the iceberg' With new outbreaks of mosquito-borne viruses in the Americas, including one linked to birth defects, scientists fear issue will get worse », *Toronto Star*, 17 janvier 2016, nous soulignons)*

Certaines femmes bien nanties fuient vers les États-Unis ou d'autres pays pour vivre leur grossesse à l'abri des moustiques. (Auteur inconnu. « Le Brésil s'attaque au virus Zika », *La presse canadienne*, 18 janvier 2016)

5.1.2 Distanciation et renforcement du soi

Ainsi, ce premier chronotope se caractérise par une infériorisation de figures éloignées du soi-Canadien, dont les pays du Sud global touchés par la maladie et les corps qui y émigrent. Cette altérisation crée une distance entre l'épidémie et le Canada et justifie subséquemment des discours qui proclament le faible risque dans ce pays puisque l'épidémie est cadrée comme un problème ailleurs. Ceci rejoint ce qu'Ungar (1998) a nommé le cadre de « gestion » (« *containment package* »). Son étude sur la couverture médiatique britannique de l'épidémie d'Ebola en 1995 montre que la représentation initiale d'une maladie dans les médias est axée sur la « mutation-contagion » et repose sur des détails épeurants de l'éclosion. Or, les journalistes adoptent ensuite un cadre de « gestion de la maladie », transmettant l'idée que la maladie est une menace éloignée, qui touche des pays dont l'infrastructure sanitaire est défaillante, moindre que celle britannique. Selon l'auteur, cette altérisation de la maladie et des pays touchés est une stratégie qui permet de

rassurer parce qu'elle distancie l'Angleterre du risque de la maladie, tout en affirmant ses propres compétences et capacités (supérieures que celles des pays touchés). Ce constat d'Ungar est aussi témoigné dans nos résultats, même si les discours que nous avons analysés sont produits dans les médias d'un autre pays et lors d'autres éclosions de maladies. En effet, en plus d'altérer des pays du Sud global d'où surgissent les maladies, les discours analysés opposent le soi-Canadien avec ces endroits. L'infériorisation des pays du Sud global touchés s'accompagne d'une description positive du Canada:

Third World labs are *not as competent as here*. In one case, a Canadian medical officer found an incubator, used for the tests, shut off, Ferrari said. (Brehl, Robert. « Many emigrating here with TB, official says », *Toronto Star*, 15 juillet 1986, nous soulignons)

[M]any countries affected by Zika are among the poorest in the world. These countries have extremely low surveillance, laboratory and epidemiological response capacities, *while* Canada has great strengths in these fields. This expertise could be dispatched to help foreign governments better tackle the spread of the virus in their territory and strengthen their capacities for the long term. (Groux, Gaëlle & Steven J. Hoffman. « Why Zika matters to Canada », *Toronto Star*, 22 février 2016, nous soulignons)

Ainsi, dans ce premier chronotope de la couverture médiatique, le Canada est loué et présenté comme un pays bien développé et bien préparé, surtout depuis son expérience avec le SRAS. La situation potentiellement anxiogène de l'épidémie est instrumentalisée pour entériner une image optimale du soi-Canadien :

It was April 23. A new swine flu was emerging in Mexico, and Ontario was one of the first jurisdictions to recognize it and activate the provincial pandemic response. It has been said Ontario learned the painful lessons of SARS well. The outbreak in 2003 left Toronto stunned: thousands of people were quarantined in their homes, 44 died, and the World Health Organization warned travellers everywhere to stay away from the city. Six years later, as yet again the spectre of pandemic loomed, local officials are far better prepared. (Talaga, Tanya. « SARS epidemic forced Ontario to better prepare for crises », *Toronto Star*, 3 mai 2009)

The statement stressed that Ontario is prepared to deal with emergencies: 'With the experience and lessons learned from the SARS epidemic, our hospitals have sophisticated infection control systems and procedures to protect health providers, patients, and all Ontarians, and are fully equipped to deal with any potential cases of

Ebola.’ (Shen, Anqui & Adrian Morrow. « Patient at Ontario hospital with Ebola-like symptoms, but no diagnosis yet », *Globe and Mail*, 8 août 2014)

Notons d’ailleurs que pour la tuberculose, le premier chronotope est le seul moment où un discours victorieux est proclamé par rapport à la maladie; il est progressivement remplacé par des discours qui soulignent la présence continue de la tuberculose, affirment des doutes quant aux capacités mondiales de la contrôler et critiquent des figures occidentales, dont le Canada.

5.2 Chronotope 2 : généralisation du risque, agentivité humaine et altérité institutionnalisée

La critique de figures lointaines et la glorification de figures occidentales constatées dans le premier chronotope persistent dans le deuxième. Cependant, ces figures lointaines sont moins altérisées par des discours qui soulignent leurs caractéristiques (leurs « défauts inhérents », leurs « multiples problèmes », l’appartenance nationale Autre de nouveaux arrivants), et elles le sont davantage par des modalités qui abordent leurs *choix* et *comportements*. Le processus d’altérisation passe ainsi de modalités axées sur les caractéristiques essentielles à des discours qui tiennent compte de l’agentivité humaine.

Dans cette optique, les autorités des pays du Sud global touchés sont accusées d’intervenir incorrectement ou de ne pas intervenir suffisamment:

Certains croient que la décision de Mme Johnson d'ordonner l'incinération des corps de toutes les victimes incite certains malades à se cacher chez eux, puisque l'incinération va à l'encontre des traditions libériennes. L'organisation Médecins sans frontières essaie par exemple de comprendre pourquoi seulement 80 des 250 lits d'une de ses cliniques sont occupés. (Auteur inconnu. « Ebola : un juge refuse d'imposer une quarantaine à l'infirmière du Maine », *La presse canadienne*, 31 octobre 2014)

Back in March, a number of Brazilian and international entomologists expressed public concern over Brazil’s Zika response plan and its focus on *Aedes aegypti*, saying it was dangerous to be focusing all resources on that vector without more evidence, especially given that this strain of Zika was behaving in markedly different ways from what had been seen before elsewhere. (Nolen, Stephanie. « ‘Very bad news for Brazil’: Zika virus found in second mosquito species », *Globe and Mail*, 21 juillet 2016)

Quant aux habitants des pays du Sud global touchés, ils sont davantage altérisés par des discours

qui soulignent leur désobéissance aux recommandations des autorités sanitaires :

South African authorities have threatened to use police in door-to-door searches to compel 23 patients with highly infectious, drug-resistant tuberculosis to return to the hospital they escaped from last week. [...] In all, 49 patients fled from the Jose Pearson hospital near the coastal city Port Elizabeth last week by cutting a gap in the wire fence surrounding the isolation unit. In the interim, 26 have returned to the hospital of their own accord. (Nullis, Clare. « Drug-resistant TB patients at large after escape from South African hospital », *Canadian Press*, 19 décembre 2007)

Puerto Rico has been grappling with the problem for months, but infections are still spreading. Many residents are not protecting themselves against mosquito bites because they believe the threat is exaggerated. (Tavernise, Sabrina. « Zika sparks public health emergency in Puerto Rico », *Toronto Star*, 14 August 2016)

Tout se passe comme si un seuil de tolérance par rapport à la contagion avait été atteint après le premier chronotope. L'éclosion et la propagation initiale de l'épidémie n'étaient pas associées à une faute humaine et n'engendraient pas de frustrations profondes parce qu'elles étaient surtout expliquées par les mauvaises circonstances qui affectent les pays touchés et leurs habitants. L'apparition d'une maladie est en quelque sorte compréhensible, expliquée par les *conditions* des pays touchés. Cependant, la propagation plus étendue de la maladie n'est pas normalisée; on suppose qu'elle devrait être contrôlée (Alcibes, 2009) et donc on explique l'aggravation ou la persistance de son éclosion par de mauvaises actions humaines, qui sont dénoncées.

Des figures de proximité - la communauté internationale, l'OMS, le Canada et les États-Unis - sont toujours les plus célébrées dans le deuxième chronotope. Elles sont notamment louées pour leurs compétences :

[Dr Erwin Schurr, généticien moléculaire] souligne qu'on a un bon système de surveillance au Canada, mais qu'on ne doit pas pour autant abaisser ses gardes. (Lévesque, Lia. « Des chercheurs découvrent un gène du développement de la tuberculose », *La presse canadienne*, 16 août 2005)

Even with these worries, Canada remains an island of calm and a beacon of hope compared to almost everywhere else on the planet. We don't often remember that amid the stresses and distractions of the daily news cycle. Our health-care system generally serves us well, despite its flaws, and is in a good position to handle the Ebola virus and

other challenges. (Auteur inconnu. « Canadians should mark Thanksgiving by sharing: Editorial », *Toronto Star*, 12 octobre 2014)

Cependant, le statut positif de ces figures devient moins prononcé. Elles sont progressivement mises en doute et critiquées.

5.2.1 Porosité frontalière et la montée d'une critique des figures de proximité

La porosité des frontières est soulignée dès le premier chronotope de la couverture médiatique des épidémies, notamment dans les discours qui soulignent que des immigrants peuvent apporter les éléments pathogènes de leur pays « à problème » lorsqu'ils traversent les frontières canadiennes. Cette porosité se généralise progressivement dans les discours et elle prend une plus grande importance dans le récit. Le deuxième chronotope de la couverture médiatique se démarque par la description d'une précarisation de la sécurité des frontières. À ce moment, le concept de « santé globale » (Dry & Leach, 2010; Lakoff, 2010; Chapitre 1 et 4) teinte le récit. Son influence est notamment perçue dans des propos qui soulignent que les risques liés aux épidémies sont partagés en raison de l'interconnexion mondiale et qui affirment que l'apparition d'une maladie à un endroit menace le monde entier:

*These days, tuberculosis is a modern frequent flyer, zipping in from poorer parts of the globe to remind us that the threat of a disease once known as the white plague has never truly gone away. (Branswell, Helen. « Far from a vanishing threat, tuberculosis is a major killer on the move », *Canadian Press*, 5 décembre 2000, nous soulignons)*

*If a deadly infectious disease - the Ebola virus, or maybe something new and more sinister - were to break out in a remote region of the world, a team of Toronto doctors could predict how and where it would spread around the globe. [...] Experts say getting a clear picture of how jumbo jets can transport disease to the far corners of the Earth will help them better prepare for a global epidemic and give them a head start in controlling a disease outbreak. (Ogilvie, Megan. « When viruses book a flight », *Toronto Star*, 30 juin 2009, nous soulignons)*

Dans le deuxième chronotope de la couverture médiatique de la tuberculose (entre les années 2000 et 2009), les craintes quant à l'immigration et aux nouveaux arrivants perdent leur

importance, au profit d'une préoccupation éprouvée à l'égard des *voyages*. On parle moins d'immigrants et plutôt de voyageurs :

Et, à l'ère des échanges et des constants déplacements en avion partout dans le monde, 'toute maladie peut provenir du prochain avion', a commenté le Dr Schurr [généticien moléculaire]. (Lévesque, Lia. « Des chercheurs découvrent un gène du développement de la tuberculose », *La presse canadienne*, 16 août 2005, nous soulignons)

Les victimes identifiées en Afrique du Sud étaient 'partout dans le pays', a ajouté Willem Sturm, microbiologiste à l'école de médecine de l'université Nelson Mandela, dans le Kwazoulou-Natal, 'vous pouvez être presque certain qu'il y aura une infection au Mozambique et même plus loin, parce que *les gens voyagent*.' (Auteur inconnu. « Une souche de tuberculose très résistante identifiée en Afrique du Sud », *La presse canadienne*, 7 septembre 2006, nous soulignons)

Pour l'influenza H1N1, à partir de juin 2009, soit trois mois après les débuts de l'éclosion, la couverture médiatique décrit moins la menace frontalière posée par des immigrants mexicains qui viennent au Canada; elle aborde plutôt le risque lié aux voyages. Tout voyageur est l'objet de préoccupations, incluant les Canadiens:

Before Thursday, the Yukon previously had one confirmed case of the H1N1 influenza virus, which health officials said was contracted by someone who had travelled outside the territory. The two latest cases reported Thursday were picked up within the Yukon, Dr. Brendan Hanley said. 'There is, in both cases, what we might say is at least a second generation of transmission,' Hanley told reporters in Whitehorse. 'In other words, originally there was some outside exposure, but then it's been transmitted to someone else, who became the person tested and positive.' (Auteur inconnu. Swine flu spreading within Yukon, *CBC*, 27 juillet 2009)

Ceci est illustré par les préoccupations liées à deux types d'événements, le pèlerinage de la Mecque et les compétitions sportives :

Le hadj, qui aura lieu à la fin novembre cette année, se déroule sur cinq jours dans des conditions de promiscuité propice à la propagation d'un virus. Des appels à l'annulation pure et simple de l'événement ont eu lieu au cours des dernières semaines, y compris au sein du monde musulman. (Auteur inconnu. « Le hadj atteint par la grippe A/H1N1 », *Radio-Canada*, 23 juillet 2009)

With young athletes from across the country gathered in close quarters, the 2009 Canada Games Host Society has developed strict guidelines for controlling the potential spread of the H1N1 virus. That includes placing athletes developing

symptoms in isolation until tests for the virus are negative. (Auteur inconnu. « 2nd Canada Games athlete negative for swine flu », *CBC*, 23 août 2009)

Quant au récit médiatique de l'épidémie d'Ebola, il souligne le risque général et les frontières précaires à partir du mois d'août 2014, après le premier cas de propagation internationale par transport aérien (avec Patrick Sawyer au Nigéria). Ce discours a pris de l'ampleur en septembre et en octobre 2014, notamment lorsque des cas d'Ebola ont été déclarés aux États-Unis. À ce moment, la couverture médiatique canadienne s'intensifie parce que l'épidémie devient un phénomène culturel mondial et parce qu'elle se rapproche davantage du soi-Canadien en touchant le pays voisin. Il est mentionné que les voyageurs influencent les épidémies, qu'Ebola traverse les frontières nationales, que la maladie menace de se propager à d'autres pays et qu'elle peut affecter toute nation:

[Dr. Tom Frieden, director of the CDC] didn't rule out the possibility that a traveller could arrive in the U.S. unknowingly infected with Ebola. [...] The CDC has put hospitals on alert for symptoms and to check whether people are recent travellers so that they can promptly isolate any suspected cases until proper testing can be done. (Neergaard, Luran. « CDC director warns of magnitude of Ebola crisis in West Africa, says it can be controlled », *Canadian Press*, 7 août 2014)

L'inquiétude des agents de bord d'Air Canada vis-à-vis des risques de contamination par le virus Ebola est grandissante. [...] Certes, les agents de bord d'Air Canada savent qu'il n'y a pas encore eu de cas au Canada. Mais, étant donné que les gens voyagent partout dans le monde, la situation est préoccupante, de dire M. Cournoyer [Le président du Syndicat canadien de la fonction publique, division transport aérien]. (Auteur inconnu. « Les agents de bord d'Air Canada veulent se protéger du virus de l'Ebola », *Radio-Canada*, 16 octobre 2014)

Des images de scènes de vérifications sanitaires dans des aéroports (image 7) et des images de contrôles douaniers précaires en Afrique de l'Ouest (image 8) apparaissent plus souvent.

Image 7. Des responsables de la santé contrôlent des passagers à l'aéroport international de Lagos, au Nigéria (Auteur inconnu, 2014b)



Image 8. Photographie de la frontière entre le Mali et la Guinée (Auteur inconnu, 2014c)



Finalement, pour le Zika, après la déclaration de l'urgence de la part de l'OMS en février 2016, les articles publiés par les médias placent moins l'accent sur les personnes qui quittent les pays touchés pour venir au Canada; ils mentionnent plutôt que les voyageurs canadiens peuvent attraper la maladie ailleurs puis revenir au Canada. Le tout prend forme dans les discussions sur les Jeux olympiques qui doivent être tenus à Rio de Janeiro au mois d'août 2016:

De nombreuses agences de santé publique ont déjà prévenu que l'arrivée massive de centaines de milliers de touristes au Brésil pour les Jeux olympiques qui se dérouleront du 5 au 21 août entraînera inévitablement la naissance de nombreux nouveau-nés souffrant de microcéphalie et la prolifération du virus partout sur la planète. (Moulson, Geir. « Zika : L'OMS ne voit aucun motif valable d'annuler ou de déplacer les JO de Rio », *La presse canadienne*, 28 mai 2016)

Près d'un demi-million de visiteurs étrangers sont attendus au Brésil, dont beaucoup en provenance des États-Unis. Le Brésil a été le pays le plus touché par l'actuelle épidémie de virus Zika et de nombreux médecins ou athlètes ont dit craindre que les JO ne déclenchent une propagation du virus. (Auteur inconnu. « L'OMS rassure quant aux risques posés par le Zika à Rio », *Radio-Canada*, 29 juillet 2016)

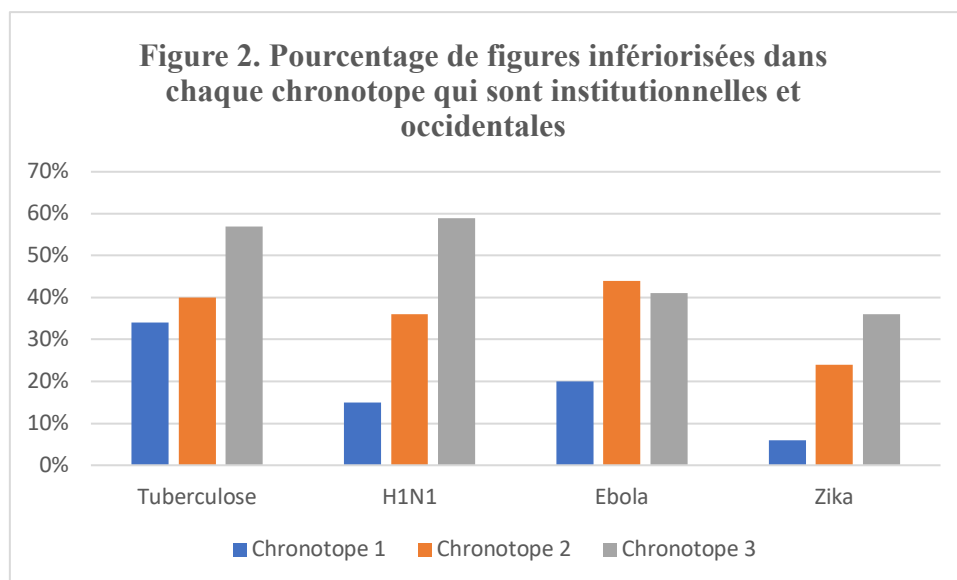
Notons que plusieurs articles ont relativisé ce risque, en affirmant l'importance de faire confiance aux mesures instaurées tant par le Brésil et par le Comité international des Olympiques (CIO). Des journalistes rapportent aussi que les mouvements de foule (athlètes et spectateurs) liés aux Jeux olympiques ne sont pas exceptionnels puisque des voyages ont toujours lieu au Brésil:

What about worry that other Olympics attendees might bring the virus home? With 40 million U.S. travellers to Latin America and the Caribbean each year anyway, Olympics visitors will make up too tiny of a fraction to make a difference, Frieden said. (Taylor, Andrew & Luran Neergaard. « CDC urges speed on Zika as House moves to negotiate funding », *Canadian Press*, 26 mai 2016)

Néanmoins, le voyage à l'international préoccupe et il est considéré comme la principale source de contagion pour les Canadiens: « The mosquitoes that transmit the virus can't survive well in our climate, so experts predict the biggest source of Zika infection will be from travellers returning from Central and South America. » (Weeks, Carly. « Zika virus a threat to blood supply in affected areas », *Globe and Mail*, 8 mai 2016)

5.2.2 La montée d'une critique institutionnalisée

Ces récits du deuxième chronotope de la couverture médiatique qui reposent sur le risque mondial que pose l'épidémie s'accompagnent d'un changement dans les dynamiques d'altérité. Alors qu'au début des épidémies, des individus sont accusés de venir au Canada et d'y propager des maladies, la critique cible davantage des figures institutionnelles dans le deuxième chronotope. Elle est dirigée envers des institutions occidentales (nationales ou transnationales), accusées d'être impuissantes face aux risques mondiaux ou simplement incompetentes et incapables de bien contrôler une épidémie (figure 2). Cette dynamique d'altérisation est illustrée par le cas d'Andrew Speaker (tuberculose) et celui de Thomas Duncan (Ebola).



5.2.2.1 Le cas d'Andrew Speaker

Andrew Speaker est le cas le plus médiatisé dans le deuxième chronotope de la couverture médiatique de la tuberculose. M. Speaker est un patient états-unien qui ne cadre pas avec le profil typique des cas tuberculeux:

Since the advent of antibiotics, tuberculosis has been largely a disease of the dispossessed. XDR-TB, in particular, has been associated with the overcrowded prisons of the former Soviet Bloc, with HIV-AIDS cases in sub-Saharan Africa, and with other marginalized groups whose limited income or life circumstances make it impossible for them to follow a regimen of months of TB treatment. [...] Andrew Speaker doesn't fit this picture. Healthy, affluent, educated, the Atlanta lawyer is an unlikely person to be infected with a strain of tuberculosis so drug resistant that it is not at all certain he can be cured. 'He is the anti-TB patient, actually,' [Dr. Ross] Upshur [director of the University of Toronto's Joint Centre for Bioethics] says. (Branswell, Helen. « TB case a reminder of threat, experts say », *Toronto Star*, 4 juin 2007)

Les articles décrivent son voyage international alors qu'il est malade, illustrant ainsi la vulnérabilité du monde quant aux maladies:

SARS on a plane. Mumps on a plane. And now a rare and deadly form of tuberculosis, on at least two planes. Commercial air travel's potential for spreading infection continues to cause handwringing among public health officials, as news of a jet-setting man with a rare and deadly form of TB demonstrates. (Stobbe, Mike. « TB on a plane?

Such cases rare so far, but more likely in the future, experts say », *Canadian press*, 31 mai 2007)

Dr. Michael Osterholm, director of the Center for Infectious Diseases Research and Policy at the University of Minnesota, says the Speaker case is a reminder that diseases are only a plane ride or two away from any of us. (Branswell, Helen. « TB case a reminder of threat, experts say », *Toronto Star*, 4 juin 2007)

Lorsqu'ils décrivent les vols internationaux pris par Andrew Speaker, les articles de médias affirment qu'il est passé par Montréal, faisant ainsi allusion au risque qu'il avait posé aux citoyens canadiens:

A man, infected with extensively drug resistant tuberculosis, who flew recently to Montreal from Prague. (Auteur inconnu. « Public Health Agency of Canada holds teleconference to discuss XDR-TB case », *Canadian press*, 29 mai 2007)

The U.S. Centers for Disease Control told Speaker to turn himself in to health officials in Europe where he was on his honeymoon. Instead, he flew to Montreal and drove across the border, although his passport was flagged to U.S. customs. (Auteur inconnu. « TB traveller awaits lung surgery », *CBC*, 14 juin 2007)

Or, le point central de l'histoire a trait au fait qu'il voyage *même* s'il se sait porteur de la maladie et surtout *même* si les autorités sanitaires états-uniennes lui ont demandé de ne pas voyager:

The patient, Andrew Speaker, is the first person placed under U.S. federal quarantine since 1963. He has asked for forgiveness for *sneaking on board two transatlantic flights* to Europe and Montreal, *even though he was aware he carried highly drug-resistant TB and had been warned by U.S. health officials not to travel*. (Auteur inconnu. « CDC to probe in-law's role in TB case », *CBC*, 2 juin 2007, nous soulignons)

The paper mentions what may be the most famous incident of a TB-infected airline passenger: Andrew Speaker, a Georgia lawyer with a drug-resistant form of TB who *ignored government advice* and flew to and from Europe for his wedding and honeymoon in 2007. Hundreds of passengers who travelled with him were tested, and none was found to have tuberculosis, the Centers for Disease Control and Prevention has said. (Stobbe, Mike. « Study says US, global officials too strict on flight rules for TB patients », *Canadian press*, 22 février 2010, nous soulignons)

Ce risque auquel il expose autrui est mis en valeur par les mentions du nombre de sujets contacts à retracer, dont certains sont Canadiens: « Hundreds of health authorities around the world including Canada are now scrambling to track down passengers who were seated near the man so

they can be tested, U.S. Centers for Disease Control and Prevention director Julie Gerberding said Wednesday. » (Auteur inconnu. « Traveller with drug-resistant TB purposely landed in Canada », *CBC*, 30 mai 2007) On décrit les tests médicaux auxquels ces contacts devront se soumettre et les angoisses qu'ils vivent, ce qui justifie une accusation plus prononcée de Speaker:

Instead, he went from Rome to Prague, where he boarded Czech Air Flight 104 to Montreal, then drove to New York. 'Despite being aware of this risk, defendant willfully, negligently and recklessly endangered the lives, health and safety of the plaintiffs,' the statement of claim says. The nine plaintiffs say they are now living stress-filled days awaiting test results and being ostracized by acquaintances and co-workers. Some have cloistered themselves at home, avoiding relatives. Another says he didn't know about the health scare for a week so he came in contact with his grandchildren. (Ha, Thanh Tu. « Lawyer sued by fellow travellers over TB scare », *Globe and Mail*, 12 juillet 2007, nous soulignons)

'Personne ne peut dire qu'ils n'auront pas la tuberculose', a estimé Me [Anlac] Nguyen. 'Ils ne le sauront pas maintenant, ni l'an prochain, ni avant plusieurs années. La douleur et la souffrance sont réelles.' (Perreux, Les. « Huit passagers poursuivent un voyageur américain atteint de tuberculose », *La presse canadienne*, 12 juillet 2007)

On insiste aussi sur l'importance du risque en affirmant la souche de tuberculose que porte Speaker est extrêmement résistante: « M. Speaker est atteint d'une forme de tuberculose qui résiste à la plupart des traitements connus. » (Auteur inconnu. « Les 28 passagers ayant voyagé à proximité d'un tuberculeux sont identifiés », *La presse canadienne*, 31 mai 2007). Notons cependant que la résistance de la tuberculose était moindre qu'initialement cru; on a conclu qu'il n'était pas question d'une tuberculose extrêmement résistante, mais plutôt d'une résistance à de multiples drogues.

Dans ce récit qui décrit le voyage international d'un porteur d'une maladie contagieuse qui résiste à plusieurs médicaments, Andrew Speaker est accusé d'égoïsme et d'irresponsabilité:

'There's always going to be situations where there is a lack of understanding and appreciation of responsibility to the community in a situation like this,' said Dr. John Ho, an infectious diseases specialist at New York-Presbyterian Hospital/Weill Cornell Medical Center. (Stobbe, Mike. « TB on a plane? Such cases rare so far, but more likely in the future, experts say », *Canadian press*, 31 mai 2007)

'Qu'est-ce qui lui est passé par la tête? a déclaré M. [Nassim] Tabri[, étudiant

universitaire qui était assis dans la rangée devant celle d'Andrew Speaker sur le vol du 24 mai,] à propos du voyageur contagieux. C'est vraiment imprudent, égoïste et absolument non nécessaire. Il doit être puni pour cela.' (Perreux, Les. « Huit passagers poursuivent un voyageur américain atteint de tuberculose », *La presse canadienne*, 12 juillet 2007)

Il est d'ailleurs altéré non seulement pour ses résistances aux protocoles mais aussi pour son mauvais raisonnement, influencé par la peur:

He flew to Paris on May 12 aboard Air France Flight 385. While in Europe, health authorities reached him with the news that further tests had revealed his TB was a rare, 'extensively drug resistant' form, far more dangerous than he knew. They ordered him into isolation, saying he should turn himself over to Italian officials. Instead, the man flew from Prague to Montreal on May 24 aboard Czech Air Flight 0104, then drove into the United States at the Champlain, N.Y., border crossing. He told the newspaper *he was afraid that if he didn't get back to the U.S., he wouldn't get the treatment he needed to survive.* (Auteur inconnu. « Traveller with drug-resistant TB purposely landed in Canada », *CBC*, 30 mai 2007, nous soulignons)

Andrew Speaker a expliqué qu'il *craignait de mourir* en Europe et tenait à se faire soigner aux États-Unis. Il *a donc pris, malgré tout, un avion* à destination de Montréal. Il s'est rendu par la route à Champlain [New York], à la frontière entre le Canada et les États-Unis. (Auteur inconnu. « L'avocat américain atteint de tuberculose ultrarésistante présente ses excuses aux passagers », *La presse canadienne*, 1^{er} juin 2007, nous soulignons)

À la fin de ce récit, on décrit les mesures instaurées pour contrôler la maladie:

Le patient américain atteint de tuberculose ultrarésistante, placé en quarantaine à Denver pour y recevoir un traitement, est un avocat âgé de 31 ans, originaire d'Atlanta. Il s'est rendu à l'hôpital par ses propres moyens et a déclaré se sentir bien, a précisé un responsable de la police fédérale. C'est la première fois depuis plus de quarante ans que le gouvernement américain émet un arrêté de quarantaine. Le dernier remonte à 1963 et il concernait un malade de la variole. (Auteur inconnu. « Le patient américain atteint de tuberculose identifié », *La presse canadienne*, 31 mai 2007)

Un témoignage de Speaker est alors publié. Ce dernier explique qu'il n'avait pas l'intention de propager la maladie ou de mettre autrui à risque et il demande pardon:

L'avocat américain atteint d'une souche ultrarésistante de la tuberculose, placé en quarantaine à Denver pour y recevoir un traitement, a présenté vendredi ses excuses aux passagers des divers avions qu'il a empruntés entre l'Europe et les États-Unis. Selon lui, personne ne lui avait dit qu'il était contagieux ou présentait un danger quelconque. 'Je ne m'attends pas à ce que les gens puissent me pardonner. J'espère

juste qu'ils comprendront que je n'ai, c'est la vérité, jamais voulu leur faire le moindre tort', a-t-il expliqué dans un entretien à la chaîne américaine ABC, de sa chambre d'hôpital. (Auteur inconnu. « L'avocat américain atteint de tuberculose ultrarésistante présente ses excuses aux passagers », *La presse canadienne*, 1^{er} juin 2007)

L'histoire aurait bien pu se terminer ainsi. Elle aurait pu rester centrée sur l'« égoïsme de patients apeurés » et servir de leçon sur l'importance de suivre les directives des autorités sanitaires qui, lorsque mobilisées, sont aptes et peuvent contrôler des maladies complexes. Or, ce ne fut pas le cas. Un deuxième discours de blâme – celui-ci plus fort que celui dirigé envers Andrew Speaker – prend forme à ce moment. Ce discours laisse entendre que la faute revient aux autorités états-uniennes, notamment celles sanitaires et douanières:

His case became an international public health story and even raised questions about U.S. border security. Congress held a hearing on the CDC's handling of the case and Speaker's father-in-law, a TB researcher who works for the CDC, also came under scrutiny. (Auteur inconnu. « U.S. lawyer has less severe form of TB than previously thought, doctors say », *Canadian press*, 3 juillet 2007)

A U.S. border agent in Champlain, N.Y., waved Speaker back into the U.S. even though his passport was flagged and a computer alert told the agent to detain him and contact health authorities. (Auteur inconnu. « 'Didn't go running off' tuberculosis traveller testifies », *CBC*, 6 juin 2007)

On explique aussi que Speaker n'aurait pas reçu l'information telle que présentée au public; les représentants des autorités sanitaires lui auraient *recommandé* (et non *demandé*) de ne pas voyager et ils lui auraient dit qu'il n'était pas contagieux. C'est ainsi que son cas est finalement interprété comme un symptôme de l'incompétence des États-Unis:

The case points out weaknesses in the system: He was able to re-enter the United States, even though he said he had been warned by federal officials that his passport was being flagged and he was being placed on a no-fly list. CDC officials said they contacted the Department of Homeland Security to put him on a no-fly list, but it doesn't appear he was added by the time he flew from Prague to Montreal and drove across the border from Canada. (Stobbe, Mike. « TB on a plane? Such cases rare so far, but more likely in the future, experts say », *Canadian press*, 31 mai 2007)

Speaker, 31, said in a statement that he was relieved by the new diagnosis. 'The truth is that my condition is just the same as it was back in early May, long before there was a huge health scare, and back when I was allowed to carry on my daily life and was

told, 'I was not a threat to anyone,' Speaker said. He also gave a harsh critique of the government's handling of the case: 'In the future I hope they realize the terribly chilling effect they can have when they come after someone and their family on a personal level. They can in a few days destroy an entire family's reputation, ability to make a living, and good name.' (Auteur inconnu. « U.S. lawyer has less severe form of TB than previously thought, doctors say », *Canadian press*, 3 juillet 2007)

5.2.2.2 *Le cas de Thomas Eric Duncan*

Le cas de Thomas Eric Duncan est le plus médiatisé dans le deuxième chronotope de la couverture médiatique de l'épidémie d'Ebola. Cet homme d'origine libérienne a été diagnostiqué avec l'Ebola aux États-Unis le 30 septembre 2014. À ce moment, les discours médiatiques misent sur Duncan. Des articles soulignent un manque d'informations sur ce patient, avec un accent placé sur sa nationalité inconnue:

Asked if the patient is a U.S. citizen, Dr. Frieden said the person was visiting family in the country. (Mackrael, Kim avec des reportages de Wendy Stueck. « Texas patient first in North America to be diagnosed with Ebola », *Globe and Mail*, 30 septembre 2014)

The unidentified man was critically ill and has been in isolation at Texas Health Presbyterian Hospital since Sunday, federal health officials said Tuesday. They would not reveal his nationality or age. (Warren, David & Lauran Neergaard. « Liberian leaders in Texas warn against panic, stigma after 1st Ebola diagnosis in US », *Canadian Press*, 1er octobre 2014)

Une fois sa nationalité libérienne découverte, les articles y mettent l'accent, le transformant ainsi en « étranger ». Des propos comme « a Liberian patient » ou « a tourist from Africa » sont émis lorsque son nom est inconnu, suivi d'extraits tels que « Duncan, *from Liberia* ... », « Thomas Eric Duncan, *the Liberian*... », « *the Liberian man* ... » et « *Liberian national* Thomas Eric Duncan ». Ce patient est d'ailleurs, comme Andrew Speaker, comparé à l'archétype de « Typhoid Mary » (Wald, 2008) en ce qu'il aurait apporté le virus de façon asymptomatique aux États-Unis :

Typhoid Mary has arrived in the U.S. Thomas Eric Duncan arrived from Liberia to visit family and brought, as a gift to all of us, a dose of Ebola. (Auteur inconnu. « Canada's response to Ebola lacking », *Toronto Star*, 6 octobre 2014)

It was from Roberts International Airport, just outside Monrovia, that a Liberian man named Thomas Eric Duncan boarded a flight on Sept. 19, while he was still in the

incubation period for the Ebola virus. A day later, he arrived in the United States, bringing the first Ebola case to be diagnosed in North America. (York, Geoffrey. « Globe in Liberia: Locals hope Texas Ebola case will mobilize more resources », *Globe and Mail*, 1er octobre 2014)

Comme ce fut le cas pour Andrew Speaker, la couverture médiatique de Thomas Eric Duncan met l'accent sur le nombre de sujets contacts qui lui sont associés:

Officials are monitoring 12 to 18 people who may have been in contact with the man, including three members of the ambulance crew that transported him to the hospital and five schoolchildren. Officials will check them for symptoms every day for 21 days. 'That's how we're going to break the chain of transmission and that's where our focus has to be,' Frieden said. (David Warren & Lauran Neergaard. « Liberian leaders in Texas warn against panic, stigma after 1st Ebola diagnosis in US », *Canadian Press*, 1er octobre 2014)

Certains articles altérissent également M. Duncan en soulignant ses tares de caractères et ses mauvaises actions. On mentionne qu'il a des enfants avec plusieurs femmes, le présentant comme un homme qui n'adhère pas aux valeurs traditionnelles de la famille nucléaire. On affirme aussi qu'il a menti aux autorités sanitaires, le transformant en « indocile » et en « mauvais patient »:

The documents show that a nurse recorded early in Duncan's first hospital visit that he recently came to the U.S. from Africa, *though he denied having been in contact with anyone sick*. (Schmall, Emily, Mohr, Holbrook & Nomaan Mercha. « AP Exclusive: Ebola patient's temperature spiked during first hospital visit », *Canadian Press*, 10 octobre 2014)

According to Liberian officials, Mr. Duncan, who was then symptom-free, passed screening before he boarded his flight but *neglected to tell officials he had been in close contact with Ebola victims*. He reportedly helped carry a desperately ill and pregnant woman to hospital where she was turned away because the facilities was already full. The 19-year-old woman later died of Ebola, according to published reports. In Monrovia, the Ministry of Justice said they intend to prosecute Mr. Duncan if he survives and returns to Liberia for lying on the forms he filled out as he left for the United States. (Koring, Paul. « Race is on to isolate Ebola case in Texas », *Globe and Mail*, 2 octobre 2014)

Or, contrairement aux deux cas médiatisés au début de l'épidémie d'Ebola de 2013-2016 (l'homme guinéen qui voyage au Sénégal et Patrick Sawyer qui voyage au Nigéria), Duncan n'est pas la plus importante cible d'altérisation de son récit. Les modalités d'altérisation de Duncan qui

abordent sa nationalité et son statut d'étranger sont rapidement remplacées par un discours qui souligne l'incapacité des États-Unis à intervenir adéquatement. Le récit d'altérité morphe et le système médical états-unien est accusé. En fait, explique-t-on, Duncan a mentionné qu'il faisait une fièvre à des professionnels de la santé et il a expliqué qu'il était récemment arrivé de l'Afrique de l'Ouest, mais soit un mauvais diagnostic a été apposé, soit cette information cruciale n'a pas été acheminée aux bonnes personnes dans le système médical. Or, dans tous les cas, la faute ne reposerait pas sur ses épaules mais plutôt sur celles des institutions sanitaires (et leurs mauvais protocoles) ou des professionnels de la santé (et leurs incompétences). L'hôpital qui l'a soigné est aussi accusé de mentir:

The hospital has repeatedly changed its account of what the medical team knew when it released Duncan from the emergency room early on Sept. 26. A few days later, on Sept. 30, it initially said Duncan did not tell the staff he had been in Africa. On Oct. 1, it said Duncan's nurse had been aware of the Africa connection but did not share that information with the rest of the medical team. The next day, the hospital blamed a flaw in its electronic health-records systems for not making Duncan's travel history directly accessible to his doctor. A day later, on Oct. 3, the hospital issued a statement saying Duncan's travel history had been available to all hospital workers, including doctors, who treated him during his initial visit. (Schmall, Emily, Mohr, Holbrook & Nomaan Mercha. « Ebola patient's temperature spiked during first hospital visit », *Canadian Press*, 10 octobre 2014)

Le récit se décale ainsi. Il passe d'un discours qui souligne l'irresponsabilité de l'étranger Duncan, à un autre qui critique la non-préparation, les mauvais protocoles et les négligences du système médical états-uniens. Ce discours explique le retour de Duncan dans la communauté et l'exposition potentielle de citoyens états-uniens par une faille dans les institutions médicales:

*Despite telling a nurse that he had recently been in Africa and displaying other symptoms that could indicate Ebola - fever, sharp headache and abdominal pain - Thomas Eric Duncan of Liberia underwent a battery of tests and was eventually sent home. (Schmall, Emily, Mohr, Holbrook & Nomaan Mercha. « Ebola patient's temperature spiked during first hospital visit », *Canadian Press*, 10 octobre 2014, nous soulignons)*

Cette soi-disant erreur états-unienne préoccupe au Canada parce qu'elle montre que même les pays occidentaux peuvent être mal préparés:

Alors qu'une deuxième infirmière qui a soigné le premier cas d'Ebola dans un hôpital américain, à Dallas, a contracté le virus, [les infirmières] réclament des procédures uniformisées et plus strictes pour éviter une épidémie sur le continent. Aux États-Unis, comme au Canada, elles exigent notamment des formations sur les procédures pour éviter des contagions, notamment sur les meilleurs moyens d'enlever les vêtements et accessoires de protection et les procédures pour en disposer. [...] 'On ne veut pas être pris au dépourvu comme à Dallas ou en Afrique', a déclaré la directrice générale du syndicat, Doris Grinspun. Elle a ajouté que les gouvernements ontarien et canadien auraient déjà dû uniformiser les procédures. (Auteur inconnu. « Les infirmières exhortent les gouvernements à agir », *Radio-Canada*, 15 octobre 2014)

À la fin du récit médiatique sur Duncan, on présente ce patient comme l'emblème des conséquences sociosanitaires engendrées par des inégalités sociales. D'un côté, il est le visage de l'homme noir qui n'a pas accès aux mêmes soins que les patients blancs:

Either way 'there is a problem, and we need to find the answer to it,' [a spokeswoman for the Texas Department of State Health Services] said, adding that it was 'conspicuous' that all the white Ebola patients in the U.S. survived 'and *the one black man died.*' (Schmall, Emily, Mohr, Holbrook & Nomaan Mercha. « AP Exclusive: Ebola patient's temperature spiked during first hospital visit », *Canadian Press*, 10 octobre 2014, nous soulignons)

D'un autre côté, il représente l'individu pauvre qui n'a pas accès aux mêmes soins médicaux que les citoyens riches:

Duncan, poor and uninsured, did not get all the help his family members said they wanted, and they now question why his care was different in some ways than that of Americans infected with the deadly virus who survived. (Schmall, Emily, Henry, Ray & Will Weissert. « Questions from the family of Thomas Eric Duncan, only patient treated in US to die of Ebola », *Canadian Press*, 27 octobre 2014, nous soulignons)

On critique aussi l'isolement et l'exclusion sociale qu'a subi sa famille:

The family that had been living in the Dallas apartment - Louise Troh, originally from Liberia, her 13-year-old son and two nephews - was able to move after someone offered up the gated community home. Until then, a search for shelter had come up short. The family had been refused by hotels, apartments and other providers. (Auteur inconnu. « Dallas Ebola case: Thomas Eric Duncan now in critical condition », *CBC*, 4 octobre 2014)

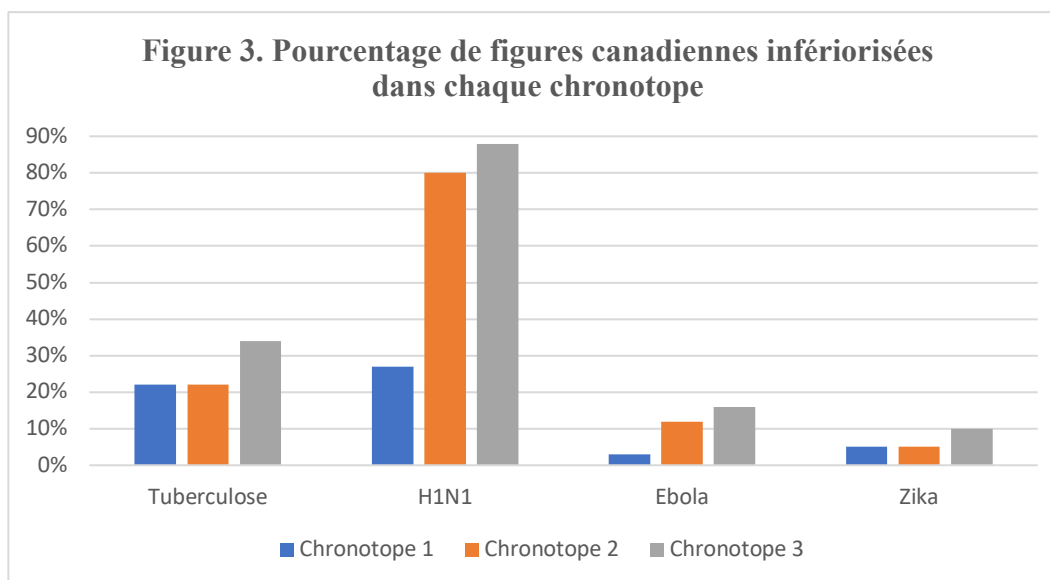
In Dallas, Louise Troh and several friends and family members will finally be free Monday to leave a stranger's home where they have been confined under armed guard for 21 days - the maximum incubation period for Ebola. [...] 'I want to breathe, I want to really grieve, I want privacy with my family,' Troh told The Associated Press. (Marchione, Marilynn & Mike Stobbe. « Ebola fear eases as monitoring ends for some in Dallas », *Canadian Press*, 20 octobre 2014)

Le risque d'Ebola auquel le public états-unien a été exposé n'est donc pas la faute d'un citoyen qui provient d'un pays du Sud global et qui traverse des frontières nationales occidentales; c'est plutôt le produit d'incompétences et de failles dans le système sanitaire d'un pays du Nord global, incapable de contrôler la maladie de façon adéquate lorsqu'elle se présente sur son sol.

En résumé, les modalités d'altérisation privilégiées dans le deuxième chronotope ne reposent pas principalement sur des caractéristiques plus ou moins figées comme la nationalité ou des défauts inhérents; l'altérisation s'opère plutôt par des discours qui abordent l'agentivité des figures infériorisées, soit l'inaptitude occidentale et l'indocilité de patients. De plus, les cibles du blâme s'institutionnalisent et se dépersonnalisent dans ce chronotope. Les médias utilisent des cas personnels uniquement comme point d'ancrage pour critiquer des systèmes plus larges. Comme illustré par les deux principaux cas médiatisés (Andrew Speaker et Thomas Eric Duncan), l'altérisation privilégiée dans le deuxième chronotope souligne l'incompétence de figures institutionnelles occidentales. On mentionne que des pays occidentaux ont les connaissances et les acquis pour bien contrôler les maladies, mais que leur réponse insuffisante, leurs erreurs ou leurs incompétences engendrent la propagation. Bref, cette double dynamique d'agentivité et d'institutionnalisation de l'altérité caractérise le deuxième chronotope du récit d'épidémie.

5.3 Chronotope 3 : le repli

Le troisième chronotope se caractérise par une dynamique plus prononcée de repli sur soi, où des figures de proximité liées au Canada sont de plus en plus critiquées pour une négligence, une incompétence et une perpétuation d'inégalités sociales (figure 3).



5.3.1 Le repli sur soi et l'infériorisation autodirigée

À partir de 2010, les discours médiatiques sur la tuberculose conçoivent davantage l'épidémie comme le produit de notre faute collective. En effet, c'est surtout à partir de ce moment qu'apparaît le récit dominant décrit au chapitre précédent, qui soutient que la tuberculose est le produit d'erreurs et de négligences collectives, dont celles canadiennes. Dans ce chronotope, les discours d'altérisation soulignent un manque de volonté et une négligence des autorités sanitaires au Canada:

TB doesn't occur in a place where TV cameras can converge, but it is so far reaching that the Global Stop TB plan foresees its eradication in only 40 years if adequate resources are invested. Through CIDA, Canada can put up a sustained fight against TB. Let us not be complacent about this disease; like radiations, bacteria don't stop at borders. (Auteur inconnu. « TB: a neglected catastrophe », *Toronto Star*, 26 mars 2011)

À partir des années 2010, les articles de médias rapportent moins les cas de tuberculose chez les immigrants, quoique ce groupe demeure le plus touché au Canada (Gouvernement du Canada, 2019a; Long & Ellis, 2015; Huston, 2017; Minion et al., 2013). Ce sont plutôt les cas dans les

communautés autochtones qui sont abordés. La figure la plus médiatisée dans le troisième chronotope est celle d'Ileen Kooneeliusie, une Inuit décédée de la tuberculose :

Mais c'est surtout la mort, en janvier 2017, d'une jeune Inuite atteinte de tuberculose, Ileen Kooneeliusie, qui a remis les projecteurs sur cette crise. Après s'être plainte de maux de tête et d'essoufflement, la jeune fille de 15 ans avait été amenée au centre de santé local à Qikiqtarjuaq, puis transportée à l'hôpital d'Ottawa. Sa mère affirme qu'elle a reçu le diagnostic de tuberculose quelques heures seulement avant son décès, et ce, malgré le taux particulièrement élevé de la maladie au Nunavut. (Auteur inconnu. « Une force spéciale créée pour lutter contre la tuberculose chez les Inuits », *Radio-Canada*, 10 octobre 2017)

La ministre [Philpott] a aussi parlé jeudi du cas d'Ileen Kooneeliusie, une fillette de 15 ans morte de tuberculose dans un hôpital d'Ottawa. 'Nous entendons le récit d'une personne en particulier, et cela montre souvent la réalité derrière les statistiques', a-t-elle indiqué. 'Quand vous entendez les récits sur une fillette de 15 ans qui est morte dans cette ville en 2017 de la tuberculose, cela vous fait réaliser les très graves injustices qui existent encore.' Ottawa a aussi promis d'agir relativement aux souffrances vécues par les Inuits dans les réinstallations et les mauvais traitements durant l'épidémie de tuberculose des années 1940, 1950 et 1960. (Kirkup, Kristy. « Une force spéciale est créée pour s'attaquer à la tuberculose chez les Inuits », *La presse canadienne*, 5 octobre 2017)

Comme illustré par les extraits présentés, cette médiatisation de cas chez les Autochtones s'accompagne d'une critique du Gouvernement canadien. Il est rappelé que la tuberculose a été apportée au Canada par les colonisateurs et que les Autochtones sont depuis longtemps victimes de violence, notamment avec les Écoles résidentielles, les « hôpitaux indiens » et les sanatoriums :

Sociologists say the disease took firm root among the Inuit after the Second World War, when they were moved from hunting camps on the land into communities. Government-provided, one-room houses with no bathrooms, or cramped shacks cobbled together from construction debris, provided ideal conditions for the disease to spread. (Auteur inconnu. « Canada fails Nunavut in fighting TB: journal », *CBC*, 14 février 2011)

La prévalence actuelle de la maladie chez les Autochtones est expliquée par les inégalités sociales qu'elles vivent:

The re-emergence of tuberculosis in aboriginal communities is a sign of other endemic problems, including overcrowding, mouldy housing and high rates of smoking. Although the federal government needs to tackle all of these social ills, it need not be so ambitious to stamp out TB, an infectious disease that is spread through the air and

settles in the lungs. There needs to be a national effort to emulate the success in the Northwest Territories, where the rates of TB among First Nations and Inuit have been dramatically lowered through a series of targeted initiatives. (Auteur inconnu. « How to defeat a needless epidemic », *Globe and Mail*, 15 mars 2010)

La tuberculose est présente dans la population inuite depuis plus de 100 ans, a rappelé la ministre des Services aux Autochtones, Jane Philpott. Les gens font face à des barrières linguistiques. Il y a de graves pénuries d'infirmières et d'autres professionnels de la santé dans les secteurs les plus sérieusement touchés. (Auteur inconnu. « Une force spéciale créée pour lutter contre la tuberculose chez les Inuits », *Radio-Canada*, 10 octobre 2017)

En ce qui a trait au H1N1, on constate des discours de « repli » à partir de septembre 2009, lors du lancement de la campagne de vaccination. Selon certains, cette intervention est emblématique de l'incompétence des autorités nationales et sanitaires au Canada:

Infectious disease specialist Dr. Neil Rau has been critical of the federal government for being late in rolling out the vaccine, noting many people could get infected with H1N1 before they have an opportunity to get the shot. (Boyle, Theresa & Joanna Smith. « Overwhelmed », *Toronto Star*, 30 octobre 2009)

Canada's largest mass vaccination effort has been hampered by vaccine shortages, long lineups at clogged clinics, and widespread confusion and frustration. (Auteur inconnu. « Canadian News Digest », *Canadian Press*, 10 novembre 2009)

C'est à ce moment qu'apparaît toute une gamme d'accusations contre le système médical canadien (Chapitre 4) et un plaidoyer pour l'amélioration de l'infrastructure sanitaire du pays:

The news that a Toronto for-profit clinic was provided with H1N1 vaccinations for clients willing and able to pay thousands of dollars while pregnant women, young children and individuals with chronic conditions waited hours in line at public clinics reminds us of how unjust two-tier health care is. (Auteur inconnu. « Reminder of two-tier health care », *Toronto Star*, 3 novembre 2009)

Its report identified three overarching areas for action. The first is to further strengthen Canada's capacity - more people, better systems, improved technology - to prepare for and respond to pandemic influenza. Next, health agencies could clarify and better communicate their roles and responsibilities during a pandemic. It also suggests health agencies do a better job communicating pandemic news, especially complex scientific findings, to the public. Among its recommendations, the Senate committee listed putting in place a backup vaccine supplier and recommended funding for pandemic preparedness planning be renewed in the 2011 federal budget. (Ogilvie, Megan. « H1N1 reviews calls for improved flu strategy », *Toronto Star*, 30 décembre 2010)

Ainsi, le troisième chronotope du récit médiatique sur l'H1N1 se démarque par un focus sur l'incompétence des autorités canadiennes.

Quant au troisième chronotope de l'épidémie d'Ebola, les accusations des autorités transnationales et états-uniennes se poursuivent et la critique dirigée envers les autorités canadiennes croît. À partir d'octobre 2014, alors que des cas d'Ebola sont diagnostiqués aux États-Unis, les journalistes rapportent une insatisfaction à l'égard des mesures canadiennes et affirment que le Canada serait incapable de contrôler la maladie si elle arrivait sur son sol:

One hospital in northwest Toronto did not have Ebola protective gear readily available for its lab and emergency room staff. Another in Peterborough had not developed any Ebola procedures. A third, in Hamilton, had three members of its housekeeping staff refuse to clean the room of a suspected Ebola patient because the cleaners felt they had not been trained to do it safely. The ministry has issued 50 compliance orders to 13 hospitals and one paramedic service since August, most citing failures to properly train staff, provide personal protective equipment for everyone who needs it or draw up adequate plans to contain a lethal virus that has ravaged Sierra Leone, Guinea and Liberia and is now sowing panic in North America. (Picard, André. « Dallas Ebola case shows how health-care workers are at the greatest risk », *Globe and Mail*, 12 octobre 2014)

Here in Canada, we've seemed to have no trouble harking back to the 20th-century lessons on building a strong military, but we've avoided 20th-century lessons on how to collectively build healthy, strong states with adequate, government-funded safety nets. (Delacourt, Susan. « Ottawa could take charge in dealing with Ebola », *Toronto Star*, 17 octobre 2014)

L'intervention canadienne insuffisante dans les pays touchés en Afrique de l'Ouest est aussi soulignée:

The government boldly announced it would donate 800 of these vials to the World Health Organization. Yet in the end, it took more than two months for the vials to arrive at WHO headquarters in Geneva. Canadian government officials said the logistics were tricky. That explanation, like most of the tale around the handling of this breakthrough vaccine, was oddly unsatisfying. (Walkom, Thomas. « The strange tale of Canada's ebola vaccine: Walkom », *Toronto Star*, 25 novembre 2014)

Quant au Zika, le troisième chronotope commence au mois de septembre 2016, lors d'une médiatisation des transmissions locales de la maladie à Miami. La menace est alors rapprochée du

Canada. Ce troisième chronotope se démarque par l'expression d'une frustration quant aux interventions canadiennes et par la critique des efforts de préparation du pays. Ce blâme se juxtapose aux accusations du deuxième chronotope dirigées contre les États-Unis:

À ce jour, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec n'a émis aucune directive claire par rapport au dépistage du virus. Les professionnels de la santé en la matière ne s'entendent pas sur la procédure à suivre. [...] Des médecins à qui nous avons parlé confirment n'avoir jamais reçu l'information nécessaire au bon diagnostic du virus. (Auteur inconnu. « Dépistage du virus Zika : aucune ligne directrice au Québec », *Radio-Canada*, 30 décembre 2016)

Right now, the Public Health Agency of Canada (PHAC) is only tracking and making public the number of Zika cases it has confirmed at the National Microbiology Lab in Winnipeg, which handles all confirmatory testing for the virus across the country. [...] Not all provinces are reporting Zika related outcomes to PHAC, according to Theresa Tam, the interim chief public health officer. In the four cases for which PHAC has published some information about fetal outcomes, PHAC will not even say if the babies are alive, citing privacy concerns. In the United States, by contrast, the Centers for Disease Control and Prevention are keeping a detailed registry of Zika-infected mothers-to-be and tracking the health of their children (Grant, Kelly. « New study sheds light on Canadian Zika patients », *Globe and Mail*, 6 mars 2017).

Bref, notre analyse nuance les constats d'Ungar (1998), dont les résultats indiquent que le récit d'épidémie médiatique typique présente une image péjorative des pays du Sud global et un portrait positif d'une nation occidentale; nous montrons une évolution chronotopique du récit d'altérité qui se caractérise notamment par le passage d'une critique de figures lointaines à une accusation lancée à des figures de proximité (Roy et al., 2020).

5.3.2 Deuil et perte d'espoir

Un récit prend appui dans un cadre discursif qui circule déjà parmi les membres d'une société. À l'instar de Schröder & Phillips (2007), nous ne considérons pas que l'épidémie engendre des discours ou des rapports sociaux radicalement nouveaux; elle catalyse plutôt un dialogue culturel préexistant. Notre analyse de l'évolution chronotopique des dynamiques d'altérisation révèle un rapport particulier aux pathologies. Entre autres, on voit l'importance de l'agentivité

dans l'épidémie, qui n'est ni un événement naturel ni un accident circonstanciel qu'on subirait passivement (Alcabes, 2009). À cet égard, les discours d'altérisation soulignent très peu des défauts identitaires qu'on peut difficilement modifier; ils abordent surtout la question d'agentivité, de choix et d'erreurs. L'épidémie est quelque chose qu'on cause ou qu'on laisse arriver; on accuse des étrangers-porteurs parfois malveillants ou encore la lenteur et le manque d'efforts du Canada ou d'autres pays occidentaux dans la lutte contre la maladie. Ce rôle proclamé de l'agentivité se développe au fil du récit d'altérité: il commence lorsqu'on accuse les pays du Sud global touchés, leurs habitants et des patients d'irresponsabilité, il progresse lorsque des pays occidentaux sont critiqués pour leurs incompétences, leurs mauvais choix et leurs mauvaises interventions et il culmine par une critique des mauvaises interventions canadiennes.

Nous voyons une influence du paradigme de préparation (Lakoff, 2017) dans les logiques accusatoires des deuxième et troisième chronotopes puisqu'on y exprime que la faute revient à un manque d'efforts, de planification, d'investissement et de développement des capacités. On considère que la réapparition de ces épidémies aurait pu (et dû) être anticipée et mieux gérée par les institutions occidentales, dont celles canadiennes (Meda et al., 2016; Osterholm, 2016). Les maladies sont conçues comme des problèmes qui devraient être conquis, ce qui transmet l'idée qu'on pourrait facilement changer le cours des choses dans la mesure où on agirait correctement, en s'améliorant et en se préparant. Bref, ce blâme présuppose qu'on a ou qu'on devrait avoir les capacités de gérer une épidémie.

L'insatisfaction prononcée dans les deuxième et troisième chronotopes et les critiques des institutions nationales et transnationales expriment une déception à leur égard, traduisant ainsi l'espoir antérieur qu'on avait en leurs capacités (Chapitre 1). Joffe (2011) parle de « fatigue des maladies infectieuses émergentes » pour souligner la diffusion d'un scepticisme et d'une perte

d'espoir du grand public à l'égard de ses autorités sanitaires et nationales. Selon elle, après le VIH (1980) et le SRAS (2003), un optimisme antérieur quant aux possibilités humaines de maîtriser les maladies infectieuses décroît au profit d'une prise en compte des imprévisibilités des épidémies et des incapacités des autorités à les contrôler complètement. Depuis ces deux épidémies, les institutions nationales sont de plus en plus accusées d'incompétences. Nos résultats alimentent cette conclusion, notamment en montrant que ce blâme émerge au gré de la progression du récit d'épidémie puisque cette perte d'espoir dans nos institutions est surtout exprimée dans les deuxième et troisième chronotopes.

5.3.3 La levée du phénix

Si la critique des autorités sanitaires occidentales et transnationales gagne en importance, les pays du Sud global touchés et leurs habitants ne sont pas exonérés dans les récits du troisième chronotope. Ils sont toujours infériorisés, quoique cette altérisation soit camouflée par une dynamique d'héroïsation; il s'agit d'une infériorisation par une modalité particulière de glorification.

Malgré la critique croissance de figures occidentales et canadiennes, des figures de proximité sont tout de même les principaux héros dans le troisième chronotope. Cette tendance d'héroïsation persiste donc au travers du récit de la couverture médiatique. Cependant, l'héroïsation des habitants des pays du Sud global touchés augmente au gré de la progression du récit de l'épidémie, alors que la célébration de figures de proximité décline. Autrement dit, le pourcentage de figures canadiennes héroïsées diminue au fil des chronotopes, au profit d'une augmentation du pourcentage de figures du Sud global héroïsées (tableau 18).

Tableau 18. Héroïsation de figures canadiennes et du Sud global pour chaque temps du récit médiatique

	Chronotope 1	Chronotope 2	Chronotope 3
Nombre de mentions de héros canadiens	108 (79%)	362 (72%)	96 (68%)
Nombre de mentions de héros du Sud global	28 (21%)	141 (28%)	46 (32%)

Alors que les accusations se dirigent de plus en plus vers des figures institutionnelles et occidentales et que la maladie commence à être contrôlée, les pays du Sud global, leurs habitants et leurs professionnels de la santé sont davantage héroïsés: « M. Ban a affirmé que les communautés locales et les gouvernements nationaux sont impliqués, et qu'il y a eu 'une impressionnante contribution médicale à travers l'Afrique et autour du monde... et on commence à voir des améliorations'. » (Lederer, Edith M, « Le secrétaire général des Nations unies ira en Afrique de l'Ouest », *La presse canadienne*, 17 décembre 2014) Cependant, ces pays du Sud global et leurs habitants ne sont pas héroïsés de façon absolue. Ce ne sont pas des rationnels, dociles ou aptes; ce sont des irrationnels-devenus-rationnels, des indociles-devenus-disciplinés, des inaptes-devenus-aptés. Leur « évolution » et leur « transformation » sont des éléments clés qui justifient leur héroïsation; ce sont des héros-phénix.

L'exemple le plus frappant est l'héroïsation d'un habitant du Sud global initialement réticent, mais qui accepte ultimement de s'impliquer dans la réponse contre l'épidémie. Dans son étude ethnographique, Minn (2011) parle de « champions » pour désigner les individus qui habitent dans des pays du Sud global où des interventions humanitaires médicales prennent place et qui sont loués pour leurs efforts. Ces champions sont conçus comme des atouts à une intervention humanitaire internationale parce qu'ils peuvent être des traducteurs, ils peuvent naviguer les frontières entre le Nord global et le Sud global, ils peuvent éduquer les humanitaires quant aux structures existantes et ils peuvent devenir des porte-paroles et des partisans pour les initiatives de

santé globale qui deviennent alors partiellement « locales » et soudainement moins imposantes. Nos résultats montrent que le citoyen d'un pays du Sud global qui s'implique dans l'épidémie est une importante figure d'héro dans les discours médiatiques du troisième chronotope. Ces héros s'éduquent, agissent conformément aux directives de santé publique et s'impliquent dans la réponse en tant que bénévoles. Ils sont souvent identifiés comme tel à l'aide d'uniformes ou d'un insigne porté en collier (image 9).

Image 9. Phénix local



Or, les dynamiques d'infériorisation des habitants de pays du Sud global persistent même lorsqu'on les félicite de leur acceptation des discours médicaux et leurs bons comportements. Malgré leur rôle dans la gestion de l'épidémie, ces citoyens de pays du Sud global ne sont pas héroïsés en tant que « sauveurs » (Roy et al., 2021), comme le sont les héros occidentaux. Le sauveur se démarque par son altruisme. Il s'expose à des risques et vit des torts en aidant autrui, par exemple en attrapant une maladie mortelle. Cette figure du sauveur vient de l'extérieur; il

s'implique dans un pays pauvre et aide des populations locales (qui sont habituellement résistantes, incompetentes et déraisonnables), à ses propres détriments:

Dr. Lauralee Morris has gone overseas to help refugees in South Sudan and typhoon survivors in the Philippines. But the international mission she took in late August, her ninth, was unlike any other. She travelled to Sierra Leone to help fight Ebola at the International Federation of the Red Cross's Kenema Ebola Treatment Centre, a new 60-bed facility that she helped get up and running. Morris faced more fear, more death and more risk – risk that continued even when she returned home to Canada to wait for the virus's 21-day incubation period to pass. (Grant, Kelly. « My rookie year working in Ebola -stricken Sierra Leone », *Globe and Mail*, 26 décembre 2014)

'Les conditions de travail sont particulièrement difficiles pour les travailleurs humanitaires de MSF. Le risque par rapport à l'Ebola, c'est parce qu'il est toujours présent. Il n'y a pas de temps mort. Il faut avoir le courage de surpasser ses propres craintes', dit Mme Liu. Les tenues de protection des travailleurs sont lourdes et inconfortables. (Auteur inconnu. « La première bataille contre l'Ebola a été perdue, selon Médecins sans frontières », *Radio-Canada*, 28 août 2014)

Ainsi, le visage du sauveur est le travailleur humanitaire occidental. Ce dernier n'est pas qu'un employé qui effectue ses tâches de travail. Les médias décrivent la biographie de ces héros humanitaires, détaillant leurs qualités: ils sont sensibles, passionnés, dédiés, optimistes, braves, courageux, généreux, altruistes et ont de bonnes valeurs familiales.

But the *gentle* doctor, a veteran of 20 years of practice in a rural town in the low hills of KwaZulu-Natal province, never considered that he was looking at a problem that some public-health experts say may be the worst threat to humanity in the past half-century. When the lab called to tell him just what was wrong with those patients, the news *left him 'in shivers.'* The Church of Scotland Hospital in Tugela Ferry, an old mission station of low, graceful stone buildings where Dr. Moll is the chief physician, now has the macabre title of 'home of XDR TB' – extensively drug-resistant tuberculosis. (Nolen, Stephanie. « Superbug poses dire threat to Africa », *Globe and Mail*, 21 mai 2007)

A married mother of two, McGeer said family and friends rolled their eyes, unsurprised, when she announced she'd be travelling to Liberia to help fight the recent outbreak. 'I asked my family for permission. I'm not exactly sure what I would have done if they had said no,' she said. (Armstrong, Laura. « Toronto doctor who fought SARS working to stop Ebola virus in Liberia », *Toronto Star*, 1er janvier 2015, nous soulignons)

Les habitants de pays du Sud global ne sont pas principalement loués pour leurs qualités (courage, altruisme) comme le sont les humanitaires sauveurs; les discours d'héroïsation mettent plutôt l'accent sur leur *transformation*. C'est cette *transformation*, ce *passage* d'un statut à l'autre, qui est mise en valeur dans les discours qui les félicitent. Les principaux adjectifs utilisés pour décrire les phénix locaux sont la résilience, l'amélioration, le progrès, le respect des protocoles sanitaires et le changement d'attitude. Les efforts qui ont été déployés par les autorités sanitaires internationales et par les sauveurs afin de faciliter cette transformation sont aussi décrits. Ces discours rappellent qu'ils ont été disciplinés grâce aux efforts occidentaux, d'une façon telle que la transformation d'habitants du Sud global « réticents » en une figure de « phénix » est emblématique de *notre* succès:

Les autorités ont dû combattre de nombreux mythes concernant l'épidémie, notamment des rumeurs de faux remèdes, les craintes que les médecins occidentaux venus combattre l'Ebola n'en soient la cause et une mauvaise compréhension du mécanisme de transmission de la maladie. Les malades semblent maintenant plus prêts à fréquenter les centres de traitement, et certains peinent même à répondre à la demande. (Paye-Layleh, Jonathan. « Libéria: 17 patients qui ont fui une clinique d'Ebola sont recherchés », *La presse canadienne*, 18 août 2014)

In the slums of Conakry, Guinea's capital, dozens of health workers descend on the homes of anyone infected with Ebola, persuading their family members and neighbours to be vaccinated and monitored. It is often a difficult task, since there is widespread suspicion of the vaccine in a country where rumours and fear have long hampered the Ebola response. But after initial hesitation and resistance, many Guineans have become fervent believers in the vaccine. (York, Geoffrey. « Guinea officials call on Canada to help expand Ebola vaccine program », *Globe and Mail*, 22 septembre 2015)

Bref, les héros-phénix sont produits par des discours qui abordent leurs résistances ou leurs méconnaissances initiales, soulignent leur évolution vers l'acceptation du savoir médical et la conformité à des comportements dociles et accentuent les efforts qui ont dû être fournis par les sauveurs afin de les rapprocher d'une identité positive.

Cette figure de phénix est souvent évoquée dans les publications des autorités sanitaires et présentée comme un modèle normatif. Elle est un outil qui encourage certains comportements désirés, dont le respect des protocoles sanitaires et l'acceptation des discours médicaux :

My name is Timpiyan and I survived zoonotic tuberculosis (TB), which is a form of TB transmitted from animals. I come from Kajiado County in Kenya, and I am originally from the Maasai tribe. Since 2016 I have been a member of the World Health Organization (WHO) Civil Society Task Force on TB. In 2011, I realized that something was wrong when I started losing weight while my stomach was constantly swollen. After having a whole body scan at a Nairobi hospital, the doctors told me that they saw a big mass in my upper abdomen which had to be removed. It turned out to be pus, and when I woke up after a 7-hour surgery, the doctors told me that I had TB and that I had probably been infected by drinking unpasteurized milk or eating raw meat from cattle infected with TB. My first reaction was utter shock: I had no idea that animals could have TB. Then I started worrying about my community: Maasai tribes have been eating raw meat and drinking blood and blood-milk mixtures from cattle for hundreds of years! I realized the seriousness of the issue. At that moment I was ready to take the medicines to be cured but I also wanted to educate my people on how to prevent and fight TB. After 7 months of treatment I was finally able to stand and walk, and I started to inform my community about TB and the risks of getting it from infected cattle. Initially people didn't believe me, so I shared my experience. Eventually a few men revealed that they had lost someone in their family who had the same symptoms I had described. Gradually more and more people started listening to me. (OMS. *Personal Stories from TB Survivors – My journey fighting TB* (4))

'Take away the fear, don't hide yourself. People can still survive from Ebola,' so say the lyrics of the Ebola Rap, a song written by Charles Yegba, a Liberian artist seeking to raise awareness about the virus in his community. But Charles *did not always think that way*. He is *one of the many Liberians* who, at the beginning of the outbreak, did not believe that the disease existed. 'I thought it was a lie (invented) to collect money because at that moment I hadn't seen people affected in my community,' the singer says. His opinion changed some weeks ago when a group of people blocked a street in Monrovia because a man was lying on the ground with symptoms of Ebola. 'At that moment, I started to believe. I began to see that other countries were being affected, that many people were starting to change their minds,' he says (OMS. *Liberia – Spreading the word about Ebola through music*, août 2014, nous soulignons)

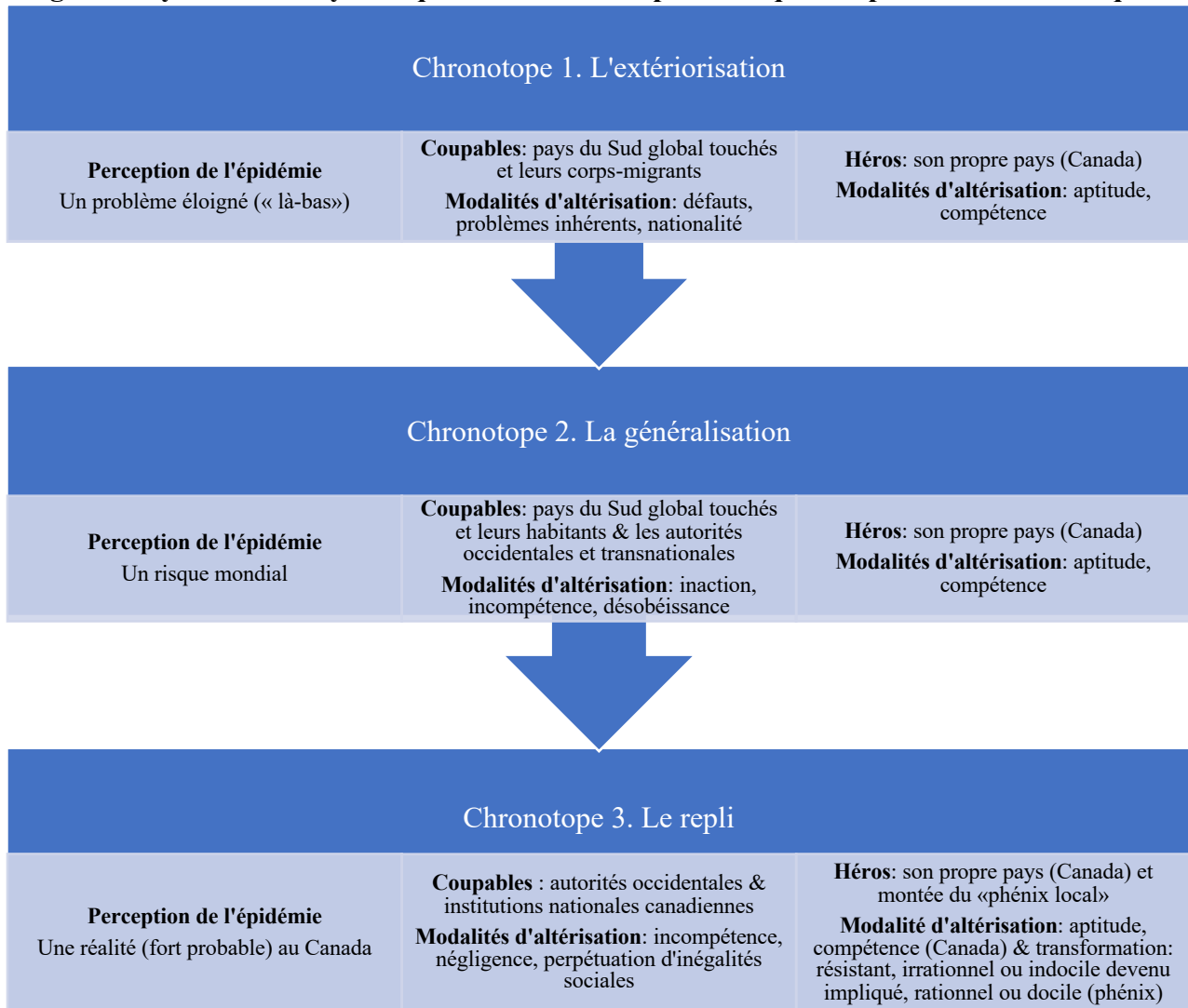
'Now, I hardly go out. I walk and go back home. But I feel good. Twenty days ago, I started with fever, pain, and rash on the arms. I went to the medical center and the doctor told me it was very possible that it was zika. Now, I take care of myself a lot, my wife and I fumigate, and we check that there is no standing water in any of the pots.' - Franco Arteaga, from the Prados del Sur neighborhood in Cali, Colombia. (OMS. *Stories from countries – Zika stories – Franco Arteaga*, nous soulignons)

Par conséquent, notre concept de phénix local se distingue de celui de « champions » (Minn, 2011) dans la mesure où notre approche est d'ordre discursive. Notre analyse montre que cette figure ne joue pas qu'un rôle stratégique dans les interventions humanitaires (Minn, 2011); elle est aussi 1) une stratégie discursive qui facilite l'héroïsation de figures occidentales puisque sa docilité acquise est représentative des succès de l'intervention internationale et 2) un processus normalisateur qui produit un modèle vers lequel on encourage les autres habitants de pays du Sud global à converger.

Somme toute, Homi Bhabha (2004) parle d'« *in between spaces* » pour désigner les catégories identitaires qui émergent « entre » des catégories primaires préexistantes. Il nous apparaît que le phénix occupe un tel espace « entre » deux catégories d'altérité puisqu'il est situé entre le sauveur (statut qu'il n'atteint pas totalement) et le coupable (statut antérieur qu'on rappelle, auquel il est toujours associé). Il est *autre* plus qu'*Autre*. Avec cette figure du phénix, nous témoignons de la subtilité de l'altérité et de l'importance d'un cadre conceptuel qui la définit comme un écart et non comme un opposé (Chapitre 2).

Une figure n'est pas cristallisée dans son altérité. Dans ce chapitre, nous avons montré la mobilité et la fluidité des figures d'altérité et des modalités d'altérisation. En effet, on constate une évolution des discours d'altérisation dans les articles de médias sur la tuberculose, l'H1N1, l'Ebola et le Zika. Entre autres, nous avons montré que l'infériorisation de figures lointaines par des discours qui soulignent leurs qualités inhérentes laisse place à un repli sur soi caractérisé par la critique de figures de proximité en raison de leurs mauvaises actions ou incompétences (figure 4).

Figure 4. Synthèse des dynamiques d'altérisation pour chaque temps du récit médiatique



Ces discours d'altérisation se racontent – tout comme l'épidémie – en récit. Ils prennent forme dans une structure narrative influencée par des péripéties, dont la propagation d'une maladie à l'international et la mise sur pied d'interventions. Ce récit d'altérité est chronotopique (tableau 19) puisque l'altérisation prend sens en fonction: 1) du rapport temporel de l'histoire (début, milieu, fin); 2) du rapport spatial au risque (début avec un faible risque, milieu avec un risque imminent, fin avec une menace ressentie); et 3) du rapport spatial aux personnages de héros ou de coupables (figures d'altérité éloignées ou de proximité).

Tableau 19. Chronotope de l'altérisation

Chronotope	Rapport temporel à l'histoire	Rapport spatial au risque	Rapport spatial aux coupables	Rapport spatial aux héros
1	Début	Faible risque	Distance	Proximité
2	Milieu	Risque imminent	Distance / proximité	Proximité
3	Fin	Menace ressentie	Proximité	Proximité / distance

Par conséquent, si les discours d'altérisation et les figures d'altérité que nous avons présentés ne sont pas radicalement nouveaux, nous avons montré qu'ils prennent de nouvelles configurations en se consolidant dans une unité singulière de l'espace/temps dans le récit d'altérité.

CHAPITRE 6 : L'ALTÉRITÉ CONTESTÉE

Dans les deux chapitres précédents, nous avons présenté une lecture nuancée de l'altérisation, en analysant les façons par lesquelles ses modalités changent selon le récit d'épidémie (Chapitre 4) et en explorant ses aspects chronotopiques (Chapitre 5). Dans ces derniers chapitres, nous avons nuancé les postulats plus généraux des prochains chapitres, qui explorent comment il est socialement permis d'altérer aujourd'hui (Chapitre 6 et 7) et comment les divers axes et modalités d'altérisation privilégiés dans l'espace public peuvent nous informer de craintes, de normes sociales et de modes de subjectivité valorisés (Chapitre 8). Dans les deux prochains chapitres, nous posons un regard transversal sur les modalités d'altérisation présentes dans les quatre études de cas. Les tableaux 20-23 résument l'ensemble de notre analyse, en énumérant la somme des cibles infériorisées et héroïsées et la totalité des arguments d'infériorisation et d'héroïsation recensés.

Tableau 20. Cibles infériorisées et héroïsées et arguments d'infériorisation et d'héroïsation pour la tuberculose

Épidémie	Cible infériorisée	Cible héroïsée	Arguments d'infériorisation	Arguments d'héroïsation
Tuberculose	Compagnies pharmaceutiques (496) Canada (290) Communauté internationale (230) Patients, porteurs (183) Autochtones (81) « Pays touchés » (78) Nouveaux arrivants (50) « Afrique », pays d'Afrique (46) Entreprises privées (35) Professionnels de santé (34) Voyageurs (34) OMS (33) Système de santé (29) États-Unis (21) « Pays en voie de développement » (20) Russie (14) ONU (13) « Élite » (12) Médias (9) Internauts (8) Organismes humanitaires (5) Politiciens (5) Pays d'Asie (3) « Habitants des pays touchés » (1)	Patients (44) Canada (36) Communauté internationale (19) « Pays touchés » (17) Organismes humanitaires (14) « Habitants des pays touchés » (9) Compagnies pharmaceutiques (4) Autochtones (3) OMS (3) Pays d'Asie (3) Fondations: World Bank, Global Fund, Gates (3) Donateurs (2) Pays d'Afrique (2) Système de santé (1)	Mauvaises interventions, inefficacité (284) Mercantiles, opportunistes, avarés (265) Complaisance, inaction, lenteur, lacunes dans les interventions (210) Exploiteur, perpétue des inégalités, cause de la souffrance (165) Infrastructure sanitaire fragilisée ou inaccessible (104) Propager la maladie, mettre autrui à risque, menace, dangereux (106) Problèmes sociaux (97) Résistance, mauvaises habitudes de santé (94) Problèmes de santé physique ou mentale (72) Apparence physique (67) Mauvaises valeurs, conflits d'intérêts (28) Milieu éloigné (22) Nationalité (20) Criminel, corrompu (19) Inhumain, diable, psychopathe (19) Ignorance, désinformation, contre la science (16) Organisation urbaine (13) Mauvaise communication, malhonnêteté (13) Égoïste (12) « À risque », « vulnérables », « victimes » (11) Trop altruiste (11) A un grand pouvoir (8) A peur (6) Désastres naturels (6) Propage la peur (4) Banaliser la maladie (3) Insalubrité (5) Pratiques culturelles, médecine alternative (3)	Bonne intervention, efficace (57) Impliqué, dédié (22) Suivent les prescriptions, bonnes habitudes sanitaires (15) Bonne infrastructure sanitaire (14) Bonnes intentions (14) Aide autrui, sauve des vies (13) Volonté d'améliorer la santé, engagement (13) Éduqué, expert (4) S'expose à des risques, contracte en aidant autrui (4) Se prend en main, croissance personnelle (3) Leader (3) Compassion (2) Permet le progrès (2) Peu de problèmes sociaux (2) Activisme (1) Espoir, optimisme (1)

Tableau 21. Cibles infériorisées et héroïsées et arguments d'infériorisation et d'héroïsation pour l'H1N1

Épidémie	Cible infériorisée	Cible héroïsée	Arguments d'infériorisation	Arguments d'héroïsation
H1N1	Canada (167) Voyageurs (72) Canadiens (62) Patients (58) Mexique (55) Compagnies pharmaceutiques (36) Autochtones (27) Médias (22) Communauté internationale (21) Internauts (18) OMS (18) Chine (17) Industrie du bétail, fermes, porc (17) « Habitants de pays touchés » (16) Entreprises et compagnies privées (16) « Pays en voie de développement » (14) Hémisphère Sud (10) Professionnels de la santé (9) Mexicains (8) États-Unis (5) Angleterre (4) « Pays touchés » (4) Marché du travail (4) Autres pays d'Asie (4) Pays d'Afrique (3) « Élites » (2) Nouveaux arrivants (1)	Canada (36) OMS (34) Communauté internationale (17) Citoyens (13) Compagnies pharmaceutiques (9) « Pays touchés » (7) Parents (5) Autochtones (4) Système de santé (3) États-Unis (3) Mexique (3) Pays d'Afrique (2) Pays d'Amérique du Sud (2) Médias (2) Patients (2) Fermes (1) Hémisphère Nord (1) Patient zéro (1) « Pays en voie de développement » (1)	(À risque de) propager la maladie, mettre autrui à risque (112) Mauvaises interventions, inefficacité (91) Problèmes de santé (55) Propage la peur, exagération (51) Infrastructure sanitaire insuffisante (47) Interventions insuffisantes, complaisance, lenteur, non préparé (43) Discrimination, perpétue des inégalités, polarisé (41) Ignorance, incompréhension, désinformation, écart de la science, faible taux de scolarisation, stupidité (40) Mercantile, s'enrichit, opportuniste (34) Résistance, ne suit pas les protocoles (29) Problèmes sociaux (26) Mauvaise communication (18) Égoïste (17) Conflits d'intérêts (15) Banaliser la maladie (13) Rapport aux animaux, bestialité (12) « À risque », « vulnérable » (9) Milieu éloigné (8) Sale, contaminé, insalubre (8) Nationalité (7) Origine de la maladie (7) Pratiques culturelles ou coutumes (3) Faux traitements (3) A peur de l'épidémie (2) Organisation urbaine (2) « Tiers-monde » (2) Trop prudent (1)	Préparation (27) Bonnes interventions, efficacité (26) Intervention à l'international, altruisme (13) Bonne infrastructure sanitaire (10) Amélioration, ouvert à la critique (10) Résilience, surmonte des obstacles (10) Précaution, autoprotection (9) Absence de conflits d'intérêts (8) Bonne communication (8) Expertise (5) Avancées scientifiques (4) N'a pas peur (3) Espoir, optimisme (1) Leader (1) Martyr, injustement transformé en bouc émissaire (1)

Tableau 22. Cibles infériorisées et héroïsées et arguments d'infériorisation et d'héroïsation pour l'Ebola

Épidémie	Cible infériorisée	Cible héroïsée	Arguments d'infériorisation	Arguments d'héroïsation
Ebola	« Habitants des pays touchés » (331) Canada (298) « Pays touchés » (298) Communauté internationale (224) Patients (132) Libéria, Guinée, Sierra Leone (115) États-Unis (88) Voyageurs (64) Autorités sanitaires, OMS (64) Nouveaux arrivants (63) Internauts (59) Médias (42) « Afrique » (35) Professionnels de la santé locaux (32) Professionnels de la santé occidentaux (16) Laboratoire de Winnipeg (14) Politiciens (14) L'Ouest (12) Zaïre (9) Autres pays d'Afrique (9) Amérique du Nord (8) Corée du Nord (7) Personnel humanitaire (7) Compagnies pharmaceutiques (6) Entreprises privées (5) Australie (4)	« Professionnels de santé » sans nationalité spécifiée (405) Canada (262) Professionnels de santé locaux (109) États-Unis (64) Organismes humanitaires (59) « Habitants des pays touchés » (47) Survivants (26) Patients (22) « Pays touchés » (17) Autorités sanitaires, OMS (17) Libéria, Guinée, Sierra Leone (13) Canadiens (12) Professionnels de santé occidentaux (12) Journalistes (11) Autres pays d'Amérique du Nord (11) Communauté internationale (10) Donateurs (9) « Afrique », autres pays d'Afrique (8) Laboratoire de Winnipeg (7) Compagnies pharmaceutiques (6) L'Ouest (5) Famille d'un patient (3) Fossoyeurs (3) Chine (2) Australie (1) Compagnies aériennes (1)	Complaisance, inaction, négligence, lenteur, non préparé (339) Propager la maladie, mettre autrui à risque (196) Infrastructure sanitaire insuffisante (192) Ignorance, manque de connaissance, écart de la science, anti-vaccination, désinformation (182) Mauvaises interventions, inefficacité (138) Résistance, ne suit pas les protocoles (137) Problèmes sociaux (111) A peur (96) Pratiques culturelles ou coutumes (83) Exagération, sensationnalisme, propage la peur (69) Nationalité (58) Discrimination, perpétue des inégalités (51) Organisation urbaine (51) Mauvaise communication, malhonnêteté (49) Incompétence, désorganisation, échec (44) Milieu éloigné (35) Interventions autoritaires ou violentes (32) Problèmes de santé (31) Rapport avec la nature, contact avec animaux (29) Victimes, vulnérables, « sous-développés », « arriéré » (26) Mercantile, avare, opportuniste (18) Mauvaises valeurs (15) Sale, contaminé, insalubre (11) Méfiance, manque de confiance (10) Protocoles bureaucratiques (9) Égoïsme (8) Naïf, banalise l'épidémie (7) Température, tropical, désastres naturels (7) Trop focalisé sur l'aide à autrui (5)	S'expose à des risques, contracte en aidant (155) Intervention à l'international, altruisme, générosité (140) Résilience, surmonte des obstacles (108) Impliqué dans la réponse, gère l'épidémie, lutte contre la maladie (90) Bonnes interventions, efficacité (79) Préparé, rapide (76) Aide autrui, protège autrui, sauve des vies (69) Décédé de la maladie (68) Expertise, professionnalisme (63) Contribue aux avancées scientifiques (60) Bonne infrastructure sanitaire (50) Sensibilité, compassion (33) Suit les protocoles (25) Optimisme, espoir (22) Raison, rationalité, démystifie fausses croyances (19) Activisme (16) Brave, courageux, n'a pas peur (20) Altruisme, générosité (14) S'améliore (13) Contracte la maladie, en guérit puis s'implique dans la réponse (16) Héroïse autrui (9) Valeurs familiales (8) Passionné, déterminé (8) Bonne communication (4)

	Organismes humanitaires (2) Air Canada (1)	Pays d'Europe (2) Militaire (1)	Marionnettiste : manufacture les désastres, contrôle la population (5)	Absence de maladies (2) Responsable, sécuritaire (2) Peu de problèmes sociaux (2)

Tableau 23. Cibles infériorisées et héroïsées et arguments d'infériorisation et d'héroïsation pour le Zika

Épidémie	Cible infériorisée	Cible héroïsée	Arguments d'infériorisation	Arguments d'héroïsation
Zika	Brésil (252) « Pays touchés » (144) Internauts (83) États-Unis, Miami (80) Communauté internationale (60) Moustiques (52) OMS (52) Pape (41) Voyageurs (39) Compagnies pharmaceutiques (37) Monsanto (37) CIO / Olympiques (29) Communauté scientifique (28) Brésiliens (27) « Habitants des pays touchés » (27) Médias (21) Canada (20) Canadiens (20) Enfant microcéphalique (16) Mères d'enfants microcéphaliques (12) Patients, porteurs (12) Autres pays d'Amérique (22) Entreprises privées (8) « Afrique » (6) Nouveaux arrivants (6) Fondations : Gates, Rockefeller (6) Femmes enceintes (5) Puerto Rico (4) Professionnels de la santé (3) Pays d'Asie (3) Organismes humanitaires (1)	Canada (69) Pape (34) Athlètes olympiques (29) États-Unis (25) Brésil (21) « Pays touchés » (14) « Habitants des pays touchés » (12) Femmes enceintes (8) Personnel médical (8) Parents d'enfants microcéphaliques (7) Personnel médical brésilien (5) OMS (4) Canadiens (3) Communauté scientifique (3) CIO / Olympiques (2) Internauts (2) Communauté internationale (1) Fondations : Gates, Rockefeller (1) L'Ouest (1) Puerto Rico (1)	Complaisance, négligence, lenteur, lacunes dans les interventions (128) Problèmes sociaux (122) Marionnettiste : manufacture ou cause la maladie, menace, dangereux (104) Propager la maladie, mettre autrui à risque (90) Problèmes de santé (74) Discrimine, perpétuer des inégalités, perpétue injustice reproductive (74) Méconnaissances, désinformation (65) Mercantile, opportuniste, s'enrichit, avare (56) Infrastructure sanitaire insuffisante ou désorganisée (46) Sensationnalisme, exagération, propage la peur (39) Non expert (36) « À risque » ou « vulnérable » (34) Mauvaise communication, malhonnêteté (34) A peur (33) Sale, contaminé, insalubre (31) Mauvaises valeurs (31) Mauvaises interventions, inefficacité (27) Pratiques culturelles ou coutumes (19) Température, tropical (16) Banalise la maladie (15) Organisation urbaine (11) Résistance, ne suit pas les protocoles (11) Engendrent des coûts (9) Polarisé (7) Souffrance (5) « Non développé » (3) Apparence physique (1) Hypocrisie (1) Manque d'autonomie (1)	Bonnes conditions de vie (37) Précautions / autoprotection (30) Aide ou protège autrui, altruiste (24) Bonne intervention, efficacité (24) Pragmatique, réflexif (24) Climat non propice (22) Bonne infrastructure sanitaire (18) Amélioration de soi (13) Expertise (10) Espoir, optimisme, confiance (8) Implication internationale (6) Sensibilité (5) Préparation, proactif (5) Modernise, moderne, avancées scientifiques (5) Sécuritaire, source de confiance (5) Surmonte des obstacles (4) Bonne communication, éduque autrui (4) Impliqués, dédiés (3)

À partir de cette analyse, nous avons regroupé les arguments d'altérisation-infériorisation et ceux d'altérisation-héroïsation en ce que nous nommons des « axes d'altérisation » (n=6) et des « modalités d'altérisation » (n=17). Nous appelons axes d'altérisation les cadres généraux qui justifient des discours d'altérisation. Quant aux modalités d'altérisation, elles renvoient aux discours d'altérisation plus spécifiques. Nous avons noté six axes qui justifient des discours d'altérisation: l'appartenance nationale, les qualités essentielles, l'oppression, l'aptitude, la docilité et la raison. Chaque axe d'altérisation se caractérise par des modalités discursives qui produisent des héros et des coupables : ces deux types de figure d'altérité se forment autour d'un même axe. Cette compréhension fondée sur des axes d'altérisation nous permet de concevoir certaines figures de coupables et de héros comme des soutiens les uns pour les autres, renforçant chacune de leur côté un même point normatif; les premières sont accusées de dévier de certaines valeurs ou attentes sociales; et les secondes, glorifiées pour leur respect de ces mêmes aspects.

À cet égard, Klapp (2017) a déjà noté un jeu d'équipe entre les héros et les coupables. Il a associé des héros avec des thèmes et il a identifié des coupables comme « personnages de soutien ». L'auteur explique que dans la mesure où le public associe un héros à un thème culturel spécifique, il pénalisera par ce fait même un coupable qui dévie de ce thème. Cependant, Klapp s'est intéressé à des personnages culturels généraux qui ne sont pas spécifiques aux épidémies, et ce, à partir d'une perspective durkheimienne qui considère que les héros et les coupables favorisent un contrôle social. Nous nous appuyons sur différents fondements épistémologiques et théoriques. À partir de notre lecture foucaldienne, nous explorerons comment les discours d'altérisation sont contraints et régulés, lesquels sont socialement valorisés dans l'espace public, lesquels y sont tus et critiqués, et les normes sociales qui servent d'appui à l'altérisation socialement acceptable. Nous notons néanmoins un important point de recoupement entre nos réflexions et celles de Klapp, soit

le postulat qu'un point normatif permet de produire deux types de figures perçues comme étant dichotomiques.

Le tableau 24 résume les axes d'altérisation, les modalités d'altérisation correspondantes et les principales figures héroïsées et accusées pour chaque axe. Puisque les axes d'altérité n'ont pas le même poids social (certains sont acceptés et valorisés alors que d'autres sont sanctionnés et critiqués), nous les avons classés en fonction de leur niveau d'acceptabilité. Dans le présent chapitre, nous réfléchissons aux trois premières modalités d'altérisation. Nous explorons deux axes d'altérisation socialement contestés, l'altérisation par la mention de l'appartenance nationale et celle qui souligne des qualités essentielles. Ensuite, nous montrons comment les commentaires qui critiquent ces deux axes sont eux-mêmes altérisant et s'inscrivent dans le troisième axe d'altérisation (l'oppression).

Tableau 24. Synthèse des axes d'altérisation, des modalités d'altérisation correspondantes et des figures d'altérité associées

Niveau d'acceptabilité	Axe d'altérisation	Modalités d'altérisation	Figure principalement valorisée	Figure principalement accusée
Contestation élevée	Appartenance nationale	Nationalité	Les « Canadiens »	L'immigrant
	Qualités essentielles	Problèmes sociaux Maladies associées Tares de caractères Flore et faune Organisation urbaine	Canada	L'Afrique
Contestation faible	Oppression	Rapport à l'égalité sociale Rapport aux valeurs humanitaires Rapport à l'altérisation	Humanitaires (personnifié par le Pape)	L'élite (personnifié par « Pharma bro »)
	Aptitude	Niveau de préparation Compétences	Canada	Pays touchés
	Docilité	Pratiques sanitaires Niveau d'obéissance Pratiques culturelles	Citoyens non malades	Habitants de pays du Sud global
	Raison	Croyances Connaissances Rapport à la science Rapport aux émotions	Autorités sanitaires	Habitants de pays du Sud global

6.1 L'appartenance nationale

Tout d'abord, certaines modalités d'altérisation s'appuient sur l'appartenance nationale pour produire des figures d'altérité. Ces discours délimitent qui est Canadien et qui ne l'est pas (De Cillia, Reisigl & Ruth, 1999), produisant une figure de l'étranger. L'étranger est celui qui n'a pas la même appartenance nationale que les soi-disant Canadiens. Il renvoie principalement à la figure du nouvel arrivant. Cette figure d'altérité est présente dans les récits classiques d'une épidémie qui sont encadrés par le concept de santé globale (Dry & Leach, 2010; Joffe, 2011; Joffe & Harhoffe, 2002; Ungar, 1998; Washer, 2004, 2006, 2010; Wald, 2008; Chapitre 1). Rappelons que ces récits décrivent habituellement une maladie qui touche des pays du Sud global et ils soulignent que celle-ci peut menacer l'Occident si elle embarque sur un corps mobile: « Other, similar viruses catch lifts on hunter-gatherers moving deeper into virgin forest and on refugees who are on the run. (Dunn, Kate. « Medical Alert. Ebola and its cousins are travelling killers. », *Globe and Mail*, 12 avril 1997) ».

Ce type de récit alimente des discours d'altérisation qui associent la maladie à un pays éloigné du soi-Canadien et à ses habitants:

Internaute: I bet black people in Africa have something to do with this [l'épidémie Zika]. They are just plain nasty (Commentaire en réponse à l'article: « Zika virus confirmed among 4 Canadian travellers », *CBC*)

Le patient est *un ressortissant mexicain* arrivé à Hong Kong via Shanghai jeudi, a expliqué à la presse le chef de l'exécutif Donald Tsang. (Auteur inconnu. « Premier cas de grippe mexicaine en Asie », *La presse canadienne*, 1er mai 2009, nous soulignons)

Ces discours expliquent la présence d'une épidémie au Canada par l'immigration:

Internaute: Nos hôpitaux doivent composer de nouveau avec cette maladie qui entre souvent chez nous par le biais de gens provenant d'ailleurs. (Commentaire en réponse à l'article : « La tuberculose aussi mortelle que le virus du sida », *Radio-Canada*)

Internaute: That is what happens when you import population (Commentaire en réponse à l'article: « Entomologists gather in Brazil to stop Zika mosquito », *CBC*)

Les étrangers nouvellement arrivés au Canada seraient porteurs de traces des régions « exotiques » et « à maladie » d'où ils émigrent, notamment d'agents pathogènes qu'ils propageraient ensuite.

6.1.1 Biosocialité et exclusion immunitaire

Cette altérisation fondée sur l'appartenance nationale recoupe le concept de « biosocialité » de Rabinow (2010), qui souligne que des dynamiques sociales définissent des groupes d'individus par leurs caractéristiques biologiques. Plus précisément, Wald (2008) parle d'« immunités imaginées ». Ce concept fait un clin d'œil à la « nation imaginée » de Benedict Anderson (2006), qui exprime que l'identité nationale est le produit d'une attribution de caractéristiques générales et imaginées à l'ensemble des habitants d'un pays (Chapitre 3). Pour Wald (2008), l'héritage immunitaire fait partie de ces traits imaginés. Autrement dit, ceux qui partagent une même nationalité sont transformés en un groupe (« les Canadiens ») qui partage aussi un même état de santé : on s'imagine le statut immunitaire relativement homogène de ceux qui appartiennent à une même nation parce qu'ils ont participé aux mêmes campagnes de vaccination de masse et ils sont exposés à des pathogènes semblables. L'appartenance à une nation est ainsi justifiée non seulement par la citoyenneté, l'héritage génétique ou la culture, mais aussi par les caractéristiques immunitaires imaginées. Bref, l'appartenance nationale est partiellement conçue au moyen des caractéristiques immunitaires qu'on accorde à ceux qui habitent dans un même pays:

These people should not be given full refugee status if they don't pass health tests, he said. (Page, Shelley. « Refugees with TB infecting others, health officer says », *Toronto Star*, 18 juin 1987, nous soulignons)

Refusing *these people* would not be shutting ourselves off from the world but rather protecting ourselves from harm. Medical status is not currently a consideration in deciding refugee status, but perhaps it should be. (Pelton, Kate. « Protecting ourselves », *Globe and Mail*, 22 septembre 1999, nous soulignons)

Cette nationalisation de l'immunité entraîne des sentiments de méfiances contre ceux qui proviennent d'ailleurs et qui franchissent les frontières canadiennes:

Internaute: President Trump's border wall will at least stem the flow of illegals carrying Chigas, Zika, measles, TB, intestinal parasites and other diseases from Mexico and Central America. (Commentaire en réponse à l'article: « Thousands of lives at risk in next major pandemic unless WHO reforms, UN report », *CBC*)

Internaute: Because the safety and health of our country is more important than letting a few people in to spread a deadly virus. (Commentaire Reddit, fil de discussion *WHO asks Canada to justify visa ban for residents of Ebola-affected countries*)

Un discours biosécuritaire qui proclame une volonté de protéger la santé et la sécurité de son pays mène à une forme d'altérisation parce qu'il rend légitime les sentiments d'aversion envers des groupes provenant d'ailleurs et souvent racisées (Adeyanju, 2010; Adeyanju & Oriola, 2010; Reitmanova & Gustafson, 2012). Ces derniers sont exclus non pas principalement en raison de leur race ou nationalité, mais pour d'autres raisons – ici, sanitaires et sécuritaires:

*No one wants to scapegoat refugees, but, says Churchmuch, "We're dealing here with people arriving with a lot of problems, who come from difficult circumstances, often camps. They're weak, undernourished, tired and under emotional stress – all classic conditions for TB. (Hurst, Lynda. « Deadly tuberculosis makes a quiet return », *Toronto Star*, 8 novembre 1992, nous soulignons)*

Internaute: I am sorry, I am one of the most pro-immigration people you will ever meet, but this is not an immigration issue. This is a plague. There are plenty of countries out there who do not have ebola who can send us immigrants. (Commentaire Reddit, fil de discussion *Canada suspending visas for residents of outbreak countries*)

L'étranger est donc celui dont l'héritage biologique est inconnu, dont on se méfie en raison de sa dite appartenance à une région exotique « à maladies ». Une fois surveillé, son corps est moins étranger, quoiqu'il ne devienne pas tout à fait comme celui « canadien » puisque même celui qui semble sain peut être malade, soit à son insu, soit parce qu'il camoufle ses symptômes:

The worst abusers, she said, come from Southeast Asia, where an individual wanting to emigrate could buy a good chest X-ray, substitute his sputum (saliva) sample with that of a relative or bribe an official. (Malarek, Victor. « Tubercular immigrants raise fears in Canada », *Globe and Mail*, 16 juillet 1986)

People in poor countries will bribe workers in labs to change test results or simply buy good chest X-rays on the black market, she said. (Brehl, Robert. « Many emigrating here with TB, official says », *Toronto Star*, 15 juillet 1986)

Cette modalité d'altérisation fondée sur l'appartenance nationale veut cristalliser l'identité de l'Autre. Elle est peu propice à la fluidité identitaire parce qu'elle s'appuie sur des arguments qui soulignent des caractéristiques essentielles: on associe le risque de la maladie au pays de naissance d'une personne. Il est difficile pour un étranger d'être accepté comme « soi-Canadien » à part entière lorsque la maladie est associée à une caractéristique identitaire qui lui est fixée et lorsqu'il est toujours considéré comme un porteur potentiel même une fois son corps examiné.

L'altérisation de nouveaux arrivants comme exogroupe « non-canadien » alimente des discours d'exclusion, notamment mis en valeur par des passages qui critiquent *leur* utilisation de *nos* ressources. Certains utilisent le concept de « *gimmiegrants*²⁶ » (Fil de discussion Reddit : *Great. Scientists report first crainially deficient 'Zika Baby' discovered in Canada. Apparently case has something to do with gimmiegrants*), qui renvoie aux nouveaux arrivants qui s'établissent dans un pays afin de profiter de ses richesses et de ses programmes sociaux. D'autres affirment que les nouveaux arrivants accèdent à des ressources qu'ils ne méritent pas parce qu'ils ne sont pas entièrement ou réellement Canadiens :

Internaute: 'You can have social programs or open borders, but not both' Milton Friedman. Nothing worse than seeing an elderly immigrant - who has *contributed nothing to this country or tax base* - that is first in line at the doctors office looking for surgery. They spent their entire lives elsewhere, but in their twilight their immigrant kids sponsor them to come here for medical care. *It simply destroys our system*. They will bring us down far sooner than we can bring them up. (Commentaire en réponse à l'article : « Safe surgery unavailable to 5 billion people, study finds », *CBC*, nous soulignons)

Internaute: It is one thing for *Canadians* to make use of Canadian health care (if perhaps they were to catch TB while travelling, for example); it is quite another to allow an ill non-Canadian into our country to *deplete our limited resources*. I don't think it is a question of being cruel, heartless or selfish but merely *an issue of common sense and safety*. (Pelton, Kate. « Protecting ourselves », *Globe and Mail*, 22 septembre 1999, nous soulignons)

²⁶ « *Gimmigrants* » est l'amalgamation de l'expression « *gimme* » (« *give me* », « donne-moi ») et du mot « immigrants »

Dans ces extraits, on témoigne d'un discours ancré dans la méritocratie. Celui-ci inclut toute une gamme d'arguments qui critiquent des nouveaux arrivants en soulignant leur manque de contribution à l'économie du pays et en rapportant qu'en raison d'un manque de ressources nationales, on doit les garder pour les « vrais citoyens » (lire : ceux nés au Canada). L'assignation d'une identité immuno-nationale justifie ainsi des discours d'exclusion des étrangers.

6.1.2 Une expression subtile

Notons cependant que ce discours d'altérisation n'est pas toujours aussi explicite. Par exemple, des médias rapportent parfois de façon factuelle l'incidence d'une maladie chez des populations immigrantes : « En France, selon l'Institut de veille sanitaire (InVS), 77 cas de tuberculose multirésistante étaient enregistrés en 2003, notamment dans la population migrante (82%). » (Bulman, Erica. « La tuberculose, nouvelle menace pour l'Europe », *La presse canadienne*, 10 octobre 2006) Une préoccupation implicite à l'égard de l'étranger est aussi exprimée dans des extraits qui décrivent le nombre de nouveaux arrivants au Canada qui ont émigré d'un pays où circulent des maladies: « *Every year about 200,000 people emigrate to Canada from countries where TB is a problem*, said Dr. Wendy Wobeser, who spent seven years studying the issue in Ontario, Quebec, Alberta and British Columbia. » (Auteur inconnu. « Federal, provincial governments failing to communicate TB risks: study », *Canadian Press*, 11 avril 2001, nous soulignons) De tels discours associent tout de même une maladie à des étrangers et soulignent plus subtilement que le Canada doit s'en protéger.

Ces discours qui produisent l'étranger de façon plus subtile sont aussi présents dans les discours gouvernementaux sur les politiques de surveillance et de gestion frontalière. Ces derniers présentent les nouveaux arrivants comme des figures à être surveillées:

La prise en compte de la tuberculose fait partie intégrante de l'examen médical

réglementaire de l'Immigration destiné aux demandeurs provenant du monde entier. Activités liées à la tuberculose menées par Citoyenneté et Immigration Canada : [...]

- Programme d'examen médical aux fins de l'immigration de Citoyenneté et Immigration Canada : détection de plus de 400 cas de tuberculose active chaque année. Traiter les immigrants avant leur arrivée au Canada prévient la propagation subséquente de l'infection au Canada. (Gouvernement du Canada. *Prévention et contrôle de la tuberculose au Canada*)

D'ailleurs, d'aucuns dénoncent parfois des lacunes dans les interventions frontalières et plaident pour des restrictions plus sévères:

Internaute: Canada has an open border with all African countries. I expect to see at least 10,000 refugees coming from Ebola stricken countries into Canada. And guess what? Canada never refuses a refugee. These refugees will be coming here on humanitarian grounds and some smart lawyer will pick them up as clients before they even get off the plane. Result is we should be getting at least 2,000 Ebola stricken people into Canada over the next couple of months. Oh JOY JOY JOY. (Commentaire en réponse à l'article: « Ebola outbreak. Will Canada avoid the mistakes of Dallas », *CBC*)

In addition, a study published in the latest issue of the Canadian Journal of Public Health exposed serious flaws in the system for screening and treating immigrants with cases of active tuberculosis. Most were not classified as needing medical surveillance, according to the study, and 80 per cent of those who were skipped mandated treatments. (Barber, John. « Efforts against tuberculosis not good enough », *Globe and Mail*, 24 avril 2002)

Ce discours objectiviste qui cadre la nationalité comme un « facteur de risque » crée tout de même deux catégories de populations : les Canadiens en santé et les Autres à risque.

Cette subtilité de l'altérisation axée sur l'appartenance nationale est constatée dans les films analysés. Dans *Carriers* (2009), un film post-apocalyptique qui présente le périple d'un groupe qui tente d'éviter une maladie, l'épicentre et le site d'origine de l'éclosion sont inconnus par l'auditoire. Or, on voit brièvement le corps d'un homme, auquel est attachée une affiche indiquant « *Chinks brought it* » (image 10). Cette image communique à l'auditoire que cette pandémie interpelle des dynamiques raciales et que la maladie est probablement arrivée d'ailleurs (la Chine) par l'immigration.

Image 10. Affiche « *Chinks brought it* » (film *Carriers*)



De façon semblable, le site d'origine de la maladie n'est pas décrit dans *Blindness* (2008) qui raconte l'histoire d'une maladie mystérieuse qui surgit dans une ville états-unienne et qui rend les infectés aveugles. Cependant, si l'origine de l'éclosion est inconnue, le premier patient présenté (probablement le patient zéro) est un homme japonais qui habite dans une ville états-unienne et qui parle sa langue natale avec son épouse, ce qui laisse supposer que ceux-ci sont nouvellement arrivés ou du moins toujours ancrés dans leur culture d'origine. Ce patient zéro potentiel est ainsi présenté comme un homme qui a apporté aux États-Unis une nouvelle maladie, inconnue et dangereuse. Notons que cette identité japonaise du premier patient présenté n'est pas mentionnée dans le livre (Saramago, 1997) sur lequel le film s'appuie. L'ajout de cette composante interculturelle est un choix cinématographique qui rapproche le schéma narratif du récit classique d'une éclosion de maladies (ré)émergentes, où la maladie provient d'un pays en Afrique ou en Asie (Wald, 2008; Washer, 2010).

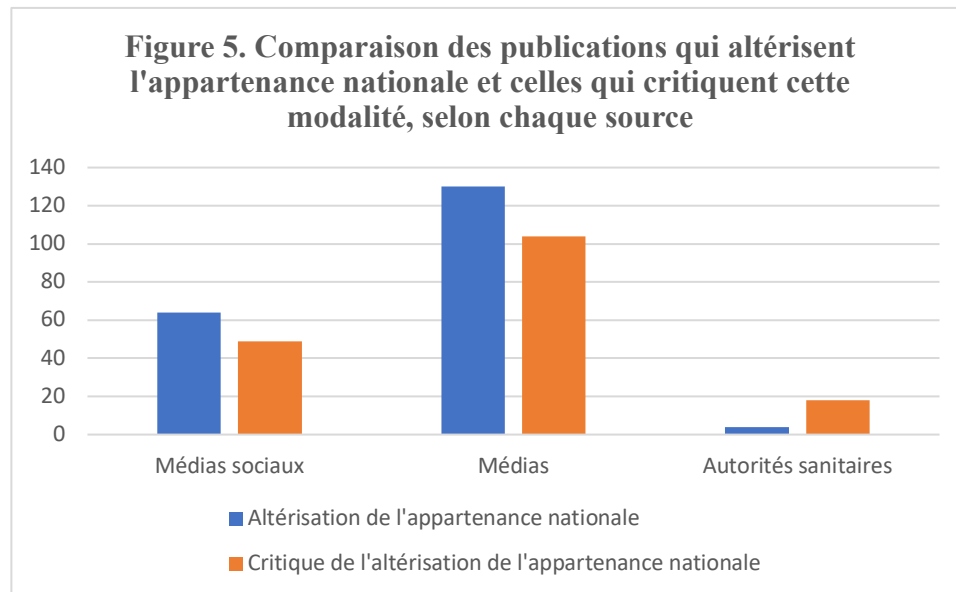
Le rapport aux voyages dans le film *Contagion* (2011) peut aussi alimenter l'accusation de nouveaux arrivants. Ce film raconte l'histoire de la propagation d'un nouveau virus, le méningoencéphalite virus un (MEV-1) qui est constitué d'un mélange génétique de virus de porcs et de chauves-souris. Cette maladie tue entre 25 et 30% de ses victimes, habituellement par encéphalite. La présentation cinématographique de la scène d'ouverture est marquante. Elle

montre comment une maladie transmise par voie aérienne et par vecteurs passifs de transmission (des objets contaminés) peut circuler rapidement dans les plus grandes villes du monde. Cette scène commence dans un aéroport, où on entend une femme tousser. On fait ensuite un gros plan des noix au bar qu'elle aurait touchées, puis on présente des scènes de villes comme Hong Kong, Londres et Tokyo. Lors de la brève présentation de ces villes, leur nombre d'habitants est inscrit et l'accent est mis sur une personne malade qui touche un objet qui sera ensuite touché par autrui (poteau dans un métro, cartable, etc.). Le film présente ainsi la circulation transnationale des maladies qui se propagent par contacts avec des voyageurs-étrangers. Il rend explicites les relations avec toutes sortes d'étrangers qui ont lieu à notre insu, notamment via des objets qui semblent inoffensifs mais qui deviennent une prolongation d'un corps-malade. Ainsi, si la menace sanitaire que posent des nouveaux arrivants n'est pas abordée de façon explicite dans ce film, la visualisation de cette connexion entre divers corps internationaux peut tout de même alimenter une crainte des étrangers.

6.1.3 L'objection et l'expulsion

L'étranger est une figure d'altérité classique dans le champ des épidémies, dont la production est dénoncée dans de maintes études (Adeyanju, 2010; Adeyanju & Oriola, 2010; Joffe, 2004; Kraut, 1994; Reitmanova & Gustafson, 2012; Chapitre 2). Nous constatons que cette l'altérisation par la mention de la nationalité est l'axe le plus controversé, le plus sujet à des critiques explicites dans les discours étudiés et qu'on tente de l'expulser de l'espace public. Pour les 198 publications qui altérissent explicitement par la mention de l'appartenance nationale, 171 autres critiquent ce mode d'altérisation (figure 5). Notons que le travail fait pour contrecarrer cette forme d'altérisation dans un certain site discursif (médias sociaux, médias ou autorités sanitaires) est proportionnel à l'ampleur de la présence de cette altérisation dans ce même site. Ainsi, si les médias sont les plus

importants diffuseurs de discours d'altérisation fondés sur l'appartenance nationale, ils sont aussi le plus important site de contestation de cet axe. Cette tendance illustre un ajustement relatif des efforts pour minimiser cette forme d'altérisation en fonction de l'importance de sa présence.



Dans la critique cet axe d'altérisation, un pouvoir est accordé aux discours (Butler, 2004). Ils sont qualifiés de racistes et perçus comme une cause de problèmes sociaux: « Internaute: Given our history, and some of the terribly offensive and insensitive things said by some people in r/canada, it's difficult for me to believe that the problems in these communities are not also deeply rooted in racial/cultural prejudice. » (Commentaire Reddit, fil de discussion *What is it like in La Loche and in Northern Saskatchewan generally – a bit of context for r/canada*) On critique l'exclusion et les pratiques injustes de surveillance qui découlent des discours d'altérisation qui associent des nouveaux arrivants à des maladies:

Internaute: protecting their citizens from what/who? How many west africans have brought ebola to european/NA [North American] shores? erm none? even in Nigeria it was an american who spread the disease... This measure is doing absolutely nothing worthwhile, except prevent people who may have very good reasons to go to canada from doing so. Seriously, let's also protect citizens by restricting all travel from because they can potentially be terrorists just because they hold a passport/have a certain belief?

What's next? Make anyone with west african ancestry wear stars so we know to stay away because they may have visited relatives or whatever other crap reason? (Commentaire Reddit, fil de discussion *WHO doesn't approve of Canada's Ebola visa ban*)

One official said: The conditions in the transit centre are very poor indeed. More than 3,000 people live in an area about half the size of a football field. There is not even enough room for a volleyball court. An immigration officer commented: The transit centres are by no means salubrious - no privacy, no room. Let's face it, the TB cases and their families are locked up for months on end in the worst environment for curing TB. (Butler, Victoria. « Squalid Bangkok camps house refugees with TB », *Globe and Mail*, 1er décembre 1979)

La critique de l'axe d'altérisation axé sur l'appartenance nationale est aussi témoignée dans la tentative de dés-altérer la maladie. Des discours veulent renverser la dynamique de cristallisation de l'agent pathogène à l'identité des étrangers :

But the physician who is treating the two refugee families from Africa warned it was dangerous to talk about tuberculosis as a disease of immigrants. 'It's an irrelevant issue,' Dr. Richard Levy said, indicating his displeasure at a Star report that told where the families came from. (Gombu, Phinjo. « Politicians express worry about TB cases », *Toronto Star*, 22 December 1991)

I have been appalled at the recent spate of pieces in The Globe concerning Tibetan refugees who enter the country and then are diagnosed as having multi-drug-resistant tuberculosis. The tone of these articles has been very negative and the implication has been that Tibetans are the only refugees with this problem. The fact is that tuberculosis is a worldwide problem and we cannot shut ourselves off from the world. (Warwick, Patricia. « TB is worldwide problem », *Globe and Mail*, 13 septembre 1999)

À cet égard, l'OMS veut prévenir une quelconque association entre la maladie et une nationalité:

One of the primary concerns and one of the difficulties of naming such a new virus is to avoid adverse effects, or stigma associated with a virus name, especially if it causes some unwanted effects in either some sector or in some groups of people. (Transcription d'une conférence de presse avec Dick Thompson et Dr Keiji Fukuda, OMS, 9 juin 2009)

Like do you remember that there were [...] bans on pork exports or imports you know which is about as relevant to stopping the spread of influenza as fountain pens. You know it has nothing whatsoever to do with it but the label does make a difference apparently. I think it was experiences like that that may have been related to the choices of how to label this thing and not stigmatize. [...] You have heard of the Hong Kong flu epidemic, others you know the 1918 was called the Spanish flu, that great pandemic. It had nothing to do with Spain actually as it turned out. So I think there is an effort to try to align the label with the, let's say implications of the label [...]

(Transcription d'une presse de conférence avec Dr Harvey Fineberg, OMS, 2 juillet 2010)

En résumé, on note la présence de modalités d'altérisation qui ciblent les nouveaux arrivants et qui les infériorisent en raison de leur appartenance nationale, notamment en associant leur identité à des maladies. Cette forme d'altérisation est dangereuse, pouvant engendrer d'importantes conséquences sociales comme l'exclusion, la stigmatisation et la discrimination (Adeyanju, 2010). Or, elle n'est pas dominante; elle est rarement explicite et elle est objet de fortes critiques publiques qui la dénoncent et tentent de la prévenir. Il est donc insuffisant, pour étudier l'altérité aujourd'hui, de se limiter à une perspective axée sur l'étrangeté et l'appartenance nationale. Le processus d'altérisation contemporain, même celui qui cible des figures racisées, s'articule surtout autrement.

6.2 Les qualités essentielles

Le film *Outbreak* (1995) raconte l'histoire d'une éclosion aux États-Unis du virus Motaba, très semblable à celui de l'Ebola. Au début du film, on voit la vallée Motaba au Zaïre, région d'origine attribuée à ce redoutable virus. Dans la scène d'ouverture, les cinématographes mettent à quatre reprises l'accent sur la jungle et sur des singes capucins qui se promènent dans les arbres (image 11), alors que joue une trame sonore de bruits d'animaux multiples et indistincts. Ainsi, dès le début, cette maladie mortelle et effrayante (Chapitre 4) est associée à un endroit où la nature indisciplinée et sauvage prédomine.

Image 11. Scène d'ouverture du film *Outbreak*



L'attribut « africain » est associé à la maladie dans le film : « *'It's our African friend. It's back.'* » De plus, le premier village touché par l'éclosion du virus Motaba est pauvre; des maisons sont précaires, construites à partir de bois et de tissu. Ultimement, c'est un lieu prémoderne et indésirable: « *'Please get me out of this shithole.'* » Après cette mise en scène, l'auditoire apprend que cette région est *aussi* un endroit où surgissent de nouvelles maladies dangereuses, comme le virus Motaba. Ce type de discours est ancré dans le récit classique des éclosions de maladies (ré)émergentes, où une maladie apparaît dans une communauté du Sud global qui vit d'importants problèmes socioéconomiques (Joffe, 2011; Joffe & Harhoffe, 2002; Ungar, 1998; Washer, 2004, 2006, 2010).

Au début du film *Blindness* (2008), on suit la propagation de la maladie, d'un patient à un autre. Le deuxième patient présenté est un homme qui semble être un bon samaritain, qui aide le patient zéro en le conduisant chez lui. Cependant, il lui vole ensuite sa voiture. Cet homme est dès lors non sympathique. Il est d'ailleurs présenté de façon encore plus négative, notamment lorsqu'un premier groupe de patients est placé en quarantaine et qu'il profite de leur enfermement collectif pour harceler une femme. De plus, toujours au début du film lorsque la propagation de la maladie est mise en scène, la troisième patiente qui y succombe est une travailleuse de sexe. Bref, les quelques patients initiaux sont présentés comme ayant des tares de caractères, en adoptant des comportements criminels et immoraux.

Les films *Outbreak* et *Blindness* présentent chacun à leur façon le deuxième axe d'altérisation. Celui-ci se caractérise par des discours qui abordent les défauts d'une région ou d'individus, produisant ainsi une figure à problèmes.

6.2.1 La figure à problèmes

Dans les quatre épidémies analysées, l'altérisation des communautés et des personnes affectées par la maladie s'opère parfois par des discours qui soulignent leurs caractéristiques indésirables, dont des problèmes sociaux (la pauvreté, la criminalité, la corruption, les conflits politiques, etc.), la présence d'autres maladies, la mauvaise organisation urbaine (lieux trop densément peuplés), l'insalubrité, l'éloignement de milieux urbains, les enjeux environnementaux (climat aride et désastres naturels), la présence de problèmes psychologiques et les tares de caractères (image 12):

Today, Mexico is facing *crises* of unprecedented proportions. The swine flu epidemic, *drugs, violence* and a severe *economic decline* threaten our daily lives and undermine our global competitiveness. (Rozental, Andrés & Robert Pastor. « Swine Flu : Coming Together in a Time of Crisis », *Globe and Mail*, 1er mai 2009)

L'éclosion d'Ebola survient alors que la Croix-Rouge guinéenne et d'autres partenaires collaborent déjà avec le gouvernement afin d'endiguer *les épidémies de choléra et de rougeole qui sévissent au pays*. (Croix-Rouge canadienne. *La Croix-Rouge intervient à la suite d'une éclosion d'Ebola en Guinée*, 31 mars 2014, nous soulignons)

Conakry, où *des centaines de milliers de personnes vivent dans des bidonvilles insalubres*, offre un terrain idéal pour la progression de l'épidémie, qui restait jusque-là cantonnée à des villages isolés en forêt. (Auteur inconnu. « Ebola : le Sénégal ferme sa frontière avec la Guinée », *Radio-Canada*, 29 mars 2014, nous soulignons)

Le projet visait à apporter du soutien aux plus de 700 000 personnes habitant les territoires de Tchoukotka, Koryak, Magadan et Kamtchatka, situés dans l'extrême Nord-Est de la Russie, une région *régulièrement balayée par des vents violents et paralysée par des chutes de neige importantes, où la température peut atteindre 50 degrés au-dessous de zéro*. (Croix-Rouge canadienne. *Colis alimentaire du Comité international de la Croix-Rouge*, 1999, nous soulignons)

The documents say the program lost touch with Bittern and that she is *addicted to crack cocaine* and is known to *exchange sex for money or drugs*. The documents also

say she has a *limited support network* of family and *no permanent place to live*. (Skerritt, Jen. « Winnipeg woman detained in jail and forced to undergo TB treatment », *Canadian Press*, 5 juin 2008)

Image 12. La mise en situation qui précède un jeu de serpent et échelle de la Croix-Rouge canadienne



Ces caractéristiques sont conçues comme des « facteurs de risque », servant de schèmes explicatifs de la maladie chez une personne ou dans une communauté:

Parmi les personnes infectées, plusieurs présentaient des facteurs de marginalité : certaines étaient *séropositives*, d'autres atteintes d'*hépatite C*. Du nombre, on trouvait des *itinérants* et des *travailleurs du sexe*. Plusieurs consommaient de *l'alcool* ou des *drogues*, certains cas étaient liés à la fréquentation de *fumeries de crack*. (Lapierre, Johanne. « Qui souffre encore de tuberculose au Canada? La réponse en carte », *Radio-Canada*, 16 septembre 2016, nous soulignons)

The incidence of tuberculosis in central Vancouver Island is 15 times higher for aboriginals than for the general population. *Substance abuse, chaotic lifestyles, crowded housing and compromised health* help to spread the disease. (Moneo, Shannon. « TB outbreak hits taxi drivers hard », *Globe and Mail*, 23 août 2007, nous soulignons)

La maladie qui touche un individu, un groupe ou une communauté serait peu surprenante en raison de ces facteurs de risque qu'on leur attribue et qui expliquent leurs difficultés. Il est ainsi souligné que le problème de la maladie n'est pas exceptionnel chez ceux principalement touchés puisque d'autres problèmes leur sont associés :

Mexico City's air quality may be a 'key question' in explaining why the virus is more severe there, said Danuta Skowronski, an epidemiologist with the B.C. Centre for Disease Control, describing the new strain as 'quite unique in terms of its genetic makeup.' (Thanh Ha, Tu & Brain Laghi. « Swine flu outbreak. Flu fear spreads as six cases confirmed in Canada », *Globe and Mail*, 27 avril 2009, nous soulignons)

Internaute: [...] I'm not sure this will help in the future since Rio may very well have been unique (Zika, economy in the tank, crime worries and political strife) [...] (Commentaire Reddit, fil de discussion *Trip Report – Rio 2016 Olympics*)

6.2.2 L'archétype du risque

L'« Afrique » est construite dans les discours sur les épidémies comme une figure qui vit l'ensemble de ces enjeux. Peu importe l'épidémie, l'Afrique est abordée comme figure « à risque » et « à problème », et ce, même si ce continent n'est pas l'épicentre de l'éclosion ni l'endroit principalement touché par la maladie, comme c'est le cas pour l'H1N1 et le Zika:

We have seen outbreaks of seasonal influenza take place in some African communities with the effect that significant numbers of children died, and significant numbers of older people died and in those instances, it is not really so clear what specific factors increase the disease and the severity in the populations: *what is poverty, what is some other underlying disease*, it is often not very clear. (Transcription d'une conférence de presse avec Dick Thompson et Dr Keiji Fukuda, OMS, 9 juin 2009, nous soulignons)

Aedes aegypti is an invasive species and *it should actually be in Africa* and so it's invasive into the Americas including South America. And so often what happens is a new species gets into a place where it's not supposed to be, it doesn't have natural competitors or natural predators and it does really really well and so the numbers go way up. (Auteur inconnu. Zika virus infects Danish tourist, EU countries are not required to report cases, *CBC*, 27 janvier 2016, nous soulignons)

On voit donc la persistance d'une image de l'Afrique comme un continent saturé de problèmes et de maladies (Dozon, 1991; Heller, 2015). Cette figure menacerait perpétuellement le Canada, non seulement lorsque des Canadiens y voyage mais aussi lorsqu'ils demeurent dans leurs pays parce que des corps-migrants qui proviennent de cet endroit arrivent chez soi. Le tout réaffirme des stéréotypes datant des projets impériaux, où ce continent était conçu comme le « tombeau de l'homme blanc » (Dozon, 1991), une région « sombre », une « Terre maudite » et un site de famines, de maladies, de pratiques culturelles primitives et de sexualité perversie (Heller, 2015). L'« Afrique » devient ainsi l'archétype de la figure à risque. Elle est une « figure du blâme » (Atlani-Duault et al., 2015) parce qu'elle est mobilisée de façon récurrente en tant que site familier sur lequel on projette des défauts qui expliquent la présence d'une maladie; elle est un arrière-plan

propice pour le récit classique d'éclosion d'une maladie (ré)émergente (Wald, 2008; Washer, 2010).

Les communautés autochtones sont une figure de proximité qui incarne aussi cette figure à problème, mais qui est spécifique au contexte canadien:

‘With the overcrowding and lack of running water in these communities, it's no surprise,’ Mr. Harper said. ‘Something has to be done to address these core issues.’ But infectious-disease experts say environmental conditions don't entirely explain why the flu is so severe among aboriginals. Other factors include genetic predisposition and the legacy of previous outbreaks of respiratory diseases such as tuberculosis. (Patrick White. « Reserves hit hard by swine flu », *Globe and Mail*, 10 juin 2009)

Internaute: But when the average income of some people is well below the poverty line housing is still stupidly expensive for the income of these communities, It shouldn't be 8x your yearly wages. (Commentaire Reddit, fil de discussion *What is it like in La Loche and in Northern Saskatchewan generally – a bit of context for r/canada*)

En effet, peu importe l'épidémie étudiée, la vulnérabilité des communautés autochtones est mentionnée. Elles sont altérisées par des discours qui rappellent les multiples problèmes qu'elles vivent (sanitaires, sociaux, géographiques), problèmes qui expliquent leur plus grand risque pour certaines maladies. En ce sens, les communautés autochtones sont *l'Afrique du Canada*, c'est-à-dire que ce sont des figures canadiennes qui jouent le rôle discursif de l'« Afrique » dans les récits d'épidémie qui circulent au Canada.

6.2.3 Vulnérabilité et distanciation

La figure à problème recoupe souvent celle de la victime. Des discours la qualifient de « vulnérable » et de « victime d'inégalités sociales et structurelles » parce qu'elle n'a pas accès aux services médicaux et requière l'aide du Nord global:

Tuberculose : le mot frappe l'imaginaire, et nous ramène souvent à des images d'un autre temps, de la toux ensanglantée à l'isolement dans les sanatoriums. Après avoir atteint des sommets dans les années 40, la maladie est en chute constante au pays. Si l'on ne recense maintenant qu'environ 1500 cas par année, les plus touchés sont

toutefois souvent *parmi les plus vulnérables de notre société*. (Lapierre, Johanne. « Qui souffre encore de tuberculose au Canada? La réponse en carte », *Radio-Canada*, 16 septembre 2016, nous soulignons)

Three prominent British researchers have said *Africans deserve the same privileged access to this kind of experimental drug*. And the World Health Organization will meet next week to consider what to do now. (Crowe, Kelly. « Ebola outbreak: Experimental treatment sparks who-you-know debate », *CBC*, 7 août 2014, nous soulignons)

Cette altérisation fondée sur les qualités essentielles est donc parfois employée comme une stratégie de mobilisation par les autorités sanitaires afin d'encourager l'intervention internationale. Leurs discours produisent à la fois des figures de « victimes à aider » et des « aptes » qui devraient les aider :

Rafah Ali et son mari Basil Abdullah habitent à Mississauga, en Ontario. Le couple a décidé de démissionner de leurs emplois respectifs dans le domaine de la santé afin de partir sur le terrain avec Médecins Sans Frontières (MSF). Selon eux, il était temps de concrétiser leur projet commun d'apporter leur contribution à des plus démunis. (Médecins Sans Frontières. « *Tout le monde mérite notre aide* : un couple de Canadiens font une pause dans leur carrière pour travailler avec MSF »)

D'ailleurs, l'importance de sauver ces « démunis » n'est pas que soulignée par des discours ancrés dans une logique d'aide charitable; des discours affirment aussi la nécessité d'aider la figure à problème afin de gérer l'épidémie à sa source pour éviter qu'elle se propage au Canada. Somme toute, ces discours d'altérisation s'associent à une perception favorable des autorités transnationales et des puissances occidentales puisqu'ils soulignent les capacités du Nord global à contrôler la maladie.

Cette dynamique d'altérisation crée une distance entre la maladie et le Canada puisque l'épidémie est présentée comme un problème qui survient ailleurs (Ungar, 1998), dans des régions à problème:

Ebola est une maladie dangereuse, mais on ne la contracte pas aussi facilement qu'on pourrait le penser. En Afrique de l'Ouest, les chiffres atteignent des proportions alarmantes : il s'agit de la plus grande épidémie Ebola de toute l'histoire. *Toutefois*, sa propagation est largement *attribuable au contexte où elle a frappé*, c'est-à-dire un groupe de pays confrontés à la grande défaillance de son système de santé. (Médecins

Sans Frontières. *Pourquoi les travailleurs humanitaires de MSF n'observent-ils pas une quarantaine de leur propre gré à leur retour d'Afrique de l'Ouest*, 5 novembre 2014, nous soulignons)

Ces problèmes dits propices à la maladie sont présentés comme n'étant que très peu présents au Canada. Ce pays est peint comme un endroit plus chaleureux, moins hostile, plus paradisiaque :

Internaute: We are not East Africa wracked by war and poverty, when Ebola does get here it will not be anywhere near as dangerous as it is in Africa for the same reason dysentery and malaria are not dangers here. (Commentaire Reddit, fil de discussion *WHO doesn't approve of Canada's Ebola visa ban but is powerless to demand change*)

The transmitting vector -- the *Aedes aegypti* and possibly the *Aedes albopictus* species of mosquito -- does not live in Canada. Climate largely determines where these mosquitoes live, with the species thriving in tropical and sub-tropical regions. Canada's colder conditions mean the species is unlikely to become established here. (Auteur inconnu. « Zika virus cases brought back to Canada are few, health officials say. WHO has said virus unlikely to spread in Canada due to absence of carrying mosquitos », *CBC*, 28 janvier 2016)

Cette infériorisation de pays du Sud global pour leurs problèmes, conjointe à la célébration du Canada pour ses bonnes qualités et pour sa « capacité à aider » ces pays « victimes », peut être une stratégie qui permet de rassurer le soi-Canadien (Joffe & Haarhoffe, 2002; Ungar, 1998). En fait, nous constatons que les discours qui circulent dans les forums Internet utilisent cette modalité fondée sur les défauts afin de projeter la menace « ailleurs » et de banaliser le risque au Canada:

Internaute: Mexico is like a 3rd World Country in a lot of areas. Mexico City's population is 22 million (-150 or so Swine Flu victims). It's considered one of the worst cities in the world in terms of air pollution and a quarter of the city is without access to proper sewage systems and a lot of people keep farm animals in the city in conditions that are less than desirable. Um, any wonder no one outside of Mexico has died from this? I don't know what their health care system is like. (Commentaire Reddit, fil de discussion *Alberta confirms 2 cases of swine flu; one in Calgary*)

6.2.4 Contestation et discours de contextualisation

La critique de cet axe d'altérisation est implicite. Elle est notamment exprimée par des propos qui réfutent la présentation des problèmes sociaux comme un fait accompli et comme une condition intrinsèque aux pays du Sud global et à leurs habitants. En effet, la simple description

des problèmes (devenus « risques » et « vulnérabilités ») alimente une vision décontextualisée, qui omet les dynamiques mondiales, les facteurs sociaux et les choix sociétaux qui produisent ces problèmes (Eichelberger, 2007; Héritier, 2013; Valente et al., 2020; Wald, 2008). La critique de cet axe d'altérisation est constatée dans les réactions qui contextualisent les problèmes vécus par les figures à problèmes, en les expliquant par des facteurs macrosociaux économiques et politiques, comme les inégalités sociales mondiales:

'I have never seen a health event threaten the very survival of societies and governments in already very poor countries,' [Margaret Chan, Director-General of the World Health Organization] said. '*The outbreak spotlights the dangers of the world's growing social and economic inequalities*. The rich get the best care. The poor are left to die.' (Cass, Connie. « CDC calls for U.S. hospitals to ready Ebola protocols », *Globe and Mail*, 14 octobre 2014, nous soulignons)

There's the silent, insidious brain drain²⁷. A 2011 study published in the British Medical Journal looked at the impact of doctors recruited by Canada, Britain, Australia and the United States from nine African countries. The figures are mind-boggling. These four rich countries saved more than \$4.5-billion in schooling costs, while losing these doctors could cost the African countries as much as \$13.5-billion. It's one of the oldest stories in the world: the rich world gets richer at the direct expense of the poor. (Caplan, Gerald. « Systemic problems made Africa vulnerable to Ebola », *Globe and Mail*, 19 septembre 2014)

Par ces propos, on impute la faute aux autorités occidentales:

[Assembly of Manitoba Grand Chief Ron] Evans said poor housing conditions, lack of access to health care services and limited knowledge of health prevention has helped diseases like TB resurface. He said the federal government needs to take action to tackle the root causes associated with the rise in disease, noting that the problems will continue to get worse down the road. (Skerritt, Jen. « Manitoba chief demand Ottawa show what it's doing to stop TB », *Canadian Press*, 26 juillet 2008)

Internaute: A lot of developing countries were forced by international institutions to cut back drastically on public spending. There's also just a general lack of money and resources, since all the value added tends to be concentrated in the Global North, which includes Canada. So yes, we should feel guilty about not their shortcomings but

²⁷ Le « *brain drain* » est un concept qui renvoie au phénomène où une grande proportion d'individus éduqués et compétents (occupant des professions comme celles de médecin, professeur universitaire, etc.) quittent un pays pauvre afin de s'établir dans un autre, plus riche, où ils peuvent accéder à plus d'opportunités de développement professionnel. Ceci diminue le capital humain et les ressources humaines hautement qualifiées dans un pays qui vit déjà des problèmes sociaux (Sako, 2002).

what our governments and companies have done and are doing to them (Commentaire en réponse à l'article: « Thousands of lives at risk in next major pandemic unless WHO reforms, UN report », *CBC*)

En résumé, cet axe d'altérisation s'appuie sur des discours qui soulignent les caractéristiques d'individus ou de communautés pour expliquer et parfois normaliser la réapparition d'une maladie et sa propagation. Or, il n'est pas si facilement accepté dans les discours pancanadiens analysés. Il est contesté, notamment par une contextualisation macrosociale qui souligne qu'il ne faut pas réduire ces figures au statut de « victimes », condamnées dans leur sort par des problèmes qui leur seraient inhérents. Ces propos mettent en lumière les choix sociétaux, la responsabilité collective et le rôle de puissances mondiales dans la création de ces problèmes.

6.3 L'autoréflexivité de l'altérisation

Les discours d'altérisation fondés sur l'appartenance nationale et les qualités essentielles veulent figer l'altérité. Ils abordent des caractéristiques identitaires qu'ils fixent à des individus, groupes ou régions. Ils produisent ainsi des figures d'altérité plus ou moins statiques et peu flexibles. Cependant, cette production de l'étranger et de figure à problème est objet de critiques dans l'espace public.

Selon Joffe (2011), les représentations sociales des maladies (ré)émergentes ont évolué dans la dernière décennie. Elle soutient que les critiques ciblent de plus en plus les institutions et les autorités sanitaires, et de moins en moins des groupes marginalisés (comme les étrangers et les figures à problème du Sud global). Pour expliquer ce phénomène, elle émet l'hypothèse d'une réflexivité croissante. Elle postule que dans la mesure où il est reconnu que l'accusation lors d'épidémies est depuis longtemps dirigée envers des groupes Autres marginalisés, il est probable que les individus souhaitent éviter ou contrecarrer cette réaction altérisante. La présence d'une telle réflexivité est remarquée pour les modalités d'altérisation axées sur l'appartenance et les

qualités essentielles, qui sont critiquées par des chercheurs en sciences sociales (Adeyanju, 2010; Adeyanju & Oriola, 2010; Reitmanova & Gustafson, 2012) mais qui sont aussi mises en doute dans la sphère sociale, au sein des discours analysés.

6.3.1 Valeurs d'égalité et promotion de la dés-altérisation

Ces axes d'altérisation fondés sur l'appartenance nationale et sur les qualités essentielles sont contestés par des discours qui proclament l'importance de la tolérance, la compassion, l'inclusion, la justice sociale et l'anti-oppression. Les propos et pratiques qui s'écartent de ces valeurs sont l'objet de critiques:

Calling a pandemic is also a signal to the international community. This is a time where the world's countries, rich or poor, big or small, must come together in the name of global solidarity to make sure that no countries because of poor resources, no countries' people should be left behind without help. And that is an excellent question. In that respect, I would like to advise you that the World Health Organization has been in contact with donor communities, development partners, resource poor countries, and also drug companies as well as vaccine companies. I think this is my duty to get the views from the different groups of countries and see what WHO can do to make this a better world through equity, social justice and solidarity. (Transcription d'un énoncé de Margaret Chan, OMS, 11 juin 2009)

Cette critique est constatée dans des débats au sein des médias et des forums Internet lors des épidémies d'H1N1, d'Ebola et du Zika. Dans les récits sur ces éclosions, la controverse principale relève des pratiques frontalières qui excluent les nouveaux arrivants et qui imposent des restrictions de voyages aux pays du Sud global touchés. Dans l'ensemble de ces débats, un argument récurrent souligne l'importance de l'inclusion, de la compassion et de l'égalité.

Par exemple, dans les débats entourant la gestion des frontières lors du H1N1, on remarque une critique des restrictions de voyages imposées au Mexique parce qu'elles alimentent un phénomène d'exclusion sociale et de désolidarisation:

We can only hope that, this time, Canada seizes the moment rather than following the misguided idea that excluding Mexico from the common North American agenda is in

its best interest. The swine flu pandemic is an ideal issue on which we should be working together, not only to halt the spread of the virus within our own region and to third countries but to ensure that solidarity among us avoids the adoption of damaging defensive measures by others that will negatively affect trade, tourism and communications to and from all of North America. (Rozenal, Andrés & Robert Pastor. « Swine Flu: Coming together in a time of crisis », *Globe and Mail*, 1er mai 2009)

Quant au débat principal sur l'épidémie d'Ebola, il relève des restrictions canadiennes qui ont arrêté de fournir des visas à des étrangers, notamment aux personnes nouvellement arrivées d'un des trois pays en Afrique de l'Ouest principalement touchés :

In this case, denying visas to people who have visited Guinea, Liberia and Sierra Leone in the last three months is not science. My own research has shown that travel restrictions under these circumstances don't work. [...] Consensus among public health officials is that pushing international travel underground and into illegal channels causes more harm than good. Finally, WHO has not recommended these restrictions — it strongly advocates against them [...]. This means Canada's latest move is patently illegal. That's not good for a country that claims to be a good global citizen and champion of human rights and freedoms when they're trampled in other countries. But even more frightening is how this latest move is also dangerous. First, in denying visas, Canada stigmatizes Africans, provokes retaliatory responses, disempowers the humanitarian response, and makes the contact-tracing work of public health professionals far more difficult. Second, we undermine the global legal framework that 196 countries agreed would govern their pandemic responses and that Canada helped rewrite after it reeled from the travel advisory slapped against Toronto for SARS. If this Ebola outbreak teaches us anything, it is that health is global and that Canadians' health depends on the co-operation of countries around the world. If countries know their citizens may face illegal and scientifically illogical travel restrictions, they are less likely to report the presence of disease outbreaks in the future. (Hoffman, Steven J. « Canada's Ebola visa ban puts us all at risk in the long run », *Toronto Star*, 3 novembre 2014)

Finalement, le débat principal lors du Zika relève des recommandations d'éviter des voyages dans les pays touchés en Amérique centrale et du Sud. Des arguments critiquent une discrimination à l'encontre de pays pauvres touchés, plus probables d'être les cibles de cette recommandation : « 'Le virus est encore plus dangereux en Floride qu'au Brésil et les golfeurs jouent en Floride', a ajouté [Le président du comité organisateur des Jeux olympiques de Rio, Carlos] Nuzman. » (Wade, Stephen. « Les golfeurs n'iraient pas à Rio pour des raisons monétaires plutôt que le Zika », *La presse canadienne*, 16 juillet 2016)

Dans l'ensemble de ces débats, des propos qui promeuvent l'inclusion et la solidarité dénoncent des pratiques divisantes et critiquent l'altérisation de l'étranger et de la figure à problème. Cette contestation alimente un autre axe d'altérisation. Ce dernier se caractérise par des modalités qui mettent à distance ceux qui oppriment, ceux qui manquent de compassion, ceux qui adhèrent insuffisamment aux valeurs de tolérance, de justice sociale ou d'anti-oppression, ceux qui ne reconnaissent pas (suffisamment) l'humanité d'autrui et ceux qui accentuent des inégalités sociales. Les critiques de certaines formes d'altérisation sont elles-mêmes altérisantes parce qu'elles produisent une figure d'altérité, celle du tyran.

6.3.2 Le tyran

Le tyran peut prendre des formes diverses : il peut être une personne, une institution, un gouvernement ou un État. Sa caractéristique principale relève de son statut d'oppresseur, notamment en raison de ses discours ou pratiques d'altérisation. Le tyran est donc altérisé pour les façons dont il produit des figures d'altérité.

Premièrement, ce tyran opprime par ses discours racistes qui produisent une figure de l'étranger. On soutient que ses discours d'altérisation sont inacceptables. Dans ce cas, les appellations « raciste » et « xénophobe » sont utilisées pour mettre à l'écart cette figure qui altérise autrui en abordant leur appartenance nationale:

Internaute: when it comes to racist comment, you might consider looking in a mirror.
(Commentaires à l'article: « Ebola outbreak. Ivory Coast closes western borders », *CBC*)

Internaute 1: Probably...by a Temporary Foreign Worker.

Internaute 2: Poorly veiled bigotry. Be proud. (Commentaire en réponse à l'article : « Ebola outbreak. Will Canada avoid the mistakes of Dallas », *CBC*)

Le tyran est aussi produit par des discours qui soulignent ses actions altérisantes et déshumanisantes qui renforcent les inégalités sociales dont sont victimes les figures à problème.

Lorsqu'on critique l'axe d'altérisation fondé sur les qualités essentielles et lorsqu'on contextualise les enjeux vécus par la figure à problème, on altérise les individus, les institutions ou les gouvernements nationaux dont l'objectif principal serait la quête des profits plutôt que la protection de la santé. Un tyran mercantile est ainsi dénoncé :

Worried you might catch the Zika virus? Scammers and bug spray companies are counting on it. Marketers know this is the time to pounce: The summer Olympics are about to start in Brazil, where the recent Zika epidemic started, and 14 mosquito-borne cases of Zika were identified recently in the Miami area, the first in the U.S. So companies and entrepreneurs are capitalizing on Zika fears wherever mosquitoes buzz, hawking questionable products like anti-Zika wristbands and promoting all manner of mosquito repellents for people and pets. (Johnson, Linda A. « Scammers, bug spray companies capitalizing on Zika fears », *Canadian Press*, 3 août 2016)

Internaute: The headline really should be: 'Canada initiating temperature screens at airports to make temperature screeners and thermometer manufacturers more money' (Commentaire Reddit, fil de discussion *Canada initiating temperature screens at airports to prevent Ebola*)

Par son accent sur les gains financiers, ce tyran contribuerait aux phénomènes de la commercialisation et de la privatisation dans le champ médical. Il compliquerait l'accès aux ressources requises pour contrôler l'épidémie et alimenterait ainsi des inégalités sociales dans le champ de la santé.

Ce tyran mercantile est présent dans la culture populaire. Le film *Blindness* (2008) présente des enjeux vécus par un groupe d'individus qui est mis en quarantaine dans un établissement, où aucun soutien n'est disponible, où aucun ordre n'est imposé par des autorités nationales et où règne le chaos. Il revient aux patients de s'organiser par eux-mêmes; bref, il s'agit d'un *Sa Majesté des mouches* (Golding, 1956) mais dans un contexte épidémique. Le méchant du film est avare et égoïste; il commande un groupe qui se proclame leader du centre de quarantaine et qui instaure son propre ordre autocratique, s'emparant de toute la nourriture et ne la distribuant qu'en échange de biens ou de rapports sexuels (parfois forcés et violents).

Le tyran est aussi celui qui choisit de ne pas aider alors qu'il pourrait alléger ou résoudre les problèmes vécus par des habitants de pays du Sud global. La lenteur, l'inaction et les coupures dans le champ de la santé renforceraient parfois des inégalités sociales:

'Il est urgent que les pays riches et développés prennent des mesures contre la défaillance du marché en matière de recherche et développement pharmaceutique', dit [Philipp] Frisch [de la Campagne d'accès de MSF]. 'L'inaction de la communauté internationale sur la R & D, notamment des pays du G7, a conduit à de nombreux décès évitables, car les médicaments sont inexistantes ou trop chers. La priorité de la R & D doit être la vie et la santé des personnes, et non les profits'. (Médecins Sans Frontières, « *Un vide de leadership en santé mondiale* » - MSF appelle les pays du G7 à prendre des mesures concrètes pour lutter contre les épidémies, 10 juin 2015, nous soulignons)

Dans cette optique, l'inaction est interprétée comme une non-reconnaissance de l'humanité de l'Autre (Taylor, 1992).

Le visage du tyran, celui qui le personnalise dans les récits d'épidémie étudiés, est « Pharma bro » (Martin Shkreli). Il est le propriétaire de la compagnie pharmaceutique Turing. Cette compagnie a acheté la licence du médicament daraprim utilisé pour traiter la tuberculose pour ensuite augmenter son prix à 750\$USD (augmentation de 5 000%) :

Internaute: That's not the picture of the CEO. That's the ugly face of American Capitalism's unending greed. (Commentaire en réponse à l'article « Drug company CEO to lower price of Daraprim after public outcry, news report says », *CBC*)

Internaute: Sorry, if you need to make a 'reasonable profit' off the backs of sick people who require the medication you have, you're basically a monster. If it was 'unprofitable' maybe you shouldn't have bought the rights to it. Any time something is raised, 200% let alone 5000% in price, there's a huge issue. (Commentaire en réponse à l'article « Drug company CEO to lower price of Daraprim after public outcry, news report says », *CBC*)

« Pharma bro » est altéré par des discours qui affirment son manque de compassion et sa déshumanisation de l'Autre vulnérable qu'il refuse d'aider. Il est le visage des groupes privilégiés qui tirent profit des maladies et qui engendrent les problèmes sociaux vécus par la figure à problème (dont l'inaccessibilité de soins médicaux). On projette sur la figure de « Pharma bro » les valeurs (inégalités, quête du profit, oppression) qui ne sont pas représentatives du Canada

multiculturel imaginé (Chapitre 3). Cette figure permet ainsi de réaffirmer des valeurs d'égalité qui définissent l'identité pancanadienne multiculturelle imaginée (Conway, 2013; Roy, 1995; Winter, 2011) et elle renforce l'idée que l'injustice, l'inégalité et l'intolérance sont insupportables pour les Canadiens:

Internaute: This could be pretty useful to help combat TB in many countries where outbreaks are still prevalent, except the solutions it proposes are difficult to achieve. I hope it inspires greater efforts to provide decent housing with adequate ventilation and somehow solving the food distribution crisis found in countries with corrupt governments. I suppose understanding is the first step towards progress, because you focus your attention on solutions that you know will have a material impact on improving the quality of life and health in more than one area. (Commentaire Reddit, fil de discussion *French Canadian voyageurs spread tuberculosis throughout the indigenous peoples of western Canada for over 150 years, yet, strangely enough, it wasn't until the fur traders ceased their forays that epidemics of tuberculosis broke out. Now Stanford research*)

Une forme hyperbolique de ce tyran relève de l'élite avare qui adopte une logique utilitaire et mercantile en rendant autrui malade, en faisant mourir ou en laissant mourir afin de promouvoir ses propres intérêts, habituellement financiers:

Internaute: Of course they are trying to push for a vaccine for a virus that originated from big pharma's lab. (Commentaire en réponse à l'article: « Zika virus confirmed among 4 Canadian travellers », *CBC*)

Internaute: If you think that the Bill and Melinda Foundation is Gates supplying vaccines to save the world guess again, they apparently hold stock in many if not most of the largest vaccine producers in the world as well as bio-tech companies that are working at developing new vaccines! Pandemics are great for business epidemics are fabulous for business! (Commentaire en réponse à l'article: « Thousands of lives at risk in next major pandemic unless WHO reforms, UN report », *CBC*)

Internaute: Maybe there isn't enough surgery and care for 5 billion people because the people at the top want 5 billion of us dead. (Commentaires à l'article : « Safe surgery unavailable to 5 billion people, study finds », *CBC*)

Cette élite avare et utilitariste occupe un rôle important dans la culture populaire. La moitié des films analysés présentent des chercheurs ou soldats qui soit fabriquent une maladie, soit adoptent une logique mercantile et causent du tort aux citoyens pour protéger leurs propres intérêts. Le film *The Crazies* (2010) raconte l'histoire d'un village touché par une maladie, dont les

symptômes principaux sont un saignement par les orifices et une folie qui cause une agressivité. Le public apprend qu'une élite inconnue (le gouvernement ou l'armée) a fabriqué cette maladie comme arme pour déstabiliser une population. Elle l'a ensuite relâchée dans le village afin d'évaluer son efficacité. Lorsque la majorité des habitants sont infectés, des soldats tuent tous les citoyens (« *They exterminated everyone, not just the sick* ») puis bombardent le village. Ces soldats personnifient une articulation extrême de la figure de tyran. Ils sont des « normopathes²⁸ » (Dejours, 2019; McDougall, 1978), suivant aveuglément les ordres venant d'en-haut, dont la source leur est inconnue. À la fin du film, on apprend que cette élite inconnue recommence une telle expérience dans un autre village (image 13).

Image 13. Début d'une nouvelle expérimentation dans un village (film *The Crazies*)



Dans le film *Outbreak* (1995), quoique la maladie Motaba est présentée comme nouvelle, on apprend qu'elle a causé des éclosions antérieures, que les autorités militaires états-uniennes ont depuis longtemps acquis des connaissances sur ce virus et qu'elles ont même fabriqué un traitement. Or, percevant cette maladie comme une arme biologique par excellence, l'armée états-unienne a bombardé le village touché afin de garder son existence secrète. En fait, même lors de sa propagation aux États-Unis, les dirigeants militaires refusent de divulguer leur connaissance du

²⁸ La normopathie renvoie à la pathologie de la norme, soit la tendance à se conformer excessivement à des normes sociales.

virus et gardent le traitement secret; ils ordonnent plutôt une mise en quarantaine de la ville touchée et enclenchent l'opération « *Clean Sweep* » qui veut faire table rase en bombardant cette communauté, toujours afin de protéger leur arme biologique secrète. Ainsi, un coupable par excellence dans les films de fiction relève d'une forme extrême du tyran, à savoir une élite avare qui déshumanise des individus et qui engendre des souffrances (en causant une éclosion ou en laissant une maladie se propager) afin d'assurer ses gains et de promouvoir ses propres intérêts.

6.3.3 Héros de compassion et d'égalité

En contrepartie, l'axe d'altérisation fondé sur le rapport à l'oppression permet d'héroïser la figure de l'humanitaire. Des valeurs de justice sociale sont projetées sur cette figure, qui fait preuve de compassion en aidant les plus démunis:

La Dre Nyassa Navidzadeh est elle aussi de retour de Foya, au Libéria. Pendant un mois, elle a laissé son poste de psychiatre à l'Hôpital Jean-Talon à Montréal pour aller aider les malades de l'Ebola. Elle a vu des familles décimées par le virus, des malades ostracisés par la communauté, de la souffrance chez les personnes contaminées et leurs proches. (Auteur inconnu. « Ces médecins québécois qui luttent contre l'Ebola en Afrique », *Radio-Canada*, 10 octobre 2014)

Quelle que soit la situation, MSF s'efforce toujours de venir en aide aux personnes oubliées par les autorités et les autres groupes humanitaires, comme les prostitués, les enfants de la rue, les prisonniers, les toxicomanes ou les malades mentaux. Dans certains endroits, les autorités en place détournent systématiquement leur attention de certains groupes pour des motifs ethniques ou politiques. (Médecins Sans Frontières. *Populations négligées*, 18 décembre 2013)

Le pape a personnalisé cette figure héroïque lors de l'épidémie du Zika, notamment parce qu'il a affirmé que dans le contexte de cette épidémie, la contraception est un « moindre mal ». Il est vu comme l'emblème d'une structure oppressive qui allège sa posture morale quant à la contraception et qui favorise une justice reproductive:

'I think there's a longing from all the people working in the health-care field and involved with the church that there could be an opening,' [Sister Monique Bourget, a nun from Montreal who is technical director of a large teaching hospital in Sao Paulo] said. 'Pope Francis is someone who is living in the real world and who knows people

with a lot of difficulty, and knows the challenges of the real world – this is one of them,’ said Sister Bourget, who works at Santa Marcelina Hospital. (Nolen, Stephanie & John Allemang. « Using birth control to avoid Zika infection a ‘lesser evil’: Pope Francis », *Globe and Mail*, 18 février 2016)

Caught between a rock and a hard place, women in Brazil and other countries where the Zika virus is prevalent may have received help from an unlikely ally: the Pope. Flying back from a visit to Mexico, Pope Francis suggested women could use contraception to avoid getting pregnant and passing the virus to their babies. The mosquito-borne disease is linked to severe birth defects. The Pope’s surprising words are most welcome to women caught in a moral dilemma. [...] [M]any of the countries where the Zika virus is prevalent are predominantly Roman Catholic, and bishops there have been speaking out to reassert the church’s opposition to birth control and abortion. [...] [T]he Pope’s comments may encourage Catholic hospitals in the region to provide birth control. That would be a helpful step, especially in poor areas in Brazil and other Latin American countries where women have little access to contraceptives. (Auteur inconnu. « Women facing Zika virus get help from Pope Francis: Editorial », *Toronto Star*, 19 février 2016)

On dit qu’il modernise une institution archaïque, enclenchant le début de la chute d’un dogme: « Internaute: This the most astounding thing a pope has ever said. Common sense trumps dogma. Good on him. » (Commentaire en réponse à l’article: « Pope Francis Oks use of birth control in Zika-affected regions », *CBC*)

En résumé, les discours qui critiquent l’altérisation fondée sur l’appartenance nationale et sur les qualités essentielles alimentent eux-mêmes des dynamiques d’altérisation. La critique de l’altérité se s’articule au moyen du tissu d’altérisation; elle est prise dans le réseau discursif de l’altérisation. Cette altérisation de l’altérisation n’est cependant pas objet de critique dans les discours analysés. Autrement dit, la dénonciation de certaines formes d’altérisation en renforce certaines autres, qui sont plus acceptables. Par conséquent, ce n’est pas l’altérisation comme telle qui est objet de contestation sociale; le problème relève plutôt de l’usage de certaines modalités qui ne cadrent pas tout à fait avec les normes discursives.

L'altérisation classique en temps d'épidémie, recensée par de multiples auteurs (Adeyanju, 2010; Adeyanju & Oriola, 2010; Eichelberger, 2005; Joffe, 2004; Kraut, 1994; Reitmanova & Gustafson, 2012; Sinha & Parmet, 2016) cible les pays du Sud global touchés par une maladie et leurs habitants. Elle s'opère par un discours qui aborde la nationalité, l'origine ethnique, la culture et les problèmes sociaux de figures racisées. Cette altérisation cause des torts. Elle alimente des pratiques racistes et xénophobes. Elle peut aussi justifier l'exclusion de nouveaux arrivants ou de communautés immigrantes ou racisées déjà établies au Canada, notamment par des discours qui présupposent une appartenance biosociale et communo-immunitaire et qui proclament le danger sanitaire posé par ces Autres (Adeyanju, 2010; Wald, 2008). Elle renforce aussi des discours nationalistes qui affirment une fierté à l'égard de ses propres institutions. Puisque ces discours sont divisants, il importe de les analyser afin de bien comprendre leurs articulations et leurs impacts. Or, nos résultats montrent que ce type de propos est aujourd'hui remis en cause. En fait, celui qui altérise ces figures d'étranger et celles à problème est lui-même inférieurisé, transformé en tyran oppresseur.

Cependant, la critique de ces formes d'altérisation n'est pas symptomatique d'une période d'altérisation post-raciale, post-appartenance nationale ou post-culturelle. En effet, les principales figures inférieurisées dans les récits d'épidémies étudiés sont des pays du Sud global touchés par une maladie et leurs habitants qui ont une nationalité Autre et qui sont un groupe culturel Autre. Ces figures sont aussi moins héroïsées que celles occidentales (tableau 25). Ainsi, dans un contexte où des figures racisées sont davantage inférieurisées, mais où l'altérisation axée sur l'appartenance et sur les qualités essentielles pose un problème, comment construit-on ces figures d'altérité? Tel sera l'objet du prochain chapitre.

Tableau 25. Dynamiques d'infériorisation et d'héroïsation des cinq principales figures d'altérité

Figure d'altérité	Publications qui infériorisent	Publications qui héroïsent
Pays du Sud global	1 138 (92%)	105 (8%)
Habitants des pays du Sud global	408 (65%)	219 (35%)
Total des figures du Sud global	1 546 (83%)	324 (17%)
Canada	790 (62%)	477 (38%)
Communauté internationale	502 (89%)	61 (11%)
États-Unis	194 (68%)	92 (32%)
Total des figures occidentales	1 486 (70%)	630 (30%)

CHAPITRE 7 : L'ALTÉRISATION RENOUVELÉE

L'altérisation qui est socialement acceptable ne s'exprime pas par des discours qui cristallisent l'altérité, en fixant des caractéristiques Autres à une quelconque figure. Les modalités d'altérisation socialement privilégiées sont plutôt celles qui font de l'Autre une figure flexible et mouvante, qui peut passer du coupable au héros. L'altérisation acceptable dans l'espace public s'exprime par des discours qui soulignent l'aptitude, la docilité et la raison: le rapport à certaines actions, croyances, discours et savoirs permet de produire des figures d'altérité. *Ce rapport* entretenu par un individu avec un quelconque objet est beaucoup plus flexible, beaucoup plus sujet à des changements et à des transformations que le sont ses *caractéristiques* (comme son appartenance ou ses qualités). L'agentivité est donc la clé de ces discours d'altérisation. Par conséquent, les figures d'altérité qui sont construites de façon acceptable sont malléables; ces formes d'altérisation interpellent une certaine responsabilisation quant à l'altérité car elles encouragent tout un chacun à se mobiliser afin d'agir sur autrui ou sur soi-même pour assurer le passage d'un pôle de l'altérité à un autre.

7.1 L'(in)aptitude

Le film *I Am Legend* (2007) décrit un contexte post-apocalyptique, où une grande partie de la population a été décimée par une maladie qui est produite accidentellement par des médecins. En effet, la Dre Alice Krippin pensait avoir trouvé un traitement contre le cancer, en altérant le virus de la rougeole afin qu'il s'attaque aux cellules cancéreuses :

[...] the Measles virus which has been engineered at a genetic level to be helpful rather than harmful. [...] I find the best way to describe it is if you can imagine your body as a highway and you picture the virus as a very fast car driven by a very bad man, imagine the damage that that car could cause. But then if you replace that man with a cop, the picture changes. And that's essentially what we've done.

Après 10 009 essais humains, explique-t-on, tous sont désormais guéris du cancer. Cette docteure est louée pour ses exploits. Or, le virus altéré a ensuite muté. Ceux qui avaient été infectés sont transformés en créatures nocturnes avec peu de fonctions cérébrales, qui chassent des humains non infectés. Trois années plus tard, la majorité de la population humaine a été infectée et transformée en ces créatures. Cette mise en scène de *I Am Legend* illustre bien un des axes d'altérisation socialement acceptable – celui fondé sur l'aptitude – de même que le caractère éphémère de la figure d'altérité qui y est produite, notamment en raison de la possible rapidité du passage de l'apte à l'inapte.

Certains discours d'altérisation sont axés sur l'inaptitude et soulignent un problème en raison de mauvais actes, d'incompétences et de capacités d'intervention insuffisantes. La figure de l'inapte renvoie à ceux dont l'infrastructure est faible, ceux qui ne sont pas préparés, ceux dont les interventions ne sont pas efficaces, ceux qui adoptent de mauvaises interventions, ceux dont les pratiques sont désorganisées et ceux qui sont incompetents :

But in the first days of what is being touted as the largest vaccination effort in Canadian history, the clinics were unprepared for the huge turnout. Thousands, some with babies and young children in tow, came early and lined up for as long as five hours. At the North York Civic Centre, the clinic was forced to turn people away less than an hour after it opened because the lineup was so long. (Boyle, Theresa & Joanna Smith. « Overwhelmed », *Toronto Star*, 30 octobre 2009)

'If I survive Ebola, I could still die of renal failure, because there's not a single dialysis unit in the country.' (OMS. *Back from Ebola to teach the next generation*, juin 2015)

It's not just Brazil's *long-neglected* backwaters struggling. For years, the public health care system has been on life support. (Goodman, Joshua & Mauricio Savarese. « Brazil's Zika fight crippled by corruption and recession », *Toronto Star*, 19 mars 2016, nous soulignons)

Comme illustré par les extraits précédents, les figures d'inaptes sont surtout les endroits touchés par l'épidémie; il s'agit tantôt de la communauté internationale (tuberculose), tantôt du Canada (H1N1), tantôt des pays de l'Afrique de l'Ouest et des États-Unis (Ebola), tantôt du Brésil (Zika).

Ils sont tenus responsables de la maladie qui les affecte et on affirme qu'ils n'ont pas investi, planifié ou agi correctement. Produites ainsi, ces figures ne sont pas altérées en raison de leur essence, mais bien pour des comportements qu'il est toujours possible de changer.

7.1.1 Une reproduction de dynamiques géosociales

L'altérisation qui souligne l'inaptitude varie selon la figure qu'ils ciblent. Les discours qui altèrent les pays du Sud global touchés ne s'expriment pas comme ceux qui décrivent la communauté internationale ou les pays du Nord global. En effet, lorsque des figures du Sud global sont altérées pour leur inaptitude, cette dernière est mentionnée de façon factuelle, comme si elle allait de soi, comme s'il était attendu que ces figures soient incapables de prévenir ou de contrôler la maladie de façon jugée adéquate:

The situation at the hospital was growing increasingly chaotic and frightening. Health centres in the area were collapsing like dominoes and few Ebola treatment centres were going up. Patients were flooding Elwa hospital, including many suspected Ebola cases, yet there was no triage set up, no system to isolate and screen suspected cases. (OMS. *Ebola in Liberia: Frightened patients infected their carers*, mai 2015)

State-run health care in Brazil is woefully underfunded, and patients often wait months for treatment. People who can afford get care through private health plans. (Gomez Licon, Adriana. « Where Zika struck hardest, Brazil moms say more help needed », *Canadian Press*, 18 octobre 2016)

Cette altérisation des pays du Sud global s'accompagne d'un discours qui souligne l'importance que des pays du Nord global interviennent dans ces endroits pour renforcer leurs capacités:

Internaute: This epidemic has been a lesson in what's in it for us to invest a little in helping the world's less fortunate help themselves. We really need to learn it. (Commentaire en réponse à l'article: « Ebola outbreak. Complacency now a concern », *CBC*)

As the Canadian Red Cross and Canadian Government have a long-standing presence in the Americas, and have spent years investing in capacity building, the regional and national responses to the Zika outbreak were strengthened. (Croix-Rouge canadienne. *For Canadian travellers planning winter getaways south, Zika precautions remain*)

En contraste, lorsque des pays du Nord global sont altérés pour leur inaptitude, ce discours

est énoncé avec surprise et frustration, comme s'il était attendu qu'ils soient plus aptes:

It's as if we haven't learned anything from the SARS outbreak, where our political and medical leadership proved incapable of coordinated and timely direction in the face of a public health crisis. What we do know is that full-page advertisements in the Star and other newspapers trumpet that the pandemic is coming. The World Health Organization declared H1N1 a pandemic in June. Health officials have been watching the onset of the outbreak for who knows how long. And this is how they tackle it once it arrives? We are not talking about SARS - the outbreak that caught us napping and slammed residents and health workers with unexpected fury. No, this was expected, trumpeted and prepared for. And now the plan seems hopelessly botched, an unacceptable public health performance in the face of a supposed deadly outbreak. We practised on SARS and the Asian flu; by now we should have perfected the delivery of public health. (Royson, James. « Did SARS teach us nothing? », *Toronto Star*, 31 octobre 2009)

The frustrating thing is we know what is needed if the worst effects of the evolutionary onslaught of new infectious diseases is to be addressed. (Koch, Tom. « What a 'game-changer' vaccine says about Canadian R&D », *Globe and Mail*, 7 août 2015)

Cette expression de l'altérisation de pays du Nord global pour leur inaptitude communiquer un deuil quant aux capacités occidentales, qui sont moindres que ce qu'on pensait, moindres que l'idéal qu'on s'était imaginé. Cette attitude traduit l'infiltration du paradigme de préparation (Caduff, 2015; Collier, Lakoff & Rabinow, 2008 ; Keck, 2015a ; Lakoff, 2008, 2015a, 2017; Lakoff & Collier, 2008 ; Langlitz, 2013) dans les attentes sociales; on suppose que le Nord global devrait être préparé pour bien gérer les épidémies en raison de son expérience antérieure dans le contrôle des maladies, de sa forte infrastructure sanitaire et des ressources dont il bénéficie (Joffe, 2011). Toute lacune dans la réponse est perçue comme *un manque de volonté de se préparer*, engendre de fortes réactions et s'accompagne de demandes de rectification. Cette attente de préparation ne semble cependant pas s'appliquer aux pays du Sud global, dont l'inaptitude perçue est admise et présentée comme un fait. D'ailleurs, les demandes faites aux pays du Nord global afin qu'ils interviennent dans ceux du Sud global expriment que le statut d'apte ne peut pas être atteint par ces derniers pays eux-mêmes. On perçoit que le Nord global détient la clé de voute au développement de l'aptitude. C'est ainsi que même si cet axe d'altérisation peut paraître

neutre parce que ses discours critiquent tant des figures occidentales que celles du Sud global et parce qu'il s'exprime par des commentaires « factuels » sur les ressources disponibles et les interventions menées, l'analyse de ses modalités plus spécifiques indique une inégalité géosociale de son usage. Entre autres, nous remarquons une surinfériorisation des pays du Sud global, qui s'articule notamment par la tentative de cristalliser l'inaptitude comme étant une de leur caractéristique.

7.1.2 Le modèle de l'aptitude

Cet axe d'altérisation produit aussi la figure « apte », qui lutte adéquatement contre l'épidémie, qui intervient de façon efficace, qui a une bonne infrastructure, qui est préparée, qui a une expertise et qui est compétente:

Les autorités québécoises de la santé publique ont d'ores et déjà renforcé le réseau de la santé avec des infirmières supplémentaires pour répondre aux appels sur la ligne d'Info-Santé. Elles ont également annoncé l'ouverture prochaine de cliniques de grippe, pour les personnes qui souhaitent consulter. (Auteur inconnu. Déjà 800 000 vaccinés au Québec, *Radio-Canada*. 7 novembre 2009)

The scientific community responded with urgency to the rapidly evolving situation and began building a knowledge base about the virus and its implications extremely quickly. (OMS. Zika virus and complications. Questions and answers)

La figure apte n'est pas seulement dotée d'une compétence exceptionnelle, mais elle arrive aussi à contrôler la maladie. En fait, l'aptitude est attribuée moins pour les efforts fournis, que pour les retombées concrètes des actions:

Hwang says there is immense satisfaction in treating people at the field hospital. 'I think *I am making a difference in the lives of these people. In some cases, I am giving treatment that is possibly lifesaving. And really, that is why we are here.*' (Croix-Rouge canadienne. *A day at the Canadian Red Cross field hospital in Nepal*, nous soulignons)

La collaboration entre tous les ordres de gouvernement et les intervenants était sans précédent par rapport aux phénomènes antérieurs, tels que l'épidémie du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) en 2003. Même si les systèmes de santé publique et de soins étaient surchargés, *ils ont été en mesure de gérer la situation* dans la plupart

des cas. (Gouvernement du Canada. *Préparation du Canada en cas de grippe pandémique. Guide de planification pour le secteur de la santé*, Réseau pancanadien de santé publique, p.6, 2015, nous soulignons)

Cette figure d'apte peut être mobilisée pour inciter la conformité à un modèle normatif. Elle est souvent utilisée par les autorités sanitaires, surtout lorsqu'elles veulent encourager l'implication internationale dans la réponse à une épidémie. Elles louent les institutions ou pays qui interviennent adéquatement, incitant par le fait même l'implication d'autrui :

Many countries are to be congratulated for the progress they have made on TB control. This new information about the economic benefits of addressing TB should spur countries to make a stronger financial commitment to TB control. And it should prompt donors to pledge more funds to fighting TB. (OMS. *New study says aggressive tuberculosis control could yield substantial economic gains for poor countries*, décembre 2007)

WHO applauded donor countries - the U.S. Britain, New Zealand, Australia, France, Italy, Norway, Brazil and Switzerland - for committing to donate pandemic vaccine. 'Given that current demand outstrips supply, these donations, together with the doses pledged by manufacturers, will help increase supplies of pandemic vaccines to populations that would otherwise not have access,' the WHO said in separate statement on Friday. (Auteur inconnu. « H1N1 deaths up almost 300 in week: WHO », *CBC*, 18 septembre 2009)

7.1.3 La fluidité de l'(in)aptitude

Cet axe d'altérisation fondé sur l'inaptitude est le plus fluide de tous. Puisque l'(in)aptitude est attribuée selon les retombées des actions, le statut d'apte et celui d'inapte sont constamment réévalués. Dans cet axe d'altérisation, l'attribution du statut d'Autre est ajusté en fonction des conséquences les plus récentes des actes et paroles:

*Many are now watching to see whether Cuba is able to maintain control of Zika or will drop its guard and see widening infection like so many of its neighbours. The battle against Zika is testing what Cuba calls a signal accomplishment of its single-party socialist revolution - a free health-care system that assigns a family doctor to every neighbourhood, with a focus on preventive care and maternal and pediatric health. (Weissenstein, Michael. « Cuba reports remarkable success in containing Zika virus », *Canadian Press*, 1er septembre 2016, nous soulignons)*

Les figures d'(in)aptés sont ainsi des objets de contradictions. En effet, les discours sur

l'(in)aptitude sont constitués de propos dichotomiques et polarisants, d'argumentations et de contre-argumentations au sujet de l'aptitude et de l'inaptitude d'une même figure.

Prenant le Canada comme exemple, nous voyons que pour toutes les éclosions de maladies (ré)émergentes étudiées, des commentaires affirment son aptitude :

Internaute: And here, in Canada, many of us are complaining about our 'ineffectual' national health system. [...] Here, the problem can be treated by a surgical process that requires little or no hospital time. I think our problem in Canada is our lack of awareness as to how extensive the system is in providing us some of the best care in the world. (Commentaire en réponse à l'article: « Safe surgery unavailable to 5 billion people, study finds », *CBC*)

Canada has an excellent flu vaccination program and good access to medical care. (Parry, Vivienne. « H1N1 / 6,000 DEATHS / The Pandemic is Here », *Globe and Mail*, 20 juin 2009)

Internaute: Our healthcare system is fully capable of handling the patients, provided that we know they have Ebola. (Commentaire Reddit, fil de discussion *Canada Advises Citizens to Leave Ebola-Hit Countries*)

'Now that we've been working in the CL3 lab, we can now be proactive,' said lead researcher Fiona Hunter, a medical and veterinary entomologist who specializes in mosquitoes and other biting insects. (Ubelacker, Sheryl. « Canadian scientists testing Zika to see if virus can infect native mosquitoes », *Canadian Press*, 19 février 2016)

Or, de nombreux commentaires dénoncent aussi ses incompétences:

Internaute: '...Too many people are dying from common, treatable surgical conditions, researcher says...' And many of them are in Canada! After all, when hospitals have strict BUDGETS for patient care, you surely can't expect that every single potential case will be treated! But yet, the 'free' health care system plaguing Canadian is STILL protected as a monopoly (in most provinces). Sad. (Commentaire en réponse à l'article: « Safe surgery unavailable to 5 billion people, study finds », *CBC*)

Whether or not sufficient ventilators are in place, hospitals may face another related issue: technicians to operate them and isolation rooms to contain the disease. (Galloway, Gloria & Caroline Alphonso. « Updated H1N1 statistics hard to come by », *Globe and Mail*, 8 juillet 2009)

Internaute: After decades of cost cutting right across the western world... every hospital operates very near maximum capacity, always with waiting lists to balance demand fluctuations. Now toss in a factor of 10 or a 100 increase in demand? Sorry, you're no different from third world. (Commentaire Reddit, fil de discussion *What is the true mortality rate of ebola in a place like Canada or the USA*)

An open letter to the Saskatchewan Health Minister says that the province would not be prepared for a Zika virus type outbreak. (Auteur inconnu. « Open letter to health minister says Sask. not ready for Zika virus related outbreaks », *CBC*, 2 février 2016)

Ces discours qui altérissent de façon opposée une même figure lors d'une même épidémie s'expliquent par l'absence d'un consensus quant à la définition de l'aptitude. Prenant le cas de l'Ebola comme exemple, nous constatons que ce qui est défini comme un succès pour les uns n'est pas interprété ainsi par les autres. Pour certains, l'aptitude est la capacité d'atteindre un risque zéro; pour d'autres, influencés par une logique pragmatiste et par le paradigme de préparation, l'aptitude n'équivaut pas à la neutralisation totale d'une menace, mais à la capacité de la contrôler lorsqu'elle se présente; pour d'autres qui adoptent une perspective humanitaire, l'aptitude est définie comme la capacité d'aider ceux qui sont plus touchés par une épidémie :

Internaute: No one out of the affected area should be allowed in Canada. [...] CLOSE THE BORDERS OF THOSE AFFECTED AREA. [...] I get infected I will sue the government for their negligence and putting my health in danger. (Commentaire en réponse à l'article: « Will Canada avoid the mistakes of Dallas », *CBC*)

And it seems only a matter of time before Ebola pops up within our borders. But some perspective is in order. Even with these worries, Canada remains an island of calm and a beacon of hope compared to almost everywhere else on the planet. [...] Our health-care system generally serves us well, despite its flaws, and is in a good position to handle the Ebola virus and other challenges. (Auteur inconnu. « Canadians should mark Thanksgiving by sharing: Editorial », *Toronto Star*, 12 octobre 2014)

And it all could have been prevented if the world community had built a Centre for Disease Control in Africa to look after this disease. It would also have given work and expertise to Africans and a place for world scientists to go to study the disease instead of transporting it to other countries to investigate. But, no, as usual Africans are discriminated against and ignored until now it is a potential world epidemic. Shame. (Auteur inconnu. « Canada's response to Ebola lacking », *Toronto Star*, 6 octobre 2014)

Bref, le débat sur cet axe d'altérisation ne concerne pas les discours d'altérisation comme tels; le conflit est lié à la fluidité du concept d'aptitude et il relève d'un désaccord sur qui est (in)apte et sur ce que constitue l'(in)aptitude.

7.2 L'(in)docilité

Le film *Carriers* (2009) présente le périple de quatre protagonistes dans un contexte post-apocalyptique créé par une maladie mortelle. Puisque cette maladie est transmise par voie respiratoire, par contact avec les fluides des malades et par des objets de transmission passive, le respect des protocoles sanitaires de contrôle et de prévention d'infection (notamment la désinfection et la protection personnelle) est nécessaire pour se protéger de la maladie. En fait, il est souvent mentionné que « les infectés » (« *the infected* ») ont attrapé la maladie parce qu'ils ont enfreint un protocole. Brian, un des quatre personnages principaux, a donc élaboré trois règles afin de prévenir la maladie : 1) éviter les infectés, 2) désinfecter tout ce qu'ils ont touché dans les dernières 24 heures et 3) abandonner les infectés car ils ne peuvent pas être sauvés. Cependant, sa copine Bobby, présentée d'emblée comme une femme sensible à la souffrance d'autrui, humanise les personnes infectées. Ainsi, lorsque le groupe rencontre un père et sa jeune fille malade, Bobby convainc ses pairs de les accepter dans leur voiture en dépit des protestations de Brian. Ils placent les deux nouveaux passagers sur le siège arrière, qui est transformé en zone d'isolement à l'aide d'un plastique qui les sépare des autres passagers. Lorsque Bobby et la fillette sont seules dans la voiture, cette dernière éprouve soudainement une détresse respiratoire. Bobby déchire le plastique, brisant la zone d'isolement afin de lui venir en aide. Ce faisant, elle reçoit son sang sur le visage. Elle se nettoie rapidement et le garde secret. Or, elle devient infectée à l'insu du groupe et propage la maladie à Brian, qui l'accuse ensuite de ne pas avoir suivi ses consignes. Cette péripétie illustre un autre axe d'altérisation socialement acceptable, celui relatif à la docilité et basé sur l'importance de l'acte responsable et de l'obéissance aux règles.

L'altérisation axée sur la docilité s'appuie sur le postulat que seule la conformité aux comportements prescrits par des experts peut minimiser le risque de contagion:

Many relief organizations have overestimated the risks of Ebola. Of the hundreds of volunteers who have worked for Médecins sans frontières (Doctors Without Borders) in Ebola treatment centres in Africa, only one has caught the virus. The best-run Ebola treatment centres, in fact, are considered among the safest places in Liberia, since so many safety measures are in place.

‘You can really control your own risk here,’ Mr. [Sean] Casey[, the Ebola emergency response director at the IMC] said. ‘If you follow the standards and wash your hands, you can be safe here. The odds are really good that nothing is going to happen.’ (York, Geoffrey. « Only a few aid agencies willing to help fight Ebola in Africa », *Toronto Star*, 3 octobre 2014)

Cette idée que la survie dépend de l’obéissance à des règles est influencée par le concept de discipline (Foucault, 1975). Selon Foucault (1975, 1976), la discipline se traduit par des régulations « anatomo-politiques » qui ciblent des corps individuels et qui visent leur dressage et leur réalignement afin de maximiser leur efficacité. L’axe d’altérisation fondé sur la docilité traduit l’importance sociale persistante de la discipline. En effet, ces discours d’altérisation privilégient la conformité à une règle comportementale prescrite par les autorités. Il est souhaité que le corps, sa répartition dans l’espace, ses habits (de protection) et ses pratiques quotidiennes soient conformes aux prescriptions des autorités sanitaires. La valorisation de cette obéissance traduit le souhait que tous agissent en fonction d’un ordre afin qu’on puisse prédire les actions des uns et des autres. On postule qu’on ne peut survivre aux épidémies qu’en limitant son autonomie personnelle (Lynteris, 2016).

L’autonomie n’est cependant pas catégoriquement rejetée ou critiquée dans les discours sur les éclosions de maladies (ré)émergentes. En fait, l’autonomie et la responsabilité de l’individu sont interpellées; il est incité à être responsable en adhérant par lui-même aux normes et aux règles prescrites, en gérant des risques et en protégeant sa santé et celle d’autrui. Les normes sociales d’autonomie, d’initiative personnelle et de responsabilité individuelle qui caractérisent la normativité sociale contemporaine (Ehrenberg, 1998; Moreau, 2009; Otero, 2003) ne s’articulent donc pas librement, de façon incontrôlée; plutôt, si l’acte autonome est privilégiée, il doit servir à

la discipline en étant congruent avec les prescriptions des autorités. Autrement dit, le procédé disciplinaire se caractérise par l'intériorisation des prescriptions et des exigences autoritaires, qui sont ensuite reproduites de façon autonome par un soi responsable. La valorisation sociétale de la discipline est illustrée dans l'accusation de la figure de l'indocile alors que l'importance de l'autonomie disciplinaire est constatée dans la célébration de la figure du docile.

7.2.1 L'indocile, indiscipliné

Les discours d'altérisation fondés sur la docilité produisent une figure d'indocile. Elle renvoie aux individus dont les comportements sont insuffisamment disciplinés; ceux qui ne suivent pas les protocoles ou les prescriptions des autorités sanitaires, ceux qui sont violents, ceux qui ont de mauvais comportements hygiéniques, ceux qui ont des pratiques culturelles ou sociales indésirables et ceux qui prônent ou prennent des « faux traitements ». Cet axe se caractérise par des modalités discursives qui altérisent pour des mauvais comportements de santé qui rendent malades ou qui propagent la maladie:

Chez les Inuits du Nunavut, les taux de comportements qui nuisent à la santé, comme le tabagisme, sont plus élevés que chez les autres Canadiens. (Weber, Bob. « La tuberculose chez les Inuits est un problème national, dit un journal médical », *La presse canadienne*, Radio-Canada, 14 février 2011)

Après avoir été hospitalisé aux soins intensifs, il a été transféré dans un centre spécialisé à Montréal, où il est mort dimanche. Selon la Direction de la santé publique, l'homme souffrait d'asthme²⁹ et il n'aurait pas reçu le vaccin. (Auteur inconnu. « Une nouvelle victime en Mauricie », *Radio-Canada*, 11 mai 2010)

Ce faisant, c'est surtout le risque que posent les « indociles » à autrui qui justifie leur accusation. Le problème principal n'est pas l'individu qui s'expose lui-même à des risques; plutôt

²⁹ Des conditions médicales sous-jacentes, dont l'asthme, augmentent les risques de complications et de décès liés à l'H1N1. Ainsi, les personnes qui ont des problèmes de santé chroniques étaient prioritaires dans la campagne de vaccination et fortement encouragées à recevoir le vaccin.

la critique se justifie par le fait que s'il contracte la maladie, il peut ensuite la propager dans ses interactions qui ont lieu dans un monde interconnecté:

Thirty-five-year-old John Lyrstis has tuberculosis. *Prosecutors say he has refused repeatedly to report for medical appointments, or take his medication. Lyrstis has been charged with being a common nuisance.* [...] If Lyrstis is convicted, he faces a maximum sentence of two years. (Auteur inconnu. « Nfld- Tuberculosis -Threat », *Canadian press*, 13 décembre 2001, nous soulignons)

It seems probable that, despite knowing that 6,000 or more Canadians might be prevented from dying and tens of thousands more prevented from having serious illness, *people will concentrate on their own individual risks, with many choosing to remain unvaccinated. This places individuals at risk but also friends, family and loved ones and those who are unable to be vaccinated for one reason or another.* (Parry, Vivienne. « H1N1 / 6,000 Deaths / The Pandemic is Here », *Globe and Mail*, 20 juin 2009, nous soulignons)

Au Nigéria, les autorités ont confirmé un dix-septième cas, le troisième à Port Harcourt, centre pétrolier où *le virus a été acheminé par un homme qui a lui aussi échappé aux mesures de quarantaine mises en œuvre à Lagos*, première ville du pays touchée par la maladie le 20 juillet dernier. (Auteur inconnu. « La Banque mondiale critique l'insuffisance de réaction face à l'Ebola », *Radio-Canada*, 1er septembre 2014, nous soulignons)

I don't really care if someone willingly goes there [Brazil] and gets sick. That's their problem. But if going there means this illness comes to Canada when everyone returns that's a whole different issue isn't it? (Commentaire en réponse à l'article: « Re-examine Zika risk of Rio Olympics, WHO asks experts », *CBC*)

La figure de l'indocile renvoie habituellement aux habitants des pays touchés par une maladie (surtout ceux du Sud global) qui résistent aux protocoles des autorités sanitaires :

Cristina had been sick with pneumonia-like symptoms for three months. She kept putting off going to the doctor, hoping that she could cure her illness with herbal treatments at home. [...] Eventually when she was 'nearly dead', she says, she went to the doctor who diagnosed her with tuberculosis (TB) and transferred her to hospital in Chisinau. She then spent 6 weeks in the TB ward before she was eventually diagnosed with multidrug-resistant TB (MDR-TB). (OMS. *Faster diagnosis key to finding drug-resistant tuberculosis in the Republic of Moldova*, mars 2014, nous soulignons)

Internaute: [...] [T]he major cause of the spreading of the epidemic has been the fear or refusal of Africans to present themselves for treatment because there were rumours that western doctors were harvesting organs. Those who got sick fled and hid and infected more people instead of being quarantined. Those on the front lines of this epidemic have been assaulted and beaten and infected patients have been 'freed' from quarantine areas (Commentaire en réponse à l'article: « Will Canada avoid the

mistakes of Dallas », *CBC*)

Cubans frequently claim allergies or asthma to put off fumigation crews composed of public health workers and teenagers completing obligatory military service. Unwilling to force homeowners to let them in, the crews often mark the residence as fumigated and move on to the next house or apartment. (Rodriguez, Andrea. « Cuba throws soldiers into battle against Zika virus », *Canadian Press*, 24 février 2016)

À cet égard, l'agressivité et la violence d'habitants des pays du Sud global sont décrites:

The violence in the West Point slum occurred late Saturday and was led by residents angry that patients were brought from other parts of the capital to the holding centre, Tolbert Nyenswah, assistant health minister, said Sunday. [...] 'All between the houses you could see people fleeing with items looted from the patients,' the [police] official said, adding that he now feared 'the whole of West Point will be infected.' Some of the looted items were visibly stained with blood, vomit and excrement, said Richard Kieh, who lives in the area. (Auteur inconnu. « Ebola clinic looted by Liberia slum residents », *CBC*, 17 août 2014)

Des images diffusées par les médias lors des épidémies d'Ebola et du Zika présentent des scènes où des forces policières et militaires circulent dans la sphère publique (images 14 et 15), ce qui a pour effet de représenter les habitants de pays en Afrique de l'Ouest et du Brésil comme des personnes potentiellement agressives et violentes, dont les comportements doivent être maîtrisés:

Image 14. Forces armées devant une foule (Auteur inconnu, 2014a)



Image 15. Présence militaire dans la rue (Agecoutay, 2016)



L'accent est surtout placé sur les actes violents commis par des habitants du Sud global à l'encontre des professionnels de la santé occidentaux qui veulent les aider, ce qui amplifie l'horreur associée à ces comportements indociles:

Les événements ont eu lieu quand M. Sebastian-Rosales [un immigrant péruvien] a été impliqué dans un accident d'automobile alors qu'il était en état d'ébriété. Lors de son transport vers l'hôpital, *quand l'ambulancier Dionne a tenté de lui prodiguer certains soins, il a craché en sa direction*. Après avoir appris que le jeune homme était tuberculeux, l'ambulancier a pris peur. Il a craint d'avoir été contaminé et a porté plainte. Des accusations de voies de fait ont alors été portées. (Parent, Rollande. « Le réfugié Victor Rosales reconnaît avoir craché sur un ambulancier », *La presse canadienne*, 30 janvier 2002, nous soulignons)

À titre d'exemple, au cours des premiers stades critiques de l'épidémie l'an passé, *certain agents de santé ont été attaqués par des villageois* qui ne comprenaient pas comment Ebola se propageait. Ce manque de connaissance et de confiance de la part du public a considérablement freiné les efforts pour enrayer l'épidémie, et a été identifié dès le début comme étant une sérieuse lacune. Même aujourd'hui, les informations erronées sont toujours très répandues, et *les agents de santé se retrouvent encore victimes de violence* dans certaines régions. (Cornish, Stephen. « Trop tôt pour crier victoire dans la lutte contre Ebola: Stephen Cornish de MSF Canada », *Médecins sans frontière*, 24 mars 2015, nous soulignons)

Les habitants de pays du Sud global sont aussi transformés en indociles par des arguments qui soulignent leurs pratiques culturelles. On affirme qu'ils accordent la priorité à « leur culture » et à des « pratiques culturelles », au détriment des comportements sanitaires recommandés par des autorités sanitaires. Ainsi, ils sont altérés pour leurs coutumes, leurs pratiques alimentaires

(image 16), leurs pratiques sexuelles et leurs pratiques de guérison traditionnelles « non médicales »:

Internaute: [...] Hopefully things are slowing down but until the Africans change *their cultural traditions like eating bush meat, burial practices, use of open communal sewers etc*; this just may be the beginning. (Commentaire en réponse à l'article: « Rate of new cases in Liberia slows, WHO says », *CBC*, nous soulignons)

[T]he doctors told me that I had TB and that I had probably been infected by drinking unpasteurized milk or eating raw meat from cattle infected with TB. My first reaction was utter shock: I had no idea that animals could have TB. *Then I started worrying about my community: Maasai tribes have been eating raw meat and drinking blood and blood-milk mixtures from cattle for hundreds of years!* (OMS. *Personnal Stories from TB Survivors: My Journey fighting TB* (4), nous soulignons)

Image 16. Une femme regarde de la viande de brousse (Crow, 2014)



L'annonce mardi d'un cas de transmission de Zika par voie sexuelle au Texas pourrait également poser d'autres problèmes durant le carnaval, connu pour sa promiscuité. Les concours pour savoir qui embrassera le plus de gens sont fréquents et les choses vont souvent plus loin que le simple baiser. (Barchfield, Jenny. « Le virus Zika n'empêchera pas les fans du carnaval de Rio de faire la fête », *La presse canadienne*, 6 février 2016)

Looking back at how the disease started, the first confirmed case in Sierra Leone was a woman, a traditional healer who was going back and forth to and from Guinea. People living across the border are the same people. They don't recognize international boundaries. This healer treated people, became sick and died. [...] And then, her husband died, too. [...] People started to put ropes in their hands to beat off the evil spirits of snakes so that they would not die. (OMS. *Ebola diaries: When youth reported cases in the night*, 2015)

Notons que ces pratiques culturelles étaient déjà critiquées avant les éclosions de maladies et qu'elles sont davantage infériorisées par des discours biosécuritaires et sanitaires lors d'épidémies.

La critique de ces pratiques dites culturelles (alimentaires, sexuelles, médicales) est dès lors justifiée non seulement sur le plan moral mais aussi par la volonté proclamée de protéger la santé publique. On affirme que la santé ne peut être protégée que par des comportements dociles qui se conforment aux prescriptions d'autorités sanitaires et qui s'écartent de ces pratiques culturelles.

7.2.2 Le bon patient

L'altérisation axée sur la docilité produit aussi la figure du bon patient, le « docile ». Le film *28 Days Later* (2002) expose cette figure. Il présente un monde post-apocalyptique où après les ravages d'une épidémie, la majorité de la population est soit décédée, soit transformée en zombie. L'une des protagonistes, Selena, est une femme qui accorde la priorité à la sécurité, qui obéit aux règlements en tuant sans hésitation quiconque est infecté pour protéger sa santé et celle d'autrui.

Dans les discours sur les éclosions de maladies (ré)émergentes, on félicite ceux qui suivent les prescriptions ou les protocoles sanitaires, qui ont de bonnes habitudes sanitaires, qui reconnaissent l'importance de se protéger et qui agissent conformément aux attentes des autorités sanitaires:

In the early afternoon heat outside Alka's TB treatment centre, a community medical assistant explained the reward she feels as her regular patients continue to come and receive their medication. 'I am so happy, because they understand the TB disease,' she said. 'The patients, they take my counseling seriously.' (OMS. *Continuing care for tuberculosis, diabetes and heart patients in earthquake hit Nepal*, mai 2015)

Hockey players are hoarding their water bottles. High fives are being replaced by fist bumps. And communal towels are being eyed extra closely on the bench. (Mick, Hayley. « H1N1 / ANXIETY / STATE OF CONFLUSION. Athletes change their habits in the locker room », *Globe and Mail*, 29 octobre 2009)

Les autorités sanitaires utilisent cette figure du bon patient de façon stratégique, notamment pour interpellier tout un chacun à se responsabiliser afin d'être vigilant, de se surveiller et de protéger sa santé en se conformant à leurs prescriptions. Il s'agit d'une stratégie pour favoriser l'obéissance et l'autonomie disciplinaire:

If you have these symptoms, it does not mean you have XDR-TB. But it does mean you must go and see a doctor for a check-up. If you are already on treatment for TB, and at least some of these symptoms are not improving after a few weeks of medication, you should inform your clinician or nurse. [...] TB patients should be encouraged to follow good cough hygiene, for example, covering their mouths with a handkerchief when they cough, or even, in the early stages of treatment, using a surgical mask, especially when in closed environments with poor ventilation. (OMS. *Questions and answers about extensively drug-resistant tuberculosis (XDR-TB)*, octobre 2016)

En plus d'obtenir le vaccin antigrippal, vous pouvez aussi vous protéger et protéger ceux qui vous entourent de la grippe des façons suivantes :

- lavez-vous les mains fréquemment
- toussiez et éternuez dans le creux de votre bras plutôt que dans votre main
- évitez de vous toucher les yeux, le nez et la bouche avec les mains
- nettoyez et désinfectez les objets et les surfaces touchés par de nombreuses personnes, comme les:
 - poignées de porte
 - téléphones
 - télécommandes
- mangez des aliments sains et faites de l'activité physique afin de conserver un système immunitaire vigoureux
- reposez-vous et dormez beaucoup (Gouvernement du Canada. *Prévention de la grippe (influenza)*)

Cette convergence vers le modèle du bon patient est aussi encouragée par des discours qui affirment que des individus ordinaires peuvent sauver des vies, dans la mesure où ils mobilisent leur soi autonome de façon responsable pour se conformer aux actes banaux prescrits par les autorités :

The emphasis of the surge operation is on *convincing people to take personal responsibility for bringing this epidemic to an end – to put community before self. Ordinary people can save lives* by calling the hotline to report possible Ebola cases or request a respectful burial. (OMS. *Sierra Leone: Western Area Surge combats Ebola pro-actively*, décembre 2014, nous soulignons)

Hirpessa Geleta, a 42-year old community volunteer, thought that his cousin, Beyera Guta, might have TB. Beyera had been taking antibiotics and some 'special honey' for one month before being diagnosed with TB. He thought he just had a cold. Thanks to Hirpessa's training, Beyera was referred to a health centre for diagnosis and then treated for TB during six months. He has now returned to working as a farmer and supporting his five children. (OMS. *Ethiopia. On the road to ending tuberculosis*, mars 2016)

Cette figure du bon patient docile renvoie surtout aux citoyens qui ne sont pas touchés par la maladie, un sort qui est habituellement expliqué par leur conformité aux prescriptions des autorités sanitaires:

Internaute: well, that's odd. I've got two friends that got H1N1. The rest of us got vaccinated. (Commentaire en réponse à l'article: Rate of new cases in Liberia slows, WHO says, *CBC*)

'I've heard that Zika affects babies, so every time I go to the health unit I ask for abate (an insecticide which comes in small bags, is placed in outdoor washing basins, and is safe for humans and pets), to avoid mosquitoes and risks in our home. Several people have contracted Zika where I live, and I see they have rashes, hives, they itch, and their eyes are red... I believe I don't have it as I don't have fever and I don't feel sick, thank God. [...]' Yudira Esmeralda Cruz Caron, who is expecting her third child, attended her pre-natal care appointment at the National Women's Hospital, San Salvador. (OMS. *Zika Stories – Yudira Esmeralda Cruz Caron, Stories from countries*)

7.2.3 Une reproduction des dynamiques Nord-Sud

Cette altérisation par des discours qui soulignent le niveau de docilité reproduit des dynamiques Nord-Sud avec subtilité et à partir de prétextes a-raciaux. Pour illustrer ce point, prenons les discours sur l'épidémie d'Ebola comme exemple. Nous décrirons le contraste entre la description de la résistance des habitants de pays en Afrique de l'Ouest et celle de l'intervenante humanitaire états-unienne Kaci Hickox.

7.2.3.1 Des habitants indociles

Lorsque les médias et les autorités sanitaires décrivent la résistance des habitants des communautés touchées par l'Ebola en Afrique de l'Ouest, ils mentionnent leurs actes indociles avec peu d'explications:

Residents in the Malian capital say panic over suspected Ebola cases has prompted public demonstrations. [...] [S]everal people were wounded Friday when police tried to disperse the protesters. The crowds were angry over reports that several people suspected of having the deadly disease were being held in isolation in their neighbourhood. (Auteur inconnu. « Three suspected Ebola cases spark panic, protests in Mali », *Toronto Star*, 5 avril 2014)

Plusieurs patients *refusent* de se rendre à des centres d'isolement, *même si* les

responsables affirment que la maladie se transmet uniquement par contact avec des fluides infectés. (Auteur inconnu. « L’Ebola se déplace plus rapidement que les efforts pour le contrôler, dit l’OMS », *La presse canadienne*, 1 août 2014, nous soulignons)

Les comportements de résistance des habitants sont décontextualisés, décrits du point de vue du journaliste et d’intervenants humanitaires occidentaux, mais sans citations ou explications des soi-disant résistants eux-mêmes ni de leurs porte-paroles.

Or, cette résistance aux travailleurs humanitaires internationaux est récurrente sur le plan historique et elle a été notée lors d’éclosions d’Ebola qui ont touché d’autres régions, comme l’Afrique centrale (Hewlett & Hewlett, 2008). Plusieurs anthropologues (Dozon, 2017; Fairhead, 2016; Fribault, 2015; Landry Faye, 2015; Wilkinson & Fairhead, 2017) ont expliqué ces résistances par le contexte sociopolitique. En effet, lors de l’épidémie d’Ebola en 2013-2016, les relations entre les habitants de pays en Afrique de l’Ouest et les humanitaires occidentaux ont fortement varié selon le pays et en fonction de la région de chaque pays. C’est surtout la présence d’intervenants humanitaires français en Guinée – et en particulier en Guinée forestière – qui a mené aux résistances les plus fortes et les plus violentes. Cette réaction peut s’expliquer par le contexte ethnique, politique et historique du pays et de la région (Wilkinson & Fairhead, 2017). Premièrement, cette éclosion d’Ebola a commencé en Guinée forestière, une région où les rites sociaux et religieux prédominants sont souvent stigmatisés par d’autres habitants guinéens. Deuxièmement, la Guinée forestière est depuis longtemps négligée par les autorités nationales et il s’agit d’un site de tensions politiques. En particulier, ses habitants se méfient du président actuel qui a remplacé le Forestier Moussa Dadis Camara. Finalement, la Guinée a une relation tumultueuse avec la France en raison du règne colonial français. D’ailleurs, la Guinée forestière était une région importante pour l’extraction de ressources naturelles et pour les routes de déportation d’esclave. Bref, l’ensemble de ces tensions alimente des doutes quant à la réponse nationale et à l’aide française prodiguée lors d’Ebola.

Compte tenu de ces relations politiques et ethniques houleuses, il n'est pas surprenant que des peurs politisées et des théories de complot aient été exprimées en Guinée et surtout en région forestière (Wilkinson & Fairhead, 2017). Ces interprétations qui ont alimenté les résistances incluait des croyances telles que : « 'The disease was caused by the government to get rid of the opposition'; 'the hospital are collecting blood and body parts to sell to Europe'; 'being admitted to the isolation ward is a death sentence - you never see anyone released other than for burial' » (Lane, Christopher. « Ebola diaries: Doing whatever it takes », *OMS*, 2015). Lorsque contextualisées, ces résistances aux interventions sanitaires ne peuvent pas être réduites à une simple indocilité. Néanmoins, les publications des médias et des autorités sanitaires ont habituellement omis ces explications. Ils ont individualisé les résistances et les ont simplifiées à de « mauvais comportements » de la part d'individus dits irresponsables.

Nous pouvons d'ailleurs tracer un parallèle avec certaines communautés autochtones canadiennes touchées par la tuberculose, qui se méfient des interventions de santé publique canadiennes et qui résistent aux traitements contre la maladie :

Des statistiques montrent qu'entre 1953 et 1961, un total de 5240 Inuits atteints de la tuberculose ont été envoyés dans le sud du Canada, loin de leur famille, afin d'être soignés. [...] Certains Inuits ne sont jamais retournés dans le Nord ou ont perdu le contact avec leur famille. Ces mesures ont laissé un héritage de méfiance et de doute chez les populations nordiques, qui rend encore plus difficile le traitement de l'épidémie actuelle, selon le Dr Stanbrook. (Weber, Bob. « La tuberculose chez les Inuits est un problème national, dit un journal médical », *La presse canadienne*, 14 février 2011)

Cette résistance des communautés autochtones prend appui dans une méfiance héritée des torts qu'elles ont vécus dans les « hôpitaux indiens », les sanatoriums et les écoles résidentielles (Chapitre 3). Il existe donc d'importants points de recoupement entre les dynamiques de résistance lors de l'épidémie d'Ebola et celles associées à la tuberculose puisque dans les deux cas, des groupes résistent surtout à l'administration et à ses systèmes de santé biomédicaux (Dozon, 2017).

En fait, comme illustré par les citations ci-dessous, cette résistance des Autochtones est resituée dans son contexte politique, contrairement aux réticences des habitants en Afrique de l'Ouest:

Internaute: Many of the First Nations men, women and children who were test subjects in these atrocious nutrition and TB vaccine experiments were left forever scarred by the trauma and effects of drug testing (Commentaire Reddit, fil de discussion *Canada denying genocide of NDN – Chief Clearsky – NativeAmerican*)

[L]es moyens entrepris pour lutter contre la maladie dans le passé, comme l'envoi des patients infectés dans le Sud, loin de leur famille, ont laissé un héritage de méfiance et de doute chez les populations nordiques. (Auteur inconnu. « La tuberculose chez les Inuits, un problème majeur », *Radio-Canada*, 14 février 2011)

Avec une telle contextualisation des résistances, les Autochtones ne sont pas transformés en coupables indociles; c'est plutôt le Gouvernement canadien qui est dénoncé. Il est transformé en tyran et il est critiqué pour les torts qu'il a commis et qui mènent à ces résistances. Nous émettons l'hypothèse que cette différence dans les discours qui décrivent la résistance des habitants en Afrique de l'Ouest et celle des Autochtones au Canada s'explique par la proximité des communautés autochtones au soi-Canadien blanc et par la publicisation au Canada des torts qui leur ont été causés (Chapitre 3). De plus, notons que l'héritage culturel de l'Ebola en fait une maladie effrayante (Chapitre 4); elle peut donc susciter des réactions accusatoires plus fortes contre ceux affectés en Afrique de l'Ouest, puisqu'on la craint et qu'on souhaite prévenir son arrivée au Canada. Néanmoins, dans tous les cas, le point final revient à extérioriser la dynamique d'accusation, en diabolisant davantage les figures les plus éloignées du soi-Canadien blanc.

7.2.3.2 L'héroïne parrhèsiastèque

Les résistances de l'humanitaire Kaci Hickox lors de l'épidémie d'Ebola sont interprétées de manière opposée. Elles sont utilisées pour la transformer en activiste qui défend ses droits et ceux d'autres professionnels de la santé, qui lutte contre la stigmatisation, qui résiste à la panique américaine et qui lutte contre la désinformation; sa résistance est source d'héroïsation.

L'histoire de Kaci Hickox a gagné en popularité lorsqu'elle est retournée aux États-Unis après une mission humanitaire en Afrique de l'Ouest. Elle a été la première personne mise en quarantaine obligatoire lorsque certains états ont adopté une politique pour surveiller les professionnels de la santé qui ont offert des soins à des patients d'Ebola en Afrique de l'Ouest. Quoiqu'elle ne présentait aucun symptôme de la maladie et qu'elle avait déclaré n'avoir eu aucun contact non protégé avec un malade, les autorités sanitaires du New Jersey l'ont confinée dans un hôpital contre son gré. Celles du Maine lui ont aussi demandé de se mettre en auto-quarantaine, requête à laquelle elle a refusé de se soumettre parce qu'elle n'avait aucun signe de la maladie et qu'un patient d'Ebola n'est contagieux que lors de la présence de symptômes (Chapitre 3).

Dans la couverture médiatique canadienne de cette saga, certains articles ont mentionné la proximité de Hickox avec le Canada, la décrivant comme une porteuse potentielle qui pose un risque aux Canadiens:

Hickox stepped into the media glare when she returned from treating Ebola patients in Sierra Leone to become subject to a mandatory quarantine in New Jersey. After an uproar, she was released and *travelled nearly 1,000 kilometres to the small town close to the Canadian border* where she lives with her boyfriend. (Bukaty, Robert F. « Kaci Hickox, Maine nurse defying Ebola quarantine, set for standoff with state », *CBC*, 30 octobre 2014, nous soulignons)

Son conjoint et elle [Kaci Hickox] ont maintenant l'intention de quitter la ville de Fort Kent, *sur la frontière entre le Maine et le Nouveau-Brunswick*, pour emménager dans le sud de l'État. (Auteur inconnu. « Ebola : le médecin américain reçoit son congé », *Radio-Canada*, 11 novembre 2014, nous soulignons)

Cependant, plusieurs articles rapportent le point de vue de Kaci Hockox, en mentionnant qu'elle considère que la quarantaine viole ses droits et qu'elle la juge inutile parce qu'elle est asymptomatique :

She has rebelled against the restrictions on her movements, saying that her rights are being violated and that she is no threat to others because she has no symptoms. She tested negative last weekend for Ebola, though it can take days for the virus to reach

detectable levels. (Bukaty, Robert F. « Kaci Hickox, Maine nurse defying Ebola quarantine, set for standoff with state », *CBC*, 30 octobre 2014)

‘I remain appalled by these home quarantine policies that have been forced upon me even though I am in perfectly good health and am feeling strong,’ [Hickox] said. ‘I have been, this entire time, completely symptom-free. I am thankful to be out of the tent in Newark, but I find myself in yet another prison in a different environment.’ (Henry, Ray. « Dallas nurse who had Ebola released », *Toronto Star*, 29 octobre 2014)

Comme illustré dans le dernier extrait, la couverture médiatique de la résistance de Kaci Hickox inclut des citations directes de l’humanitaire, contrairement aux articles de presse qui décrivent la résistance d’habitants en Afrique de l’Ouest. De plus, certains experts témoignent en faveur de Mme Hickox, critiquant les mesures auxquelles elle est soumise. On plaide en sa faveur:

[L]egal experts said there are differences here that could work in Hickox's favour in court: People infected with Ebola are not contagious until they have symptoms, and the virus is not spread through casual contact. [...] President Barack Obama, the nation's top infectious-disease expert and humanitarian groups have warned that overly restrictive measures could cripple the fight against the disease at its source by discouraging volunteers like Hickox from going to West Africa [...]. ‘The volunteers are heroes to the people they help, and they are heroes to our own countries. They should be treated like heroes when they return,’ Samantha Power, U.S. ambassador to the UN, said in Brussels. (Bukaty, Robert F. « Kaci Hickox, Maine nurse defying Ebola quarantine, set for standoff with state », *CBC*, 30 octobre 2014)

Ces quarantaines obligatoires ont valu des critiques sévères au gouverneur du New Jersey, Chris Christie, et à son homologue de l’État de New York, Andrew Cuomo. (Auteur inconnu. « Ebola: l’infirmière américaine menace de poursuivre pour bloquer sa quarantaine », *Radio-Canada*, 29 octobre 2014)

À ce moment, Kaci Hickox aurait pu être transformée en « indocile »; si elle avait testé de façon positive pour l’Ebola, elle aurait pu être diabolisée et présentée comme une « égoïste » qui pose un risque sanitaire. Or, elle a été transformée en une activiste qui gagne son droit à la liberté : « She won the right to be free from quarantine » (Auteur inconnu. « Nurse who defied quarantine attempts after treating Ebola patients is leaving Maine for Oregon », *Canadian press*, 10 mars 2015). On dit qu’elle avait raison, qu’elle est un modèle exemplaire et qu’elle est une actrice de première ligne dans la lutte contre la désinformation sur l’Ebola et contre l’exagération de la peur. Elle est devenue une héroïne de la « parrhèsia » (Foucault, 2016), qui a le « courage de la vérité »

et qui ose tenir tête aux autorités. Bref, alors que l'indocilité de Kaci Hickox justifie son héroïsation, la résistance des habitants en Afrique de l'Ouest est dénoncée, quoiqu'elle pourrait être perçue par certains comme une forme d'activisme et de lutte contre le dispositif colonial; ceux-ci sont plutôt transformés en « dangereux », « violents » et « résistants » qui doivent être disciplinés, faute de quoi ils mettront autrui à risque.

Cette différence dans l'usage de l'axe d'altérisation fondé sur la docilité peut s'expliquer par le rapport au risque de la maladie. Selon cette hypothèse, les résistances d'habitants en Afrique de l'Ouest seraient critiquées parce que l'Ebola y était fortement présente et que leur risque de propagation de la maladie était plus grand; en contrepartie, la résistance de Kaci Hickox n'était pas interprétée ainsi en raison de la quasi-absence de la maladie aux États-Unis et du statut asymptomatique de Mme Hickox. Le peu d'accusations contre Kaci Hickox peut donc s'expliquer par son moindre risque de propagation de la maladie. Or, cette différence dans les discours s'explique aussi par le rapport social et culturel aux personnes concernées. Les figures très lointaines du soi-Canadien qui ressemblent moins aux Canadiens blancs (les personnes en Afrique de l'Ouest) sont infériorisées et critiquées par des discours qui décontextualisent et simplifient leurs résistances. En contraste, les actes des Autochtones (qui sont plus près du soi-Canadien blanc) sont contextualisés à la lumière de problèmes structurels, ce qui mène à une critique des autorités nationales. Quant à l'infirmière Kaci Hickox, qui se rapproche encore plus du corps canadien blanc parce qu'elle est blanche et états-unienne, son indocilité est réinterprétée en matière d'héroïsme. Nous pouvons nous demander ce qu'on aurait dit de Mme Hickox si elle était noire et immigrante: serait-elle devenue une héroïne parrhèsiastèque ou l'aurait-on accusée par des discours qui soulignent son irresponsabilité et qui proclament la chance qu'on a eue (Adeyanju, 2010) qu'elle ne soit pas porteuse de la maladie?

En résumé, la docilité permet d'altérer des figures racisées de façon acceptable. Cet axe justifie leur altération par des prétextes a-raciaux. Tout se passe comme si on altérait de façon juste et raisonnable puisque l'accent est mis sur des comportements qui sont objectivement « mauvais » parce qu'ils sont déviants, parce qu'ils mettent autrui à risque et parce qu'ils nuisent au contrôle de la maladie. Néanmoins, des dynamiques raciales persistent; l'altération varie considérablement selon l'appartenance nationale et culturelle des individus ciblés, comme l'illustre la sur-infériorisation des habitants de pays du Sud global pour leur indocilité, mais aussi la décontextualisation de leur résistance qui justifie ensuite leur accusation.

7.3 La (dé)raison

Contagion (2011) est présenté comme l'un des films de fiction sur les épidémies les plus réalistes. On n'y retrouve ni zombies, ni soldat tyran, ni élites ayant fabriqué le virus. Le schéma narratif ressemble d'ailleurs au récit des épidémies du SRAS (2003) et du H1N1 (2009) qui ont éclos quelques années avant la sortie du film; le public est invité à suivre l'évolution d'une nouvelle maladie que les experts en santé publique tentent de contrôler. Le film présente notamment les péripéties vécues par des autorités sanitaires qui veulent fabriquer un vaccin. Dans ce film, un méchant est Alan Krumwiede, un journaliste-blogueur complotiste. Selon Krumwiede, les autorités sanitaires camouflent l'efficacité d'un dérivé d'arbustes *Forsythia*, qui permet de guérir la maladie. Il cautionne aussi le public contre les dangers du vaccin. Bon nombre d'adeptes croient en ce faux traitement, ce qui mène à des cambriolages de pharmacies par des citoyens en quête du produit, puis à des émeutes lorsque le traitement naturel n'est plus disponible. Il est d'ailleurs mentionné que Krumwiede tire profit de ses blogues. Ultimement, il est accusé de mettre autrui à risque en propageant des faussetés:

What we do know is that in order to become sick, you have to first come in contact with a sick person or something that they touched. In order to get scared, all you have to do is come into contact with a rumor, or the television, or the Internet. I think that what Mr Krumwiede is spreading is far more dangerous than the disease. (Dr Ellis Cheever, un représentant des autorités sanitaires)

Krumwiede est emprisonné pour complot et fraude sécuritaire, mais le public amasse 12 millions de dollars pour défrayer les coûts de sa mise en liberté sous caution.

Dans la scène d'ouverture du film *28 Weeks Later* (2007), lorsque des zombies entrent dans une maison où se cachaient plusieurs personnes, Don s'échappe avec ses enfants, abandonnant par la même occasion son épouse qu'il laisse derrière lui par peur. Il ment ensuite à ses enfants, en insinuant qu'il l'a vue se transformer en zombie après une morsure. Don est ainsi présenté comme un homme apeuré et menteur. Plus tard, sa femme est retrouvée vivante. On apprend qu'elle a une immunité naturelle contre la maladie et qu'elle en est une porteuse asymptomatique. À ce moment, elle embrasse Don et lui transmet la maladie. Il devient le patient zéro d'une deuxième vague de l'épidémie de zombies. Notons d'ailleurs, qu'il ne fait pas que devenir un zombie au même titre que tous les autres; il devient plutôt le méchant ultime, un super zombie récurrent qu'on voit réapparaître à plusieurs reprises dans le film, dans diverses localités.

Ces deux personnages, Alan Krumwiede et Don, illustrent bien le dernier axe d'altérisation, d'ailleurs le plus privilégié et le plus important: celui fondé sur la raison. Il est caractérisé par des modalités discursives qui soulignent des dichotomies entre des bonnes et des mauvaises croyances, entre le bon et le mauvais raisonnement, entre l'objectivité et la subjectivité, entre la vérité et les faussetés et entre la logique et l'émotion. Cet axe est constitué de discours qui altérisent des individus ou des groupes pour leur logique, leur raison, leurs savoirs, leurs connaissances et leurs émotions.

7.3.1. Le déraisonnable

Tout d'abord, cet axe d'altérisation inclut des discours qui affirment la mauvaise raison d'individus, les transformant ainsi en « déraisonnables ». Le déraisonnable a de mauvaises croyances, il propage des faussetés et il n'agit pas de façon dite logique :

Internaute: I was pointing out GSK's inclination to misinform and lie by citing examples of where they have done it in the past; and that it appears to be a pattern amongst Big-Pharm, in general (misinformation, that is). (Commentaire Reddit, fil de discussion *Guess who's making H1N1 vaccines for Canada*)

The Zika virus, some Brazilians are convinced, is the inadvertent creation of a British biotech company that has been releasing genetically modified mosquitoes to combat dengue fever in Brazil. Others here and elsewhere see it as a plot by global elites to depopulate the Earth and install a 'one-world government.' And after a group of Argentine doctors asserted that a larvicide, not the mosquito-borne Zika virus, was to blame for a surge in cases of the birth defect known as microcephaly, Brazil's southernmost state went so far over the weekend as to ban the use of the larvicide in its drinking water - even though scientists and health officials insist there is no such link. Like Zika itself, rumours about the chemical have replicated with viral ferocity through social media and word of mouth, frustrating the Brazilian authorities as they grapple with a poorly understood pathogen whose origins and implications are still something of a mystery. (Jacobs, Andrew. « Zika outbreak's new threat: rumours; Officials scramble to debunk conspiracy theories and gossip running rampant in suspicious Brazil », *Toronto Star*, 18 février 2016)

Dans cette optique, l'appellation « complotiste » est parfois utilisée pour altérer un individu en invalidant ses propos:

Internaute: So is it Monsanto, vaccines or the Illuminati that is causing Zika and microcephaly? I can't follow all your conspiracies (Commentaire en réponse à l'article: « Entomologists gather in Brazil to stop Zika mosquito », *CBC*)

Internaute: Heck we can't even win the war against conspiracy theorists (Commentaire en réponse à l'article: « Entomologists gather in Brazil to stop Zika mosquito », *CBC*)

Le déraisonnable est aussi altéré par les étiquettes d'« ignorant » et de « non éduqué »:

Le virus se répand rapidement entre autres à cause d'une certaine *ignorance*, explique MSF. 'Les habitants continuent d'être effrayés par cette maladie qui est totalement inconnue dans la région, et ils restent méfiants à l'égard des structures de santé', dit l'organisme. (Auteur inconnu. « Réunion d'urgence pour lutter contre le virus Ebola », *Radio-Canada*, 28 juin 2014)

To make the situation even worse, *illiteracy* has hampered the efforts to educate people

about disease prevention. (York, Geoffrey. « Ebola is a warning sign of a much bigger crisis; The Ebola outbreak in Western Africa is the result of dysfunctional governments and broken health-care systems », *Globe and Mail*, 22 août 2014)

Bref, le déraisonnable s'écarte des discours de la science, des médecins et des autorités sanitaires:

Agriculture Minister Gerry Ritz told Parliament yesterday that China was 'operating outside of sound science' in banning Alberta pork and might take the matter to the World Trade Organization. (Schiller, Bill. China defends Canadians' quarantine; Beijing prevents direct contact with consular officials, vows to keep ban on Alberta pork, *Toronto Star*, 6 mai 2009)

Internaute: 'The conclusion isn't based on a single piece of conclusive proof of a connection.' There you have it, the CDC no longer works with science and instead uses gut feelings and social hysteria. (Commentaire en réponse à l'article: Zika confirmed as a cause of microcephaly, *CBC*)

7.3.2 Le « pasteur »

Cet axe d'altérisation produit aussi des figures héroïques, louées pour leur raison. Dans cette optique, le film *World War Z* (2013) présente un monde post-apocalyptique pendant une pandémie de zombies. On suit les aventures de Gerry, un ancien employé de l'ONU, qui accepte de s'impliquer dans une mission pour trouver la source de l'éclosion. Dans ce film, Jérusalem est présentée de façon favorable. Elle semble être l'une des seules grandes villes au monde qui a pu se protéger contre l'éclosion de zombies, un succès expliqué par le bon raisonnement de ses dirigeants, qui ont cru les autorités sanitaires lorsqu'elles ont annoncé l'éclosion de zombies. Un leader de Jérusalem explique que d'autres dirigeants ont pensé que la déclaration de la pandémie était « *a cover for something else* ». Ce film critique ainsi ceux qui renient un problème et qui réfutent les discours véhiculés par les autorités; il souligne que ceux qui adhèrent à la vérité transmise par les autorités pourront se protéger de l'épidémie et la contrôler.

Dans les quatre épidémies étudiées, des individus sont héroïsés pour leur bon raisonnement, leurs bonnes croyances, leur pragmatisme, leur réflexivité, leur taux de scolarisation et leur capacité à surpasser leurs émotions (peur, deuil) en opérant à partir d'une logique « pure ». Ceux

qui croient les experts et les données scientifiques, qui transmettent des informations médicales factuelles et qui démystifient des fausses croyances sont héroïsés en devenant « pasteurs » :

Overall, I think the Star struck the right balance in providing authoritative, essential information, advising vigilance and cautioning against overreaction. As one letter writer wrote: The Star ‘refrained from the pull-your-hair-out-and-run-screaming reportage.’ (Auteur inconnu. « When coverage goes viral », *Toronto Star*, 9 mai 2009)

In several countries across West Africa, local Red Cross volunteers have been mobilized to help disseminate information in their community, to share facts and dispel myths about Ebola. (Croix-Rouge canadienne. *Fight Ebola by spreading facts, not fears*)

Les autorités sanitaires encouragent d’ailleurs la conformité à cette figure du pasteur :

There is certainly a lot of disinformation around about vaccines, about safety, about regimen and *I can only encourage everybody and you [journalists], who are responsible and whose main function is to advise and to inform the public, to look at our website.* (OMS, *Transcription de la conférence de presse virtuelle avec Gregory Hartl et Dre Marie-Paule Kieny*, 30 octobre 2009, mis à jour le 2 novembre 2009, nous soulignons)

Vous pouvez aider la lutte contre l’épidémie de plusieurs manières notamment en relayant les bonnes informations, en faisant un don au fonds Ebola en Afrique de l’Ouest ou en joignant nos équipes sur le terrain si vous êtes un travailleur humanitaire ou un professionnel de la santé qualifié. (Croix-Rouge canadienne. *Vous n’avez probablement pas le virus Ebola si...*, 26 janvier 2015, nous soulignons)

Parmi les individus-pasteurs, pensons aux survivants d’une maladie qui s’impliquent ensuite dans la réponse contre l’épidémie en devenant porte-paroles des autorités sanitaires et en éduquant des populations « déraisonnables » du Sud global:

When I completed my TB treatment and was fully recovered, I decided to become a volunteer and went every day to the DOTs centre to cultivate the garden. After some time I was asked to become a DOTs centre supporter and for the past two years I have been helping TB patients with periodical house-to-house visits, to ensure that they complete their treatment. I also educate family members and their communities on TB. (OMS. *Personal Stories from TB Survivors: My Journey Fighting TB* (5), octobre 2017)

Mohamed and Zena are two survivors of the Ebola outbreak in Guinea who have taken on a new role as informal Ebola Ambassadors, working with community groups to show that the disease can be prevented if people take recommended precautions. [...] Zena and Mohamed work in their communities, going from place to place to talk to people, families, relatives of the ill and others about Ebola. [...] Mohamed and Zena

give talks about what Ebola is, how to prevent infections and emphasize that people who go to health centres can survive. They are living examples. (OMS. *Guinea: Life after Ebola has new meaning for 2 survivors now helping others*, juillet 2014)

7.3.3 La peur irrationnelle

Dans cet axe d'altérisation, le rapport à l'émotion est un argument important. On altérise ceux qui sont trop influencés par des sentiments ou des émotions, et donc insuffisamment axés sur la logique. Cette dynamique est illustrée par la couverture médiatique de Fatu Kekula pendant l'épidémie d'Ebola:

In August, Kekula's father, Moses, mother, Victoria, sister Vivienne and a young cousin, Alfred Wennie, 14, who had been taken in by the Kekulas as a foster child, all fell desperately ill with Ebola. Every day, Kekula said, she called for an ambulance and begged for help. For more than two weeks, none came. [...] She set up a makeshift isolation centre in an unfinished room outside the house. She bought raincoats, rain boots, chlorine and other supplies. Then she went to work. When she entered her father's treatment room she put on socks, plastic bags donned like waders, rain boots, four sets of gloves, a coat, a mask and a plastic bag over her hair. Carefully, she put in an intravenous drip. She poured liquids down his throat, drop by drop. She gave him blood pressure medicine, antibiotics, analgesics for his fever and headache. She even gave him an antiretroviral medicine normally used to save the lives of AIDS patients. [...] A week later, just as he was beginning to show signs of improvement, his wife became sick. Then the disease struck Vivienne and Alfred, the cousin, who had been sent to live with them by his father, a farmer. Kekula went through four boxes of surgical gloves and bags of raincoats. When she took off the clothing, she had to shrug it off carefully to avoid touching the exterior. She sprayed copiously with chlorinated water. She carefully burned all the waste. (Dixon, Robyn. « She battled Ebola - with garbage bags and raincoats », *Toronto Star*, 18 octobre 2014)

Cette femme aurait pu être qualifiée d'héroïne parce qu'elle a prodigué des soins à ses proches tout en adoptant des mesures de prévention d'infection. Or, ce même article l'accuse d'être irresponsable *parce qu'*aveuglée par le deuil:

Doctors were horrified. [...] They called, *urging her to be sensible*. [...] *Kekula's story is testament to the grief and confusion family members feel* when urged by authorities and health workers not to touch sick family members. *Most go into denial and treat them anyway, without taking precautions* (Dixon, Robyn. « She battled Ebola - with garbage bags and raincoats », *Toronto Star*, 18 octobre 2014, nous soulignons)

Le journaliste appose une émotion à Fatu Kekula et l'utilise ensuite comme stratégie d'altérisation pour critiquer ses pratiques. Il est d'autant plus curieux que la dernière phrase, qui accuse Kekula de ne pas avoir pris de précautions, se situe à la fin d'un article qui a décrit les diverses mesures qu'elle a prises, dont la construction d'une zone d'isolement et l'utilisation de l'équipement de protection personnelle qu'elle possédait.

La peur est le sentiment le plus fréquemment évoqué pour altérer. Elle est utilisée pour diviser ceux « qui gèrent bien leurs soucis » de ceux « dominés par leurs préoccupations » (de Courville Nicol, 2006, p.147): « The virus has been cloaked in fear and rumours for so long that many Guineans were afraid the vaccine could spread the virus. » (York, Geoffrey. « Congo to consider Canadian Ebola vaccine », *Globe and Mail*, 13 mai 2017) Selon Fabre (1998), la peur peut être une réaction positive, surtout lorsqu'elle est symptomatique de la reconnaissance d'un danger réel. Or, très peu de textes conçoivent la peur avec une telle nuance. Seuls quelques-uns affirment qu'elle est une réaction normale aux épidémies:

There's a historical cause for people to worry. Flu pandemics have been occurring with some regularity since at least the 1500s, but the frame of reference for health officials is the catastrophe of 1918-19. That one killed an estimated 20 million to 50 million people worldwide. (Stobbe, Mike. « Too soon to tell if flu becomes a pandemic », *Toronto Star*, 27 avril 2009)

It seems there's always something new and potentially deadly to worry about, from SARS to Ebola to new strains of swine flu. What's going on - and how worried should we be? [...] In the Arctic, smallpox or measles used to wipe out whole communities, and we never even knew about it. Now, almost every possible threat is documented and its progress tracked in real time - showing up on our social media feeds and in newspapers. (Banerji, Anna. « Virus threats familiar foes to humans », *Toronto Star*, 15 août 2016)

La réaction dominante est la diabolisation de la peur. Un accent est placé sur ses conséquences:

Meantime, some of us are wondering whether it's time to stockpile food again, in case we're quarantined, or whether we should go find some masks and Tamiflu. And now

we're told that swine flu - or rather, the fear of swine flu - will make the world economy even worse. 'The impact could be absolutely devastating,' one business reporter warned. If we all get scared and stay home, everybody loses. (Wente, Margaret. « Pandemic panic attack », *Globe and Mail*, 30 avril 2009)

The panic itself was another matter. It is possible that the public hysteria was more damaging, on these shores, than the thing we were hysterical about. (Saunders, Doug. « When panic is the greater harm », *Globe and Mail*, 11 avril 2015)

La peur est perçue comme irrationnelle, habituellement exagérée, ne reflétant pas la menace réelle :

These outbreaks – SARS, H1N1 and now Ebola – follow a predictable pattern: At the outset, there is little information and ample speculation, and that generates worry; then there is a measure of panic and even hysteria, most of it driven by those exploiting the fear; then the reality sets in and we get around to writing about the fact that panic is unwarranted. The final stage is the realization that there were, once again, excesses, and there are lessons to be learned, especially about how we measure and communicate risk. (Picard, André. « Don't panic: There's no North American Ebola outbreak », *Globe and Mail*, 20 octobre 2014)

Ottawa was on the front lines of freaking out: Immigration Minister Chris Alexander, acting against the advice of the WHO, banned entry to Canada for any Africans from three affected countries (the ban remains in effect). South of the border, panic leapt into absurdity with big-name politicians calling for total bans on Africans and even Mexicans entering the United States. And now we all feel a little embarrassed. [...] Rather than being the 'global pandemic' of TV-news headlines, the outbreak showed that the world's health systems are mostly robust, resilient and successful. (Saunders, Doug. « When panic is the greater harm », *Globe and Mail*, 11 avril 2015)

Par ailleurs, on croit parfois que la peur est un sentiment fabriqué, comme en témoigne l'usage diffus des concepts de « panique morale » (Cohen, 2002), de « *fearmongering* » et de « *scaremongering* »:

Internaute: Ah yes. Let the fear mongering begin. (Commentaire Reddit, fil de discussion *First Case of Zika Confirmed in Canada*)

Internaute: [T]he scaremongers in the press and on-line [...] operate on a different set of princip[les]. They seek to incite and alarm through false statement. (Commentaire Reddit, fil de discussion *Hong Kong And Canada Ebola Cases Prove Negative*)

Plus précisément, on considère que la peur peut être incitée par des élites. On croit qu'elles se servent de la peur pour contrôler la population en la maintenant docile ou en l'incitant à acheter certains produits:

Les craintes engendrées par le virus de la grippe A(H1N1) peuvent faire gagner de

l'argent à certains entrepreneurs ou propriétaires de sites Internet qui se saisissent de l'occasion pour lancer de nouveaux produits ou faire la promotion de ceux déjà présents sur le marché. [...] Par exemple, une entreprise fait la promotion d'un nouveau masque respiratoire 'à la mode' qui protégerait les individus contre la grippe A(H1N1), tandis qu'une autre tente de vendre un désinfectant pour les mains qui, selon elle, serait capable de 'tuer' le virus. Un site Internet, Swine Flu Cure, propose même un 'remède universel', vendu 19,99\$ la dose. (La Rose, Lauren. « Des entreprises profitent de la grippe A (H1N1) pour promouvoir des produits », *La presse canadienne*, 2 mai 2009)

But there are merchants of fear – politicians, corporations, activists and media – who exploit and magnify that irrational fear. And that is how you get the hysteria we are seeing today – at least in the virtual world. (Picard, André. « Don't panic: There's no North American Ebola outbreak », *Globe and Mail*, 29 octobre 2014)

Ainsi, dit-on, les individus lambda doivent déconstruire leur peur, se distancier de leurs réactions émotionnelles et les analyser objectivement afin de déterminer ce qui est justifié et ce qui ne l'est pas parce que la peur est souvent le résultat soit d'impositions extérieures (fabrique de la peur par les élites), soit de pulsions internes irrationnelles et non contrôlées. En effet, l'altérisation par des discours qui évoquent la peur est fondée sur l'idée que les humains ont une vie intérieure menaçante qui doit être maîtrisée (de Courville Nicol, 2004, 2006). On croit que la peur est une source d'oppression et un sentiment qu'il faut surveiller et conquérir (de Courville Nicol, 2004). On soutient qu'il faut craindre la peur; une peur saine est dirigée à l'encontre de la peur elle-même :

What does seem to be true, according to early statistics, is that this particular strain is harder on people in the prime of their lives. Common flu strains tend to hit the very young and very old. In that sense, the real novelty of this novel H1N1 strain may be that it is killing the wrong people. [...] *What's more unnerving, however, is the level of hype surrounding this flu virus, hype that at times comes dangerously close to hysteria.* (Walkom, Thomas. « Facts don't back up flu fears », *Toronto Star*, 28 October 2009)

For example, one of the critical issues, is that *we do not want people to over-panic* if they hear that we are in a pandemic situation *and that they understand* that the current assessment of the situation is that this is a moderate level [...]. [T]hese are some of the things that we want to make sure, get out there that people are hearing them so that there is not really a blossoming of anxiety. (OMS, *Transcription de la conférence de presse virtuelle avec Dick Thompson et Dr Keiji Fukuda*, 9 June 2009, nous soulignons)

On se méfie donc de la peur : on craint d'avoir trop peur, d'être aveuglé par la peur ou de se faire imposer la peur.

À cet égard, la gestion de la peur est un objectif important du dispositif d'intervention en contexte d'épidémie. L'éducation est présentée comme la clé de voute de ce contrôle. En effet, la peur est souvent conçue comme un sentiment déraisonnable et sa présence est expliquée par l'ignorance, par un faible niveau d'éducation et par des incompréhensions. On suppose donc qu'on peut la combattre par l'éducation, comme si l'accès à la bonne et vraie information annulerait le sentiment :

Every expert in risk communication will tell you that the worst thing you can do when people are panicking is tell them not to panic. Rather, you need to provide information. Facts are the antidote for fear. (Picard, André. « Don't panic: There's no North American Ebola outbreak », *Globe and Mail*, 20 octobre 2014)

The best balm for a panic spiral is to better understand Zika and its risks. (Yang, Jennifer. « Travelling? Here's what you need to know about the Zika risk », *Toronto Star*, 15 mai 2016)

Notons que la méfiance de la peur n'est pas un phénomène nouveau. Au temps de la peste, on disait déjà que la peur faisait des victimes. Dans *A journal of the plague year* qui est paru en 1722, Defoe (2016, p.105, nous soulignons) décrit les dommages causés par la peur de la contagion lors de l'éclosion de la peste de 1665:

A house in Whitechappel was shut up for the sake of one infected maid, who had only spots, not the tokens come out upon her, and recovered; yet these people obtained no liberty to stir, neither for air or exercise, forty days. *Want of breath, fear, anger, vexation and all the other gifts attending such an injurious treatment cast the mistress of the family into a fever*, and visitors came into the house and said it was the plague, though the physicians declared it was not. However, the family were obliged to begin their quarantine anew on the report of the visitors or examiner, though their former quarantine wanted but a few days of being finished. This oppressed them so with anger and grief, as, as before, straitened them also so much as to room, and for want of breathing and free air, that most of the family fell sick [...] *and all or most of them died, not of the plague as really upon them before, but of the plague that those people brought them.*

Pendant cette éclosion, des interventions voulaient minimiser la peur pour éviter les paniques, les fuites et les exodes (Fabre, 1998).

Somme toute, la peur de la peur peut inciter un gouvernement de soi. Selon de Courville Nicol (2006, p.145-146), « [d]ans la logique (néo)libérale, la liberté est le fruit de la contrainte et de la peur. Elle dépend du fait que les individus se surveillent et sont surveillés en fonction d'un périmètre de sécurité qui est aujourd'hui de plus en plus englobant. » Par cette crainte de la peur, les individus deviennent des sujets potentiellement apeurés et potentiellement irrationnels, qui sont appelés à se surveiller et à s'éduquer pour maîtriser leurs croyances, leurs pensées et leurs émotions (de Courville Nicol, 2004, 2006). L'altérisation par la peur permet un gouvernement d'individus, notamment en les incitant à devenir des sujets rationnels et maîtres de leurs réactions.

7.3.4 La raison, clé de voute de l'altérisation contemporaine?

L'altérisation s'effectue depuis longtemps par des discours qui soulignent la (bonne ou mauvaise) raison. Selon Paturet (2007), les étrangers de la cité athénienne étaient altérisés par des propos qui critiquaient leur logique; le barbare, figure d'étrangeté la plus radicale à cette époque, désignait l'individu non civilisé, confus, qui bafouille ou qui est inintelligible. Dans le champ des épidémies, une analyse de la couverture médiatique suisse du H1N1 (Wagner-Egger et al., 2011) fait allusion à cette influence des discours sur la « raison » dans la construction des personnages du héros et du coupable. Cette étude montre que les héros de l'épidémie étaient les médecins et les politiciens parce que le public leur faisait confiance et jugeait qu'ils transmettaient les faits, alors que les médias étaient transformés en coupables parce qu'accusés de diffuser de fausses informations. Notre but est de poursuivre ces réflexions en surlignant non seulement les figures de héros et de coupables produites dans cet axe d'altérisation, mais aussi *les usages* des discours qui abordent la « raison » lors d'épidémies contemporaines. Nous constatons que cet axe d'altérisation

est le plus disséminé, le plus important sur le plan quantitatif (tableau 26) et aucunement remis en cause. Son acceptation sociale semble donc totale.

Tableau 26. Nombre de figures du coupable produites

Figure de coupable	Nombre de publications qui produisent la figure du coupable
Étranger	198
Figure à problème	893
Tyran	1 120
Inapte	972
Indocile	338
Déraisonnable	1 203

Tout d’abord, l’axe d’altérisation de la raison est le plus versatile, ses discours étant dirigés envers les groupes les plus diversifiés. Quiconque peut être qualifié d’irrationnel, d’ignorant, d’illogique et de non-expert. Le Gouvernement canadien, l’OMS, les médias, les compagnies, le grand public, les habitants des pays du Sud global touchés, etc. sont tous altérisés par des discours qui affirment leur mauvaise raison :

Internaute: Whoa whoa there MISTER SCIENTIST the Harper Government cares not for your ‘facts’ and ‘reason’ and ‘logic’ people panicked and that's all the drive any policy needs. See national security for another example. (Commentaire Reddit, fil de discussion *Expert on Canada's Ebola visa ban: ‘There's no scientific sense in this and there's no legal sense in it either.’*)

The Geneva-based WHO has been widely criticized for its response to the Ebola epidemic that has killed more than 11,000 people in Guinea, Liberia and Sierra Leone and for its early assurances that the disease was under control despite repeated warnings to the contrary by the humanitarian group Doctors Without Borders. (Auteur inconnu. « Ebola failings expose need for urgent reform at WHO, panel finds WHO lacks capacity and culture to deliver a full emergency public health response », *CBC*, 7 juillet 2015)

Media coverage of swine flu or H1N1, as the World Health Organization now refers to it, went viral quicker than the flu itself. As one U.S. pundit put it: ‘If as many people had swine flu as those that are covering it, then it would be a pandemic to reckon with.’ Did the worldwide media overreact and sensationalize the global threat of a potentially deadly strain of flu that originated in Mexico and virtually shut down part of that country last month? In covering the possible unfolding of a global pandemic, there's a fine balance to be struck in informing readers and provoking fear. With the benefit of knowing that, for now, this latest flu outbreak has been seemingly contained with a

little more than 200 Canadian cases, it's now worth questioning whether the media's zeal for a prospective pandemic has been overly infectious. (Auteur inconnu. « When coverage goes viral », *Toronto Star*, 9 mai 2009)

Internaute: Put blood sample in leak-proof box. Tape box. Put first box in bigger leak-proof box. Tape bigger box. Disinfect outside of bigger box with 10% bleach solution. Final step: Stop acting like a bunch of irrational babies. There. Problem solved. (Commentaire Reddit, fil de discussion *Ebola diagnosis delayed after Air Canada refuses to transport blood sample*)

Internaute: you are impressively misinformed. (Commentaire en réponse à l'article: « Zika confirmed as a cause of microcephaly, CDC », *CBC*)

Internaute: Pretty much this. There are reasons Ebola spreads like it does in Africa: Poor hygiene across the board. Sub-standard medical care Inability to spread news of outbreaks quickly *General ignorance of the population* (Commentaire Reddit, fil de discussion *Man critically ill in Saskatoon, Canada after travel to Africa: Ebola suspected*, nous soulignons)

De plus, les discours inscrits dans cet axe d'altérisation sont les principaux modes d'infériorisation des figures racisées. Les modalités d'altérisation privilégiées pour critiquer ces figures sont des discours qui soulignent leur mauvaise raison:

Internaute: L'Ebola n'est pas la grippe. Il est dangereux de garder les corps, car l'infection se transmet par les fluides du défunts qui restent infectieux assez longtemps après le décès. Les rites funéraires africains sont propices à la propagation à cause de la proximité avec les décédés, *et les africains sont très réticents face aux équipes médicales par pure superstition. Il est difficile de changer les mentalités et de faire de la préventions de base dans ces pays où se mêlent encore science, éducation et sorcellerie.* (Commentaire en réponse à l'article : « La lutte contre l'Ebola au Libéria minée par la corruption », *Radio-Canada*, nous soulignons)

For a lot of African cultures, if you are unable to explain things, people will attribute it to witchcraft or demons. We had a lot of dialogues, visited communities, set up meetings... It was difficult for people to understand this issue of Ebola, a disease that was killing a lot of people. (Kobie, Aminata. « Ebola diaries: When youth reported cases in the night », *OMS*, 2015)

Pour illustrer ce point, nous analyserons les différences dans l'usage d'une modalité d'altérisation spécifique de l'axe de la raison (celle de la peur) lors de l'épidémie d'Ebola. Cette éclosion est une étude de cas idéale pour entreprendre une analyse comparative des discours sur la peur. En effet, l'expression « *fear-bola* » (Hofman & Au, 2017) a été employée pour souligner qu'une peur internationale (dans des pays du Nord global et du Sud global) de grande ampleur a circulé lors de

cette épidémie. Cette peur est conçue soit comme une réaction « normale », soit comme le produit d'un calcul politique, soit comme une conséquence involontaire des messages de santé publique, comme le fameux « Ebola tue » qui insinue une futilité de l'intervention (Hofman & Au, 2017). Entre autres, nous remarquons des différences dans les façons dont « la peur » est utilisée dans les discours qui décrivent les habitants des communautés touchées en Afrique de l'Ouest et ceux qui décrivent les individus occidentaux.

Tout d'abord, nous constatons que la soi-disant peur irrationnelle des habitants des pays touchés en Afrique de l'Ouest a expliqué leurs comportements indociles et leurs croyances indésirables :

Another interesting community was Mothineh, where a lot of secret burials took place. We spoke to the paramount chief and he talked with the community, but the community denied conducting any secret burials. A social mobilization team, including myself, also met with the same community, and we finally got them to admit that there had been burials. We walked around and they showed us some graves in the bush. *We realized they had truly had a lot of burials, and people were scared.* (Kobie, Aminata. « Ebola diaries : When youth reported cases in the night », OMS, 2015, nous soulignons)

Ici, les gens ont peur. Ils ne connaissent pas le virus Ebola contrairement au choléra qui refait surface lors des inondations annuelles. Ils croient que ce sont les travailleurs humanitaires internationaux comme moi, qui propagent l'épidémie ou que leur gouvernement tente de les tuer. *C'est l'émotion et non la logique qui guide leur processus décisionnel. C'est à nous de trouver les meilleurs moyens de leur faire entendre les arguments logiques* et leur montrer que l'Ebola n'est pas nécessairement une condamnation à mort. L'éducation de la population peut réellement contribuer à arrêter la maladie. (Croix-Rouge canadienne. *Le combat de la logique contre l'émotion dans la lutte contre l'Ebola*, 8 juillet 2014, nous soulignons)

Experts say fear and misunderstanding of Ebola have led many to ignore medical advice, fueling the disease's spread. Some even doubt the disease's existence. (Paye-Layleh, Jonathan. « Liberia's George Weah, world famous soccer star, records song to raise Ebola awareness », *Canadian Press*, 11 août 2014, nous soulignons)

However, during this first-ever Ebola outbreak in West Africa, some people have previously lashed out at health workers, accusing them of bringing the dreaded disease. Others don't believe it exists. *Many villagers in rural Guinea have reacted with fear and panic when outsiders conducted awareness campaigns, and this week such an encounter resulted in deaths.* Six people have been arrested in the killings of eight

people in Guinea who were on an Ebola awareness campaign, the Guinean government said Friday. The team, accompanied by journalists, had gone to the village of Womey on Tuesday. (Roy-Macaulay, Clarence. « Sierra Leone starts Ebola lockdown », *Toronto Star*, 20 septembre 2014, nous soulignons)

De façon semblable, lorsque la peur du personnel de la santé en Afrique de l'Ouest est abordée, elle est utilisée pour expliquer leurs conduites indésirables et certaines faiblesses dans l'infrastructure sanitaire:

In West Africa, cases and deaths continue to surge. Riots are breaking out. Isolation centres are overwhelmed. Health workers on the front lines are becoming infected and are dying in shocking numbers. *Others have fled in fear, leaving people without care for even the most common illnesses. Entire health systems have crumbled.* (Médecins Sans Frontières. *An urgent appeal to the British government from Médecins Sans Frontières / Doctors Without Borders UK*, 6 mars 2017, nous soulignons)

The health crisis also extends beyond Ebola and the affected countries are now experiencing 'emergencies within an emergency,' Liu said. With health workers either dead from Ebola or *too scared to work*, no one is receiving health care for anything, she said. In Liberia, for example, six babies recently died after their pregnant mothers walked for hours looking for a place to deliver (Yang, Jennifer. « 'Ebola psychosis' hindering emergency response, aid official says », *Toronto Star*, 20 août 2014, nous soulignons)

Comme expliqué antérieurement, les résistances des habitants des communautés touchées par l'Ebola sont habituellement décrites d'une façon qui les décontextualise de leur ancrage politique, social, géographique et culturel. Nous remarquons plus précisément que lorsqu'expliquées, elles sont souvent réduites à une soi-disant « peur irrationnelle ». Cette résistance, quoique très politique, est individualisée, psychologisée et réduite au sentiment de la peur. Bref, la peur transforme des figures racisées en « indociles » *parce que* « apeurées » et « déraisonnables ».

Au contraire, lorsqu'on mentionne la peur du personnel de la santé occidental, elle est contextualisée et expliquée, notamment à l'aide de citations. De plus, la peur d'intervenants humanitaires occidentaux est utilisée pour illustrer l'ampleur de l'épidémie. Leur peur permet de décrire le risque auquel ils s'exposent et justifie ainsi leur héroïsation:

With his current mission in Guinea, JP said he is still learning. 'This is my first outbreak so there are a couple different aspects to it,' he said. 'First, with natural disasters, the worst of the crisis is at the time of impact; with an outbreak, the situation gets worse over time. Second, the level of exposure is different as you don't see a virus coming. It's always in the back of my mind to know I'm not immune.' Although his job of helping others often calls him away from his home in southern Quebec, for JP, home is his respite. 'I deal with any stress by playing with my daughter who is 15 months old, she takes care of that,' said JP. And with another child on the way, JP will have lots of love to return home to and recharge before his next mission. (Croix-Rouge canadienne. *JP Taschereau travels the world to provide emergency response aid*, 18 août 2014)

Je pars dans cinq jours. Des amies, affligées par l'annonce de mon départ, prennent le temps de m'envoyer par courriel une description des souffrances d'un médecin qui a contracté le virus d'Ebola en Sierra Leone. Je l'avais lu cet article. Oui, je le sais, ce virus est un beau salaud... Oui, j'ai peur parfois, mais je ne pars pas sur un coup de tête, ni pour devenir une héroïne. (Croix-Rouge canadienne. *Billet de la Dre Perreault, Carnet d'un médecin québécois en Sierra Leone pour lutter contre le virus Ebola*, 22 décembre 2014)

D'ailleurs, alors que le personnel de la santé en Afrique de l'Ouest est immobilisé par la peur, les figures occidentales l'utilisent comme carburant de motivation:

[T]he death toll from Ebola climbed to levels that horrified developed nations, motivating them to take action with experimental treatments. (Berman, David. « Nothing spreads like fear, especially in a battle against Ebola », *Globe and Mail*, 25 septembre 2014)

The continued fallout over two health-care workers who contracted Ebola from the first patient to be diagnosed with the virus in the U.S. has sparked action among Canadian officials to better train frontline workers in Canada and avoid the mistakes made in Dallas. Experts say the protocols established following the SARS outbreak in 2003 will help to prevent Canada from repeating the type of errors made by a Dallas hospital in the initial assessment of Thomas Eric Duncan. He was initially sent home from the hospital emergency room with antibiotics for his high fever, even though he said he'd recently been in Liberia. 'I think because of SARS we have certain protocols in place that would have prevented a lot of the first mistakes that were made in Texas,' said Dr. Brett Belchetz, a Toronto emergency room doctor. 'The fact that this guy was turned away from the front door, the fact that he was initially allowed to wait in the waiting room with other patients on his visit, that he wasn't put into isolation.' 'Given our experiences with SARS, typically all of us have the right protocols in place to identify people and put them straight into isolation,' Belchetz said. (Auteur inconnu. « Ebola outbreak: Will Canada avoid the mistakes of Dallas? », *CBC*, 17 octobre 2014)

Notons que les interventions occidentales contre l'Ebola qui étaient motivées par la peur peuvent être critiquées parce qu'elles étaient surtout ancrées dans une volonté d'autoprotection. Elles

voulaient contrôler la maladie à sa source afin de se protéger les pays occidentaux, et n'étaient donc pas ancrées dans une perspective d'égalité dans le champ de la santé (Hofman & Au, 2014; Lakoff, 2010). Bref, si la peur est aussi employée pour critiquer des figures occidentales, on constate cependant un usage discursif plus nuancé de ce sentiment lorsqu'on affirme sa présence chez des figures du Nord global. Entre autres, elle est parfois utilisée pour héroïser des acteurs occidentaux alors que ce n'est pas le cas pour les habitants des pays du Sud global touchés.

L'usage discursif du rapport à la peur renforce des dynamiques sociales, raciales et culturelles discriminatoires parce qu'elle permet d'inférioriser de façon acceptable et incontestée des figures racisées. Autrement dit, ceux qui pourraient être altérés pour leur origine ethnique et leur culture sont maintenant surtout construits en « Autres » par des discours qui soulignent leur peur irrationnelle et plus largement leur mauvaise raison. Un tel cadre prétend à la neutralité parce qu'il aborde la croyance aux faits objectifs et aux savoirs scientifiques et parce qu'il défend des principes modernistes comme la rationalité et la logique. Cependant, il reproduit des scripts stigmatisants en altérant des figures racisées liées au Sud global et il prône un cadre anthropocentrique en universalisant des savoirs médicaux occidentaux, discréditant par le fait même ceux culturels.

Des dynamiques géosociales et raciales émergent de l'altérisation: des figures liées aux pays du Sud global sont les principales cibles de l'accusation alors que la cible de l'héroïsation est habituellement le Nord global. Si des figures liées au Sud global sont les plus infériorisées dans l'ensemble des récits sur les épidémies, les discours qui soulignent leur appartenance nationale ou leurs qualités essentielles sont cependant objets de critique. Cette dynamique racisée est plutôt réanimée dans d'autres axes, dont ceux de l'aptitude, de la docilité et de la raison. L'altérisation

ne s'opère pas par des discours qui cristallisent l'altérité à une question de caractéristiques identitaires; c'est dans le rapport à quelque chose (l'aptitude, la docilité et la raison) que l'altérité contemporaine se justifie. Ainsi, l'altérité de l'Autre racisé est surtout argumentée par des discours qui tiennent son inaptitude pour acquis, qui décontextualisent son indocilité et qui affirment sa mauvaise raison influencée par la peur. Ces formes plus subtiles d'altérisation sont mises en lumière par notre analyse comparative qui explore comment une modalité est employée lorsqu'elle cible des figures lointaines racisées et lorsqu'elle décrit des figures occidentales.

Notons que ce qui est acceptable en matière d'altérisation ne fait pas consensus puisque des sous-groupes ont des conventions discursives qui leur sont propres (Garlin-Politis, Roy, Ward & Atlani-Duault, soumis); notre but n'était pas d'identifier une ou plusieurs modalités d'altérisation qui ne sont aucunement remises en cause au travers des groupes. Notre objectif était plutôt de soulever les formes d'altérisation qui sont objet de critiques ouvertes dans l'espace public et au sein des discours pancanadiens analysés, d'explorer quelles formes y sont censurées et expulsées, et lesquelles ne le sont pas ou le sont moins. Entre autres, il apparaît que le principal axe d'altérisation est celui de la raison et que ce dernier vit un certain succès social dans l'espace public. Il sert premièrement d'outil privilégié pour altérer tout individu, et ce de façon incontestée. Il est deuxièmement un schème explicatif qui permet de donner un sens aux pratiques qui sont critiquées par d'autres modalités discursives (comme la résistance dénoncée dans l'axe de l'indocilité); la raison est ainsi un filigrane argumentaire qui justifie l'infériorisation qui s'opère par d'autres modalités d'altérisation. Finalement, le succès social de cet axe d'altérisation est constaté dans sa réanimation incontestée de scripts raciaux stigmatisants.

Dans la mesure où les jeux de vérités sont normatifs et contextualisés (Foucault, 2001u, 2001y), nous postulons que le succès de cette expression contemporaine de l'altérisation prend

appui dans un tissu discursif préexistant, qui est mis à la disponibilité des énonciateurs. Dans le chapitre suivant, nous montrerons que l'acceptabilité publique de l'altérisation fondée sur la raison révèle des normes, des craintes et des discours sociaux plus larges.

CHAPITRE 8 : L'ÉRUDIT *SINE JURE*

Selon Girard (1982, p.51), la frontière entre la discrimination rationnelle et celle insensée est difficile à tracer; « pour des raisons politiques, morales, médicales, etc., certaines formes de discrimination nous paraissent aujourd'hui raisonnables et pourtant elles ressemblent à des formes anciennes de persécution ». En ce qui concerne les dynamiques d'altérisation, la critique de figures du Sud global et l'héroïsation de celles occidentales ont été critiquées parce qu'elles renouent des discriminations raciales et culturelles (Adeyanju, 2010; Adeyanju & Oriola, 2010; Eichelberger, 2005, 2007; Leach & Dry, 2010; Sinha & Parmet, 2016 ; Wald, 2008). Or, elles ne sont pas uniquement une articulation du racisme. En effet, ces dynamiques ont aussi été conçues par plusieurs auteurs (Joffe, 2004; Joffe & Haarhoff, 2002; Ungar, 1998) comme une stratégie pour rassurer des citoyens occidentaux puisqu'elle leur permet de se distancier de la menace et d'affirmer les capacités de leurs pays à contrôler la maladie si elle s'y présente. Notre but n'était donc pas d'identifier ce qui est juste ou non en matière d'altérisation; il était plutôt question de surligner les ajustements contextuels des discours employés pour justifier l'altérité de l'Autre, afin de réfléchir aux normes et aux modes de subjectivités sur lesquels ils s'appuient et qu'ils renforcent en retour. À cet égard, rappelons l'importance contemporaine des discours d'altérisation qui affirment la (bonne ou mauvaise) raison. Dans ce chapitre, nous montrons que l'acceptabilité publique de cette altérisation fondée sur la raison traduit l'accessibilité sociale de discours qui valorisent la vérité et qui craignent une crise diffuse de désinformation et d'ignorance.

8.1 La crainte de la post-vérité

En nous appuyant sur le postulat qu'on ne peut pas altérer n'importe qui n'importe comment, nous croyons que l'apparent succès des discours d'altérisation qui abordent la raison reflète des craintes et des normes contemporaines. Nous postulons que le contexte actuel où sont

véhiculés des discours sur ladite « post-vérité » crée un terrain fertile pour l'acceptabilité de cette expression d'altérisation.

Selon le dictionnaire Larousse (s.d.), la post-vérité est un « [c]oncept selon lequel nous serions entrés dans une période (appelée ère de la *post-vérité* ou *ère post-factuelle*) où l'opinion personnelle, l'idéologie, l'émotion, la croyance l'emportent sur la réalité des faits. » Ce concept souligne également que la désinformation, les faits alternatifs, les fausses nouvelles et la manipulation malicieuse des faits hantent la politique contemporaine (Paul & Haddad, 2019). Bref, dans l'ère de la post-vérité, les sociétés se caractérisent par un quintuple rapport à la vérité. On dit que : 1) la vérité perd son statut absolu, 2) la frontière entre le vrai et le faux est plus difficile à discerner, 3) la vérité est menacée par des faits alternatifs, 4) la vérité n'est qu'un principe d'assertion et 5) le grand public est guidé par ses émotions et ses croyances, et non pas par des faits.

Le mot « post-vérité » est apparu en 1992 lors du scandale Iran-Contra, où de hauts responsables du Gouvernement états-unien sous l'administration de Ronald Reagan ont soutenu un trafic d'armes vers l'Iran malgré un embargo. Cet événement a été voilé de secrets et des informations ont été camouflées. En 2004, ce concept a été déclaré comme une caractéristique de notre ère et il est devenu le mot de l'année en 2016 (Oxford Languages, 2019; Parenell, 2016; Suiter, 2016). Sa popularisation récente est notamment une réaction à deux phénomènes politiques qui ont surpris le monde et pour lesquels une explication était recherchée : 1) les résultats de l'élection présidentielle des États-Unis où Donald Trump a été élu et 2) le vote « Brexit » passé au Royaume-Uni afin que ce pays quitte l'Union européenne. Dans les deux cas, des corporations et des personnalités politiques ont été accusées de mentir et d'utiliser des tactiques d'exagération et de manipulation des faits pour favoriser leur position politique. L'accès illégal à des informations

privées d'utilisateurs d'internautes a aussi donné lieu à des campagnes de communication en ligne qui étaient non éthiques parce qu'elles ciblaient les personnes dont les positions politiques étaient ambivalentes (la controverse *Cambridge Analytica*). De plus, de nombreuses questions ont été soulevées quant aux fausses nouvelles publiées en ligne et à l'usage de médias sociaux comme des chambres d'écho pour diffuser des fausses informations et ainsi influencer l'opinion publique au moment des votes (Kucharski, 2016).

Quoique le concept de post-vérité soit relativement récent, les faits alternatifs ont toujours existé et les émotions façonnent depuis longtemps l'opinion publique. De plus, le contrôle des faits (leur choix sélectif, l'omission de certains, leur contorsion) et la manipulation des émotions pour influencer les opinions et les attitudes du public ne sont en aucun cas des nouvelles pratiques. Elles sont depuis longtemps employées pour transmettre une impression, encourager des croyances et inciter des comportements; ces stratégies ont été utilisées par des compagnies privées, par des médias, par des leaders religieux, par des politiciens et par le grand public dans ses conversations quotidiennes (Crilley & Chatterje-Doody, 2018; Davis, 2018; Hyvönen, 2018). Ainsi, la notion de « post » dans le concept de post-vérité est trompeuse parce qu'un monde caractérisé par une vérité claire, évidente et stable n'a pas précédé ladite « ère de la post-vérité » (Hyvönen, 2018; Koro-Ljungberg, Carlson & Montana, 2019; Prozorov, 2019).

Néanmoins, la concurrence de la vérité qui a toujours existé est aujourd'hui rendue plus visible par les canaux de communication (Baggini, 2017; Hyvönen, 2018). Premièrement, en raison de la libre expression de la presse dans les sociétés démocratiques, les médias surlignent parfois les mensonges, les conflits d'intérêts et les actes immoraux d'autorités nationales et de compagnies privées. Deuxièmement, la montée de l'informatisation sociétale brouille les frontières du savoir expert. En effet, l'accessibilité des publications scientifiques grâce à l'Internet

a comme effet revers d'alimenter un scepticisme par rapport à la véracité des discours scientifiques puisque tous sont témoins lorsque des connaissances scientifiques sont ajustées ou réfutées. De plus, la facilité à publier en ligne et la difficulté à censurer ces publications peuvent augmenter le nombre de fausses informations. D'ailleurs, ces dernières sont de moins en moins propagées par des institutions sanitaires et des médias traditionnels, et de plus en plus par des individus et des groupes non gouvernementaux qui utilisent les médias sociaux. Finalement, l'Internet offre un espace où coexistent une variété de discours d'experts scientifiques, de porte-paroles d'industries, de célébrités, de journalistes, d'experts en pratiques alternatives, de citoyens lambda, etc.; l'ensemble de ces discours construit un corpus incohérent et contradictoire, accessible à tous (Baggini, 2017; Crilley & Chatterje-Doody, 2018; Lakoff, 2015b; Leroy, Brengman, Ryckbosch & Scholliers, 2018). Cette facilité d'accès à des informations qui proviennent de multiples sources effrite les frontières de l'expertise et brouille les catégories d'expert et de profane. Exposés à des faits pluriels et confrontés à une absence de méta-narratif clair, tous sont invités à faire preuve de discernement pour identifier la vérité; il faut déterminer en qui investir l'expertise.

Par conséquent, le principal problème lié au monde de la « post-vérité » ne concerne pas la valeur intrinsèque de la vérité puisqu'elle n'a pas perdu son importance sociale (Baggini, 2017). En fait, un contexte de « post-vérité » n'est possible que parce qu'on a accordé un poids à la vérité; la popularisation de ce concept traduit une préoccupation à l'égard de la vérité. L'enjeu principal n'est donc pas la chute de la vérité, mais bien la *crainte que son poids social se dissipe* et que d'aucuns apposent l'étiquette de vérité sur des faussetés. Ceux qui parlent de post-vérité considèrent que la manipulation des faits est catastrophique et dangereuse; ils expriment une intolérance à l'égard du statut ambigu du savoir expert et ils demandent une certitude quant à la vérité. Puisqu'un doute ontologique et épistémologique est communiqué par le concept de post-

vérité, il convient de parler de « crainte de la post-vérité » plutôt que de « contexte de la post-vérité ».

Cette préoccupation de la post-vérité est constatée dans les propos de professionnels en santé publique:

In a landscape where truth is not merely contested, but is relegated to being unimportant, a genuine concern arises about the role of science and the integrity of research [...]. As health promotion professionals it is in our interest, and in the interest of society to use our collective voice to speak truth to power—to hold our leaders accountable, to counter any false claims they make and to demonstrate where their rhetoric does not lead to claimed outcomes. (Sparks, 2017, p.599-600)

La crainte de la post-vérité teinte aussi les discours en temps d'épidémies qui altérisent en soulignant la (bonne ou mauvaise) raison de l'Autre. Nous postulons que la crainte de la post-vérité renouvelle l'altérisation puisqu'elle alimente des discours qui infériorisent des groupes racisés sans évoquer leur race, leur culture ou leur ethnie et qui misent plutôt sur leur mauvaise raison et leur mauvais rapport au savoir expert. Ces discours sont socialement acceptables et ils ne sont aucunement contestés parce qu'ils circulent déjà dans la sphère publique où la post-vérité préoccupe, où il est craint que le public adhère à des faussetés et où on constate un plaidoyer pour une vérité autoritaire. Puisque ces discours sont tenus pour acquis, leur usage pour critiquer des figures racisées n'est pas nécessairement perçu comme une articulation du racisme dans la l'espace public bien que des dynamiques raciales traversent l'altérisation (Chapitre 7).

8.2 La figure de l'érudit *sine jure*

Les discours offrent un cadre à partir duquel on donne un sens au soi, aux Autres et au contexte social (Foucault, 2001y). Ce faisant, ils forment des enveloppes identitaires élastiques, auxquelles les individus peuvent s'identifier ou être identifiés (Chapitre 2). C'est par une telle fabrique des individus que peut s'exercer un gouvernement libéral, où les conduites sont régulées

non pas principalement par la répression ou la coercition, mais surtout par l'encouragement de certains modes d'existence (de Courville Nicol, 2006; Foucault, 2001x, 2001y; Michael, 2009; Rose, 1993; 1999). Les discours qui expriment une crainte de la post-vérité et qui circulent dans la sphère publique produisent des modes de subjectivités particuliers. Entre autres, on voit apparaître une figure de l'érudit *sine jure*³⁰, qui renvoie au citoyen lambda en quête de la vérité, qui s'instruit, qui sélectionne un certain type d'information, qui les amasse et qui éduque autrui en diffusant ces faits.

Cette figure d'érudit *sine jure* apparaît dans les conversations en ligne lors d'épidémies, où des internautes se sont éduqués par eux-mêmes et transmettent des faits sur les maladies:

Internaute: The actual statistics do not bear out a 70+% death rate. 17800 reported cases of which 1865 are currently sick (WHO data) and 6388 deaths. Even if everyone currently sick dies, that would not come to 50% death rate. (Commentaire en réponse à l'article: « Ebola spread in Sierra Leone fuels rise in death roll, WHO says », *CBC*)

Internaute: But birth defects have been linked to it. See [Hyperlien] In addition, said Dr. Jeanne Sheffield, director of the division of maternal-fetal medicine at Johns Hopkins, researchers wrote in a recently published report that they found Zika virus in the brain of a fetus with microcephaly but nowhere else in the body. (Commentaire Reddit, fil de discussion *First case of Zika virus confirmed in Canada*)

Les forums en ligne sont d'ailleurs un espace où certains posent des questions à d'autres, ce qui traduit l'attente que les internautes soient instruits et qu'ils puissent éduquer autrui :

Internaute 1: Question....if the man in Texas has been vomiting...(as reported)..and that infected body fluid (along with other such fluids) is flushed....its in a sewage system.....now what?

Internaute 2: Most viruses don't survive very long at all outside of the host. (Commentaire en réponse à l'article: « Ebola virus – 4 new things you need to know », *CBC*)

Internaute: For most healthy adults there does not seem to be any lasting brain damage. It's like getting the flu. A recent study has also shown that women who get Zika, and

³⁰ *Sine jure* est une expression latine qui se traduit par « sans jury ». En ce qui nous concerne, l'érudit « sans jury » renvoie à une figure d'« érudit » qui n'est pas officialisée ni formée par un processus formel; l'érudit est « sans jury » parce qu'il est auto-formé et parce qu'il n'est pas nécessairement reconnu ainsi par autrui. Il s'auto-reconnait comme un individu instruit.

then recover and get pregnant later, are not at risk for Zika related birth defects. Edit: In other words, yes go! I might suggest not going if you were pregnant, but in this case it's low risk. (Commentaire Reddit, fil de discussion *Me [27F] with my husband [30M] and grandfather [82M], should we travel for his surgery where there's Zika*)

Il est attendu que les internautes prouvent que les faits qu'ils proclament sont véridiques. Par exemple, certains d'entre eux citent une référence qui appuie leurs propos :

Internaute: ["i]s there any positive proof / evidence that microcephaly is caused by this virus?" Not yet but it is considered to be the most likely candidate. It certainly shouldn't be ignored. [Hyperlien 1] [Hyperlien 2] (Commentaire en réponse à l'article: « WHO's Zika response must strike a delicate balance, doctor », *CBC*)

Internaute: according to WHO, 'The case fatality rate across the three most-affected countries in all reported cases with a recorded definitive outcome is 76%; in hospitalized patients the case fatality rate is 61%.' We have to remember that at least some of the reported cases who haven't died, will die. And the fatality rates for Sierra Leone seem rather low.... (Commentaire en réponse à l'article: « Ebola spread in Sierra Leone fuels rise in death toll, WHO says », *CBC*)

Certains autres demandent aux commentateurs de faire plus de recherches ou de partager des preuves qui appuient leur commentaire:

Internaute: why don't you read an actual science site instead of junk science. (Commentaire en réponse à l'article: « Thousands of lives at risk in next major pandemic unless WHO reforms, UN report », *CBC*)

Internaute: What's your evidence for the cost-benefit supporting your position? No Western country would go to the length you propose to get a very small chance of saving just a couple of lives in their own country. (Commentaire en réponse à l'article: « Ebola outbreak, Ivory Coast closes western borders », *CBC*)

Sloterdijk (2001) explique que « [l]e thème du XXe siècle, c'est l'autoréférentialité » (p.84). Il parle d'une « permissivité supérieure à l'égard des proclamations d'affects narcissiques » (p.64) pour souligner qu'il était acceptable à cette époque qu'un individu affirme sa légitimité et son propre statut d'expert. Cependant, cette autoréférentialité comme modalité de validation de sa propre parole n'est pas si facilement acceptée aujourd'hui. En effet, on remarque le besoin de citer des références accréditées par autrui et de fournir des preuves qui justifient ses arguments, comme si la parole était *a priori* et par défaut conçue comme illégitime. Les propos de tous sont objets de

doute. En fait, on témoigne d'une exoréférentialité du discrédit puisque l'ignorance de l'un est facilement proclamée par l'autre et parce qu'une fois ce statut apposé, il est légitimé et un individu doit tenter de s'en départir en « prouvant » la véracité de ses propos, notamment en partageant ses références.

Nous voyons ainsi apparaître les critères qui distinguent ceux dont la parole est illégitime de ceux qui peuvent se prononcer de façon légitime, et qui pourraient avoir une autorité morale en temps de crise sanitaire. Il est attendu que tous se parlent et agissent à partir du discours d'experts. Entre autres, l'« intuition », l'« opinion » et l'« ignorance » sont utilisées pour inférioriser la parole du profane qui s'écarte de la raison: « Internaute: *Your intuition is not knowledge. When the consensus of experts differs from your opinion, and you know nothing about a subject, maybe it would be best to defer to their judgement.* » (Commentaire Reddit, fil de discussion *Expert on Canada's Ebola visa ban – There's no scientific sense in this and there's no legal sense in it either*, nous soulignons)

8.2.1 D, la pasteure

Le personnage de D, commentatrice sur les articles publiés par la CBC, incarne un sous-type de cette figure de l'érudit *sine jure*, celui du pasteur (Chapitre 7). Cette usagère, bien informée sur les maladies et sur les épidémies, s'est donnée comme mission de démystifier les fausses informations sur les forums en ligne. Elle prend part aux conversations sur l'Ebola et le Zika :

Internaute: The US Department of Defense (DoD) is funding Ebola trials on humans, trials which started just weeks before the Ebola outbreak in Guinea and Sierra Leone. The reports continue and state that the DoD gave a contract worth \$140 million dollars to Tekmira, a Canadian pharmaceutical company, to conduct Ebola research. This research work involved injecting and infusing healthy humans with the deadly Ebola virus. [...]

D: utter nonsense. The US and a number of other countries are investigating ebola vaccines, none of which involved injecting ebola viruses into anyone. Tekmira isn't a

vaccine at all, it's a drug treatment, which again doesn't involve using the virus itself. (Commentaire en réponse à l'article: « Ebola outbreak: Rate of new cases in Liberia slows, WHO says », *CBC*)

Internaute: Zika will recombine with bacteriophages commonly found in medical facilities, the viral generation will follow.

D: why zika? Rubella hasn't done that, yellow fever hasn't, varicella hasn't, so why zika? (Commentaire en réponse à l'article: « Zika confirmed as a cause of microcephaly, CDC », *CBC*)

Elle est la prolongation des autorités sanitaires et elle est leur messagère puisqu'elle remet leurs discours en circulation par les forums en ligne. Les savoirs profanes publiés en ligne sont donc parfois l'extension du savoir expert biomédical; on témoigne d'une décentralisation des savoirs experts et d'un renouvellement des expressions du savoir profane, qui devient « expert » sur les réseaux sociaux.

D est d'ailleurs reconnue par autrui et elle est louée non seulement pour sa raison, mais aussi pour ses efforts de transmission du savoir afin de contrer l'irrationalité: « Internaute (à D): You have the patience of a saint. On behalf of sane people everywhere, I thank you for responding to these wingnuts and trying to educate them (though we both know they already 'know the truth'). » (Commentaire en réponse à l'article: « Zika confirmed as a cause of microcephaly, CDC », *CBC*)

Lorsqu'elle quitte temporairement, un internaute explique son absence et prend sa relève: « Internaute 2: [...] I'm shoving my oar in here in case commenting closes before [D] returns - she's in Australia [...] » (Commentaire en réponse à l'article: « Zika confirmed as a cause of microcephaly, CDC », *CBC*). Ce dernier commentaire laisse entendre qu'il y a un réseau de pasteurs qui s'organisent entre eux à l'extérieur des forums en ligne afin de coordonner la transmission de faits sur les médias sociaux.

Bref, D est une actrice instruite et une agente du savoir biomédical, dont la tâche première est de favoriser l'acceptation de la science par les citoyens afin de les protéger de la mauvaise

raison. Cependant, cette figure de pasteur prend une configuration particulière sur l'Internet. Elle ne prend pas l'allure d'individus qui circulent dans une communauté touchée par une épidémie pour éduquer des populations déraisonnables du Sud global (Chapitre 7); elle prend plutôt la forme d'internautes-profanes-devenus-experts qui se portent bénévoles et qui transmettent le savoir scientifique pour sauver le monde des faussetés qui circulent.

8.2.2 A et E, les éclairés

La figure de l'érudit *sine jure* prend aussi la forme d'individus « éclairés » qui se méfient des autorités, qu'ils tiennent comme illégitimes pour produire et diffuser les vérités. Selon Beck (2008), l'avènement de la société de risque vers la fin du XXe siècle alimente la croissance du scepticisme des individus quant aux promesses des autorités scientifiques. Dans la société de risque, le chômage, les crises économiques successives, les éclosions de maladies (ré)émergentes, le changement climatique et les désastres naturels sont perçus comme des symptômes de l'effritement d'une société parce qu'elle ne pourrait plus gérer les conséquences qu'elle engendre. Le monde occidental, antérieurement conquérant, fier et sûr de lui-même, devient une région vulnérable, où est vécue une perte d'espoir dans les experts qui affirment leurs compétences et leurs capacités. Dans le champ des épidémies, cette chute de la confiance en l'expertise des autorités rejoint le concept de « fatigue » publique à l'égard des maladies (ré)émergentes, tel qu'évoqué par Joffe (2011). Rappelons que selon l'auteure, une méfiance croît depuis les éclosions du VIH (1980) et du SRAS (2003) (Chapitre 5). Un optimisme antérieur quant aux possibilités humaines de contrôler les maladies infectieuses décroît au profit d'une prise en compte des risques mondiaux, des imprévisibilités des éclosions de maladies et des incapacités des autorités à bien répondre aux épidémies (Chapitre 1).

Cette méfiance de la vérité transmise par des experts se traduit par l'expression de doutes quant aux discours et aux pratiques d'autorités nationales et d'institutions comme le système de santé, les compagnies pharmaceutiques et les médias:

Internaute: Sorry dude, some of us are a wee bit skeptical of Big Pharma having grown up in the age of Thalidomide. Profits rule these companies, the majority of which used to be chemical dye or weapons manufacturing. Follow the money trail and you won't entirely like what you see. (Commentaire en réponse à l'article « Zika confirmed as a cause of microcephaly, CDC », *CBC*)

Internaute: Perhaps he questions 'news' originating from government agencies, deluivered via the media can't fault him for that. (Commentaire en réponse à l'article « Zika confirmed as a cause of microcephaly, CDC », *CBC*)

Cette crainte des faussetés transmises par des autorités est constatée dans des discours qui soulignent leur potentielle manipulation des informations, habituellement pour influencer la peur de la population; soit elles imposeraient la peur pour contrôler la population et la maintenir docile, soit elles mentiraient en banalisant le risque afin d'éviter la peur (Chapitre 7). Dans tous les cas, des citoyens craignent d'être dupés ou, peut-être plus justement, ils craignent qu'autrui soit dupé et manipulé par les autorités, qui exagéreraient ou banaliseraient:

'We need to understand the seriousness of the situation,' [Pau Gasol, Basketball player for the Chicago Bulls] said. 'Even though there are some soothing words being said, we know that there are different opinions about the subject.' (Azzoni, Tales. « Bulls' Gasol considering skipping Olympics because of Zika », *Toronto Star*, 31 mai 2016)

Internaute: Easy. We want to make sure everyone is afraid, all the time. This month its Ebola, next month something else. (Commentaire Reddit, fil de discussion *WHO asks Canada to justify visa ban for residents of Ebola-affected countries*)

Cette méfiance des autorités est d'ailleurs très présente dans les films de fiction sur les épidémies; 70% de ceux analysés présentent un scénario où le gouvernement camoufle de l'information cruciale aux citoyens et bâillonne les médias.

C'est alors qu'émerge la deuxième déclinaison de la figure de l'érudit *sine jure*: l'« éclairé », qui craint une manipulation de la vérité par les autorités. En réponse à l'internaute-pasteur D,

nous retrouvons A et E, qui commentent aussi sur des articles publiés par la CBC et qui prennent part aux conversations sur plusieurs épidémies. Comme D, ils veulent éduquer autrui. Cependant, la vérité qu'ils transmettent est critique des discours biomédicaux officiels:

A: If you think that the Bill and Melinda Foundation is Gates supplying vaccines to save the world guess again, they apparently hold stock in many if not most of the largest vaccine producers in the world as well as bio-tech companies that are working at developing new vaccines! Pandemics are great for business epidemics are fabulous for business! (Commentaire en réponse à l'article: « Thousands of lives at risk in the next major pandemic unless WHO reforms, UN report », *CBC*)

E: I think the Ebola 'outbreak' was/is a false flag psy-op. [...] Under Right, I have seen the 'Ebola is real' placards as well, but I cannot be hypnotized. [...] The burden of proof is on you to prove this 'outbreak' is occurring beyond the realm of the internet/media, but you cannot, can you? [...] Liberians are saying 'this is no ebola', and they live there!! (Commentaire en réponse à l'article: « Ebola outbreak: Rate of new cases in Liberia slows, WHO says », *CBC*)

Ils sont, eux aussi, informés par des faits. Cependant, pour eux la vérité est ailleurs; elle est trouvée à l'extérieur des propos des autorités sanitaires. Ils se disent « éveillés » en comparaison avec l'individu lambda qui serait naïf parce qu'il croirait aveuglément les mensonges des autorités. Il leur revient donc d'illuminer les contradictions et de lutter contre les mensonges en éduquant autrui et en transmettant des faits alternatifs:

D: I read an interesting theory that the Zika virus arrived in Brazil with tourists coming from Africa and Asia to attend the World Cup. The version in Brazil is apparently the Asian variety of Zika. The resident mosquitoes presumably bit infected people, picked up the virus, and the epidemic got underway..

A: Or as the WHO would like you to believe! How many cases of microcephaly caused by the Zika virus have you heard about that have originated in Asia and or Africa? (Commentaire en réponse à l'article: « WHO's Zika response must strike a delicate balance, doctor », *CBC*)

E: The argument that the two parties should represent opposed ideals and policies, one, perhaps, of the Right and the other of the Left, is a foolish idea acceptable only to the doctrinaire and academic thinkers. Instead, the two parties should be almost identical, so that the American people can 'throw the rascals out' at any election without leading to any profound or extreme shifts in policy. – Carrol Quigley

Internaute: did you mix up your meds again?

E: I actually got off yours kind of important this be done. (Commentaire en réponse à l'article: « Ebola outbreak: Will Canada avoid the mistakes of Dallas », *CBC*)

8.2.3 La concurrence de la vérité et les trois caractéristiques de l'érudit *sine jure*

Les personnages de D et ceux d'E et d'A sont reçus par plusieurs internautes de façons opposées: la première serait scientifique et les autres, complotistes. Le pasteur et l'éclairé sont posés (et se placent eux-mêmes) à l'antipode l'un de l'autre; on dit qu'ils mènent un combat l'un contre l'autre.

Entre autres, les éclairés sont perçus par d'autres internautes de forums en ligne comme des individus à corriger. D'autres internautes consacrent du temps et dépensent de l'énergie dans le but d'éduquer les éclairés et de les amener à accepter la raison :

D [à A]: maybe you should do some of that research you claim to always do, and learn a bit about the one organization that has been pushing for increased assistance to fight the disease – and that is not some church group, that is MSF. (Commentaire en réponse à l'article: « Ebola outbreak. Ivory Coast closes western borders », *CBC*)

Internaute 1 [à E]: Can you cite an announcement from the Brazilian government, WHO, the vaccine manufacturer – any credible source to support the claim that any new tdap vaccine has been introduced in Brazil in recent history? Remember that Alex Jones is not a credible source.

Internaute 2 [à E]: 'Interesting that Tdap was recently introduced in Brazil for 334noculation of pregnant women' More FUD [fear, uncertainty and doubt] from [E] No correlation at all to the Tdap vaccine

Internaute 3 [à E]: Is it? Interesting I mean. Sure Tdap was introduced two years ago in Brazil to fight against tetanus, diphtheria, and pertussis (whooping cough) And it's doing exactly what it is supposed to do. According to the NCBI 'In Brazil, the incidence decreased from 37.6 to 0.5 cases per 100,000.' [...]

D [à E]: so then, there should be lots of cases of microencephaly in England, right? If not, why not? It's been used there for pregnant women since 2012. (Commentaire en réponse à l'article : « Zika virus confirmed among 4 Canadian travellers », *CBC*)

Quant aux pasteurs qui remettent les discours biomédicaux en circulation, ils sont présentés par d'autres comme naïfs et aveuglés. On dit d'eux qu'ils ne font pas preuve de réflexion critique et qu'ils acceptent trop rapidement et trop facilement les propos des autorités :

Internaute: one of the most important principles of science is to ‘investigate all possibilities’ and ‘question everything’ clearly this principle has been completely abandoned in this case (birth defects in brazil), and in some other cases where ‘questioning everything’ could upset certain dogmas that prevail in the medical establishment (which is very closely tied to pharma / biotech industry). (Commentaire en réponse à l’article « Zika virus linked to ‘vision-threatening lesions’ in babies with birth defect », *CBC*)

Internaute: You really need to look deeper into this, though I understand not everyone comes from a science background so perhaps the research papers aren't for you. Anyway, just to put you in the picture, most of the doctors who promote vaccines have huge conflicts of interest e.g. working for Big Pharma, owning vaccine patents etc, follow the money. It's the real independent honest scientists who we have to listen to, these are the ones pointing out the serious risks involved with vaccination and also that the risks of the vaccines outweigh any theoretical benefit. (Commentaire Reddit, fil de discussion *Vaccine McCarthyism. What if the Vaccine Paradigm itself is Deliberately Flawed – Did 2014 Mark the Collapse of the Vaccine Establishment – It is time for a national debate to end vaccine madness*)

Cependant, si leur contenu diffère, les pasteurs et les éclairés parlent un même discours. Ils affirment tous deux être détenteurs de la vérité et chacun s’inscrit à sa façon dans la figure de l’érudit *sine jure* puisqu’ils effectuent des recherches extensives, ils récoltent des faits, ils se considèrent comme instruits et ils éduquent autrui. Ainsi, en considérant ces points de recoupement, il apparaît que la figure de l’érudit *sine jure* a trois caractéristiques opératoires.

L’érudit *sine jure* est premièrement enquêteur. Il entame des recherches extensives et amasse des faits. Cet effort est motivé par la crainte de la post-vérité. En effet, comme illustré par les personnages de D, d’A et d’E, des batailles ont lieu pour défendre certaines formes de vérité. Une frustration est éprouvée à l’égard des mensonges et des pratiques qui altèrent, cachent ou manipulent ce qui est perçu comme la vérité. Tout cela est symptomatique de la crainte de la post-vérité. Ces personnages perçoivent que le rapport à la raison est précarisé et chacun exprime implicitement que la désinformation et les savoirs manipulés peuvent se camoufler derrière tout propos. Préoccupés par l’écart à la vérité, ils investissent d’importants efforts dans la recherche afin de raffermir la frontière brouillée entre la véracité et la fausseté.

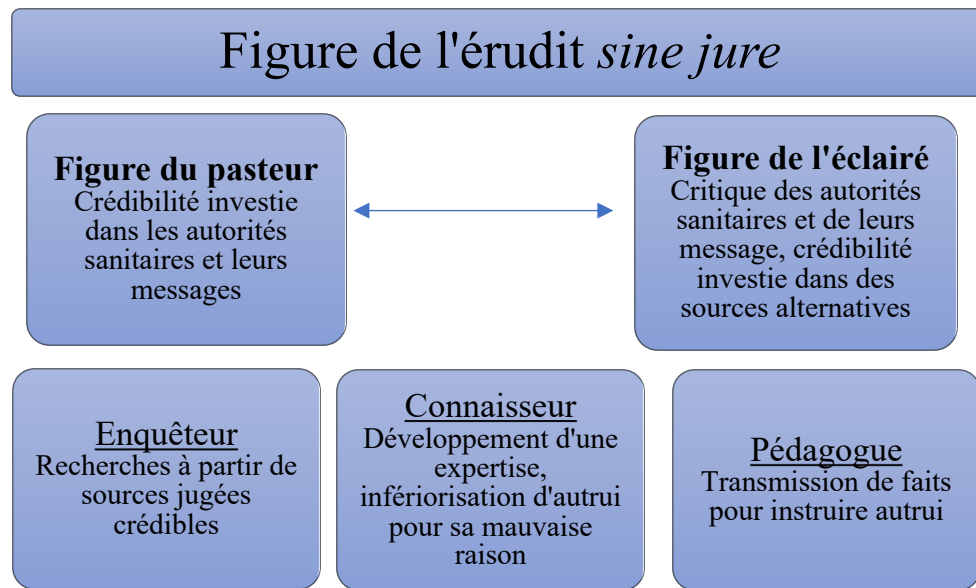
L'érudit *sine jure* est deuxièmement un connaisseur. Il se perçoit comme un détenteur de la vérité. Chacun des personnages adopte une attitude de supériorité intellectuelle et se perçoit comme un acteur raisonnable qui doit tenir tête à la masse populaire déraisonnée (D, A et E) et parfois aussi aux autorités menteuses (A et E). Le connaisseur infériorise donc autrui. En effet, le pasteur et l'éclairé utilisent les mêmes arguments pour décrédibiliser l'Autre. Chacun infériorise l'Autre pour son ignorance, qui est conçue comme une absence de savoir et comme une forme de négligence intellectuelle (Paul & Haddad, 2019). Chacun affirme l'irrationalité de ceux qui croient en des propos fautifs et dangereux; les éclairés accusent des Autres d'être aveuglés par la manipulation des autorités sanitaires, alors que les pasteurs blâment les Autres qui tiennent des propos fautifs et paranoïaques. Ainsi, cette caractéristique du connaisseur est indissociable de l'altérisation par des discours qui abordent la mauvaise raison d'autrui; d'une part, cette figure altérise l'Autre pour sa mauvaise raison; d'autre part, elle est aussi mise à l'écart par d'autres déclinaisons de l'érudit *sine jure*, qui l'accusent d'accepter des mauvais faits.

Finalement, l'érudit *sine jure* est un pédagogue. Le pasteur comme l'éclairé tente de dés-altériser l'Autre en lui transmettant la raison. D, A et E considèrent tous qu'autrui est mal éduqué et ils demandent à l'Autre de s'instruire à partir des bonnes et vraies connaissances, soit les informations publiées sur les sites gouvernementaux et dans des articles scientifiques pour l'un; alors que pour les autres, il ne faut surtout pas s'appuyer sur ces sources qui sont porteuses de contradictions et qui manipulent l'information. C'est ainsi que tous sont concernés par l'éveil de leur voisin. L'objectif est de libérer l'Autre de sa méconnaissance, perçue comme la cause de son altérité. Par conséquent, un dispositif axé sur l'éducation veut modifier la figure de l'Autre déraisonnable (Chapitre 7). On suppose que dans la mesure où un individu est exposé à la vraie raison, le changement de subjectivité pourra s'opérer et le passage d'un pôle de l'altérité

(déraisonnable) à l'autre (raisonnable) pourra s'effectuer. Le tout a comme conséquence de mener à un repli sur son propre pôle argumentatif et sur ses propres croyances, savoirs et convictions; la figure de l'érudit *sine jure* répète sa vérité et les arguments qui la soutiennent, sans qu'un réel dialogue s'opère. L'efficacité de cette pédagogie axée sur les faits n'est cependant pas donnée. Elle présuppose que l'individu acceptera l'information qu'on transmet, alors qu'il peut être influencé par d'autres éléments, dont ses expériences antérieures, d'autres savoirs, des influences institutionnelles (médias, religion, autorités sanitaires), des relations sociales, des croyances culturelles, des valeurs, des émotions et le vécu collectif (Alcades, 2009; Briggs & Mantini-Briggs, 2003; Dry & Leach, 2010; Edström, 2010 ; Klawiter, 2004; Pascual, 2017).

Si les figures du pasteur et de l'éclairé partagent ces trois caractéristiques, leur différence principale se retrouve dans le trait de l'enquêteur et plus précisément dans les sources privilégiées par chacun pour s'éduquer; le pasteur investit sa confiance dans les autorités sanitaires et adhère aux messages qu'ils transmettent alors que l'éclairé se méfie des autorités, reçoit leurs propos avec un regard critique et affirme l'expertise d'acteurs alternatifs. Ainsi, selon son niveau de critique à l'égard des autorités sanitaires et de leurs discours, un individu sera plus près de l'une ou de l'autre de ces déclinaisons de l'érudit *sine jure*. On peut alors les situer sur un continuum, le continuum de l'érudit *sine jure* (figure 6).

Figure 6. Caractéristiques et déclinaisons de la figure de l'érudit *sine jure*



8.3 L'éducation, une (fausse) panacée?

Si la volonté (voire la responsabilité) de transmettre la raison transparait dans les interactions quotidiennes et spontanées, comme en témoigne la figure de l'érudit *sine jure* en ligne, cette intervention est aussi présente dans les campagnes sanitaires qui sont axées sur l'éducation populaire. Ces stratégies veulent lutter contre la figure du déraisonnable. Elles montrent le succès social de l'altérisation fondée sur la raison parce qu'elles défendent des arguments qui caractérisent cet axe d'altérisation, notamment le présupposé que les problèmes vécus sont causés par une ignorance ou par des fausses croyances que l'on peut rectifier par la transmission de faits.

Peu importe l'épidémie et peu importe le contexte épidémiologique, social, culturel et politique dans lequel elle prend forme, un pilier principal de l'intervention lors de crises sanitaires est l'éducation populaire : « La communication d'informations et de conseils est souvent la première et la plus importante des interventions en santé publique lors de situations d'urgence. » (Gouvernement du Canada. *Ce que les professionnels de la santé doivent savoir sur la grippe*

pandémique) Des campagnes d'éducation transmettent des faits sur la maladie pour modifier des fausses croyances et des comportements jugés à risque (Agusto, Teboh-Ewungkem & Gumel, 2015; Chandler et al., 2015; Richards, 2016). L'éducation d'ailleurs est perçue comme un devoir:

Do scholars in medicine and the health professions need to wave the flag for truth, facts and evidence? Certainly. Just as it is valuable to watch for scientific untruths, false associations and unsupported claims in healthcare, it is necessary to be vigilant in order to stamp out, or at least point out, unsupported claims, traditions and beliefs in medical education. (Hodges, 2017, p.236)

On suppose que l'accès aux faits permet de combattre la mauvaise raison à l'origine de l'ampleur des défis vécus lors d'une épidémie (Horton, 2017). Une relation causale est établie entre l'éducation de la population et la gestion d'une épidémie :

En Sierra Leone, pays qui partage sa frontière nord-est avec la Guinée, où aucun cas suspect n'a encore été signalé, la Croix-Rouge envoie des messages textes aux habitants des quatre districts frontaliers de la Guinée afin de les sensibiliser à l'importance de prévenir l'Ebola. Jusqu'à présent, plus de deux millions de personnes ont reçu des messages de sensibilisation. Cette initiative s'inspire d'une campagne menée avec succès lors de l'épidémie de choléra qui a sévi en Sierra Leone l'an dernier, au cours de laquelle la Croix Rouge avait transmis des messages texte pour fournir des renseignements et des outils permettant aux populations de se protéger et de protéger leurs familles. Au terme de cette campagne, les résultats révélaient une baisse significative du nombre de cas de choléra recensés. (Croix-Rouge canadienne. *Des mesures préventives pour enrayer l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest*, 22 avril 2014)

Education is *key to stopping the spread* of the Ebola virus and also easing people's fears. (Croix-Rouge canadienne. *Ebola Virus Explained: Q&A*, 4 juillet 2014, nous soulignons)

On dit que l'information factuelle peut sauver des vies:

L'éducation est essentielle pour augmenter les chances de survie. (Croix-Rouge canadienne. *Danser sur des chansons de Michael Jackson malgré l'épidémie d'Ebola*)

'If people don't have access to the right information, we need to bring *life-saving messages* to them, were they live, at their doorsteps,' said Roeland Monasch, UNICEF Representative in Sierra Leone. (Nossiter, Adam. « Sierra Leone plans 3-day lockdown; Doctors Without Borders says it will make things worse », *Toronto Star*, 7 septembre 2014, nous soulignons)

Cette stratégie d'éducation par les faits s'appuie sur le postulat qu'un manque de connaissance et que des lacunes au niveau de la littérature scientifique *expliquent et engendrent* des comportements indociles et la mauvaise raison:

Plusieurs facteurs pourraient nuire à l'adoption de comportements préventifs et à l'efficacité même du vaccin : *niveau de sensibilisation et de compréhension du public*, et de sa perception du risque; niveau de confiance envers les autorités sanitaires. Par comportement préventif, on entend des actions de prévention des infections, la mise à distance sociale ainsi que l'utilisation du vaccin et des antiviraux. (Gouvernement du Canada. *Préparation du Canada en cas de grippe pandémique. Guide de planification pour le secteur de la santé*, Réseau pancanadien de santé publique, p.26, 2015, nous soulignons)

Bien que la plupart des résidents aient accueilli sans problème les travailleurs de la santé et les volontaires venus leur communiquer des informations sur la maladie, *la rumeur courait dans certains quartiers que du savon empoisonné était distribué, ce qui laisse croire que la campagne d'éducation n'a pas parfaitement fonctionné*. (Auteur inconnu. « Dernier jour de confinement en Sierra Leone : le mécontentement se fait sentir », *Radio-Canada*, 22 septembre 2014, nous soulignons)

L'éducation populaire est l'outil par excellence pour produire des corps dociles et des esprits raisonnables. C'est par la dissémination de la raison scientifique et d'informations factuelles qu'on peut faciliter le passage d'un pôle de l'altérité à un autre:

The World Health Organization called the Ebola outbreak 'the most severe, acute health emergency seen in modern times' on Monday but also said that *economic disruptions can be curbed if people are adequately informed to prevent irrational moves to dodge infection*. (Gomez, Jim. « WHO calls Ebola the modern world's most severe health emergency, but says costs can be curbed », *Canadian Press*, 13 octobre 2014)

En ce sens, l'éducation populaire peut être conçue comme un outil de normalisation. Elle facilite la transformation du « mauvais » au « bien ». Elle veut produire des « bons citoyens », soit des individus qui s'éduquent à partir de sources crédibles et qui acceptent leurs discours. Ultimement, on affirme que l'éducation permet de mobiliser ceux qui étaient auparavant indociles et déraisonnables, d'une façon telle qu'elle est une modalité importante pour produire un « phénix » (Chapitre 5):

Finally doctors sent me for an X-ray and shortly after they told me I had TB. *I was shocked. I couldn't understand* how I had been infected and I told them that I didn't drink or smoke. *They explained to me* that TB is airborne and it can affect any one of us, anywhere, and that I had to go to the nearest TB Directly-Observed Treatment, short-course (DOTs) centre to start the treatment. *I was scared* when I found out that TB treatment usually lasts six months because it felt like a very long time. [...] When I completed my TB treatment and was fully recovered, I decided to become a volunteer and went every day to the DOTs centre to cultivate the garden. After some time I was asked to become a DOTs centre supporter and *for the past two years I have been helping TB patients with periodical house-to-house visits, to ensure that they complete their treatment. I also educate family members and their communities on TB.* (OMS. *Personal Stories from TB Survivors - My Journey fighting TB*, octobre 2017, nous soulignons)

In 2015, Paulina spent 6 months and 17 days in a TB clinic in Moscow. *She went through fear, misunderstanding, anger, despair, loneliness, silence, love, friendship and hope* [...]. When I heard my diagnosis for the first time I was not afraid because *I had never really heard about tuberculosis (TB) before. During my stay in the hospital I learned many things. I learned that TB is a very dangerous disease; I learned that millions of people are dying because of it, and I learned that there is a stigma surrounding this disease.* [...] In my experience my doctor advised me not to tell anyone I had TB, otherwise I would be branded for life. I believe that this is the main reason why humanity still cannot beat TB. As long as people are afraid to talk about it, this disease will continue to spread. *I realized that I want to fight TB and the only weapon I can use is art.* (OMS. *'Hold Your Breath', paintings made by Russian artist while in a TB clinic*, septembre 2017, nous soulignons)

Cette croyance que l'éducation est une clé de voute au contrôle de l'épidémie suppose que si l'information factuelle est présentée adéquatement, elle devrait être automatiquement acceptée et incorporée. Par exemple, dans l'extrait suivant, le journaliste répète des faits même s'il reconnaît qu'ils sont réfutés, en souhaitant qu'ils soient acceptés cette fois-ci:

Bien sûr, les antivaccins de tout crin vont continuer de dénoncer le danger de ces produits et, sans doute, la grande conspiration médico-médiaticobureaucratique qui en vante les bienfaits. Mais je persiste et signe: globalement, les vaccins ont été, sont et resteront l'une des meilleures armes que la prévention ait inventées. Un point, c'est tout. (Villedieu, Yanick. « Merci, les vaccins! », *Radio-Canada*, 1er février 2010)

On postule une contagion de la raison, comme si on ne l'« attrapera » que dans la mesure où on entre suffisamment en contact avec elle. S'ensuit alors une guerre quantitative des faits, comme en témoigne la stratégie de l'OMS qui veut transmettre la plus grande quantité de faits possibles

afin qu'ils encombrant les discours fautifs. Cette philosophie d'intervention suppose que l'information la plus circulée sera acceptée et dès lors dominante:

In terms of your first question, clearly it is helpful to *put out as much accurate information as possible, this is the best way to combat rumours, best way to combat misinformation* about pigs. In addition to WHO, there are a number of other organizations that are also working hard to put out accurate information. (OMS. *Transcription de la conférence de presse virtuelle avec Dr Keiji Fukuda*, 29 avril 2009, nous soulignons)

For example, with the pandemic situation, getting useful information, accurate information out to the populations is one of the basic jobs of public health and this is both true for the national groups as well as for WHO. (OMS. *Transcription de la conférence de presse virtuelle avec Dr Keiji Fukuda*, 17 décembre 2009)

Cette perspective conçoit le public comme un agrégat d'acteurs-rationnels-en-devenir qui, lorsque présentés avec de l'information scientifique logique, la recevront de façon conformiste (Hall, 1980) en l'incorporant et en remplaçant leurs propres interprétations par d'autres. Cependant, les théories de la réception (Hall, 1980) montrent depuis longtemps que l'acceptation d'un message n'est pas un processus linéaire influencé uniquement par le transfert d'informations factuelles; y « [i]ntervient toujours un filtrage de l'information. » (Fabre, 1998, p.163) En fait, l'acceptation d'un message est un processus subjectif influencé par le rapport social, culturel et affectif à l'information présentée et aux méthodes de présentation (Fabre, 1998; Hall, 1980; Richards, 2016; Rousseau et al., 2013; Slovic, Finucane, Peters & Macgregor, 2004). Cette prise en compte de la « réception » (Hall, 1980) est d'autant plus importante dans le contexte de crainte de la post-vérité où tous sont invités à devenir érudit *sine jure*, où tout fait peut être l'objet d'une évaluation critique, où les faits transmis par les autorités ne sont pas nécessairement investis d'expertise, où les individus effectuent leurs propres recherches (caractéristiques de l'enquêteur) et où chacun trie parmi l'ensemble des faits accessibles pour sélectionner ce qui relève de la vérité (caractéristique du connaisseur).

La simple transmission d'information factuelle par des autorités sanitaires est donc insuffisante pour changer des croyances ou comportements (Chandler et al., 2015; Falade & Coultas, 2017; Richards, 2016). Le refus de certaines personnes autochtones de suivre les traitements contre la tuberculose, en dépit des campagnes d'éducation populaire; la communauté internationale qui a cessé l'importation de porc canadien même si l'OMS a expliqué que la consommation de cette viande n'était pas un risque au H1N1; les résistances de communautés en Afrique de l'Ouest contre des traitements et des mesures de prévention contre l'Ebola; certains Brésiliens qui banalisent l'eau stagnante même si on leur explique que les moustiques s'y reproduisent: tous ces exemples montrent que la transmission de faits scientifiques accompagnée d'une prescription de pratiques sanitaires est insuffisante si la confiance est brimée et si ces discours ne sont pas considérés comme acceptables sur les plans sociaux, culturels et religieux (Manguvo & Mafuvadze, 2015; Richards, 2016).

Somme toute, il est inefficace de blâmer le public pour ses interprétations dites irrationnelles et de l'altérer par des discours qui affirment sa mauvaise raison, pour ensuite l'exposer à des faits par des campagnes d'éducation. Néanmoins cette stratégie n'est aucunement remise en question même si son inefficacité est reconnue. En fait, l'inefficacité de la transmission de faits est parfois *utilisée* pour critiquer davantage la figure du déraisonnable, comme si la défaite de cette stratégie était symptomatique d'une irrationalité démesurée:

C'est ce qui étonne le plus dans cette 'psychose Ebola'. Des gens instruits, bien informés, entendent médecins et scientifiques répéter sans relâche que le virus de l'Ebola se contracte difficilement, la contamination n'est possible que si l'on a été en contact avec les liquides corporels d'un malade, l'urine, la diarrhée, la vomissure, la salive. Le virus ne survit ni dans l'eau ni dans l'air. [...] Rien n'y fait. La peur est plus forte que la raison. (Langlois, Sophie. « Retour de l'Ebola », Radio-Canada, 28 octobre 2014, nous soulignons)

Si l'éducation populaire est nécessaire pour gérer des éclosions de maladies, il est cependant dangereux de supposer que des sujets n'opèrent qu'en fonction des faits transmis.

Les discours d'altérisation axés sur la raison prennent tout leur sens quand on les situe dans le contexte de crainte de la post-vérité dans lequel règne un deuil nostalgique quant à une époque (utopique) où la vérité était autoritaire et incontestable. Dans ce tissu social, on craint l'ignorance des foules et la perte de la légitimité de la « vraie vérité ». Ces préoccupations justifient des discours qui altérisent au nom de la vérité. Ceux-ci produisent le bon citoyen (raisonnable) et le mauvais citoyen (déraisonnable) et ils veulent ramener autrui sur le « bon chemin » de la « vraie vérité » par son éducation et par la transmission d'informations factuelles. La méfiance de la post-vérité a ainsi une fonction productive, en renouvelant des dynamiques soi-Autre et en justifiant un certain type de pratiques pédagogiques.

Plus précisément, le contexte de crainte de la post-vérité façonne une figure de l'érudit *sine jure*, qui trie parmi les faits qui la confrontent (caractéristique de l'enquête), qui accumule les « vrais faits » et se perçoit comme experte (caractéristique du connaisseur) et qui identifie des déraisonnables qui s'écartent du « vrai savoir » pour ensuite leur transmettre des informations factuelles (caractéristique du pédagogue). L'érudit *sine jure* est ainsi une figure altérisante qui interpelle l'acte normalisateur par l'éducation. Les deux déclinaisons de cette figure (le pasteur et l'éclairé) émergent comme solution au problème perçu du brouillement des frontières entre la vérité et la fausseté puisqu'elles tentent chacune de raffermir cette limite en propageant les vrais faits et en illuminant les faussetés. Il s'agit d'une tentative de lutte contre l'« ère de la post-vérité », notamment en simplifiant la quête de la vérité pour autrui. Bref, cette figure d'érudit *sine jure* émerge des discours qui affirment que tous peuvent être dupés et que l'humain n'est pas un être

totalement rationnel puisqu'il est susceptible d'être manipulé, soit par autrui, soit par ses propres émotions et croyances.

Le succès social de l'altérisation par des discours qui abordent la raison est facilité par ce tissu de crainte de la post-vérité où cette figure d'érudit *sine jure* circule déjà. Cet axe d'altérisation alimente à la fois ce contexte et cette figure parce que ses discours dénoncent une mauvaise raison à l'origine de problèmes sociaux et parce qu'ils réfutent ce qui est « illogique », « ignorance » et « fausseté », encourageant par le fait même la quête de ce qui est la « vérité ». Par conséquent, si l'altérisation fondée sur la raison sert d'outil incontesté pour inférioriser des groupes racisés et pour héroïser des groupes occidentaux (Chapitre 7), cette modalité de mise à l'écart dépasse ces dynamiques raciales et culturelles parce qu'elle est socialement diffusée. Des discours d'altérisation fondés sur la raison sont déjà accessibles; ils sont sélectionnés et adaptés pour inférioriser un groupe déjà marginalisé et souligner l'identité positive du soi-Canadien, raffermissant ainsi des enjeux sociaux.

CONCLUSION

Dans cette thèse, nous avons analysé les modalités d'altérisation qui ressortent des récits pancanadiens sur la tuberculose, l'H1N1, l'Ebola et le Zika. Nous avons montré que les systèmes de classification des différences produisent des figures socialement indésirables (des coupables) qui deviennent une cible d'intervention – des étrangers à observer, des victimes à aider, des tyrans à sensibiliser, des inaptes à rendre compétents, des indociles à discipliner, des déraisonnables à éduquer – ainsi que des figures socialement positives (des héros) qui sont souvent placées en opposition aux coupables. Plus précisément, une tendance générale dans l'altérisation est la construction de coupables éloignés (figures liées aux pays du Sud global) et de héros de proximité (figures liées aux pays du Nord global). Les épidémies étant ainsi racisées, il apparaît que la base des dynamiques d'altérité en temps de contagion demeure constante puisque cette tendance est depuis longtemps dénoncée par de nombreux auteurs (Ailio, 2013; Eichelberger, 2005; Nelkin & Gilman, 1991; Joffe, 2004; Joffe & Haarhoff, 2002; Washer, 2004; Ungar, 1998).

Un renouvellement de dynamiques raciales

Notre recherche s'inscrit dans un corpus d'écrits produits par nos directeurs, des collègues et nous-mêmes (Atlani-Duault & Kendall, 2009; Atlani-Duault et al., 2015; Desmarais, Roy, Nguyen & Rousseau, soumis; Dozon, 2017; Garlin-Politis, Roy, Ward & Atlani-Duault, soumis; Moreau, Roy, Wilson & Atlani-Duault, 2020; Roy, 2021; Roy et al., 2020, 2021; Valente et al., 2020). Ces écrits ont montré la pertinence d'analyser les figures de héros et de coupables dans les récits d'épidémie parce qu'elles réaniment des normes, des tensions, des frustrations et des espoirs. Notre thèse a approfondi une analyse que nous avons commencée (Garlin-Politis, Roy, Ward & Atlani-Duault, soumis; Roy, 2021), soit l'étude des arguments sous-jacents aux discours accusatoires et l'analyse des ajustements contextuels du blâme. Dans cette thèse, nous avons élargi

l'objet d'étude afin de considérer conjointement diverses dynamiques d'altérisation : nous avons analysé à la fois l'infériorisation et l'héroïsation, et nous avons considéré les façons dont ces procédés ciblent des groupes qui se différencient du soi de divers degrés, tant des groupes très éloignés du soi que ceux de plus grande proximité. À partir du concept de jeux de vérité de Foucault (2001y, 2001aa), nous avons exploré les façons dont le statut de héros et celui de coupable est justifié et débattu, pour ensuite dégager les règles que suivent les discours d'altérisation et les contextualiser en plus d'analyser la normativité des modalités d'altérisation.

Nos résultats montrent qu'il serait simpliste de supposer que les modalités d'altérisation, même celles qui infériorisent des figures racisées, ne s'expriment qu'à partir d'axes explicitement raciaux et fondés sur l'appartenance nationale (Chapitre 6). L'altérité socialement acceptable dans l'espace public est plus subtile.

Premièrement, notre conception de l'altérisation comme un processus de distanciation nous a permis d'analyser des procédés outre l'infériorisation, dont l'héroïsation (Chapitre 2). Nous avons pu constater que l'infériorisation des figures racisées s'articule par une surreprésentation de héros occidentaux (Chapitres 4 à 7). Ce sont les figures du Sud global qui sont le plus souvent critiquées et qui sont le moins héroïsées, ce qui construit une image populaire négative. Nous avons aussi montré que la critique de figures racisées se fait parfois par le biais de leur héroïsation. En effet, une certaine forme de louange d'individus racisés les infériorise puisqu'on les félicite d'avoir accepté des savoirs biomédicaux occidentaux, discréditant par le fait même leurs pratiques et savoirs traditionnels. Cette forme d'héroïsation rappelle qu'ils étaient résistants au départ et qu'ils ont finalement accepté ces savoirs *grâce* aux efforts des Occidentaux (Chapitre 5).

Deuxièmement, notre analyse a montré que les principales modalités d'altérisation s'appuient sur des discours qui soulignent l'« inaptitude », l'« indocilité » et la « mauvaise

raison ». Tout en ciblant n'importe quel type de figure (du Sud global ou du Nord global), ces discours sont cependant utilisés de façon différente selon l'appartenance culturelle et nationale des figures accusées (Chapitre 7). Alors que l'inaptitude est présentée comme peu surprenante chez des figures racisées, on trouve étonnant et frustrant de constater l'incompétence de figures occidentales. Quant à l'indocilité et à la « mauvaise raison » de figures racisées, ce sont des caractéristiques décontextualisées et présentées comme des problèmes personnels (on parle de « résistance », d' « ignorance », de « rumeurs » ou de « peur », sans approfondir davantage); par contre, lorsque ces discours décrivent des figures occidentales, l'indocilité et la mauvaise raison sont expliquées et servent parfois même de modalité d'héroïsation. L'altérisation de figures racisées s'articule ainsi dans une nuance des discours.

De plus, notre analyse montre que les discours d'altérisation qui abordent les caractéristiques identitaires des Autres (leur nationalité ou leurs défauts) sont l'objet de critiques dans les discours pancanadiens analysés (Chapitre 6). L'altérisation plus acceptable dans l'espace public est celle qui souligne l'agentivité des Autres (Chapitre 7). L'altérité est justifiée par le *rapport* entre une personne ou un groupe et des actions, des discours ou des savoirs. Cette stratégie d'altérisation implique que tous deviennent responsables de leur statut d'Autre et qu'ils peuvent se départir de leur altérité dans la mesure où ils se prennent en charge et adoptent des pratiques afin de rectifier leurs actions, leurs discours ou leurs savoirs. Plus précisément, notre thèse a montré que les modalités d'altérisation triomphantes sont les discours qui soulignent la (bonne ou mauvaise) raison de l'Autre. Des recherches futures pourraient être consacrées à une analyse généalogique de cette altérisation fondée sur la raison, en explorant son évolution sociohistorique lors d'épidémies dans le but de mieux comprendre la genèse de son apparent succès social.

Ces discours d'altérisation qui traitent de la raison infériorisent et discréditent des groupes qui ont *aussi* été l'objet de discrimination pour leur race, leur origine ethnique et leur culture. Cela ne signifie pas que l'altérisation raciste classique fondée explicitement sur la race et l'appartenance disparaît (Barker, 1981; Singh, 2018); cette expression de l'altérisation basée sur la raison coexiste plutôt avec des procédés racistes et xénophobes et elle les renforce à partir d'autres angles. Cette thèse montre que les figures de l'Autre racisé, de l'étranger et du déraisonnable se superposent.

Quoique l'altérisation fondée sur la raison construit des figures polarisées et reproduit des discours racistes et xénophobes, elle surpasse cependant les dynamiques racistes; cette modalité ne sert pas qu'à altérer des groupes dont l'appartenance raciale, culturelle ou nationale est Autre. Elle est utilisée pour altérer tout acteur, incluant des gouvernements, des institutions et des citoyens occidentaux. Nous postulons que cet usage courant et non-discriminé traduit un succès social qui n'est pas aléatoire; ces discours privilégiés prennent appui sur des valeurs, des normes et des craintes du contexte contemporain. Entre autres, l'altérisation par des discours qui soulignent la (bonne ou mauvaise) raison apparaît dans un tissu social préoccupé de la vérité. Elle s'ancre dans un espace politique, social, discursif et normatif particulier, celui de la crainte de la post-vérité (Chapitre 8). Les façons dont il est socialement permis de parler de l'Autre sont symptomatiques d'un contexte où règnent des inquiétudes quant à la précarisation du rapport à la vérité qui serait soit camouflée par des autorités, soit ignorée par tout un chacun.

Dans ce contexte, les étiquettes d'« ignorant », d'« irrationnel », d'« illogique » et de « déraisonnable » sont commodées et facilement apposées sur des individus. On prend donc les discours qui circulent déjà dans la sphère sociale et on s'en sert pour interpréter les problématiques qui surviennent; les discours qui dénoncent la désinformation, les fausses nouvelles et la post-vérité sont repris comme stratégie d'altérisation, dont celle de figures racisées qui font depuis

longtemps l'objet de discrimination. Ces figures reprennent donc de nouvelles vies dans le contexte de méfiance de la post-vérité. Bref, les dynamiques d'accusation et d'héroïsation sont des réactions populaires viscérales et récurrentes; dans les récits d'épidémies étudiés, un groupe quelconque savait qui blâmer (des figures lointaines) et qui héroïser (des figures de proximité), puis il a trouvé une justification en cherchant parmi les discours permis et accessibles.

Par conséquent, des récits, croyances et stéréotypes anciens portant sur l'Autre racisé (Hall, 1981) sont repris mais à partir de discours contemporains adaptés aux méfiances du jour. Au moins trois dynamiques caractérisent l'altérisation analysée dans cette thèse. Premièrement, la popularisation du discours de santé globale axé sur la mondialisation, qui souligne que toute maladie peut circuler rapidement et atteindre n'importe quelle région mondiale (Leach & Dry, 2010; McNeill, 1998; Washer, 2010), alimente une dynamique de distanciation de la menace par la construction d'un coupable éloigné (Joffe, 2004; Joffe & Haarhoff, 2002; Ungar, 1998; Washer, 2004; Chapitres 1 et 5). Ce discours sur la mondialisation postule un rapprochement généralisé des risques et il travaille notre rapport spatio-temporel aux maladies, mais aussi à ceux qui habitent géographiquement loin de soi qu'on perçoit désormais comme des menaces de proximité. Par l'accusation de figures éloignées du soi, un individu veut contrecarrer les craintes suscitées par ces discours de mondialisation. En effet, l'infériorisation d'un Autre éloigné permet de se distancer du risque de l'épidémie puisqu'elle est cadrée comme un problème « là-bas », « qui leur appartient » (Ungar, 1998). Cette accusation se veut aussi un auto-soulagement en favorisant une perception positive du soi qui serait moins « à risque » puisque différent d'« eux ». Une deuxième dynamique relève des discriminations et préjugés raciaux et culturels de longue date qui alimentent l'altérisation de figures racisées, parfois par des discours explicitement racistes ou xénophobes (Adeyanju, 2010; Brendense, 2014; Eichelberger, 2005, 2007; Kraut, 1994; Rail, Jette & Cloos,

2015; Reitmanova & Gustafson, 2012; Reitmanova, Gustafson & Ahmed, 2015; Chapitres 2 et 6). Troisièmement, la crainte d'une dissémination de la mauvaise raison et d'une érosion des frontières entre la véracité et la fausseté, qui est véhiculée par le vocable d' « ère de la post-vérité » (Baggini, 2017; Wright, 2018; Chapitre 8), qui facilite l'usage de discours d'altérisation fondés sur la raison.

Parce qu'adaptée aux méfiances et aux discours contemporains, l'altérisation par la mention de la raison est subtile et potentiellement plus efficace puisque ses aspects discriminatoires peuvent être difficiles à cerner et donc à critiquer. Dans la mesure où les discours d'altérisation s'actualisent, se renouvellent et s'adaptent aux nouvelles normes discursives, les projets antiracistes et antioppressifs doivent comprendre les discours discriminatoires qui sont plus socialement acceptables dans l'espace public, mais tout aussi marginalisants et possiblement de plus grande portée (Chapitre 7). Dans cette thèse, nous avons voulu contribuer à ces initiatives, en attirant l'attention sur l'altérisation en germination, celle moins controversée, plus disséminée et utilisée pour altérer des groupes sociaux diversifiés, dont ceux racisés. Néanmoins, afin de poursuivre cette analyse, il faudrait lancer un autre projet de recherche pour vérifier si le succès de cette modalité axée sur la raison est aussi valide dans d'autres pays. Il conviendrait aussi d'analyser les dynamiques d'altérisation lors d'épidémies subséquentes, comme celle de la COVID-19.

Le cas de la COVID-19

Même si nous n'avons pas analysé avec rigueur des récits sur la COVID-19, il nous apparaît *a priori* que les principales constatations de cette thèse ressortent aussi des discours sur cette pandémie. À cet égard, s'il y a eu des expressions explicites de racisme soulignant la nationalité, la race, l'ethnie ou la culture des « coupables », elles ont fait l'objet d'importantes oppositions. La campagne antiraciste #IAmNotAVirus (sans date), par exemple, a commencé en mars 2020 en

réaction aux attaques contre des Américains-Asiatiques en lien avec la COVID-19. On peut aussi penser à la page couverture du Journal de Montréal (image 17), qui parle d'un « variant de l'Inde » et qui a été fortement critiquée comme raciste.

Image 17. Page couverture du *Journal de Montréal*



Si les discours qui abordent la race, l'ethnie, la culture ou la nationalité des Autres sont inacceptables, l'altérisation de personnes anti-masques et anti-vaccins³¹ est cependant beaucoup plus diffusée, courante et pose moins problème sur la place publique. Les accusations contre des figures anti-vaccins et anti-masques trouvent leur justification dans des arguments qui soulignent leur irresponsabilité qui découle de leur mauvaise raison. Elles sont altérisées à cause de leur croyance aux théories du complot, de leur mésinformation, de leur ignorance, de leur incompréhension, leur faible taux de scolarisation et de littératie scientifique, de leur consultation de mauvais médias et de leurs discours mensongers (Bucci, 2018; Miller, 2020; OMS, 2020; OMS Office régional de l'Europe, 2016). L'ensemble de ces éléments se résume à un problème au niveau

³¹ Les « anti-masques » sont des groupes d'individus qui enfreignent les lois destinées à prévenir la transmission de la COVID-19 en refusant de porter des masques dans les endroits publics et dans des entreprises. Ces groupes dénoncent les lois liées au port du masque, en proclamant leur inefficacité, en montant en épingle des informations contradictoires des autorités sanitaires ou en soulignant que ces mesures enfreignent leurs droits et libertés. Quant aux personnes « anti-vaccins », ce sont des individus qui refusent les vaccins contre la COVID-19, notamment en mettant en cause leur efficacité et leur sécurité.

de la raison parce qu'on considère que: soit la méfiance irrationnelle à l'égard des autorités nationales et sanitaires empêche l'acceptation du savoir médical; soit la peur de la COVID-19, le déni de la maladie ou la perception erronée du risque embrouille les faits scientifiques; soit un faible taux de scolarisation ou le manque d'accès à des informations exactes déforme les interprétations; soit des mauvaises interprétations ou des mensonges viennent fausser le savoir biomédical (images 18 et 19).

Image 18. Mème qui souligne une faille dans la logique anti-masque

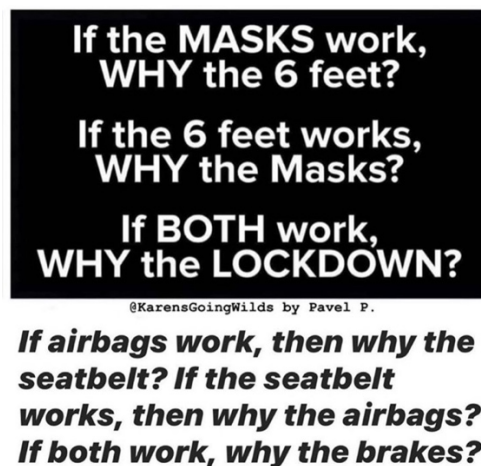


Image 19. Mème qui critique l'expertise proclamée des anti-masques



Cette opposition aux vaccins et aux masques révèle les pressions croissantes qui s'exercent sur l'individu lambda appelé à devenir un expert en matière de sa propre santé. Cette demande croît dans ladite « ère de la post-vérité », où circulent des informations contradictoires publiées

par une gamme d'individus (experts et profanes), où les messages transmis par des autorités médicales sont remis en question et où le public ressent le besoin de s'informer auprès de sources multiples (articles scientifiques, sites Internet, réseaux personnels, etc.) (Arede et al., 2019; Chapitre 8) Dans un contexte d'accès quasi instantané à une multitude de savoirs, de documents et d'arguments qui proviennent de sources éparses, les doutes à l'égard des propos des autorités sanitaires ne peuvent que croître (Lakoff, 2015b).

La résistance aux masques et à la vaccination n'est pas représentative d'une attitude antiscience; elle est plutôt symptomatique de la multiplication des discours que les individus doivent naviguer pour se renseigner. Il n'est pas question de simplement « refuser de croire à l'évidence scientifique », comme l'insinuent certains discours d'altérisation. En fait, ces individus doivent choisir d'investir de l'expertise dans certains discours au détriment de certains autres; ils font valoir leur droit de contester des figures d'autorités et ils développent leur propre relation au problème de la maladie et à sa solution. Ainsi, l'anti-masque et l'anti-vaccin sont des déclinaisons de la figure de l'érudit *sine jure*, qui filtre toutes les vérités qui l'entourent pour choisir « la vraie » (Chapitre 8). Nous remarquons justement que les mêmes arguments pour démontrer la « mauvaise raison » des anti-masques et des anti-vaccins sont aussi utilisés par les anti-masques et les anti-vaccins eux-mêmes, qui accusent les autres de ne pas connaître la science, d'être désinformés, d'être dupés par des mensonges des autorités sanitaires et d'avoir une peur excessive de la maladie. Ces opposants soulignent l'importance pour tout un chacun de faire preuve de discernement, de se renseigner et de s'instruire de façon autonome afin de prendre soin de lui-même. S'ils sont transformés en déraisonnables par autrui, ils se perçoivent comme « éclairés » (Chapitre 8) et comme des détenteurs d'une vérité qui échapperait à ceux qui portent le masque et qui acceptent

la vaccination sans réflexion critique. Ils altèrent donc ces derniers pour leur mauvaise raison (images 20 et 21).

Image 20. Le port du masque associé à une mauvaise information (Molas, 2020)

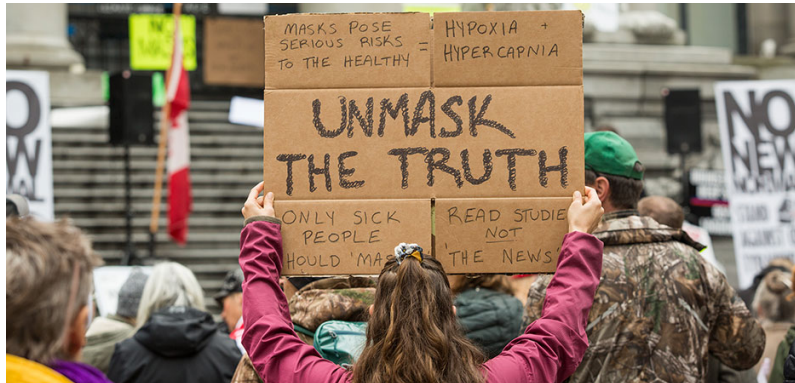


Image 21. Affiche d'une manifestation anti-masque (Giesbrecht et White-Crummey, 2020)



Par conséquent, dans le contexte de la pandémie de la COVID-19, l'argument de la mauvaise raison est utilisé de part et d'autre dans le débat sur le port du masque et sur la vaccination. Ceci renforce le résultat central de notre thèse qui peut se résumer ainsi : l'altération contemporaine s'articule principalement par des discours qui abordent la raison. Cette altération a recours à trois discours principaux : l'ignorance personnelle, la désinformation et la peur irrationnelle. Ensemble, ces modalités forment une normativité discursive de l'altération qui est individualisée, psychologisée, décontextualisée et dépolitisée. Cette analyse rapide des discours d'altération lors de la COVID-19 pointe vers l'acceptabilité sociale et publique de l'altération fondée sur la raison, abondant ainsi dans le même sens que nos résultats de thèse. Pour approfondir

nos conclusions, des recherches futures devraient analyser comment l'altérisation axée sur la raison est utilisée lorsqu'elle cible des figures racisées lors de la pandémie de la COVID-19.

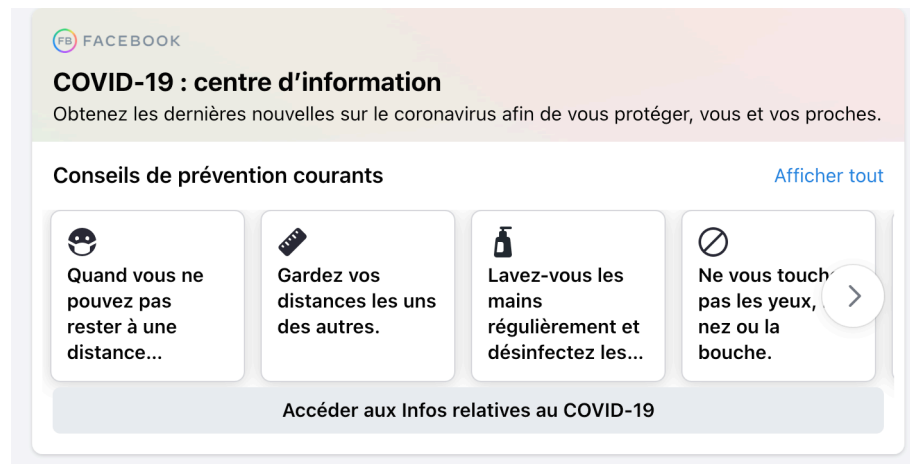
Les limites des faits

L'altérisation par des discours qui affirment la mauvaise raison d'autrui justifie des interventions spécifiques. Nos résultats montrent que peu importe l'épidémie – tuberculose, H1N1, Ebola ou Zika – la stratégie par excellence est l'éducation par la simple transmission de faits (Chapitres 7 et 8). Le but est de désaltérer l'Autre en modifiant sa raison. Cette stratégie s'appuie sur le présupposé suivant : s'ils sont bien présentés, les faits vont vaincre les fausses informations. Elle ouvre la voie à une tentative de lutter contre la désinformation en transmettant des faits, en éliminant les fausses informations et en limitant les mauvaises sources d'information:

This pandemic has been accompanied by an overabundance of information and misinformation, an 'infodemic' on a global scale. People are inevitably exposed to misinformation, rumours and false conspiracy theories, which may erode their confidence in vaccination. Developing trusted sources, fact-checking and responding to misinformation through dedicated dashboards are some of the strategies suggested to manage infodemics. (OMS, 2020)

Cette stratégie est très présente dans les médias sociaux pendant la COVID-19. En effet, il est admis que des déraisonnables utilisent les réseaux sociaux comme un magnétophone pour propager leurs points de vue qui relèvent parfois de la désinformation. On craint que ces fausses informations aient un effet contagieux car on souligne qu'une exposition même faible à des arguments anti-vaccin sur les médias sociaux peut modifier les attitudes d'une personne (Smith & Rubinstein Reiss, 2020). Des campagnes de lutte contre la désinformation sont donc lancées en ligne dans le but de camoufler, voire bannir (Criddle, 2020) les informations indésirables en redirigeant les recherches Internet sur l'anti-vaccination ou l'anti-masque vers des sites qui diffusent l'information transmise par l'OMS, qui dénoncent les mythes et qui encouragent les comportements de prévention de la maladie, dont la vaccination et le port du masque (image 22).

Image 22. Le résultat d'une recherche avec les mots clés « anti-masque » ou « anti-vaccination » dans Facebook



Cependant, comme nous l'avons montré (Chapitres 7 et 8), le diagnostic de l'irrationalité simplifie, décontextualise et dépolitise les dynamiques de résistances. Dans cette optique, la réponse face à la figure du déraisonnable ne peut se résumer à une simple réfutation de faux propos; la solution n'est pas une guerre quantitative des faits, ni une technique de « *fact-checking* » qui veut révéler les vérités qui ont été obscurcies (Crilley & Chatterje-Doody, 2018). De nombreux auteurs (Atlani-Duault & Kendall, 2009; Atlani-Duault et al., 2020; Hyvönen, 2018; Miller-Day et al., 2015) ont montré l'importance que les autorités sanitaires cherchent à comprendre les microrécits qui circulent, et qu'ils les resituent dans leur contexte émotionnel, social, politique et culturel. À cet égard, le cadre conceptuel de l'« engagement narratif » (Miller-Day & Hecht, 2013; Miller-Day et al., 2015) souligne que les décisions et les comportements liés à la santé sont guidés par des récits sociaux, culturels et personnels. Ce cadre met en lumière les limites des efforts de communication à l'aide de messages standardisés qui transmettent des faits sur la maladie. Il souligne qu'il est plus probable de voir les individus accepter des messages transmis par le biais d'histoires qui font appel à leurs expériences et à leurs émotions (Miller-Day et al., 2015). Ce cadre de l'engagement narratif est important parce qu'il invite les autorités sanitaires à contextualiser les vérités locales qui circulent afin de bien comprendre les dynamiques sociales, psychologiques,

culturelles et politiques qui sont reproduites dans les croyances partagées, évitant ainsi de tomber dans un piège de simplification des interprétations.

En appliquant les résultats de notre thèse à l'altérisation qui s'opère lors de la COVID-19, nous soulignons qu'un important enjeu relève de la dépersonnalisation et de la simplification de l'Autre, réduit à un individu « irrationnel ». À l'instar du cadre de l'engagement narratif (Miller-Day & Hecht, 2013; Miller-Day et al., 2015), nous postulons que pour changer cette perception décontextualisée de l'Autre, il faut premièrement entendre son histoire et son raisonnement. Cette première étape peut favoriser une perspective plus empathique et encourager un réel dialogue plutôt qu'une simple accusation. Cette diffusion de l'histoire de l'Autre peut être facilitée par une tierce partie. À cet égard, des médias publient parfois des exposés pour démystifier des préjugés ou points de vue simplistes sur les groupes qualifiés de « récalcitrants » ou d'« ignorants » (comme les anti-vaccins). Nous sommes de l'avis que les médias devraient avoir la responsabilité éthique d'alléger les polarisations des postures et les divisions sociales. Étant bien placés pour nuancer les discours d'altérisation, ils devraient être à l'affût de tensions intergroupes qui foisonnent et ils devraient être proactifs à cet égard en tentant de démystifier le raisonnement de part et d'autre d'un débat polarisé.

Cependant, pour approfondir les réflexions dans ce domaine, il conviendrait d'analyser les interprétations des personnes qui sont altérisées à titre de « résistantes » et qui sont ciblées par les stratégies de communication. Nos recherches futures analyseront donc les déclinaisons de l'érudit *sine jure* qui sont dites « résistantes » (dont la figure de l'« éclairé ») et elles exploreront les façons dont ces figures sont comprises et jugées par une gamme d'acteurs (autorités sanitaire, journalistes, internautes, individus qui sont identifiés ou qui s'identifient à ces figures) grâce à des enquêtes ethnographiques.

BIBLIOGRAPHIE

- #IAmNotAVirus (sans date). #IAmNotAVirus, <https://www.iamnotavirus.info/>
- Auteur inconnu (2014a). « Ebola outbreak: Ivory Coast closes western borders », *CBC*, 23 août 2014), [En ligne] URL: <https://www.cbc.ca/news/health/ebola-outbreak-ivory-coast-closes-western-borders-1.2744883>
- Auteur inconnu (2014b). « Propagation de l'Ebola : le Canada dit être préparé », *Radio-Canada*, 1er octobre 2014, [En ligne] URL: <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/679126/ebola-canada-preparation>
- Auteur inconnu (2014c). « Ebola fait une première victime au Mali », *Radio-Canada*, 24 octobre 2014, [En ligne] URL: <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/690775/ebola-virus-mali>
- Auteur inconnu (2020a). « Hindu group hosts cow urine drinking party to ward off coronavirus », *Deutsche Welle*. 1
- Auteur inconnu (2020b). « Heroes of the front lines. Stories of the courageous workers risking their lives to save ours », *Time*, [En ligne] URL: <https://time.com/collection/coronavirus-heroes/>
- Auteur inconnu (2020c). « Li Wenliang: Coronavirus kills Chinese whistleblower doctor », *BBC*, 7 février 2020.
- Auteur inconnu (2020d). « He Warned of Coronavirus. Here's What He Told Us Before He Died », *New York Times*, 7 février 2020.
- Adeyanju, Charles T. (2010). *Deadly Fever: Racism, Disease and a Media Panic*, Halifax: Fernwood Publishing.
- Adeyanju, Charles T. & Nicole Neverson (2007). « 'There Will be a Next Time': Media Discourse about an 'Apocalyptic' Vision of Immigration, Racial Diversity, and Health Risks », *Canadian Ethnic Studies Journal*, vol.39, n°1-2, pp.79-105
- Adeyanju, Charles T. & Temitope Oriola (2010). « 'Not in Canada' : The Non-Ebola Panic and Media Misrepresentation of the Black Community », *African Journal of Criminology and Justice Studies*, vol.4, n°1, pp.32-54.
- Agecoutay, Richard (2016). « 2016 Rio Olympics through the eyes of an Indigenous videographer », *CBC*, 22 décembre 2016, [En ligne] URL : <https://www.cbc.ca/news/indigenous/rio-olympics-indigenous-videographer-richard-agecoutay-1.3899163>

- Agence de la santé publique du Canada (2012). *Responding to an Infectious Disease Outbreak: Progress Between SARS and Pandemic Influenza H1N1*. [En ligne] URL : <https://www.phac-aspc.gc.ca/ep-mu/rido-iemi/index-eng.php>
- Agier, Michel (2012). « Frontiers of Exile : Towards Bio-Political Otherness », *Hermès: Cognition, Communication, Politique*, vol.63, pp.88-94
- Ailio, Jaakko (2013). « Liberal Thanatopolitics and the HIV/AIDS Pandemic », *Alternatives: Global, Local, Political*, vol.38, n°3, pp.256-267
- Alcabes, Philip (2009). *Dread. How Fear and Fantasy have Fueled Epidemics from the Black Death to Avian Flu*, Philadelphia: Public Affairs.
- Ambrose, Emma & Cas Mudde (2015). « Canadian Multiculturalism and the Absence of the Far Right », *Nationalism and Ethnic Politics*, vol.21, n°2, pp.213-236
- Amossy, Ruth (2008). « Argumentation et analyse du discours: Perspectives théoriques et découpages disciplinaires », *Argumentation et Analyse du Discours*, 1 [En ligne] DOI : 10.4000/aad.200
- Amossy, Ruth (2012). « Faut-il intégrer l'argumentation dans l'analyse du discours ? Problématiques et enjeux », *Argumentation et Analyse du Discours* [En ligne], DOI : 10.4000/aad.1346
- Anderson, Benedict (2006). *Imagined Communities*, London & New York: Verso.
- Angermüller, Johannes (2007). « Qu'est-ce que le poststructuralisme français? », *Langage et société*, vol.120, n°2, pp.17-34
- Angermüller, Johannes (2011). « Heterogeneous Knowledge: Trends in German Discourse Analysis against an International Background », *Journal of Multicultural Discourses*, vol.6, n°2, pp.121-136
- Angermüller, Johannes, Maingueneau, Dominique & Ruth Wodak (2014). *The Discourse Studies Reader: Main Currents in Theory and Analysis*, Philadelphia: John Benjamins Publishing Company.
- Arat-Koc, Sedef (2005). « The Disciplinary Boundaries of Canadian Identity After September 11: Civilizational Identity, Multiculturalism, and the Challenge of Anti-Imperialist Feminism », *Social Justice*, vol.32(4), n°102, pp.32-49
- Arede, Margarida, Bravo-Araya, Maria, Bouchard, Émilie, Gill, Gurlal Singh, Plajer, Valerie, Shehrij, Adiba & Yassir Adam Shuaib (2019). « Combating Vaccine Hesitancy: Teaching

- the Next Generation to Navigate Through the Post Truth Era », *Frontiers in Public Health*, vol.6. [En ligne] DOI: 10.3389/fpubh.2018.00381
- Association de santé publique canadienne (2010). « This is Public Health : A Canadian History. Executive Summary », *Association de santé publique canadienne* [En ligne] URL : https://www.cpha.ca/sites/default/files/assets/history/book/exec_summ_e.pdf
- Atlani-Duault, Laëtitia (2009). *Au bonheur des autres. Anthropologie de l'aide humanitaire*, Paris : Armand Collin.
- Atlani-Duault, Laëtitia, Mercier, Arnaud, Rousseau, Cécile, Guyot, Paul & Jean-Paul Moatti (2015). « Blood Libel Rebooted : Traditional Scapegoats, Online Media, and the H1N1 Epidemic », *Cultural Medical Psychiatry*, vol.39, pp.43-61.
- Atlani-Duault, Laëtitia, Ward, Jeremy, Roy, Mélissa, Morin, Céline & Andrew Wilson (2020). « Tracking on-line Heroization and Blame in the 2019-nCoV epidemic », *Lancet Public Health* [En ligne], doi: 10.1016/S2468-2667(20)30033-5
- Augé, Marc & Claudine Herzlich (1994). *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Bruxelles, Paris & Bâle : Éditions des archives contemporaines.
- Bagchi, Sanjeet (2014). « Ebola Haemorrhagic Fever in West Africa », *The Lancet Infectious Diseases*, vol.14, n°5, pp.375.
- Baggini, Julian (2017). *A Short History of Truth. Consolations for a Post-Truth World*, London: Quercus.
- Bailey, James E. (1996). « Asklepios : Ancient Hero of Medical Caring », *Annals of Internal Medicine*, vol.124, n°2, pp.257-263.
- Bakhtin, Martin M. (2017). « Forms of Time and of the Chronotope in the Novel », in: Holquist, Michael, *The Dialogic Imagination. Four essays*, Austin: University of Texas Press, pp.84-258.
- Balibar, Étienne (1991a). « Is There a 'Neo-Racism'? », in: Balibar, Étienne & Immanuel Wallerstein, *Race, Nation, Class. Ambiguous Identities*. London & Brooklyn: Verso, pp.17-27.
- Balibar, Étienne (1991b). « Racism and Crisis », in: Balibar, Étienne & Immanuel Wallerstein, *Race, Nation, Class. Ambiguous Identities*. London & Brooklyn: Verso, pp.217-227.
- Balibar, Étienne (2005). « Difference, Otherness, Exclusion », *Parallax*, vol.11, n°1, pp.19-35.

- Balzacq, Thierry (2011). *Securitization Theory. How Security Problems Emerge and Dissolve*, New York : Routledge.
- Balzacq, Thierry (2015). *Contesting Security. Strategies and Logics*, New York: Routledge.
- Banting, Keith & Will Kymlicka (2010). « Canadian Multiculturalism: Global Anxieties and Local Debates », *British Journal of Canadian Studies*, vol.23, n°1, pp.43-72.
- Barker, Martin (1981). *The New Racism: Conservatives and the Ideology of the Tribe*, London: Junction Books.
- Barry, Colleen L., Jarlenski, Marian, Grob, Rachel, Schlesinger, Mark & Sarah E. Gollust (2011). « News Media Framing of Childhood Obesity in the United States from 2000 to 2009 », *Pediatrics*, vol.128, n°1, pp.132-145.
- Bastuğ, Alive & Hürrem Bodur (2015). « Ebola viral disease: What should be done to combat the epidemic in 2014? », *Turkish Journal of Medical Sciences*, 45 (1).
- Baxter, Judith (2002). « Competing Discourses in the Classroom: a Post-Structuralist Discourse Analysis of Girls' and Boys' Speech in Public Contexts », *Discourse & Society*, vol.13, n°6, pp.827-842.
- Beck, Ulrich (2008). *La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité*, Paris : Flammarion.
- Becker, Selwyn W. & Alice H. Eagly (2004). « The Heroism of Women and Men », *American Psychologist*, vol.59, n°3, pp.163-178.
- Benfares, Mostafa (2013). *Altérité, responsabilité et questions identitaires. Le cas du Québec*, Paris : L'Harmattan.
- Bergesen, Albert (2016). « How to Sociologically Read a Movie », *Sociological Quarterly*, vol.57, n°4, pp.585-596.
- Bernard, Michel (2001). « L'altérité originaire ou les mirages fondateurs de l'identité », *Protée*, vol.29, n°2, pp.7-24.
- Berry, John W. (2013). « Research on Multiculturalism in Canada », *International Journal of Intercultural Relations*, vol.37, n°6, pp.663-675.
- Bérubé, Maxime (2016). « Tendances violentes de la droite radicale au Canada : analyses chronologiques et facteurs d'influence », *Canadian Journal of Criminology and Criminal Justice*, vol.58, n°2, pp.221-250
- Bhabha, Homi (2004). *The Location of Culture*, New York: Routledge.

- Bilba, Corneliu (2014). « Les enjeux stratégiques de la théorie du discours chez Foucault », *Meta : Research in Hermeneutics, Phenomenology and Practical Philosophy*, vol.6, n°2, pp.526-550.
- Blommaert, Jan & Chris Bulcaen (2000). « Critical discourse analysis », *Annual Review of Anthropology*, vol.29, pp.447-466.
- Bloom, Gerald (2010). « SARS, China and Global Health Governance », in: Dry, Sarah & Melissa Leach, *Epidemics. Science, Governance and Social Justice*, London & Washington: Earthscan, pp.72-90.
- Blumberg, Baruch S. (1991). « Hepatitis B Virus and the Carrier Problem* », in: Mack, Arien, *In Time of Plague. The History and Social Consequences of Lethal Epidemic Diseases*, New York & London: New York University Press, pp.91-110.
- Bociurkis, Michael (2020). « China's hero doctor was punished for telling truth about coronavirus », *CNN*, 11 février 2020.
- Boffey, Philip M. (1986). « AIDS in the Future: Experts Say Deaths Will Climb Sharply », *New York Times*, 14 janvier 1986.
- Bolaria, Singh & Peter Li (1985). *Racial Oppression in Canada*, Toronto: Garamond Press.
- Brandt, Allan M. (1991). « Aids and Metaphor », in: Mack, Arien, *In Time of Plague. The History and Social Consequences of Lethal Epidemic Diseases*, New York & London: New York University Press, pp.79-90.
- Brendese, P.J. (2014). « Borderline Epidemics: Latino Immigration and Racial Biopolitics », *Politics, Groups, and Identities*, vol.2, n°2, pp.168-187
- Briggs, Charles L. (2011). « Communicating Biosecurity », *Medical Anthropology*, vol.30, n°1, pp.6-29.
- Briggs, Charles L. & Clara Mantini-Briggs (2003). *Stories in the Time of Cholera : Racial Profiling During a Medical Nightmare*, Berkeley: University of California Press.
- Briggs, James, Gough, Brendan & Roshan das Nair (2017). « Losing Control in Sex Addiction: 'Addict' and 'Non-Addict' Accounts », *Sexual and Relationship Therapy*, vol.32, n°2, pp.195-209.
- Broom, Alex & Jennifer Broom (2017). « Fear, Duty and the Moralities of Care: The Ebola 2014 Threats », *Journal of Sociology* vol.53, n°1, pp.201-216.

- Broom, Douglas (2020). « Meet the everyday heroes of the pandemic », *World Economic Forum*, 25 mars 2020.
- Broudoux, Évelyne (2017). « Autorité scientifique et épistémique à l'épreuve de la mesure des citations », *Études de communication*, vol.1, n°48, pp.177-198.
- Brown, Brandon, Nasiruddin, Melissa, Dao, Alexander & Monique Halabi (2015). « Responsible Use of Pop Culture and Communication in the Face of Ebola Virus », *PLoS Neglected Tropical Diseases*, vol.9, n°8, e0003890.
- Bryant, John H. & Philip Rhodes (2020). « Public Health », *Encyclopædia Britannica*. [En ligne] URL: <https://www.britannica.com/topic/public-health>
- Bucci, Lucie Marisa (2018). « La 'littératie vaccinale': les stratégies et connaissances pour promouvoir la vaccination », *Immunisation Canada*. [En ligne] URL : <https://accesss.net/wp-content/uploads/2018/03/Lucie-Marisa-Bucci-1.pdf>
- Budd, Lucy, Bell, Morag & Tim Brown (2009). « Of Plagues, Planes and Politics: Controlling the Global Spread of Infectious Diseases by Air », *Political Geography*, vol.28, pp.426-435.
- Butler, Judith (1993). *Bodies that Matter. On the Discursive Limits of 'Sex'*, New York: Routledge.
- Butler, Judith (2004). *Le pouvoir des mots. Discours de haine et politique du performatif*, Paris: Éditions Amsterdam.
- Butler, Judith (2006). *Trouble dans le genre. Le féminisme et la subversion de l'identité*, Paris: La Découverte / Poche.
- Buzan, Barry, Waever, Ole & Jaap de Wilde (1998). *Security : A New Framework for Analysis*, Boulder: Lynne Rienner Publishing.
- Caduff, Carlo (2014a). « Pandemic Prophecy, or How to Have Faith in Reason », *Current Anthropology*, vol.55, n°3, pp.296-315.
- Caduff, Carlo (2014b). « On the Verge of Death : Visions of Biological Vulnerability », *Annual Review of Anthropology*, vol.43, pp.105-121.
- Caduff, Carlo (2015). *The Pandemic Perhaps: Dramatic Events in a Public Culture of Danger*, Berkeley: University of California Press.
- Center for Disease Control and Prevention (1981). « Pneumocystis Pneumonia – Los Angeles », *MMWR*, vol.30, n°21, pp.1-3.

- Center for Disease Control and Prevention (1982). « A Cluster of Kaposi's Sarcoma and Pneumocystis Carinii Pneumonia Among Homosexual Male Residents of Los Angeles and Orange County, California », *MMWR*, vol.31, n°23, pp.305-307.
- Center for Disease Control and Prevention (2014). « EID Journal Background and Goals. Emerging Infectious Diseases ». [En ligne] URL: <https://wwwnc.cdc.gov/eid/page/background-goals>
- Center for Disease Control and Prevention (2016). « History of Smallpox ». [En ligne] URL: <https://www.cdc.gov/smallpox/history/history.html>
- Center for Disease Control and Prevention (2017). « Drug-Resistant TB ». [En ligne] URL: <https://www.cdc.gov/tb/topic/drtb/default.html>
- Center for Disease Control and Prevention (2019). « Congenital Zika Syndrome & Other Birth Defects ». [En ligne] URL: <https://www.cdc.gov/pregnancy/zika/testing-follow-up/zika-syndrome-birth-defects.html>
- Chandler, Clare, Fairhead, James, Kelly, Ann, Leach, Melissa, Martineau, Frederick, Mokuwa, Esther, Parker, Melissa, Richards, Paul & Annie Wilkinson (2015). « Ebola: Limitations of Correcting Misinformation », *The Lancet*, vol.385, n°9975, pp.1275-1277.
- Chen, Hui Lan & Ren-Bin Tang (2016). « Why Zika Virus Infection has Become a Public Health Concern? », *Journal of the Chinese Medical association*, vol.79, pp.174-178.
- Chowell, Gerardo & Cécile Viboud (2015). « Controlling Ebola: key role of Ebola treatment centres », *The Lancet Infectious Diseases*, 15 (2), pp. 139-141.
- Chughtai, Alia (2020). « COVID-19 : In charts and maps », *Aljazeera*, 10 avril 2020.
- Cleaton, Julie, Viboud, Cécile, Simonsen, Lone, Hurtado, Ana & Gerardo Chowell (2016). « Characterizing Ebola Transmission Patterns Based on Internet News Reports », *Clinical Infectious Diseases*, 62 (1), pp. 24-31.
- Cohen, Stanley (2002). *Folk Devils and Moral Panics. The creation of the Mods and Rockers*, London & New York: Routledge.
- Coles, Jenna, Nelson, Chantal, Demarsh, Alex, Bitnun, Ari, Miller, Steven, Moore Hepburn, Charlotte, Morris, Shaun, Shevell, Michael, Moore, Aideen, Evans, Jane & Joanne Tatarzyn (sans date). « Zika Virus and Severe Microcephaly in Canada », *Canadian Paediatric Surveillance program* [En ligne] URL: <https://www.cpsp.cps.ca/uploads/publications/RA-Zika-virus-and-severe-microcephaly.pdf>.

- Collier, Stephen J., Lakoff, Andrew & Paul Rabinow (2008). « Biosecurity : Towards an Anthropology of the Contemporary », *Raisons politiques*, vol.32, pp.59-75.
- Conway, Shannon (2018). « From Britishness to Multiculturalism: Official Canadian Identity in the 1960s », *Études canadiennes / Canadian Studies*, vol. 84, pp.9-30.
- Cotnam, Hallie (2020). « Supermarket employees facing mounting risks, tensions », *CBC*, 27 mars 2020.
- Crawford, Robert (1994). « The Boundaries of the Self and the Unhealthy Other : Reflections on Health, Culture and AIDS », *Social Science & Medicine*, vol.38, n°10, pp.1347-1365.
- Criddle, Cristina (2020). « Coronavirus : YouTube bans misleading Covid-19 vaccine videos », *BBC*, 14 octobre 2020, [En ligne] URL: <https://www.bbc.com/news/technology-54541517>
- Crilly, Rhys & Precious Chatterje-Doody (2018). « Security Studies in the Age of ‘Post-Truth’ Politics: In Defence of Poststructuralism », *Critical Studies on Security*, vol.7, n°32, pp.166-170.
- Crow, Kelly. « Ebola outbreak: Experimental treatment sparks who-you-know debate », *CBC*, 7 août 2014, [En ligne] URL: <https://www.cbc.ca/news/health/ebola-outbreak-experimental-treatment-sparks-who-you-know-debate-1.2729458>
- Daniel, Thomas M (2006). « The History of Tuberculosis », *Respiratory Medicine*, vol.100, n°11, pp.1862-1870.
- Davidson, Helen (2020). First Covid-19 case happened in November, China government records show – report, *The Guardian*, 13 mars 2020.
- De Cillia, Rudolf, Reisigl, Martin & Ruth Wodak (1999). « The Discursive Construction of National Identities », *Discourse & Society*, vol.10, n°2, pp.149-173.
- de Courville Nicol, Valérie (2004). *Le soupçon gothique. L'intériorisation de la peur en Occident*, Saint-Nicolas : Les Presses de l'Université Laval.
- de Courville Nicol, Valérie (2006). « Pour une sociologie culturelle foucauldienne... de la peur », *Sociologie et sociétés*, vol.38, n°2, pp.133-150.
- Defoe, Daniel (2016). *A Journal of the Plague Year*, Lexington: éditions non précisées.
- Dejours, Christophe. « La folie de la norme : de la norme à la crise », *Le présent de la psychanalyse*, vol.2, n°2, pp.121-140.
- Deleuze, Gilles (1986). « Les plissements, ou le dedans de la pensée (Subjectivation) », in : *Foucault*, Paris : Les Éditions de Minuit, pp.101-130.

- Derworiz, Colette (2020). « ‘Support them or lose them’: Chinatowns across Canada grapple with coronavirus fears », *Global News*, 27 février 2020.
- Desmarais, Christian, Roy, Mélissa, Nguyen, Minh Thi & Cécile Rousseau (soumis) « When disgust becomes a symptom of racism. Analysis of purity discourses on social media in India, France and United States of America during the COVID-19 pandemic », *Medical Anthropology*.
- Desmond, Matthew (2014). « Relational ethnography », *Theory and Society*, vol.43, n°5, pp.547-579
- Devpost (sans date). « Community Heroes. We match needs and skills within communities and help heroes get the recognition they deserve. », [En ligne] URL: <https://devpost.com/software/community-exchange-incentivization>
- Dibernardo, Antonia, Turell, Michael J., Lindsay, Robbin, Loomer, Courtney & Mahmood Iranpour (2017). « Vector Competence of Some Mosquito Species From Canada For Zika Virus », *Journal of the American Mosquito Control Association*, vol.33, n°4, pp.276-281
- Dictionnaire Larousse (sans date). « Post-vérité », [En ligne] URL: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/post-v%C3%A9rit%C3%A9/188379>
- Dillet, Benoît (2017). « What is Poststructuralism? », *Political Studies Review*, vol.15, n°4, 516-527.
- Dillon, Michael (2006). « Governing Through Contingency: The Security of Biopolitical Governance », *Political Geography*, vol.26, n°1, pp.41-47.
- Dillon, Michael (2011). « Gouvernement, économie et biopolitique », *Cultures & Conflits*, vol.78, n°2, pp.11-37.
- Dillon, Michael & Luis Lobo-Guerrero (2008). « Biopolitics of Security in the 21st Century: An Introduction », *Review of International Studies*, vol.34, n°2, pp.265-292
- Dimitrakaki, Angela & Tsiantis, Miltos. (2002). « Terminators, monkeys and mass culture: the carnival of time in science fiction films », *Time and Society*, vol.11, n°23, pp.209-231.
- Diniz, Debora. (2016). « The Protection to Women’s Fundamental Rights Violated by the Zika Virus Epidemic », *American Journal of Public Health*, vol.106, n°8, pp.e9
- Dodier, Nicolas & Isabelle Baszanger (1997). « Totalisation et altérité dans l’enquête ethnographique », *Revue française de sociologie*, vol.38, pp.37-66.
- Douglas, Mary (1992). *Risk and Blame: Essays in cultural theory*, New York: Routledge.

- Dozon, Jean-Pierre (1991). « D'un tombeau l'autre », *Cahiers d'Études africaines*, vol.31, n°121-122, pp.135–157
- Dozon, Jean-Pierre (2017). *La vérité est ailleurs. Complots et sorcellerie*, Paris : Éditions maison des sciences de l'homme.
- Dry, Sarah (2010). « New Rules for Health? Epidemics and the International Health Regulation », in: Dry, Sarah & Melissa Leach, *Epidemics. Science, Governance and Social Justice*, London & Washington: Earthscan, pp.23-42.
- Dry, Sarah & Melissa Leach (2010). « Towards Conclusions: Science, Politics and Social Justice in Epidemic Accounts and Responses », in: *Epidemics. Science, Governance and Social Justice*, London & Washington: Earthscan, pp.239-256.
- Dyck, Lesley (2018). *Policies and Provisions for Public Health Surveillance of Zika and Other Emerging Infectious Diseases in Canada. Summary and Analysis of the 2016 environmental scan*, Centre de collaboration nationale des maladies infectieuses, Gouvernement du Canada.
- Echenberg, Myron (2011). *Africa in the Time of Cholera. A History of Pandemics from 1817 to the Present*, New York: Cambridge University Press.
- Edström, Jerker (2010). « Constructing AIDS: Contesting Perspectives on an Evolving Epidemic », in: Dry, Sarah & Melissa Leach, *Epidemics. Science, Governance and Social Justice*, Earthscan: London & Washington, pp.91-110.
- Ehrenberg, Alain (1998). *La Fatigue d'être soi. Dépression et société*, Paris : Odile Jacob.
- Ehrenreich, Barbara & Deirdre English (2011). *Complaints and Disorders*, New York: The Feminist Press.
- Eichelberger, Laura (2005). *The Politics of an Epidemic: SARS and Chinatown*, thèse (M.A): Tuscon : Department of anthropology de University of Arizona.
- Eichelberger, Laura (2007). « SARS and New York's Chinatown: The politics of risk and blame during an epidemic of fear », *Social Science & Medicine*, vol.65, n°6, pp.1284-1295.
- Elias, Norbert & John L. Scotson (1994). *The Established and the Outsiders. A Sociological Enquiry into Community Problems*, London, Thousand Oaks & New Delhi: Sage.
- Ellermann, Antje (1998). « Can Discourse Analysis Enable Reflective Social Work Practice? », *Social Work Education*, vol.17, n°1, pp.35-44.

- Encyclopaedia Britannica (2019). « Smallpox ». Encyclopaedia Britannica [En ligne] URL : <https://www.britannica.com/science/smallpox>
- Engler, Yves (2009). *The Black Book of Canadian Foreign Policy*, Vancouver: Fernwood Publishing.
- Fabre, Gérard (1998). *Épidémies et contagions. L'imaginaire du mal en Occident*, Paris : Presses Universitaires de France.
- Fairhead, James (2016). « Understanding Social Resistance to the Ebola Response in the Forest Region of the Republic of Guinea: An Anthropological Perspective », *African Studies Review*, vol.59, n°3, pp.7-31.
- Falade, Bankole & Clare Coultas (2017). « Scientific and Non-Scientific Information in the Uptake of Health Information: The Case of Ebola », *South African Journal of Science*, vol.113, n°7-8 [En ligne] DOI: 10.17159/sajs.2017/20160359
- Fantino, Jacques (2010). « Introduction », in : *Identité et altérité. La norme en question? Hommage à Pierre Marie Beaude*, Paris : Les éditions du cerf, pp.
- Farley, John (1997). « Parasites and the Germ Theory of Disease », in: Rosenberg, Charles & Janet Golden, *Framing Disease. Studies in Cultural History*, New Brunswick: Rutgers University Press, pp.33-49.
- Farmer, Paul (2006). *Aids and Accusations. Haiti and the Geography of Blame*, Berkeley & Los Angeles: University of California Press.
- Fassin, Didier (2008). « The Politics of Death Race War, Biopower and AIDS in the Post-Apartheid », in: Dillon, Michael & Andrew W. Neal, *Foucault on Politics, Security and War*, New York: Palgrave Macmillan, pp.151-165.
- Faye, Ousmane, Boëlle, Pierre-Yves, Heleze, Emmanuel, Faye, Oumar, Loucoubar, Cheikh, Magassouba, N'Faly, Soropogui, Barré, Keita, Sakoba, Gakou, Tata, Bah, El Hadji Ibrahima, Koivogui, Lamine, Sall, Amadou Alpha & Simon Cauchemez (2015). « Chains of Transmission and Control of Ebola Virus Disease in Conakry, Guinea, in 2014: An observational study », *The Lancet Infectious Diseases*, vol.15, n°3, pp.320-326.
- Ferguson, Neil M., Cucunubá, Zulma M., Dorigatti, Ilaria, Nedjati-Gilani, Gemma L., Donnelly, Christl A., Basáñez, Maria-Gloria, Nouvellet, Pierre & Justin Lessler (2016). « Countering the Zika epidemic in Latin America. », *Science*, vol.353, n°6297, pp.353-354.

- Finnegan, Cara A. & Lisa Keränen (2011). « Review Essay: Addressing the Epidemic of Epidemics: Germs, Security and a Call for Biocriticism », *Quarterly Journal of Speech*, vol.97, n°2, pp.224-244
- Foucault, Michel (1963). *Naissance de la clinique*, Paris: Presses universitaires de la France.
- Foucault, Michel (1966). *Les mots et les choses*, Paris: Gallimard.
- Foucault, Michel (1969). *L'archéologie du savoir*, Paris: Gallimard.
- Foucault, Michel (1971). *L'ordre du discours*, Paris: Gallimard.
- Foucault, Michel (1972). *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris: Gallimard.
- Foucault, Michel (1975). *Surveiller et punir*, Paris: Gallimard.
- Foucault, Michel (1976). *Histoire de la sexualité. T.1. La volonté de savoir*, Paris: Gallimard.
- Foucault, Michel (2001a). « 1961 », in : *Dits et écrits. T.1.*, Paris: Gallimard, pp.187-195.
- Foucault, Michel (2001b). « Réponse à une question », in : *Dits et écrits. T.1.*, Paris: Gallimard, pp.701-723.
- Foucault, Michel (2001c). « Michel Foucault explique son dernier livre », in : *Dits et écrits. T.1.*, Paris: Gallimard, pp.799-807.
- Foucault, Michel (2001d). « La naissance d'un monde », in : *Dits et écrits. T.1.*, Paris: Gallimard, pp.814-817.
- Foucault, Michel (2001e). « Questions à Michel Foucault sur la géographie », in : *Dits et écrits. T.2.*, Paris: Gallimard, pp.28-40
- Foucault, Michel (2001f). « Foucault, extension sociale de la norme », in : *Dits et écrits. T.2.*, Paris: Gallimard, pp.74-79.
- Foucault, Michel (2001g). « L'Occident et la vérité du sexe », in : *Dits et écrits. T.2.*, Paris: Gallimard, pp.101-106
- Foucault, Michel (2001h). « Entretien avec Michel Foucault », in : *Dits et écrits. T.2.*, Paris: Gallimard, pp.140-160.
- Foucault, Michel (2001i). « Cours du 7 janvier 1976 », in : *Dits et écrits. T.2.*, Paris: Gallimard, pp.160-174
- Foucault, Michel (2001j). « Cours du 14 janvier 1976 », in : *Dits et écrits. T.2.*, Paris: Gallimard, pp.175-189.
- Foucault, Michel (2001k). « L'œil du pouvoir », in : *Dits et écrits. T.2.*, Paris: Gallimard, pp.190-207.

- Foucault, Michel (2001l). « Naissance de la clinique », *in : Dits et écrits. T.2.*, Paris: Gallimard, pp.207-228.
- Foucault, Michel (2001m). « Le jeu de Michel Foucault », *in : Dits et écrits. T.2.*, Paris: Gallimard, pp.298-329.
- Foucault, Michel (2001n). « Pouvoirs et stratégies », *in : Dits et écrits. T.2.*, Paris: Gallimard, pp.418-428.
- Foucault, Michel (2001o). « Dialogue sur le pouvoir », *in : Dits et écrits. T.2.*, Paris: Gallimard, pp.464-477.
- Foucault, Michel (2001p). « La scène de la philosophie », *in : Dits et écrits. T.2.*, Paris: Gallimard, pp.571-595.
- Foucault, Michel (2001q). « Table Ronde du 20 mai 1978 », *in : Dits et écrits. T.2.*, Paris: Gallimard, pp.839-853.
- Foucault, Michel (2001r). « Les mailles du pouvoir », *in : Dits et écrits. T.2.*, Paris: Gallimard, pp.1001-1020.
- Foucault, Michel (2001s). « Le sujet et le pouvoir », *in : Dits et écrits. T.2.*, Paris: Gallimard, pp.1041-1062.
- Foucault, Michel (2001t). « Structuralisme et poststructuralisme », *in : Dits et écrits. T.2.*, Paris: Gallimard, pp.1250-1276.
- Foucault, Michel (2001u). « Usage des plaisirs et techniques de soi », *in : Dits et écrits. T.2.*, Paris: Gallimard, pp.1358-1380.
- Foucault, Michel (2001v). « Polémique, politique et problématisations », *in : Dits et écrits. T.2.*, Paris: Gallimard, pp.1410-1417.
- Foucault, Michel (2001w). « Archéologie d'une passion », *in : Dits et écrits. T.2.*, Paris: Gallimard, pp.1418-1427.
- Foucault, Michel (2001x). « À propos de la généalogie de l'éthique : un aperçu du travail en cours », *in : Dits et écrits. T.2.*, Paris: Gallimard, pp.1428-1450.
- Foucault, Michel (2001y). « L'éthique du souci de soi comme pratique de la liberté », *in : Dits et écrits. T.2.*, Paris: Gallimard, pp.1531-1548.
- Foucault, Michel (2001z). « La vie : l'expérience et la science », *in : Dits et écrits. T.2.*, Paris: Gallimard, pp.1582-1595.

- Foucault, Michel (2001aa). « Les techniques de soi », in : *Dits et écrits. T.2.*, Paris: Gallimard, pp.1602-1632.
- Foucault, Michel (2004a). *Sécurité, territoire, population. Cours au Collège de France. 1977-1978*, Paris: Hautes Études/Gallimard/Le Seuil.
- Foucault, Michel (2004b). *Naissance de la biopolitique. Cours au Collège de France. 1977-1978*, Paris: Hautes Études/Gallimard/Le Seuil.
- Foucault, Michel (2008). *Le gouvernement de soi et des autres I*, Paris: Hautes Études/Gallimard/Le Seuil.
- Foucault, Michel (2016). *Discours et vérité*, Paris : VRIN.
- Franco, Zeno E., Blau, Kathy & Philip G. Zimbardo (2011). « Heroism : A Conceptual Analysis and Differentiation Between Heroic Action and Altruism », *Review of General Psychology*, vol.15, n°2, pp.99-113.
- Franco, Zeno E. & Philip G. Zimbardo (2006). « The Banality of Heroism », *Greater Good*, vol.3, n°2, pp.30-35.
- Francoeur, Christine (2011). « Les multiples visages du VIH-sida. Représentations, expériences et intervention », *Reflets : revue d'intervention sociale et communautaire*, vol.17, n°2, pp.150-162.
- Franco-Paredes, Carlos, Hernandez-Ramos, Isabel, Del Rio, Carlos, Alexander, Kelly T., Tapia-Conyer, Roberto & Jose I. Santos-Preciado (2009). « H1N1 Influenza Pandemics: Comparing the Events of 2009 in Mexico with those of 1976 and 1918-1919 », *Archives of Medical Research*, vol.40, n°8, pp.669-672
- Fribault, Mathieu (2015). « Ebola en Guinée : Violences historiques et régimes de doute », *Anthropologie et Santé*, 11 [En ligne] DOI: 10.4000/anthropologiesante.1761.
- G8 (2000). *Communiqué Okinawa 2000*, Okinawa (Japon), 23 juillet 2010. [En ligne] URL : <http://www.g8.utoronto.ca/summit/2000okinawa/finalcom.htm>
- Garlin-Politis, Fernando, Roy, Mélissa, Ward, Jeremy & Laëtitia Atlani-Duault (soumis). « Distorting and reinjecting: the laundering of anti-Semitism on 'cliquey networks' during the Covid-19 pandemic », *Culture, Medicine, and Psychiatry*.
- Geddes, Gary (2017). *Medicine Unbundled. A Journey Through the Minefield of Indigenous Health Care*, Victoria, Vancouver & Calgary: Heritage.

- Gerlach, Neil Allen (2016). « From Outbreak to Pandemic Narrative: Reading Newspaper Coverage of the 2014 Ebola Epidemic », *Canadian journal of communication*, vol.44, n°4, pp.611-630.
- Giesbrecht, Lynn & Arthur White-Crummey (2020). « Regina COVID-19: Public high schools move to Level 3; small gathering of anti-maskers protest », *Leader Post*, 6 novembre 2020, [En ligne] URL: <https://leaderpost.com/news/local-news/regina-public-moving-all-high-schools-to-reduced-in-class-learning>
- Girard, René (1982). *Le Bouc émissaire*, Paris : Grasset & Fasquelle.
- Goethals, George R. & Scott T. Allison (2012). « Making Heroes : The Construction of Courage, Competence, and Virtue », in: *Advances in Experimental Social Psychology*, J.M. Olson & M.P. Zanna (Eds), San Diego: Elsevier, p.183-235.
- Golding, William (1956). *Sa Majesté des mouches*, Paris : France.
- Gouvernement du Canada (2004). « SARS in Canada: Anatomy of an Outbreak », in: *Learning from SARS : Renewal of public health Canada*, Ottawa: Gouvernement du Canada, pp.23-42.
- Gouvernement du Canada (2010). *Leçons à retenir : Réponse de l'Agence de la santé publique du Canada et de Santé Canada à la pandémie de grippe H1N1 de 2009*, Agence de la santé publique du Canada / Santé Canada.
- Gouvernement du Canada (2018a). *The Time is Now. Eliminating Tuberculosis in Canada*, Agence de la santé publique du Canada.
- Gouvernement du Canada (2018b). *Préparation du Canada en cas de grippe pandémique : Guide de planification pour le secteur de la santé*, Agence de la santé publique du Canada.
- Gouvernement du Canada (2019a). « Tuberculosis : Monitoring » [En ligne] URL : <https://www.canada.ca/en/public-health/services/diseases/tuberculosis/surveillance.html>
- Gouvernement du Canada (2019b). « Surveillance de la maladie à virus Ebola » [En ligne] URL : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/maladie-virus-ebola/surveillance-maladie-virus-ebola.html>
- Gouvernement du Canada (2019c). « Zika Virus: For Health Professionals » [En ligne] URL : <https://www.canada.ca/en/public-health/services/diseases/zika-virus/health-professionals.html>

- Grzybowski, Stefan & Edward Allen (1999). « Tuberculosis: 2. History of the Disease in Canada », *Canadian Medical Association Journal*, vol.160, n°7, pp.1025-1028
- Haig, Thomas, Côté, Philippe-Benoît & Robert Rousseau (2009). « Intimité, dialogue et santé », *Nouvelles pratiques sociales*, vol.21, n°2, pp.151-173.
- Hall, Stuart (1980). « Encoding/Decoding », in: Hall, Stuart, Hobson, Dooty, Lowe, Andrew & Paul Willis, *Culture, Media, Language. Working Papers in Cultural Studies, 1972-1979*, New York: Routledge, pp.117-127.
- Hall, Stuart (1997). « The Spectacle of the ‘Other’ », in: *Representation: cultural representations and signifying practices*, London: Sage, pp.223-290.
- Hall, Stuart (2013). « La ‘race’ : Un signifiant flottant », in : Cervulle, Maxime, *Identités et cultures 2. Politiques des différences*, Paris : Éditions Amsterdam, pp.95-111.
- Hart, Kylo-Patrick R. (2013). *The AIDS movie : representing a pandemic in film and television*, New York / Oxfordshire: Routledge.
- Heller, Jacob (2015). « Rumors and Realities: Making Sense of HIV/AIDS Conspiracy Narratives and Contemporary Legends », *American Journal of Public Health*, vol.105, n°1, pp.e43-e50.
- Henry, Frances & Carol Tator (2006). *The Colour of Democracy : Racism in Canadian Society*, Toronto: Thomson-Nelson.
- Héritier, Françoise (2013). *Sida. Un défi anthropologique*, Paris : Les belles lettres.
- Herrick, Clare (2019). « Geographic Charisma and the Potential Energy of Ebola », *Sociology of Health & Illness*, vol.41, no8, pp.1488-1502.
- Hewlett, Barry S. & Bonnie L. Hewlett (2008). *Ebola, Culture, and Politics: The Anthropology of an Emerging Disease*, Belmont: Wadsworth Cengage Learning.
- Higham, John (1963). *Strangers in the Land. Patterns of American Nativism 1860-1925*, New Brunswick: Rutgers University Press.
- Hodges, Brian D. (2017). « Rattling Minds: The Power of Discourse Analysis in a Post-Truth World », *Medical Education*, vol.51, n°3, pp.235-237.
- Hofman, Michiel & Sokhieng Au (2017). *The Politics of Fear: Médecins Sans Frontières and the West African Ebola Epidemic*, New York: Oxford University Press.

- Holland, Kate (2018). « Making Mental Health News. Australian journalists' Views on News Values, Sources and Reporting Challenges », *Journalism Studies*, vol.19, n°12, pp.1767-1785.
- Holton, Avery, Weberling, Brooke, Clarke, Christopher E. & Michael J. Smith (2012). « The Blame Frame: Media Attribution of Culpability About the MMR-Autism Vaccination Scare », *Health Communication*, vol.27, n°7, pp.690-701.
- Hopkins, Nick, Reicher, Steve & Mark Levine (1997). « On the Parallels Between Social Cognition and the 'New Racism' », *British Journal of Social Psychology*, vol.36, n°3, pp.305-329.
- Hornsby, David J. (2014). « Changing Perception into Reality: Canada in Africa », *International Journal*, vol.69, n°3, pp.334-352.
- Horton, Richard (2017). « Offline: Difficult Truths about a Post-Truth World », *The Lancet*, vol.389, n°10076, pp.1282.
- Hotez, Peter J. (2016). « Neglected Tropical Disease in the Anthropocene: The Cases of Zika, Ebola, and Other Infections », *PLOS Neglected Tropical Diseases*, vol.10, n°4 [En ligne] DOI: 10.1371/journal.pntd.0004648
- Humble, Michael N., Bride, Brian E., Kolomer, Stacey R. & Patricia M. Reeves (2012). « Evolution of a Virus: The Framing of HIV/AIDS in Social Work Journals », *Social Work*, vol.57, n°4, pp.371-376.
- Humphries, Brittany, Radice, Martha & Sophie Lauzier (2017). « Comparing 'Insider' and 'Outsider' News Coverage of the 2014 Ebola Outbreak », *Canadian Journal of Public Health*, vol.108, n°4, pp.e381-e387.
- Huston, Patricia (2017). « Tuberculosis in Canada », *Canadian family physician / Médecin de famille canadien*, vol.63, n°4, pp.292
- Hyvönen, Ari-Elmeri (2018). « Careless Speech: Conceptualizing Post-Truth Politics 1 », *New Perspectives*, vol.26, n°3, 31-55, pp.175
- Ideland, Malin & Claes Malmberg (2014) « 'Our Common World' Belongs to 'Us': Constructions of Otherness in Education for Sustainable Development », *Critical Studies in Education*, vol.55, n°3, pp.369-386.
- Imperato, Pascal James (2016). « The Convergence of a Virus, Mosquitoes, and Human Travel in Globalizing the Zika Epidemic », *Journal of Community Health*, vol.41, n°3, pp.674-679.

- Infection Prevention and Control Canada (2014). « Pandemic (H1N1) 2009 Virus » [En ligne]
URL : <https://ipac-canada.org/pandemic-h1n1-resources.php>
- Jappah, Jlateh Vincent & Danielle Taana Smith (2015). « Global Governmentality: Biosecurity in the Era of Infectious Diseases », *Global Public Health*, vol.10, n°10, pp.1139-1156.
- Jayawickreme, Eranda & Paul Di Stefano (2012). « How Can We Study Heroism? Integrating Persons, Situations and Communities », *Political Psychology*, vol.33, n°1, pp.165-178.
- Jensen, Leif (2013). « Seduced and Surrounded by Security: A Post-Structuralist take on Norwegian High North Securitizing Discourses », *Cooperation and Conflict*, vol.48, n°1, pp.80-99.
- Joffe, Helene (2004). *Risk and 'The Other'*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Joffe, Helene (2011). « Public Apprehension of Emerging Infectious Diseases: Are Changes Afoot? », *Public Understanding of Science*, vol.20, n°4, pp.446-460.
- Joffe, Helene & Georgina Haarhoff (2002). « Representations of Far-Flung Illnesses : The Case of Ebola in Britain », *Social Science & Medicine*, vol.54, pp.955-969.
- Jones, Max, Sèbe, Berny, Strachan, John, Taithe, Bertrand & Peter Yeandle (2014). « Decolonising Imperial Heroes: Britain and France », *The Journal of Imperial and Commonwealth History*, vol.42, n°5, pp.787-825.
- Jullien, François (2012). *L'écart et l'entre. Leçon inaugurale de la Chaire sur l'altérité*, Paris : Galilée.
- Jullien, François (2018). *Si près, tout autre. De l'écart et de la rencontre*, Paris : Grasset & Fasquelle.
- Kamradt-Scott, Adam (2016). « WHO's to Blame? The World Health Organization and the 2014 Ebola Outbreak in West Africa », *Third World Quarterly*, vol.37, n°3, pp.401-418.
- Karyotis, Georgios (2020). « British people blame Chinese government more than their own for the spread of coronavirus », *The Conversation*, [En ligne], URL: <https://theconversation.com/british-people-blame-chinese-government-more-than-their-own-for-the-spread-of-coronavirus-137642>
- Kastoryano, Riva (2010). « Codes of Otherness », *Social Research: An International Quarterly*, vol.77, n°1, pp.79-100

- Kavoura, Anna, Ryba, Tatiana V & Stilianos Chroni (2015). « Negotiating Female Judoka Identities in Greece : A Foucauldian Discourse Analysis », *Psychology of Sport & Exercise*, vol.17, pp.88-98.
- Keck, Frédéric (2013). « Vaccinés comme des bêtes? », *Genèses*, vol.91, n°2, pp.96-117.
- Keck, Frédéric (2015). « Ebola, entre science et fiction », *Anthropologie et Santé*, vol.11 [En ligne] DOI : 10.4000/anthropologiesante.1870
- Keck, Frédéric (2018). « Les énoncés divinatoires des experts de la grippe aviaire », *Anthropologie et Sociétés*, vol.42, n°2-3, pp.271-290.
- Keczer, Zsolt, File, Bálint, Orosz, Gábor & Phil Zimbardo (2016). « Social Representations of Hero and Everyday Hero : A Network Study from Representative Samples », *PLoS ONE*, vol.11, n°8, pp.e0159354.
- Kendal, Evie. (2019). « Public health crises in popular media: how viral outbreak films affect the public's health literacy », *Medical Humanities*, doi: [10.1136/medhum-2018-011446](https://doi.org/10.1136/medhum-2018-011446)
- Keränen, Lisa (2015). « Biopolitics, Contagion, and Digital Health Production: Pathways for the Rhetoric of Health and Medicine », *Communication Quarterly*, vol.63, n°5, pp.504-509
- Keshavjee, Salmaan & Paul E. Farmer (2012). « Tuberculosis, Drug Resistance, and the History of Modern Medicine », *The New England Journal of Medicine*, vol.367, n°10, pp.931-936
- Kinsella, Elaine Louise, Ritchie, Timothy D. & Eric R Igou (2015a). « Zeroing in on Heroes: A Prototype Analysis of Hero Features », *Journal of Personality and Social Psychology*, vol.108, n°1, pp.114–127.
- Kinsella, Elaine Louise, Ritchie, Timothy D. & Eric R Igou (2015b). « Lay perspectives on the social and psychological functions of heroes », *Frontiers in Psychology*, vol.6, pp.130.
- Klapp, Orrin E. (1948). « Creation of Popular Heroes », *American Journal of Sociology*, vol.56, n°2, pp.135-141.
- Klapp, Orrin E. (1954). « Heroes, Villains and Fools, as Agents of Social Control », *American Sociological Review*, vol.19, n°1, pp.56-62
- Klapp, Orrin E. (2017). *Heroes, Villains, and Fools. The Changing American Character*, New York: Routledge.
- Klawiter, Maren (2004). « Breast Cancer in Two Regimes: The Impact of Social Movements on Illness Experience », *Sociology of Health & Illness*, vol.26, n°6, pp.845–874.

- Knapp, Robert H. (1944). « A Psychology of Rumor », *The Public Opinion Quarterly*, vol.8, n°1, pp.22-37
- Koivukoski, Toivo (2014). *The New Barbarism and the Modern West. Recognizing an ethic of difference*, Lanham, Boulder, New York & London: Lexington Books.
- Koro-Ljungberg, Mirka, Carlson, David Lee & Anna Montana (2019). « Productive Forces of Post-truth(s)? », *Qualitative Inquiry*, vol.25, n°6, pp.583-590
- Kraut, Alan (1994). *Silent Travelers. Germs, Genes and the « Immigrant Menace »*, Baltimore & London: John Hopkins University Press.
- Kucharski, Adam (2016). « Post-Truth: Study Epidemiology of Fake News », *Nature*, vol.540, n°7634, pp.525.
- Kumar, Anand, Zarychanski, Ryan, Pinto, Ruxandra, Cook, Deborah J., Marshall, John, Lacroix, Jacques, Stelfox, Tom, Bagshaw, Sean, Choong, Karen, Lamontagne, Francois, Turgeon, Alexis F., Lapinsky, Stephen, Ahern, Stéphane P., Smith, Orla, Siddiqui, Faisal, Juvet, Philippe, Khwaja, Kosar, McIntyre, Lauralyn, Menon, Kusum, Hutchison, Jamie, Hornstein, David, Joffe, Ari, Lauzier, Francois, Singh, Jeffrey, Karachi, Tim, Wiebe, Kim, Olafson, Kendiss, Ramsey, Clare, Sharma, Sat, Dodek, Peter, Meade, Maureen, Hall, Richard & Robert A. Fowler (2009). « Critically Ill Patients with 2009 Influenza (H1N1) Infection in Canada », *The Journal of the American Medical Association*, vol.302, n°17, pp.1872-1879.
- Kuypers, Jim A. (2010). « Framing Analysis from a Rhetorical Perspective », in: D'Angelo, Paul D. & Jim A. Kuypers, *Doing News Framing Analysis: Empirical and Theoretical Perspectives*, London & New York: Routledge, pp. 286–311
- Kyriakides, Christopher (2017). « Words Don't Come Easy : Al Jazeera's Migrant-Refugee Distinction and the European Culture of (Mis)Trust », *Current Sociology*, vol.65, n°7, pp.933-952.
- La Capra, Dominick (2006). « Relire l'Histoire de la folie », *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, vol.53, n°1, pp.7-33.
- Lafleur, Isabelle, Trottier, Germain & Jocelyn Lindsay (2003). « La contribution des personnes vivant avec le VIH-sida au renouvellement de la prévention », *Service social*, vol.50, n°1, pp.280-294.

- Lakoff, Andrew (2008). « The Generic Biothreat, Or, How we Became Unprepared », *Cultural Anthropology*, vol.23, n°3, pp.399-428.
- Lakoff, Andrew (2010). « Two Regimes of Global Health », *Humanity: An International Journal of Human Rights, Humanitarianism, and Development*, vol.1, n°1, pp.59-79.
- Lakoff, Andrew (2015a). « Real-Time Biopolitics: The Actuary and the Sentinel in Global Public Health », *Economy and Society*, vol.44, n°1, pp.40-59.
- Lakoff, Andrew (2015b). « Vaccine Politics and the Management of Public Reason », *Public Culture*, vol.27, n°377, pp.419-425.
- Lakoff, Andrew (2017). *Unprepared. Global Health in a Time of Emergency*, Oakland: University of California Press.
- Lakoff Andrew & Stephen J. Collier (2008). *Biosecurity Interventions. Global Health and Security in Question*, New York: Columbia University Press.
- Lamont, Michèle & Marcel Fournier (1992). *Cultivating Differences Symbolic boundaries and the Making of Inequality*, Chicago: Illinois University of Chicago Press.
- Landry Faye, Sylvain (2015). « L'«exceptionnalité» d'Ebola et les «réticences» populaires en Guinée-Conakry. Réflexions à partir d'une approche d'anthropologie symétrique », *Anthropologie et Santé*, vol.11 [En ligne] DOI : 10.4000/anthropologiesante.1796
- Langlitz, Nicolas (2013). « Securing Life Against Life », *BioSocieties*, vol.8, n°1, pp.93.
- Larose-Hébert, Katharine (2014). « Le passage obligé. La folie selon Michel Foucault et Erving Goffman », in : Doucet, Marie-Chantal & Nicolas Moreau, *Penser les liens entre santé mentale et société. Les voies de la recherche en sciences sociales*, Québec: Presses de l'Université du Québec, pp.311-331.
- Latour, Bruno (2001). *Pasteur: guerre et paix des microbes*, Paris : Découverte/La Poche.
- Leach, Colin Wayne (2005). « Against the Notion of a 'New Racism' », *Journal of Community & Applied Social Psychology*, vol.15, n°6, pp.432-445.
- Leach, Melissa & Sarah Dry (2010). « Epidemic Narratives », in: Dry, Sarah & Melissa Leach, *Epidemics. Science, Governance and Social Justice*, London & Washington: Earthscan, pp.1-21.
- Leach, Melissa & Barry S. Hewlett (2010). « Narratives, Politics and Pathways », in: Dry, Sarah & Melissa Leach, *Epidemics. Science, Governance and Social Justice*, London & Washington: Earthscan, pp.43-69.

- Le Marcis, Frédéric (2015). « ‘Traiter les corps comme des fagot’. Production sociale de l’indifférence en contexte Ebola (Guinée) », *Anthropologie et Santé*, 11, doi : 10.4000/anthropologiesante.1907
- Leroy, Frédéric, Brengman, Malaika, Ryckbosch, Wouter & Peter Scholliers (2018). « Meat in the Post-Truth Era: Mass Media Discourses on Health and Disease in the Attention Economy », *Appetite*, vol.125, pp.345-355.
- Levy, Sue-Ann (2020). « Levy: COVID-19 blamed on Jews and Israel, says B’nai Brith », *Toronto Sun*, 28 avril 2020.
- Levinas, Emmanuel (2017). *Totalité et infini. Essai sur l’extériorité*, Paris : Librairie générale française.
- Li, Peter S. (2003a). « The Place of Immigrants: The Politics of Difference in Territorial and Social Space », *Canadian Ethnic Studies Journal*, vol.35, n°2, pp.1-13
- Li, Peter S. (2003b). *Destination Canada: Immigration Debates and Issues*. Oxford : Oxford University Press.
- Little, Simon (2020). « Coronavirus: Vancouver’s Chinatown hit with more racist graffiti », *Global News*, 20 mai 2020.
- Liotta, Daniel (2010). « Une nouvelle positivité. Michel Foucault : de la littérature au militantisme », *Archives de philosophie*, vol.73, n°3, pp.485-509.
- Long, Richard & Edward Ellis (2015). « Tuberculosis Elimination in Canada: Truce or Victory? », *Canadian Medical Association Journal*, vol.187, n°16, pp.1191-1192.
- Los Angeles Times. (sans date). « Trump calls coronavirus ‘the Chinese virus’ » [Enregistrement audiovisuel], 01:48, URL: <https://www.youtube.com/watch?v=0pjsx94m8qA>
- Lynteris, Christos (2016). « The Epidemiologist as Culture Hero: Visualizing Humanity in the Age of the Next Pandemic », *Visual Anthropology*, vol.29, n°1, pp.36-53.
- Mackenzie, JS; Drury, P; Ellis, A; Grein, T; Leitmeyer, K.C.; Mardel, S.; Merianos, A; Olowokure, B; Roth, C; Slattery, R; Thomson, G; Werker, D & Ryan, M. (2004). « The WHO Response to SARS and Preparations for the Future », In: *Learning from SARS: Preparing for the Next Disease Outbreak: Workshop Summary (Institute of Medicine (US) Forum on Microbial Threats)*, Knobler, S; Mahmoud, A; Lemon, S; Mack, A; Sivitz, L & Oberholtzer, K. (eds). Washington: National Academies Press. [En ligne] URL : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK92476/>

- Macmillan, Alexandre (2010). « La biopolitique et le dressage des populations », *Cultures & Conflits*, vol.78, n°2, pp.39-53.
- Maingueneau, Dominique (2003). « Quelles unités pour l'analyse du discours? », *Romanistisches Jahrbuch*, vol.53, pp.109-118.
- Maingueneau, Dominique (2011). « Pertinence de la notion de formation discursive en analyse de discours », *Langage et société*, vol.1, pp.87-99.
- Manguvo, Angellar & Benford Mafuvadze (2015). « The Impact of Traditional and Religious Practices on the Spread of Ebola in West Africa: Time for a Strategic Shift », *Pan African Medical Journal*, vol.22 (suppl 1) [En ligne] DOI: [10.11694/pamj.suppl.2015.22.1.6190](https://doi.org/10.11694/pamj.suppl.2015.22.1.6190)
- Marcus, George (1995). « Ethnography in/of the World System: The Emergence of Multi-Sites Ethnography », *Annual Review of Anthropology*, vol.24, pp.95-117.
- Marietti, Angèle K. (1985) *Michel Foucault. Archéologie et généalogie*, Paris : Librairie Générale Française.
- Marshall, Katherine & Sally Smith (2015). « Religion and Ebola: learning from experience », *The Lancet*, 386 (10005), pp. e24-e25.
- Martell, Allison & Moire Warburton (2020). « Roughly 55 million N95 masks in Ontario expired before coronavirus hit », *Global News*, 9 mars 2020.
- Martens, Keegan (2018). « Reimagining Heroism: A Conceptual Analysis Through *Antigone* and *Medea* », *Journal of Humanistic Psychology*, vol.58, n°4, pp.431-443.
- Martin-Moreno, Jose M. (2014). « The International Ebola Response : Heroes and Bystanders in the Chronicle of an Epidemic Foretold », *Journal of Public Health*, vol.36, n°4, pp.525-526.
- Mayor, Eric, Eicher, Véronique, Bangerter, Andrian, Gilles, Ingrid, Clémence, Alain & Eva Green (2013). « Dynamic Social Representations of the 2009 H1N1 Pandemic: Shifting patterns of sense-making and blame », *Public Understanding of Science*, vol.22, n°8, pp.1011-1024.
- McDougall, Joyce (1978). *Plaidoyer pour une certaine anormalité*, Paris: Gallimard.
- McNeill, William H. (1998). *Plagues & Peoples*, New York: Anchor Books Editions.
- Meda, Nicolas, Salinas, Sara, Kagoné, Thérèse, Simonin, Yannick & Philippe Van de Perre (2016). « Zika Virus Epidemic : Africa Should not be Neglected », *The Lancet*, vol.388, pp.337.

- Médecins Sans Frontières (2019a). « DRC Ebola Outbreaks.10 facts on a Year of Ebola in DRC », 2 août 2019 [En ligne] URL: <https://www.msf.org/ten-facts-year-drc-ebola-outbreak-democratic-republic-congo>
- Médecins Sans Frontières (2019b). « DRC Ebola Outbreaks. Crisis Update – October 2019 », 7 octobre 2019 [En ligne] URL : <https://www.msf.org/drc-ebola-outbreak-crisis-update>
- Meijer Drees, Laurie (2013). *Health Histories. Stories from Canada's Indian Hospitals*, Edmonton: University of Alberta Press.
- Mensah, Joseph (2002). *Black Canadians: History, Experience, Social Condition*, Halifax: Fernwood Publishing.
- McGrath, Janet W. (1991). « Biological Impact of Social Disruption Resulting from Epidemic Disease », *American Journal of Physical Anthropology*, vol.84, pp.407-419.
- Michael, Mike (2009). « Publics Performing Publics: of PiGs, PiPs and Politics », *Public Understanding of Science*, vol.18, n°5, pp.617-631.
- Miller, Bruce L. (2020). « Science Denial and COVID Conspiracy Theories. Potential Neurological Mechanisms and Possible Responses », *Journal of the American Medical Association*, vol.324, n°22, pp.2255–2256.
- Miller-Day, Michelle & Michael L. Hecht (2013). « Narrative Means to Preventative Ends: A Narrative Engagement Framework for Designing Prevention Interventions », *Health Communication* vol.28, pp.657–670.
- Miller-Day, Michelle, Hecht, Michael L., Krieger, Janice L., Pettigrew, Jonathan, Shin, Youngju & John L. Graham (2015). « Teacher Narratives and Student Engagement: Testing Narrative Engagement Theory in Drug Prevention Education », *Journal of Language and Social Psychology*, vol.34, n°6, pp.604–620.
- Minion, Jessica, Gallant, Victor, Wolfe, Joyce, Jamieson, Frances & Richard Long (2013). « Multidrug and Extensively Drug-Resistant Tuberculosis in Canada 1997-2008: Demographic and Disease Characteristics », *PLoS ONE*, vol.8, n°1, pp.e53466.
- Ministre de santé du Canada (2014). *Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse 7^{ième} édition*, Agence de la santé publique du Canada : Canada.
- Minn, Pierre (2011). « *Where They Need Me* »: *The Moral Economy of International Medical Aid in Haiti*, thèse (Ph.D.): Montreal: Department of Anthropology de McGill University.

- Mitman, Gregg (2014). « Bush Meat: Ebola in a Stew of Fear », *New England Journal of Medicine*, vol.371, pp.1763–1765.
- Molas, Bàrbara (2020). « Canada's Anti-Mask Movement Demands Liberty », *Fair Observer*, 12 novembre 2020 [En ligne] URL : https://www.fairobserver.com/region/north_america/barbara-molas-canada-anti-mask-movement-covid-19-restrictions-conspiracies-news-18888/
- Monson, Sarah (2017). « Ebola as African: American Media Discourses of Panic and Otherization », *Africa Today*, vol.63, n°3, pp.2–27.
- Moreau, Nicolas (2009). *Entre mémoire vive, connexion et récit-projet. Une analyse sociologique du rapport au temps chez les individus « dépressifs »*, Thèse de doctorat, Université du Québec à Montréal.
- Moreau, Nicolas, Roy, Mélissa, Wilson, Andrew & Laëtitia Atlani-Duault (2020). « 'Life Is More Important Than Football'. Comparative Analysis of Tweets and Facebook Comments Regarding the Cancellation of the 2015 African Cup of Nations in Morocco », *International Review for the Sociology of Sport*, vol. 56, n°1, doi: 10.1177/1012690219899610
- Morgan, Gwyn (2020). « Comment: Canada among world's least prepared for COVID-19 », *Times Colonist*, 3 avril 2020.
- Moseby, Kevin M. (2017). « Two regimes of HIV/AIDS: The *MMWR* and the Socio-Political Construction of HIV/AIDS as a 'Black Disease' », *Sociology of Health & Illness*, vol.39, n°7, pp.1068-1082.
- Moyn, Samuel (2005). *Origins of the Other. Emmanuel Levinas between Revelation and Ethics*, Ithaca: Cornell University Press.
- Mullens, Lauri (2004). *Leaky Bodies: Epidemic Disease in Contemporary American Television*, thèse (Ph.D.): Los Angeles: Faculty of the Graduate School de University of Southern California.
- Myerhoff, Barbara G. (1966). « The Doctor as Culture Hero: The Shaman of Rincon », *Anthropological Quarterly*, vol.39, n°2, pp.60-72.
- Myerhoff Barbara G. & William R Larson (1965). « The Doctor as Culture Hero: The Routinization of Charisma », *Human Organization*, vol.24, n°3, pp.188-191.

- Nagy, Melanie & Jonathan Forani (2020). « Grocery store workers on front line of COVID-19 pandemic », *CTV News*, 26 mars 2020.
- Namian, Dahlia (2012). *Entre itinérance et fin de vie. Sociologie de la vie moindré*, Montréal: Presses de l'Université du Québec.
- Namian, Dahlia & Jonathan Binet (2016). « Politiques d'activation et nouvelles frontières du travail social », in : Lilian Negura, *L'intervention en sciences humaines: l'importance des représentations*, Laval : Presses de l'Université Laval, pp.99-120.
- Natale, Anthony P. & Donald Baker (2010). « HIV/AIDS Scholarship: An Analysis of Groundbreaking Programs and Individuals », *Social Work in Health Care*, vol.49, pp.669-686.
- Nelkin, Dorothy & Sander L. Gilman (1991). « Placing Blame for Devastating Disease », in: Mack, Arien, *In Time of Plague. The History and Social Consequences of Lethal Epidemic Diseases*, New York & London : New York University Press, pp.39-56.
- Nelson, Chantal (2018). « Severe Microcephaly in Canada », *Paediatrics & Child Health*, vol.23(suppl1), pp.e12-e13
- Nightingale, Paul (2010). « Multi-Resistant Tuberculosis: Narratives of Security, Global Healthcare and Structural Violence. », in: Dry, Sarah & Melissa Leach, *Epidemics. Science, Governance and Social Justice*, London & Washington : Earthscan, pp.165-187.
- Nisbet, Matthew (2010). « Knowledge Into Action Framing the Debates Over Climate Change and Poverty », in: D'Angelo Paul & Jim Kuypers, *Doing News Framing Analysis. Empirical and Theoretical Perspectives*, New York, Routledge, pp.43-83.
- Oldstone, Michael B.A. (2010). *Viruses, Plagues, & History*, New York & Oxford : Oxford University Press.
- Organisation des Nations unies (1994). *Rapport Mondial sur le développement humain*, Paris: Economica.
- Organisation mondiale de la santé (sans date, a). « Origin and development of health cooperation » [En ligne] URL : https://www.who.int/global_health_histories/background/en/1
- Organisation mondiale de la santé (sans date, b). « SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome) », *International Travel and Health - World Health Organization* [En ligne] URL: <https://www.who.int/ith/diseases/sars/en>

- Organisation mondiale de la santé (2003). *The World Health Report 2003 – Shaping the Future*, Genève: Organisation mondiale de la santé.
- Organisation mondiale de la santé (2005). *Plan mondial OMS de préparation à une pandémie de grippe : le rôle de l'OMS et les recommandations relatives aux mesures à prendre à l'échelon national avant et pendant une pandémie*, Genève: Organisation mondiale de la santé.
- Organisation mondiale de la santé (2016). « Qu'est-ce que le Règlement sanitaire international? » [En ligne] URL : <https://www.who.int/features/qa/39/fr/>
- Organisation mondiale de la santé (2018a). « Tuberculosis » [En ligne] URL : <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>
- Organisation mondiale de la santé (2018b). « Qu'est-ce que la tuberculose multirésistante (tuberculose-MR) et comment la combattre? » [En ligne] URL : <https://www.who.int/features/qa/79/fr/>
- Organisation mondiale de la santé (2019a). « Ebola Outbreak in the Democratic Republic of the Congo Declared a Public Health Emergency of International Concern » [En ligne] URL : <https://www.who.int/news-room/detail/17-07-2019-ebola-outbreak-in-the-democratic-republic-of-the-congo-declared-a-public-health-emergency-of-international-concern>
- Organisation mondiale de la santé (2019b). « Heroes for Health » [En ligne] URL : <https://www.who.int/features/2006/heroes/en>
- Organisation mondiale de la santé (2019d). « Ebola Virus Disease » [En ligne] URL : <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ebola-virus-disease> p.111
- Organisation mondiale de la santé (2020). « Vaccine acceptance is the next hurdle », 4 décembre 2020 [En ligne] URL : <https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/vaccine-acceptance-is-the-next-hurdle>.
- Organisation mondiale de la santé (2021). « WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard », [En ligne] URL : <https://covid19.who.int/>
- Organisation mondiale de la santé – Office régional de l'Afrique (2017) « Constitution of the World Health Organization » [En ligne] URL : <https://www.afro.who.int/publications/constitution-world-health-organization>.

- Organisation mondiale de la santé – Office régional de l'Europe (2016). *Best practice guidance. How to respond to vocal vaccine deniers in public*, Genève : Organisation mondiale de la santé.
- Otero, Marcelo (2003) *Les règles de l'individualité contemporaine. Santé mentale et société*, Saint-Nicolas : Les Presses de l'Université Laval.
- Otero, Marcelo (2006). « La sociologie de Michel Foucault: une critique de la raison impure », *Sociologie et sociétés*, vol.38, n°2, pp. 49-72.
- Outhwaite, Krista & Gregory Taylor (2017). « Canada Remains Actively Engaged in the Efforts to Fight Ebola », *Canadian Medical Association journal / Journal de l'association médicale canadienne*, vol.189, n°2, pp.e80
- Owens, Brian (2015). « Ebola Needed Better Coordinated Canadian Response », *Canadian Medical Association journal / Journal de l'association médicale canadienne*, vol.187, n°12, pp.e365
- Oxford Languages (2019). « Word of the Year », Oxford University Press, [En ligne] URL : <https://languages.oup.com/word-of-the-year/2016/>
- Oyeyemi, Sunday O., Gabarron, Elia & Rolf Wynn (2014). « Ebola, Twitter, and Misinformation: A Dangerous Combination? », *British Medical Journal*, vol.349, pp.g6178
- Pappas, Georgios (2019). « Ebola in your living room », *The Lancet Infectious Diseases*, vol.19, n°8, pp.820.
- Pappas, Georgios, Seitaridis, Savvas, Akritidis, Nikolaos & Epaminodas Tsianos (2003). « Infectious Diseases in Cinema: Virus Hunters and Killers Microbes », *Clinical Infectious Diseases*, vol.37, n°7, pp.939–942.
- Park, Hong-Jae & Lee, Bong Joo (2016). « The Role of Social Work for Foreign Residents in an Epidemic: The MERS Crisis in the Republic of Korea », *Social Work in Public Health*, vol.31, n°7, pp.656-664.
- Pascual, Cecilia M. (2017). « The Cholera Epidemic as Condenser of Meanings: Urban Cultures, Clinical Narratives, and Hygiene Policies in Rosario, Argentina, 1886-1887 », *Historia, Ciencias, Saude-Manguinhos*, vol.24, n°2, pp.295-311
- Paturet, Jean-Bernard (2007). « Ce que nous enseigne l'étranger » de la cité Athénienne. Pour un autre regard », in : Stitou, Rajaa, *L'étranger et le différent dans l'actualité du lien social*, Nates : Éditions Pleins Feux, pp.81-93.

- Paul, Richard E. (2016). « The When and the Where of Zika Epidemic Potential in Europe - An Evidence Base for Public Health Preparedness », *EBioMedicine*, vol.9, pp.17-18.
- Paul, Katharina & Christian Haddad (2019). « Beyond Evidence Versus Truthiness: Toward a Symmetrical Approach to Knowledge and Ignorance in Policy Studies », *Policy Sciences*, vol.52, n°2, pp.299-314.
- Pauls, Karen & Jeff Yates (2020). « Online claims that Chinese scientists stole coronavirus from Winnipeg labs have ‘no factual basis’ », *CBC*, 27 janvier 2020.
- Paylor, Ian & Heather Mack (2010). « Gazing into the Scarlet Crystal Ball: Social Work and Hepatitis C », *British Journal of Social Work*, vol.40, n°7, pp.2291-2307.
- Perry, Barbara & Ryan Scrivens (2018). « A Climate for Hate? An Exploration of the Right-Wing Extremist Landscape in Canada », *Critical Criminology*, vol.26, n°2, pp.169-187
- Peterson, Sarah & Wendy Mesley (2020). « COVID-19 blame game intensifies with online ad campaigns paid for by China and the U.S. », *CBC*, [En ligne] URL: <https://www.cbc.ca/news/world/coronavirus-covid-china-united-states-political-campaign-1.5555245>
- Phillips, Louise & Marianne W. Jørgensen (2002). *Discourse Analysis as Theory and Method*, London: Sage
- Picard, Robert & Antoine Vial (2012). *De l'information du patient à la démocratie sanitaire : enjeux et conditions d'un usage efficient des technologies*, Paris: Ministère de l'économie et des finances.
- Pilipp, Frank & Charles Shull (1993). « American Values and Images: TV Movies of the First Decade of AIDS », *Journal of Popular Film and Television*, vol.21, n°1, pp.19-26
- Piot, Peter, Muyembe, Jean-Jacques & John Edmunds (2014). « Ebola in West Africa: From Disease Outbreak to Humanitarian Crisis », *The Lancet Infectious Diseases*, vol.14, n°11, pp. 1034-1035.
- Ploesser, Melanie & Paul Mecheril (2012). « Neglect – Recognition – Deconstruction : Approaches to Otherness in Social Work », *International Social Work*, vol.55, n°6, pp.794-808
- Plummer, Francis A. & Steven M. Jones (2017). « The Story of Canada's Ebola Vaccine », *Canadian Medical Association journal / Journal de l'association médicale canadienne*, vol.189, n°43, pp.E1326-E1327

- Preston, Richard (1994). *The Hot Zone. The terrifying true story of the origins of the Ebola virus*, New York: Anchor Books.
- Proulx-Boucher, Karène, Fernet, Mylène, Blais, Martin, Lévy, Joseph J., Otis, Joanne, Thériault, Jocelyne, Samson, Johanne, Morin, Guylaine, Lapointe, Norman & Germain Trottier (2014). « Bifurcations biographiques: l'expérience du dévoilement du diagnostic du point de vue d'adolescents infectés par le VIH en période périnatale », *Enfances, Familles, Générations*, vol.21, pp.197-215.
- Prozorov, Sergei (2019). « Why is There Truth? Foucault in the Age of Post-Truth Politics », *Constellations*, vol.26, n°1, pp.18-30
- Purpura, Lawrence J., Choi, Mary L. & Pierre E. Rollin (2016). « Zika Virus in Semen : Lessons from Ebola », *The Lancet / Infection*, vol.16, pp.1107-1108.
- Quammen, David (2014). *Ebola. The Natural and Human History of a Deadly Virus*, New York & London: W.W. Norton & Company.
- Rabinow, Paul (2010). « L’artifice et les Lumières : de la sociobiologie à la biosocialité », *Politix*, vol.90, n°2, pp.21-46.
- Racine, Trina (2012). *Stratégie de vaccination de masse contre la grippe A/H1N1 pour 2009 : comparaison multinationale*, Centre de collaboration nationale des maladies infectieuses. [En ligne] URL : https://ccnmi.ca/wp-content/uploads/sites/3/2015/04/NCCID_Strategie_de_vaccin_hr.pdf
- Rail, Geneviève, Jette, Shannon & Patrick Cloos (2015). « The Racialization of U.S. Public Health: A Paradox of the Modern State », *Cultural Studies – Critical Methodologies*, vol.15, n°5, pp.379-386.
- Reese, Stephen D. (2010). « Finding Frames in a Web of Culture. The Case of the War on Terror », in: D’Angelo, Paul & Jim A. Kuypers, *Doing News Framing Analysis Empirical and Theoretical Perspectives*, New York: Routledge, pp.17-42.
- Reitmanova, Sylvia & Diana Gustafson (2012). « Exploring the Mutual Constitution of Racializing and Medicalizing Discourses of Immigrant Tuberculosis in the Canadian Press », *Qualitative Health Research*, vol.22, n°7, pp.911-920.
- Reitmanova, Sylvia, Gustafson, Diana & Rukhsana Ahmed (2015). « ‘Immigrants Can Be Deadly’: Critical Discourse Analysis of Racialization of Immigrant Health in the Canadian

- Press and Public Health Policies », *Canadian Journal of Communication*, vol.40, n°3, pp.471-487.
- Retzinger, Jean P. (2008). « Speculative visions and imaginary meals : Food and the environment in (post-apocalyptic) science fiction films », *Cultural Studies*, vol.22, n°3-4, pp.369-390.
- Rhodes, John (2013). *The End of Plagues. The Global Battle Against Infectious Disease*, New York: Palgrave Macmillan.
- Richards, Paul (2016). *Ebola. How a People's Science Helped End an Epidemic*, London: Zed
- Rolleston, Humphry (1933). « Tuberculosis in Canada », *British Journal of Tuberculosis*, vol.27, n°4, pp.147-149.
- Romaniuk, Colleen (2020). « Small businesses to struggle under Ontario's COVID-19 closures », *Toronto Star*, 23 mars 2020.
- Rose, Nikolas (1993). « Government, Authority and Expertise in Advanced Liberalism », *Economy and Society*, vol.22, n°3, pp.283-299.
- Rose, Nikolas (1999). *Governing the Soul. The Shaping of the Private Self*, London: Free Association Books.
- Rosella, Laura C., Wilson, Kumanan, Crowcroft, Natasha S., Chu, Anna, Upshur, Ross, Willison, Donald, Deeks, Shelley L., Schwartz, Brian, Tustin, Jordan, Sider, Doug & Vivek Goel (2013). « Pandemic H1N1 in Canada and the Use of Evidence in Developing Public Health Policies – A Policy Analysis », *Social Science & Medicine*, vol.83, pp.1-9.
- Rosenberg, Charles (1997). « Introduction. Framing Disease: Illness, Society, and History », in : Rosenberg, Charles & Janet Golden, *Framing Disease. Studies in Cultural History*, New Brunswick: Rutgers University Press, pp. xiii-xxvi.
- Rosendal Østergaard, Lisa (2015). « Ebola vu de loin : Les agents de la santé face au risque et à l'incertitude dans les campagnes du Burkina Faso », *Anthropologie et Santé*, vol.11, [consulté en ligne le 7 février 2017], doi : 10.4000/anthropologiesante.1833
- Ross, Jeffrey Ian (1992). « Contemporary Radical Right-Wing Violence in Canada: A Quantitative Analysis », *Terrorism and Political Violence*, vol.4, n°3, pp.72-101
- Rousseau, Cécile, Moreau, Nicolas, Dumas, Marie-Pier, Bost, Ida, Lefebvre, Sylvie & Laëtiti Atlani-Duault (2013). « Public Media Communications about H1N1, Risk Perceptions and Immunization Behaviours: A Quebec-France Comparison », *Public Understanding of Science*, vol.24, n°2, pp.225-240

- Rowe, Daniel J. (2020). « Anti-Semitic and anti-Asian incidents on the rise during COVID-19: reports », *CTV News*, 14 juillet 2020.
- Rowlands, Allison (2007). « Medical Social Work Practice and SARS in Singapore », *Social Work in Health Care*, vol.45, n°3, pp.57-83.
- Roy, Mélissa (2020). « Les mécanismes du blâme », *Le devoir*, 16 mars 2020.
- Roy, Melissa, Moreau, Nicolas, Rousseau, Cécile, Mercier, Arnaud, Wilson, Andrew & Laëtitia Atlani-Duault (2020). « Ebola and Localized Blame on Social Media: Analysis of Twitter and Facebook Conversations during the 2014-2015 Ebola Epidemic », *Culture, Medicine, and Psychiatry*, vol.44, pp. 56-79.
- Roy, Mélissa, Moreau, Nicolas, Rousseau, Cécile, Mercier, Arnaud, Wilson, Andrew, Dozon, Jean-Pierre & Laëtitia Atlani-Duault (2021). « Constructing Ebola Martyrs, Warriors, and Saviors: Online Heroization in a Context of Risk and Unease », *Health, Risk & Society*, vol.23, n°1-2, pp.73-91.
- Roy, Mélissa (2021). « ‘Ils sont terrifiés par la médecine occidentale’ Analyse des cadres accusatoires dans les médias sociaux entourant les pratiques funéraires traditionnelles lors d’Ebola », *RESET : Recherches en sciences sociales sur Internet*, [En ligne] DOI : <https://doi.org/10.4000/reset.3190>
- Roy, Patricia E. (1995). « The Fifth Force: Multiculturalism and the English Canadian Identity », *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, vol.538, pp.199-209.
- Rullac, Stéphane (2011). « Le travail social et la science. Essai de problématisation », *Vie sociale et traitements*, vol.1, n°109, pp.89-95.
- Saïd, Edward (1993). *Culture and Imperialism*, New York: Vintage.
- Saïd, Edward (1994). *Orientalism*, New York: Vintage.
- Saïd, Edward (1997). *Covering Islam*, New York: Vintage.
- Sako, Soumana (2002). « Brain Drain and Africa’s Development: A Reflection », *African Issues*, vol.30, n°1, pp.25-30.
- Saramago, José (1997). *Blindness*, New York: Houghton Mufflin Harcourt.
- Sargeant, Tim. (2020) « Coronavirus: Montreal business owners struggle as revenues dry up amid pandemic », *Global News*, 25 mars 2020.

- Schiebinger, Londa (2005). « Agnotology and Exotic Abortifacients: The Cultural Production of Ignorance in the Eighteenth-Century Atlantic world », *Proceedings of the American Philosophical Society*, vol.149, n°3, pp.316–343.
- Schröder, Kim Christian & Louise Phillips (2007). « Complexifying Media Power: A Study of the Interplay Between Media and Audience Discourses on Politics », *Media, Culture & Society*, vol.29, n°6, pp.890-915.
- Schwefel, Detlef (2004). « International Health in a Globalized Development Perspective », *Journal of Public Health*, vol.12, n°3, pp.177-184.
- Scoones, Ian (2010). « Fighting the Flu : Risk, Uncertainty and Surveillance », in: Dry, Sarah & Melissa Leach, *Epidemics. Science, Governance and Social Justice*, London & Washington: Earthscan, pp.137-163.
- Sharp, Paul M. & Beatrice H. Hahn (2011). « Origins of HIV and the AIDS Pandemic », *Cold Spring Harbor Perspectives in Medicine*, vol.1, n°1, pp.a006841.
- Smith, Tara C. & Dorit Rubinstein Reiss (2020). « Digging the rabbit hole, COVID-19 edition : anti-vaccine themes and the discourse around COVID-19 », *Microbes and Infection*, vol.22, n°10, pp.608–610.
- Simpson, Julia (1994). « Archeology and Politicism: Foucault's Epistemic Anarchism », *Man and World*, vol.27, n°1, pp.23-35
- Singh, Vikash (2018). « Myths of Meritocracy: Caste, Karma and the New Racism. A Comparative Study », *Ethnic and Racial Studies*, vol.41, n°15, pp.2693-2710.
- Sinha, Michael S. & Wendy E. Parmet (2016). « The Perils of Panic: Ebola, HIV, and the Intersection of Global Health and Law », *American Journal of Law and Medicine*, vol.42, n°2,3, pp.223-255.
- Sjöstedt, Roxanna (2011). « Health Issues and Securitization. The Construction of HIV/AIDS as a US National Security Threat », in: Balzacq, Thierry, *Securitization theory. How security problems emerge and dissolve*, New York: Routledge. pp.150-169.
- Slack, Paul (1991). « Responses to Plague », in: Arien, Mack, *In Time of Plague. The History and Social Consequences of Lethal Epidemic Diseases*, New York & London: New York University Press, pp.111-131.
- Sloterdijk, Peter (2001). *La compétition des bonnes nouvelles. Nietzsche évangéliste*, Paris : Mille et une nuits.

- Slovic Paul, Finucane, Melissa, Peters, Ellen & Donald Macgregor (2004). « Risk as Analysis and Risk as Feelings: Some Thoughts about Affect, Reason, Risk and Rationality », *Risk Analysis*, vol.24, n°2, pp. 311-322.
- Snowden, Frank (sans date) *Epidemics in Western Society Since 1600* (Yale University: Open Yale Courses) [En ligne] URL: <http://oyc.yale.edu>, License: Creative Commons BY-NC-SA.
- Sparks, Michael (2017). « Promoting Health in a Post-Truth World », *Health Promotion International*, vol.32, n°4, pp.599-602
- Spaulding, William B. (2015). « Smallpox », *The Canadian Encyclopedia* [En ligne] URL: <https://www.thecanadianencyclopedia.ca/en/article/smallpox>
- Stableford, Brian (1978). *The sociology of science fiction*, York University: Toronto.
- Stitou, Rajaa (2007b). « Ouverture », in : *L'étranger et le différent dans l'actualité du lien social*, Nantes : Éditions Pleins Feux, pp.13-15.
- Stitou, Rajaa (2007a). « Les résurgences de l'étranger dans la contemporanéité du lien social », in : *L'étranger et le différent dans l'actualité du lien social*, Nantes : Éditions Pleins Feux, pp.17-33.
- Strong, Philip (1900). « Epidemic Psychology : A Model », *Sociology of Health & Illness*, vol.12, n°3, pp.249-259.
- Suiter, Jane (2016). « Post-Truth Politics », *Political Insight*, vol.7, n°3, pp.25-27.
- Sundaram, Neeraja (2012). « Imagining Bio-disaster, Reproducing Social Order: Epidemics in Contemporary Hollywood », *Journal of Creative Communications*, vol.7, n°1-2, pp.135-151
- Tadros, Mariz (2010). « Scapepigging : H1N1 Influenza in Egypt », in: Dry, Sarah & Melissa Leach, *Epidemics. Science, Governance and Social Justice*, London & Washington: Earthscan, pp.213-238.
- Tambyah, Paul A. (2016). « Zika, MERS, Ebola, SARS and H1N1 : Local and Global Responses to Viral Threats », conférence présentée dans le cadre du 17th *International Congress on Infectious Diseases* et publiée dans le *International Journal of Infectious Diseases*, [En ligne], DOI: 10.1016/j.ijid.2016.02.182
- Taithe, Bertrand & Katherine Davis (2014). « 'Heroes of Charity?' Between Memory and hagiography: Colonial Medical Heroes in the Era of Decolonisation », *The Journal of Imperial and Commonwealth History*, vol.42, n°5, pp.912-935.

- Tajfel, Henri & John C. Turner (1986). « The Social Identity Theory of Intergroup Behavior », in: Worchel, Stephen & Austin William G., *Psychology of Intergroup Relation*, Chicago: Hall Publishers, pp. 7-24.
- Tataryn, J., Vrbova, L., Drebot, M., Wood, H., Payne, E., Connors, S., Geduld, J., German, M., Khan, K. & P.A. Buck (2018) « Travel-Related Zika Virus Cases in Canada: October 2015–June 2017 », *Canada Communicable Disease Report*, vol.44, n°1, pp.18-26.
- Taylor, Charles (1992). *Multiculturalism and 'The Politics of Recognition'*, Princeton: Princeton University Press.
- Teixeira, Maria Glória, Maria da Conceição N. Costa, de Oliveira, Wanderson Kleber, Lavocat, Marilia & Laura C. Rodrigues (2016). « The Epidemic of Zika Virus-Related Microcephaly in Brazil : Detection, Control, Etiology, and Future Scenarios », *American Journal of Public Health*, vol.106, n°4, pp.601-605.
- Tekin, Beyza Ç. (2010). *Representations and Othering in Discourse. The Construction of Turkey in the EU Context*, Amsterdam & Philadelphia: John Benjamins.
- Tomes, Nancy (2002). « Epidemic Entertainments: Disease and Popular Culture in Early-Twentieth-Century America », *American Literary History*, vol.14, n°4, pp.625-652.
- Treichler, Paula A. (1987). « AIDS, Homophobia and Biomedical Discourse: An Epidemic of Signification », *Cultural Studies*, vol.1, n°3, pp.263-305.
- Treichler, Paula A. (1999). *How to Have Theory in an Epidemic. Cultural Chronicles of AIDS*, Durham & London: Duke University Press.
- Ungar, Sheldon (1998). « Hot Crises and Media Reassurance: A Comparison of Emerging Diseases and Ebola Zaire », *The British Journal of Sociology*, vol.49, n°1, pp.36-56.
- Ungar, Sheldon (2001). « Moral Panic Versus Risk Society: The Implications of the Changing Sites of Social Anxieties », *The British Journal of Sociology*, vol.52, n°2, pp.271-291.
- Valente, Pablo K, Morin, Céline, Roy, Mélissa, Mercier, Arnaud & Laëtitia Atlani-Duault (2020). « Sexual transmission of Zika virus on Twitter : A depoliticised epidemic », *Global Public Health*, vol.15, n°11, pp. 1689-1701.
- Van Regenmortel, Marc H.V. (2016). « The Metaphor that Viruses are Living is Alive and Well, but it is no more than a Metaphor », *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences*, vol.59, pp.117-124.

- Vanderberghe, Frédéric (2001). « Introduction à la sociologie (cosmo) politique du risque d'Ulrich Beck », *Mauss*, vol.1, n°17, pp. 25-39.
- Ventura, Deisy de Greitas Lima (2016). « From Ebola to Zika : International Emergencies and the Securitization of Global Health », *Cad Saude Publica*, vol.32, n°4, pp.e00033316.
- Vieira, Marco Antonio (2007). « The Securitization of the HIV/AIDS Epidemic as a Norm: A Contribution to the Constructivist Scholarship on the Emergence and Diffusion of International Norms », *Brazilian Political Science Review*, vol.1, n°2, pp.137-181.
- Villasanta, Arthur (2020). « Coronavirus Origin: Trump Has Seen Evidence COVID-19 Came From Wuhan Lab », *International Business Times*, 4 avril 2020, [En ligne] URL: <https://www.ibtimes.com/coronavirus-origin-trump-has-seen-evidence-covid-19-came-wuhan-lab-2968344>
- Von Drehle, David & Aryn Baker (2014). « The Ebola Fighters. The Ones who Answered the Call », *Time*, 10 décembre 2014.
- Wagner-Egger, Pascal, Bangerter, Adrian, Ingrid, Gilles, Green, Eva G., Rigaud, David, Krings, Franciska, Staerklé, Christian & Alain Clémence (2011). « Lay Perceptions of Collectives at the Outbreak of the H1N1 Epidemic: Heroes, Villains and Victims », *Public Understanding of Health*, vol.20, n°4, pp.461-476.
- Wald, Priscilla (2008). *Contagious. Cultures, Carriers, And the Outbreak Narrative*, Durham & London: Duke University Press.
- Warren, Adam, Bell, Morag & Lucy Budd (2010). « Airports, Localities and Disease: Representations of Global Travel During the H1N1 Pandemic », *Health & Place*, vol.16, pp.727-735.
- Washer, Peter & Hélène Joffe (2006). « The 'Hospital Superbug': Social Representations of MRSA », *Social Science & Medicine*, vol.63, n°8, pp.2141-2152.
- Washer, Peter (2004). « Representations of SARS in the British Newspapers », *Social Science & Medicine*, vol.59, pp.2561-2571.
- Washer, Peter (2006). « Representations of Mad Cow Disease », *Social Science & Medicine*, vol.62, n°2, pp.457-466.
- Washer, Peter (2010). *Emerging Infectious Diseases and Society*, New York: Palgrave Macmillan.
- Weiss, Gilbert & Ruth Wodak (2003). *Critical Discourse Analysis: Theory and Interdisciplinarity*, London: Palgrave Macmillan.

- Wenham, Clare (2017). « What we Have Learnt about the World Health Organization from the Ebola Outbreak », *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, vol.372, n°1721. Doi: 10.1098/rstb.2016.0307
- Wilkinson, Annie & James Fairhead (2017). « Comparison of Social Resistance to Ebola Response in Sierra Leone and Guinea Suggests Explanations Lie in Political Configurations not Culture », *Critical Public Health*, vol.27, n°1, pp.14-27.
- Wilmot, Sheila (2005). *Taking Responsibility, Taking Direction. White Anti-Racism in Canada*, Winnipeg: Arbeiter Ring Publishing.
- Winter, Elke (2011). *Us, Them, and Others. Pluralism and National Identity in Diverse Societies*, Toronto: University of Toronto Press.
- Wodehouse, R.E. (1937). « Tuberculosis in Canada », *British Journal of Tuberculosis*, vol.13, n°3, pp.134-136.
- Woods, Gregory (2004). « The AIDS Epidemic in American Crime Fiction, 1981-2001 », *Comparative American Studies*, vol.2, n°4, pp.487-504.
- Wight, Colin (2018). « Post-truth, Postmodernism and Alternative Facts », *New Perspectives*, vol.26, n°3, pp.17-29.
- Yeşilyurt Gündüz, Zuhul (2006). « The HIV/AIDS Epidemic - What's Security Got to do with it? », *Perceptions*, vol.11, n°2, pp.49-84.
- Ysmal, Colette (1972). « Histoire et archéologie. Note sur la recherche de Michel Foucault », *Revue française de science politique*, vol.22, n°4, pp.775-804.
- Yuya, Sugawara, Narimatsu, Hiroto, Hozawa, Atsushi, Shao, Li, Otani, Katsumi & Akira Fukao (2012). « Cancer Patients on Twitter: A Novel Patient Community on Social 'edia », *BMC Research Notes*, vol.5, pp.699.
- Zarocosta, John. (2019). « Ebola Outbreak not a PHEIC, Says WHO », *Lancet*, vol.393, n°10190, pp.P2479.