Acervo ISA

Journal international de bioéthique, 2003, vol. 14, n° 1-2

INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL
Data / /
Cod. I4D00263

Chapitre 4

CONTACT INTERETHNIQUE ET ÉPIDÉMIES AU BRÉSIL

*Dominique BUCHILLET**

On estime à 80 ou 100 millions d'individus la population de l'Amérique précolombienne, soit l'équivalent de la population européenne à la même époque, et qu'environ 54 millions d'Indiens auraient disparu comme conséquence de la pénétration et de l'expansion européennes du continent américain (Denevan, 1976). Au Brésil, en 1500, à l'époque de l'arrivée des Portugais, on considère qu'il y avait entre 4 et 5 millions d'Indiens (*ibid.*). En 1970, la population indigène du pays était réduite à quelque 100 000 personnes, étant actuellement de l'ordre de 360 000[1] selon les estimations officielles les plus récentes. Cet effondrement démographique sans pré-

* Institut de Recherche pour le Développement, Paris, France et Instituto Socioambiental, Brasília, Brésil.

[1] On dénombre aujourd'hui au Brésil quelque 360 000 Indiens (soit 0,2 % de la population brésilienne), membres de 216 groupes ethniques porteurs de langues (et/ou dialectes) et cultures distinctes, dont la majorité vit en Amazonie. Ces groupes présentent une grande variabilité sur le plan socioculturel, le mode de subsistance et d'adaptation à l'environnement, le degré de mobilité spatiale ainsi que selon l'ancienneté, la nature et l'histoire du contact avec les Blancs (allant de l'absence de contact direct jusqu'à une proximité forcée de plusieurs siècles). Ils diffèrent également sur le plan démographique : 61 groupes (28,2 %) ont une population inférieure à 200 individus, 50 (23,1 %) comprise entre 201 et 500, 37 (17,1 %) entre 501 et 1 000, 43 (19,9 %) entre 1 001 et 5 000, 09 (4,1 %) entre 5 001 et 10 000, 05 (2,3 %) entre 10 001 et 20 000, 1 entre 20 001 et 30 000, 2 avec une population supérieure à 30 000 personnes et, enfin, 8 groupes dont on ignore la taille de la population. On dispose, en outre, de quelques informations sur 42 groupes « d'Indiens isolés », c'est-à-dire sans aucun contact avec des membres de la société nationale, la majorité d'entre eux se trouvant en Amazonie (ISA, 2001).

Acervo ISA

cédent est en général attribué à l'impact dévastateur des épidémies de maladies infectieuses sur des populations sans défense sur le plan immunitaire. Ces épidémies, qui ont tué des millions d'Indiens, atteignant parfois des groupes indigènes sans aucun contact direct avec les Blancs, à travers les visites d'Indiens infectés ou l'échange d'objets contaminés, ont, sans nul doute, facilité la domination coloniale du continent américain. De nombreux historiens considèrent ainsi que si les Européens ont réussi la conquête et la colonisation des Amériques, c'est surtout en raison d'une sorte de guerre biologique non préméditée, les maladies infectieuses se convertissant en leur allié indéfectible (voir, par exemple, Ashburn, 1947 et Dobyns, 1983).

L'impact dévastateur des épidémies de maladies infectieuses sur les populations amérindiennes a parfois été attribué à une particularité génétique de ces dernières. Nous montrerons notamment dans cet article que, même plausible, cette hypothèse n'est pas suffisante pour rendre compte de l'ampleur du dépeuplement indigène et que des facteurs liés tant à l'environnement physique que social de la maladie doivent également être pris en compte.

L'AMÉRIQUE PRÉ-COLOMBIENNE : UN PARADIS LIBRE DE TOUTE MALADIE ?

Les premiers écrits sur le Brésil ne mentionnent aucune maladie majeure. La lettre de Pero Vaz de Caminha, chroniqueur de Pero Álvares Cabral, pour le roi Don Manuel I du Portugal, et qui peut être considérée comme le document le plus ancien sur l'état sanitaire de la *Terra de Santa Cruz* (premier nom donné au Brésil par les Portugais), décrit, par exemple, les bonnes conditions physiques et de santé des Indiens Tupiniquim qui occupaient alors la région littorale, ainsi que l'aménité de l'air de la possession portugaise. Cette vision fut renforcée par les récits des premiers missionnaires jésuites, arrivés au Brésil à partir du début du XVIe siècle pour entreprendre le travail de catéchèse et de « civilisation » des Indiens, et qui faisaient grand éloge du climat et de l'état sanitaire de la colonie portugaise. Ceux-ci devinrent si célèbres en Europe que de nombreux missionnaires malades, notamment le jésuite Manoel da Nóbrega qui souffrait de tuberculose, vinrent se soigner au Brésil à une époque où la médecine occidentale avait peu à offrir en matière de traitement et où un climat agréable était considéré comme une forme de thérapie pour n'importe quel type de maladie. Il est bon de rappeler qu'à l'époque des premiers contacts les Européens souffraient d'une série de maladies infectieuses endémiques et que cette situation a probablement influencé leur perception des conditions de santé idylliques des terres brésiliennes.

Contrairement à ce que certains chercheurs ont pu initialement affirmer (Neel, 1970 ou MacNeill, 1978, par exemple), le Brésil et, plus généralement, le continent américain, n'étaient pas, à l'époque de l'arrivée des Européens, exempts de maladies (*a disease-free paradise*). Les infections parasitaires d'origine zoonotique, c'est-à-dire les maladies qui affectent principalement les animaux, les humains pouvant, toutefois, devenir des hôtes secondaires occasionnels, constituaient probablement l'essentiel des maladies d'origine infectieuse dont souffraient alors les populations pré-colombiennes[2] (Wirsing, 1985). En outre, l'existence de la tuberculose semble avoir été attestée par des découvertes en paléopathologie sur des restes humains (tissus momifiés, ossements). Des déformations similaires à celles que l'on attribue aujourd'hui à la tuberculose osseuse ont, en effet, été diagnostiquées sur des ossements de populations pré-colombiennes des Andes ou de l'Amérique du Nord (Verano & Uberlaker (dir.), 1992). Il n'est cependant pas certain que cette maladie ait été présente sur tout le continent américain, ayant pu, par exemple, être restreinte à des populations indigènes ou à des régions particulières. Il est possible, en outre, que la maladie à l'origine des déformations observées sur ces ossements soit différente de la tuberculose telle que nous la connaissons aujourd'hui ou, encore, qu'une espèce de bactérie moins pathogène que le bacille de Koch (*Mycobacterium tuberculosis*), l'agent étiologique de la tuberculose humaine, en soit responsable (Black, 1994). Il demeure cependant certain que la majorité des maladies infectieuses qui affectent encore de nos jours les populations amérindiennes n'existaient pas dans l'Amérique pré-colombienne en raison, notamment, de certaines limitations environnementales. Selon MacNeill (1978), en effet, la taille relativement réduite des populations indiennes ainsi que leur haut degré de dispersion géographique ne permettaient pas le maintien sous forme endémique de maladies infectieuses aiguës qui produisent une immunité durable, cas de la rougeole et de la variole[3], par exemple, deux maladies particulièrement meurtrières pour les populations autochtones du continent américain (*cf. infra*).

LES POPULATIONS AMÉRINDIENNES : SÉLECTIVITÉ PATHOGÉNIQUE ET SPÉCIFICITÉ GÉNÉTIQUE

Dès le début de la colonisation portugaise et des activités des missionnaires au Brésil, les bonnes conditions de santé des terres et des populations indigènes allaient radicalement s'altérer. On considère que les Européens et, plus tard, leurs

[2] L'existence dans l'Amérique pré-colombienne de certaines formes de tréponématose vénérienne (syphilis) ou non vénériennes (le pian ou frambœsia, la pinta ou caraté et le béjel ou syphilis endémique) est encore sujette à controverses (Merbs, 1992).

[3] La variole a été éradiquée au Brésil en 1980.

Acervo ISA

esclaves africains, ont introduit sur le continent américain la variole, la rougeole, la grippe, la fièvre jaune, la fièvre typhoïde, la varicelle, la coqueluche, la peste bubonique, le paludisme et, peut-être aussi la tuberculose, bien que cela soit encore sujet à controverses comme nous l'avons vu[4]. Missionnaires, chroniqueurs et historiens de la conquête et de la colonisation soulignent dans leurs écrits l'extrême vulnérabilité indigène aux épidémies de maladies infectieuses qui déciment communautés et peuples entiers. Dans une lettre datée de 1563 et adressée à la Compagnie de Jésus, le missionnaire Anchieta se réfère-t-il ainsi, par exemple, aux ravages faits par le *mal das bexigas* (probablement la variole) parmi la population indienne des établissements missionnaires (*aldeamentos*) et des centres coloniaux et qui tua 30 000 Indiens à Bahia en 1562, avant d'irradier vers le sud et le nord-est du Brésil pour poursuivre son œuvre destructrice. Il y décrit également les Indiens atterrés, pris de panique et en fuite face à ce terrible mal inconnu (*apud* Duarte, 1956). Quelque cinquante ans plus tard, Brandão, dans ses *Diálogos sobre as Grandezas do Brasil*, note-t-il : « la grâce est que ce mal de la variole ne se communique qu'au gentil naturel de la terre [Indien] et à celui de Guinée [esclave africain] et aussi aux descendants de Blancs et d'Indiens que nous dénommons *mamelucos*. Mais il ne se transmet en aucune manière à ceux qui viennent du Portugal où ils furent élevés, qu'ils soient d'origine portugaise ou de toute autre nation européenne... » (Brandão, 1997 [1618]).

Cinq siècles plus tard, les mêmes descriptions des ravages occasionnés par les épidémies de maladies infectieuses parmi les populations indiennes parsèment les écrits d'ethnologues, de médecins, de fonctionnaires de l'ancien Service de Protection des Indiens (SPI) ou de l'actuelle Fondation nationale de l'Indien (FUNAI). Se référant à l'épidémie de grippe qui décima en 1912 et 1913 plusieurs communautés d'Indiens Kaingang de l'état de São Paulo, le fonctionnaire du SPI Barboza (1954) souligne-t-il ainsi « l'absence de résistance de l'organisme des peuples primitifs aux maladies qui sont courantes chez nous. Des troubles qui pour nous ne causent pas plus que des indispositions sans importance, comme la grippe, par exemple, prennent chez eux l'allure de terribles épidémies, d'une extrême létalité. La grippe, ou *cofuro*, ainsi qu'ils la dénomment, car ils ne la connaissaient pas avant l'établissement de contacts avec nous, a tué au début de 1912 plus de la moitié des enfants, des hommes et des femmes de l'une des communautés. La communauté [dirigée par le chef] Congue-Hui a même été entièrement décimée en l'espace de quelques jours ! ». La description indigène des ravages faits, en 1954, par une épidémie de rougeole dans une communauté Waurá du Parc national du Xingu (Brésil central) rapportée par l'ethnologue Ireland (1988) est tout aussi éloquente : « Dans chaque maison des personnes tombaient brutalement malades et mouraient (...). Les jours passaient et nous étions tellement malades qu'il ne nous restait plus qu'à attendre la mort. Il n'y avait plus personne pour enterrer les morts. Les personnes mouraient dans leur hamac et leur corps commençait à pourrir dans la maison pendant que d'autres tombaient malades et finissaient aussi par mourir. Les enfants se couchaient près du corps de leur défunte mère (...). Les gens sortaient pour déféquer et s'effondraient derrière leur maison. Ils finissaient par mourir et les vautours s'approchaient alors pour les dévorer (...) ».

[4] Pour une discussion de l'origine autochtone ou non-autochtone des maladies infectieuses sur le continent américain, voir, en particulier, Stannard (1991), Merbs (1992) et Larsen (1994).

Cette apparente absence de résistance des groupes amérindiens aux maladies infectieuses, perceptible dans les taux de mortalité élevés durant et après les flambées épidémiques, et dont on possède de nombreux témoignages tant dans leur histoire passée que récente, a conduit plusieurs chercheurs à s'interroger sur ses causes potentielles. Certains ethnologues et/ou médecins ont ainsi postulé l'existence d'une « déficience immunitaire » ou « fragilité génétique » particulière qui les empêcherait de développer une immunité protectrice aux maladies infectieuses (voir, par exemple, Galvão & Simões, 1966 ou Vieira Filho, 1970). Toutefois, des recherches menées parmi les Yanomami du Venezuela par l'équipe du généticien nord-américain Neel (Neel *et al.*, 1970) ont montré qu'ils sont parfaitement aptes à développer une immunité protectrice aux maladies infectieuses et que leurs réponses immunitaires ne sont pas sensiblement différentes de celles des populations caucasiennes. En outre, des études génétiques réalisées parmi plusieurs groupes autochtones au Brésil ont non seulement montré l'absence de traits génétiques particuliers qui pourraient rendre compte de la vulnérabilité indienne aux maladies infectieuses mais aussi que ces groupes possédaient bien tous les gènes liés à la capacité de réponse immunitaire (voir Salzano & Callegari-Jacques (dir.), 1988). Comme l'a souligné récemment Black (1992), on ne peut dire que les populations amérindiennes aient « des gènes inappropriés ou, sur le plan individuel, des systèmes immunitaires déficients (...), ils sont [toutefois] remarquablement homogènes ». Le degré élevé d'homogénéité génétique des populations amérindiennes, en raison de leur origine à partir d'un nombre limité d'ancêtres et de leur isolement biologique jusqu'à une époque relativement récente, pourrait, selon cet auteur, influer sur leur capacité à répondre de manière adéquate sur le plan immunitaire aux maladies introduites par le contact interethnique. Ainsi, tout en reconnaissant que l'effondrement démographique indigène n'est pas seulement le fait des épidémies de maladies infectieuses et que persécutions, esclavage... ont également contribué à la décimation des peuples indigènes sur le continent américain, Black (1992, 1994) n'en stipule pas moins que si les populations amérindiennes étaient moins homogènes sur le plan génétique, elles résisteraient et auraient beaucoup mieux résisté à ces diverses infections, car « du fait de leur homogénéité biologique, la moindre diversité du système HLA leur confère, sur

Acervo ISA

le plan collectif, une capacité de reconnaissance antigénique quatre fois inférieure à celle des populations asiatiques [par exemple] » (Black, 1994).

Même plausible, cette hypothèse n'explique pas, toutefois, les taux de mortalité différentiels observés parmi les populations indigènes au cours des épidémies. Différentes études ont montré, en premier lieu, que des soins médicaux, même minimes, diminuaient la létalité d'une épidémie. Au cours d'une épidémie de rougeole qui dévasta en 1954 le Parc national du Xingu, on rapporta ainsi parmi les Indiens qui recevaient un type quelconque d'assistance (distribution d'eau et d'aliments) un taux de mortalité inférieur (9,6 %) à celui (26,8 %) enregistré parmi les Indiens dépourvus de toute forme d'assistance (Nutels, 1968). La même observation a été faite au cours de l'épidémie de rougeole qui dévasta plusieurs communautés Yanomami du Venezuela en 1968 et les Indiens Trio du Surinam en 1971 (Neel *et al.*, 1970 ; Black *et al.*, 1982).

Des recherches récentes conduites en Afrique, en Amérique ou en Polynésie par des ethnologues, des médecins ou des historiens tendent à prouver, en second lieu, que les épidémies de maladies infectieuses n'affectent pas de manière homogène les populations. Des populations, vivant dans la même région ou dans un type d'environnement similaire, peuvent ainsi être affectées de manière distincte par la même maladie (voir, par exemple, Snow & Lanphear, 1988 et Kunitz, 1994). On observerait donc des variations locales ou régionales tant au cours des épisodes épidémiques que dans le déclin démographique consécutif. Au Brésil, comme dans d'autres pays du continent américain, de nombreux groupes ont été entièrement décimés par les épidémies. On estime, par exemple, que 900 groupes indigènes auraient disparu au Brésil au cours des cinq siècles de contact avec les Blancs, 87 d'entre eux seulement au cours des années 1900-1979 (D. Ribeiro, 1956 ; Arnt *et al.*, 1998). D'autres, après l'effondrement démographique initial, ont plus ou moins été réduits de manière permanente. 12 (sur les 216) peuples indigènes répertoriés actuellement au Brésil ont ainsi une population inférieure à 30 individus, tels les Akunsu (7 personnes) ou les Arikapu (2 personnes), deux groupes de l'état de Rondônia, en Amazonie brésilienne (ISA, 2001). D'autres enfin, après le déclin initial, présentent une croissance démographique importante. Tel est le cas des Indiens Kayapó (Black *et al.*, 1978), Xavánte (Flowers, 1994) ou des Surui (Coimbra Jr., 1989), pour donner quelques exemples.

Comment peut-on expliquer, dans ce cas, l'impact dévastateur des épidémies sur les populations amérindiennes principalement par le degré élevé d'homogénéité biologique de ces dernières ? L'impact démographique et sanitaire des épidémies est, en réalité, tributaire de facteurs secondaires qui tiennent tant de l'environnement physique que de l'environnement socioculturel dans lequel elles surviennent. Il dépend également des politiques adoptées par les Européens envers les populations autochtones.

FACTEURS LIÉS À L'ENVIRONNEMENT PHYSIQUE DE LA MALADIE

Nous pouvons citer en particulier :

L'histoire naturelle des maladies infectieuses

Certaines maladies se transmettent directement d'un hôte à l'autre, sans nécessité aucune d'un vecteur, à travers les sécrétions des voies respiratoires supérieures (cas de la variole, de la rougeole, de la tuberculose ou de la grippe, par exemple) et/ou oculaires (cas aussi de la rougeole). En raison de l'extrême résistance de son virus (*Poxvirus*) dans l'air ambiant, la variole peut également se transmettre par le biais de couvertures, tissus et vêtements infestés de croûtes de varioleux et, à cette contamination indirecte, on peut sans doute attribuer de nombreuses contagions et flambées épidémiques. Les sources historiques sur la colonisation portugaise ou espagnole du continent sud-américain mentionnent d'ailleurs plusieurs cas de contamination biologique intentionnelle de communautés indiennes par le biais de couvertures infectées (voir, par exemple, F. de P. Ribeiro, 1849 et Wallace, 1853).

Pour la majorité des maladies infectieuses, à l'exception de la tuberculose et de la grippe, une seule contamination suffit généralement à assurer à l'individu une immunité durable, sinon définitive. D'où le fait que ces maladies affectent ordinairement les enfants, ce qui est encore le cas dans les pays où les vaccinations ou toute autre méthode artificielle d'immunisation n'ont pas modifié le cycle de propagation des maladies (MacNeill, 1978). La grippe, pour sa part, provoque une immunité de courte durée mais son virus (du groupe *Myxovirus influenza*) se caractérise par une grande variabilité antigénique, d'où l'apparition indéfinie de réinfections.

Certaines maladies infectieuses, comme la variole ou la rougeole, par exemple, ne peuvent, en outre, se maintenir de manière permanente (sous forme endémique) dans des populations de petite taille en raison de leur courte période d'infectivité à l'intérieur de l'individu, de leur absence de réservoir non-humain, de leur incapacité à rester dans l'organisme sous forme latente et de leur potentialité à produire une immunité définitive quand elles n'ont pas tué leur hôte. Pour ce qui concerne la rougeole, par exemple, dont le virus n'est plus infectieux au-delà de 36 heures d'exposition à l'air libre et ne peut être transmis que directement, de personne à personne, on a avancé le chiffre minimum de 200 000 à 300 000 personnes pour que son cycle de transmission soit continu dans une communauté ou population (Black *et al.*, 1974, 1977). En deçà de ce seuil critique, l'infection s'éteint d'elle-même. Ainsi, des épidémies de rougeole se succèdent-t-elles tous les deux ou trois ans dans les grandes villes et tous les quatre ou cinq ans dans des communautés de petite taille.

Acervo ISA

Pour ce qui concerne la variole, maladie moins contagieuse mais dont la période de contagiosité est plus longue, il semblerait que ses nécessités en matière d'effectifs de population pour se maintenir sous forme endémique dans une communauté soient inférieures à celles de la rougeole (Hopkins, 1983).

D'autres maladies peuvent, par contre, persister dans des communautés de petite taille en raison de leurs propriétés de latence et de récurrence dans l'organisme humain. Black *et al.* (1978) estiment ainsi que la varicelle peut demeurer une cinquantaine d'années sous forme latente dans l'organisme avant de se réactiver chez son ancienne victime ou infecter une autre personne. En raison de certaines caractéristiques du bacille de Koch (viabilité prolongée, propriété de latence dans l'organisme), la tuberculose peut se transmettre de génération en génération dans des communautés de petite taille même dans les cas où la réintroduction du bacille de Koch à partir de sources extérieures est rare (Powell, 1992). Celui-ci est, en outre, présent dans des réservoirs animaux. Le paludisme, pour sa part, peut également se maintenir de manière permanente dans des communautés de petite taille en raison de plusieurs caractéristiques, notamment, la transmission vectorielle de son parasite, la longévité plus ou moins prolongée de ce dernier (de deux mois à un an pour le *P. falciparum* et de deux à trois ans pour le *P. vivax*), la durée de la période d'infectivité et, enfin, la capacité de latence et de reviviscence de certaines espèces plasmodiales (*P. vivax* et *P. malariae*) dans l'organisme humain.

La co-occurrence des épidémies et le renforcement des effets des maladies entre elles

Les sources historiques ou récentes sur le Brésil mentionnent souvent l'apparition simultanée – ou successive – de diverses épidémies, d'où leurs effets cumulatifs sur les personnes et les communautés. Les survivants de l'épidémie initiale, dont le système immunitaire est déjà fortement affaibli par la première maladie, finissent, ainsi, par mourir d'une infection secondaire. Surgissant à l'occasion des travaux d'implantation des différentes missions catholiques salésiennes dans le haut Rio Negro (en Amazonie brésilienne), des visites périodiques des missionnaires dans les communautés indigènes ou, encore, au retour de voyages d'Indiens à Manaus, des épidémies co-occurrentes de variole, de rougeole et de grippe, précédant ou suivant de près des bouffées palustres, ravagèrent ainsi tous les ans, au début du XXe siècle, une partie ou une autre de cette région, transformant souvent des communautés entières en cimetières (Buchillet, 1995). À la fin des années 1960, des épidémies consécutives de rougeole, de tuberculose et de grippe éliminèrent, pour leur part, 85 % des Indiens Surui de l'état de Rondônia (Amazonie brésilienne) à l'époque de leurs premiers contacts avec les Blancs (entreprises de bois et orpailleurs) (Coimbra Jr., 1989).

Certaines maladies peuvent, en outre, redoubler l'effet (les effets) des autres. Le paludisme, par exemple, par l'état de délabrement organique qu'il entraîne, multiplie les réactions morbides de la rougeole ou de toute autre infection à laquelle il s'associe. La rougeole, qui provoque une baisse des défenses immunitaires du malade pendant environ un mois, semble, pour sa part, favoriser le développement d'infections, principalement au niveau respiratoire. Laryngites, bronchites, bronchopneumonies... sont ainsi les complications respiratoires les plus fréquentes de la rougeole. Baruzzi *et al.* (1977) ont noté, par exemple, qu'au cours d'une épidémie de grippe chez les Indiens Panará (ou Kren-Akorore) du Parc national du Xingu, près d'un quart des cas (soit 17 personnes sur 79) ont dégénéré en pneumonie. Les hôpitaux de la région du haut Rio Negro rapportent, pour leur part, que les survivants d'une épidémie de varicelle ou de rougeole développent fréquemment une tuberculose pulmonaire (Buchillet & Gazin, 1998). En réalité, tant le niveau de santé général de l'individu que son état nutritionnel sont des facteurs cruciaux dans le développement d'une infection tuberculeuse en maladie. Des individus ou des communautés affaiblis par certaines maladies immuno-déprimantes (comme la rougeole, le paludisme ou l'infection VIH, par exemple) peuvent ainsi développer une tuberculose pulmonaire à évolution rapide.

Il existe enfin une relation synergique entre les carences alimentaires et certaines maladies infectieuses (tuberculose, rougeole, infections intestinales, paludisme, notamment). Comme nous le verrons, une flambée épidémique dans une communauté donnée entraîne généralement une paralysie volontaire – ou forcée – des activités de subsistance de base (entretien des plantations, chasse, pêche, fourniture en eau et en bois...), résultant, à court terme, dans la pénurie d'aliments, d'où le risque de dénutrition.

L'impact des maladies infectieuses sur les variables démographiques

Certaines maladies ont un impact à plus ou moins long terme sur les variables démographiques qui déterminent les changements dans la taille des populations humaines. La tuberculose, sous sa forme uro-génitale, aurait ainsi un effet direct sur la fécondité (McFalls & McFalls, 1984). Le paludisme *falciparum*, pour sa part, serait une cause potentielle d'avortement ou de mort de la femme enceinte (Bray & Anderson, 1979)[5].

L'impact démographique des épidémies sur une population diffère en outre selon les classes d'âge qui sont affectées. On sait, par exemple, que quand une épidémie

[5] Baruzzi *et al.* (1977) ont également montré l'impact du stress psychique lié au contact interethnique sur la fertilité parmi des groupes indigènes récemment contactés au Brésil.

Acervo ISA

de rougeole frappe pour la première fois une communauté (*virgin soil epidemics*), elle affecte tous les individus, tuant 20 à 30 % de ceux-ci. Lors d'une seconde flambée, elle touchera de préférence les individus nés après la première épidémie (enfants, adolescents), les survivants de celle-ci étant en effet déjà immunisés. Ce qui peut compromettre sérieusement les possibilités de reproduction biologique de cette communauté (*cf. infra*). Quand plusieurs épidémies frappent simultanément, ou de manière rapprochée, la même communauté, la mortalité sera, bien évidemment, encore plus exacerbée, diminuant les possibilités de survie du groupe ethnique.

Certaines maladies peuvent, en outre, affecter un sexe particulier sans que l'on en connaisse toujours précisément la raison. Plusieurs chercheurs africanistes ont ainsi signalé un taux de mortalité dû à la rougeole plus élevé chez les garçons que chez les filles (voir, par exemple, Aaby *et al.*, 1983). Laraia (1963), pour sa part, rapporta une plus grande mortalité féminine au cours d'une épidémie de grippe qui ravagea en 1960 une communauté d'Indiens Surui, dans le sud-est de l'état du Pará, en Amazonie brésilienne. Dans des communautés de petite taille, comme celle des Surui, le processus de récupération démographique ne pourra s'effectuer, sinon par d'autres moyens (rapt de femmes ou d'enfants dans d'autres clans ou groupes ethniques, changement des règles de mariage en vigueur, abandon de certaines pratiques traditionnelles de contrôle de la fécondité et de la natalité comme, par exemple, l'abstinence sexuelle post-partum, l'utilisation de contraceptifs végétaux, l'avortement provoqué, l'infanticide occasionnel de petites filles, de jumeaux ou d'enfants nés difformes ou, encore, d'enfants des deux sexes quand la famille indigène a déjà plusieurs enfants...). Pour faire face à la pénurie de femmes consécutive à l'épidémie de grippe qui affecta de manière préférentielle la population féminine, la société Surui a ainsi cherché un moyen de satisfaire les besoins des hommes célibataires et des veufs, en autorisant l'union occasionnelle d'une femme avec un homme autre que le mari. Ce moyen, que Laraia (1963) dénomme « arrangement polyandrique », n'est, toutefois, pas une solution idéale car il est contraire notamment à la règle de filiation et à la conception indigène de la paternité. Il a néanmoins permis d'éviter des conflits autour de l'accès aux femmes entre les hommes de cette communauté, avec d'autres clans de l'ethnie surui, ou, encore, avec d'autres groupes indigènes de la région. La reformulation des règles de parenté et de mariage de manière à faire face à la dépopulation causée par les épidémies a été rapportée dans plusieurs groupes indigènes (voir, par exemple, Hern, 1977, à propos des Shipibo de l'Amazonie péruvienne).

FACTEURS LIÉS À L'ENVIRONNEMENT SOCIAL DE LA MALADIE

L'impact démographique et sanitaire des épidémies sur les populations amérindiennes est également tributaire de facteurs liés à l'environnement social de la

maladie, c'est-à-dire aux caractéristiques socioculturelles propres à ces populations telles que, par exemple, le type d'habitat, le degré d'isolement, la densité et la structure démographiques, le mode d'adaptation et d'utilisation de l'environnement, le degré de mobilité spatiale ou, encore, la nature, la fréquence et l'intensité des relations entre les différents groupes et/ou avec les Blancs. Il est évident, par exemple, que tant la concentration démographique que la sédentarité favorisent la propagation de maladies infectieuses, particulièrement de celles qui se transmettent directement, de personne à personne. Certains groupes amérindiens servent, en outre, « d'ethnies tampons » (*buffer zones*) entre les Blancs et d'autres groupes indigènes, pouvant, de la sorte, propager involontairement des maladies infectieuses parmi ces derniers. Divers groupes indigènes ont ainsi pu être affectés par des épidémies avant même l'instauration de tout contact – direct ou permanent – avec les Blancs. Une communauté d'Indiens Tapirapé aurait ainsi été décimée en 1895 par une épidémie de variole huit ans avant l'instauration de ses premiers contacts avec les Blancs (D. Ribeiro, 1956). À ce fait biologique, qui repose notamment sur les caractéristiques de l'histoire naturelle de certaines maladies infectieuses (celles qui ont la capacité de se propager par contagion indirecte, par le biais d'objets contaminés, comme dans le cas de la variole, ou celles qui nécessitent la présence d'un vecteur intermédiaire, comme dans le cas du paludisme, par exemple) peuvent, sans nul doute, être attribuées de nombreuses contagions et flambées épidémiques dans l'histoire tant passée que récente des populations autochtones du continent américain.

Les représentations et les pratiques relatives à la santé et à la maladie des populations amérindiennes sont également cruciales car elles déterminent le type de réponse socioculturelle que ces populations vont adopter au cours d'une flambée épidémique ainsi que l'efficacité des mesures d'assistance sanitaire qui seront mises en œuvre au cours de cette dernière. Centerwall (1968) et Neel *et al.* (1970) ont décrit comment le processus de désintégration socioculturelle qui accompagna une épidémie de rougeole chez les Indiens Yanomami du Venezuela fut déterminant dans les taux de morbidité et de mortalité élevés au cours de cette épidémie. Selon Centerwall (1968), « Nous fûment très impressionnés par les effets dévastateurs de la rougeole sur la communauté indigène. Quand les parents et les enfants [d'une même famille] étaient atteints, on observait [en eux] une diminution drastique de l'envie et des moyens de se soigner. Parfois, trois générations d'une même famille étaient frappées [en même temps] par l'épidémie. Ceux qui n'étaient pas prostrés dans une sorte de dépression fataliste réagissaient avec panique. Parfois, les malades étaient abandonnés [à leur propre sort] et la structure et le fonctionnement de la communauté étaient entièrement détruits. Parfois encore, des gens de la communauté fuyaient vers d'autres communautés, disséminant, de la sorte, la maladie ». La description faite par D. Ribeiro des réactions des Indiens Kaapor, de

Acervo ISA

l'état de Maranhão, en Amazonie brésilienne, face à la maladie est tout aussi éloquente : « [Généralement] quand un parent tombe malade, ils [les membres de la communauté] l'assistent, l'aident à obtenir des aliments et le consolent, ils lui donnent parfois même un médicament et ce, quel que soit leur degré de parenté avec le malade. Quand une maladie est inconnue et dangereuse, le malade court le risque d'être abandonné, ce qui arrive très souvent en cas de grippe, de rougeole et d'autres maladies contagieuses. Seules les relations entre père et fils, mari et femme et entre frères germains semblent être assez fortes pour résister à cette épreuve. Quand la maladie commence à attaquer le village, tous l'abandonnent, tout d'abord les gens en bonne santé ; peu après, les malades et leurs parents les plus proches qui prennent soin d'eux gagnent aussi la forêt. Ils pensent que le mal qui les détruit se trouve dans leurs maisons, dans leurs plantations. Ils voient la maladie comme une entité mystique qui doit être évitée et même leurrée, qui les poursuit personnellement et de laquelle ils doivent se cacher » (D. Ribeiro, 1996).

Fuite de la communauté, isolement et/ou abandon des malades ou, au contraire, regroupement dans la même maison des individus malades et en bonne santé, ostracisme par rapport au malade, interruption des activités productives, conflits à l'intérieur ou entre les groupes, désespoir ou, au contraire, résignation... sont quelques-unes des réponses socioculturelles adoptées par des communautés indigènes face aux flambées épidémiques. Plusieurs chercheurs, en particulier Neel (1974) et McGrath (1991), ont souligné leur caractère parfois « inadapté » ou « inapproprié » d'un point de vue biologique. Ces réponses, qui peuvent, en effet, exacerber les effets dévastateurs des épidémies et augmenter la mortalité au cours de ces périodes, reposent, toutefois, sur une logique culturelle spécifique. Chagnon & Melancon (1984) ont notamment décrit comment les Yanomami du Venezuela, tant les individus malades qu'en bonne santé, avaient suspendu, par force ou par volonté, toute activité, attendant de manière résignée la mort au cours d'une flambée de grippe qu'ils avaient attribuée à une attaque d'esprits maléfiques provenant d'une communauté ennemie. Conklin (1994) a, pour sa part, montré comment les Wari' (ou Pakaanóva), de l'état de Rondônia, dont les contacts permanents avec des membres de la société nationale remontent aux années 1950, isolent leurs malades et réduisent ou interrompent toute relation avec l'extérieur au cours de périodes d'épidémies, celles-ci étant, en effet, automatiquement associées par ces Indiens à un empoisonnement collectif provoqué par des individus extérieurs à la communauté. Si elle réduit ou empêche la propagation de la maladie à l'extérieur de la communauté, cette mesure de quarantaine s'est toutefois révélée, dans de nombreux cas, particulièrement néfaste pour les malades, les empêchant notamment d'avoir accès à un quelconque type d'assistance. Or, nous avons vu plus haut qu'une assistance médicale, même minime, pouvait réduire de manière significative la létalité d'une épidémie.

Les caractéristiques socioculturelles affectent ainsi non seulement la morbidité et la mortalité des maladies infectieuses, mais également la capacité de récupération démographique des populations affectées. En outre, tant l'état sanitaire de la communauté au moment de l'épidémie qu'une exposition antérieure à cette maladie sont des facteurs importants, déterminant en particulier tant la réponse biologique que socioculturelle des Indiens à cette nouvelle épidémie.

LES POLITIQUES DES EUROPÉENS ENVERS LES AMÉRINDIENS

Les politiques adoptées au début de la conquête et de la colonisation des Amériques envers les populations autochtones dépendaient étroitement de la nature des intérêts des nations européennes pour leurs nouvelles possessions. Ainsi, par exemple, alors que les Français dans le nord-est de l'Amérique du nord se sont limités à établir un type de relation commerciale avec les peuples autochtones, les couronnes portugaise et espagnole, en collaboration avec l'église catholique, ont plutôt cherché à contrôler les populations amérindiennes et à les utiliser comme main-d'œuvre à bon marché (Larsen, 1994). Déplacement forcé, réduction en esclavage, sédentarité imposée et concentration populationnelle dans des établissements de taille importante (*aldeamentos* missionnaires), mauvais traitements... ont ainsi constitué pendant plusieurs siècles la base des politiques indigénistes portugaise et espagnole, contribuant, sans aucun doute, à faciliter la propagation de maladies infectieuses et à renforcer l'impact dévastateur des épidémies.

La détérioration de l'environnement et des conditions de vie des populations amérindiennes liée au processus de colonisation a pu, en outre, entraîner des modifications dans la biologie et l'épidémiologie des agents infectieux. Des maladies longtemps endémiques ont pu, pour cette raison, prendre des proportions épidémiques au cours des siècles qui ont suivi le contact avec les Européens. Certains chercheurs (Micozzi, 1985 ; Larocque, 1988) attribuent ainsi une grande importance à la résurgence de certaines maladies endémiques dans le déclin démographique amérindien consécutif à l'arrivée et à l'installation des Européens sur le continent américain.

POUR CONCLURE

Pour évaluer l'impact du contact interethnique sur les populations amérindiennes et identifier les causes possibles de leur déclin démographique, il est essentiel de prendre en compte différents facteurs qui tiennent tant de l'environnement physique et social de la maladie que des politiques adoptées envers ces

Acervo ISA

populations. L'arrivée et l'installation dans le Nouveau Monde des Européens et, plus tard, de leurs esclaves africains, ont inauguré, en outre, une série de transformations drastiques dans l'environnement physique et social des Indiens (modification des habitudes alimentaires, malnutrition, destruction de l'environnement, déplacement forcé des populations, concentration démographique, etc.) qui ont contribué à augmenter l'impact dévastateur des épidémies. Invoquer soit la nature de la maladie, soit une quelconque spécificité génétique des populations amérindiennes, soit encore les réactions inadaptées d'un point de vue biologique de ces dernières ne rend pas compte de la complexité du problème. Il est nécessaire de s'éloigner des explications causales unitaires pour tenter de comprendre ce qui s'est passé dans les Amériques et, en particulier, pour tenter de cerner les causes du déclin ou de l'extinction de nombreux peuples autochtones, que ce soit au Brésil ou dans d'autres pays du continent américain.

BIBLIOGRAPHIE

P. Aaby, J. Bukh, I.M. Lisse & A.J. Smits, « Les hommes sont-ils plus faibles ou leurs sœurs parlent-elles trop ? Essai sur la transmission des maladies infectieuses », *Anthropologies et Sociétés*, 1983, vol. 7, n° 2, p. 47-59.

R. Arnt, L.F. Pinto & R.F. Pinto, *Panará. A volta dos índios gigantes*, São Paulo, Instituto Socioambiental, 1998.

P.M. Ashburn, *The ranks of death. A medical history of the conquest of America*, New York, Oxford University Press, 1947.

L.B.H. Barboza, « Relatório dos trabalhos realizados pela Inspetoria do Serviço de Proteção aos Índios e localização de trabalhadores nacionais em S. Paulo, durante o ano de 1916 », *Revista do Museu Paulista*, 1954, vol. VIII, p. 59-77.

R.G. Baruzzi, L.F. Marcopito, M.L.C. Serra, F.A.A. Souza & C. Stabile, « The Kren-Akorore : a recently contacted indigenous tribe », *in* CIBA Foundation (dir.), *Health and disease in tribal societies*, Amsterdam, Elsevier/Excerpta Medica, CIBA Foundation Symposium n° 49, 1977, p. 159-177.

F.L. Black, « Why did they die ? », *Science*, 1992, vol. 258, p. 1739-1740.

F.L. Black, « An explanation of high death rates among New World peoples when in contact with Old World diseases », *Perspectives in Biology and Medicine*, 1994, vol. 37, n° 2, winter, p. 292-307.

F.L. Black, W.J. Hierholzer, F. de P. Pinheiro, A.S. Evans, J.P. Woodall, E.M. Opton, J.E. Emmons, B.S. West, G. Edsall, W.G. Downs & G.D. Wallace, « Evidence for persistence of infectious agents in isolated human populations », *American Journal of Epidemiology*, 1974, vol. 100, n° 3, p. 230-250.

F.L. Black, F. de P. Pinheiro, W.J. Hierholzer & R.V. Lee, « Epidemiology of infectious diseases : the example of measles », *in* CIBA Foundation (dir.), *Health and disease in tribal societies*, Amsterdam, Elsevier/Excerpta Medica, CIBA Foundation Symposium n° 49, 1977, p. 115-135.

F.L. Black, F. de P. Pinheiro, O. Oliva, W.J. Hierholzer, R.V. Lee, J.E. Briller & V.A. Richards, « Birth and survival patterns in numerically instable proto-agricultural societies in the Brazilian Amazon », *Medical Anthropology*, 1978, vol. 2, n° 1, p. 95-127.

F.L. Black, W.J. Hierholzer, J.F. Lian-Chen, L.L. Berman, Y. Gabbay & F. de P. Pinheiro, « Genetic correlates of enhanced measles susceptibility in Amazon Indians », *Medical Anthropology*, 1982, vol. 6, n° 1, p. 37-46.

A.F. Brandão, *Diálogos das Grandezas do Brasil* (Texte datant de 1618 et publié pour la première fois en 1883-1887), Recife, Fundação Joaquim Nabuco/Editora Massangana, 1997.

R.S. Bray & M.J. Anderson, « *Falciparum* malaria and pregnancy », *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 1979, vol. 73, p. 732-737.

D. Buchillet, « Perles de verre, Parures de Blancs et 'Pots de paludisme'. Épidémiologie et représentations desana des maladies infectieuses (haut Rio Negro, Brésil) », *Journal de la Société des Américanistes*, 1995, tome 71, p. 181-206.

D. Buchillet & P. Gazin, « A situação da tuberculose na população indígena do alto Rio Negro (Estado do Amazonas, Brasil) », *Cadernos de Saúde Pública*, 1998, vol. 14, n° 1, janv.-mars, p. 181-185.

W. Centerwall, « A recent experience with measles in a 'virgin soil' population », *in* Pan American Health Organization (dir.), *Biomedical challenges presented by the American Indian*, Washington, Pan American Health Organization, Scientific Publications n° 165, 1968, p. 77-81.

N.A. Chagnon & T. Melancon, « Reproduction, numbers of kin and epidemics in tribal populations : a case study », *in* N. Keyfitz (dir.), *Population and biology*, Liège, Ordina Éditions, 1984, p. 147-167.

C.E.A. Coimbra Jr., *From shifting cultivation to coffee farming : the impact of change on the health and ecology of the Surui in the Brazilian Amazon*, Ph.D. thesis, Bloomington, Indiana University, 1989.

B.A. Conklin, « O sistema médico Wari' (Pakaanóva) », *in* R.V. Santos & C.E.A. Coimbra Jr. (dir.), *Saúde & povos indígenas*, Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 1994, p. 161-186.

W.M. Denevan, *The Native population of the Americas in 1492*, London, Madison, The University of Wisconsin Press, 1976.

H.F. Dobyns, *Their numbers become thinned : Native American population dynamics in Eastern North America*, Knoxville, University of Tennessee Press, 1983.

E. Duarte, « O Tratado Único das Bexigas e do Sarampo. Introdução histórica », *in Morão, Rosa & Pimenta, Notícia dos primeiros livros em vernáculo sôbre a medicina no Brasil*, Pernambuco, Arquivo Público, 1956, p. 35-72.

N. Flowers, « Crise e recuperação demográfica : os Xavánte de Pimentel Barbosa, Mato Grosso », *in* R.V. Santos & C.E.A. Coimbra Jr. (dir.), *Saúde & povos indígenas*, Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 1994, p. 212-242.

E. Galvão & M.F. Simões, « Mudança e sobrevivência no alto Xingu, Brasil central », *Revista de Antropologia*, 1966, vol. 14, p. 37-52.

W.M. Hern, « High fertility in a Peruvian Amazon Indian village », *Human Ecology*, 1977, vol. 5, p. 355-367.

Acervo ISA

D.R. Hopkins, *Princes and peasants : smallpox in history*, Chicago, The University of Chicago Press, 1983.

ISA/Instituto Socioambiental, « Quantos são ? », *in* C.A. Ricardo (dir.), *Povos indígenas no Brasil – 1996-2000*, São Paulo, Instituto Socioambiental, 2001, p. 15.

E. Ireland, « Cerebral savage : the Whiteman as symbol of cleverness and savagery in Waurá myth », *in* J.D. Hill (dir.), *Rethinking history and myth : indigenous perspectives on the past*, Urbana, Chicago, University of Illinois Press, 1988, p. 157-173.

S.J. Kunitz, *Disease and social diversity. The European impact on the health of non-Europeans*, New York, Oxford University Press, 1994.

R. de B. Laraia, « "Arranjos poliândricos" na sociedade Surui », *Revista do Museu Paulista*, 1963, vol. XIV, p. 71-75.

R. Larocque, « Le rôle de la contagion dans la conquête des Amériques : importance exagérée attribuée aux agents infectieux », *Recherches amérindiennes au Québec*, 1988, vol. XVIII, n° 1, p. 5-16.

C.S. Larsen, « In the wake of Columbus : native population biology in the Postcontact Americas », *Yearbook of Physical Anthropology*, 1994, vol. 37, p. 109-154.

W.H. MacNeill, *Le temps de la peste. Essai sur les épidémies dans l'histoire*, Paris, Hachette, Hachette Littérature, 1978.

J.A. McFalls & M.H. McFalls, *Disease and fertility*, Orlando, Academic Press, 1984.

J.W. McGrath, « Biological impact of social disruption resulting from epidemic disease », *American Journal of Physical Anthropology*, 1991, vol. 84, p. 407-419.

C.F. Merbs, « A New World of infectious diseases », *Yearbook of Physical Anthropology*, 1992, vol. 35, p. 3-42.

M.S. Micozzi, « Comments on R.L. Wirsing, "The health of traditional societies and the effects of acculturation" », *Current Anthropology*, 1985, vol. 26, n° 3, p. 316.

J.V. Neel, « Lessons from a 'primitive' people », *Science*, 1970, vol. 170, n° 3960, p. 815-822.

J.V. Neel, « Control of disease among Amerindian in cultural transition », *Bulletin of the Pan American Health Organization*, 1974, vol. 8, p. 205-211.

J.V. Neel, W.R. Centerwall, N.A. Chagnon & H.L. Casey, « Notes on the effect of measles and measles vaccine in a virgin-soil population of South American Indians », *American Journal of Epidemiology*, 1970, n° 91, p. 418-429.

N. Nutels, « Medical problems of newly contacted Indian groups », *in* Pan American Health Organization (dir.), *Biomedical challenges presented by the American Indian*, Washington, Pan American Health Organization, Scientific Publication n° 165, 1968, p. 68-76.

M.L. Powell, « Health and disease in the late prehistoric Southeast », *in* J.W. Verano & D.H. Uberlaker (dir.), *Disease and demography in the Americas*, Washington, Smithsonian Institution Press, 1992, p. 41-53.

D. Ribeiro, « Convívio e contaminação. Efeitos dissociativos da depopulação provocada por epidemias em grupos indígenas », *Sociologia*, 1956, vol. 18, n° 1, p. 3-49.

D. Ribeiro, *Diários Índios. Os Urubus-Kaapor*, São Paulo, Companhia das Letras, 1996.

F. de P. Ribeiro, « Descripção do Território de Pastons Bons, nos sertões do Maranhão », *Revista do Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro*, 1849, tome 12, p. 41-86.

F.M. Salzano & S.M. Callegari-Jacques (dir.), *South American Indians : a case study in evolution*, Oxford, Clarendon Press, Research Monographs on Human Population Biology n° 6, 1988.

D.R. Snow & K.M. Lanphear, « European contact and Indian depopulation in the Northeast : the timing of the first epidemics », *Ethnohistory*, 1988, vol. 35, n° 1, p. 15-33.

D.E. Stannard, « The consequences of contact : toward an interdisciplinary theory of native responses to biological and cultural invasion », *in* D.H. Thomas (dir.), *Columbian consequences, vol. 3, The Spanish borderlands in Pan-American perspective*, Washington, Smithsonian Institution Press, 1991, p. 519-539.

J.W. Verano & D.H. Uberlaker (dir.), *Disease and demography in the Americas*, Washington, Smithsonian Institution Press, 1992.

J.P.B. Vieira Filho, « Vacinação dos índios Surui contra o sarampo », *Revista da Associação Médica Brasileira*, 1970, n° 16, p. 183-186.

A.R. Wallace, *A narrative of travels on the Amazon and Rio Negro*, New York, Dover Publications Inc, 1853.

R.L. Wirsing, « The health of traditional societies and the effects of acculturation », *Current Anthropology*, 1985, vol. 26, n° 3, p. 303-315.