

BARBARA STIEGLER
& FRANÇOIS ALLA

SANTÉ

PUBLIQUE

ANNÉE ZÉRO



TRACTS
GALLIMARD

N°37

Barbara Stiegler est professeure de philosophie politique à l'Université Bordeaux Montaigne. Elle est vice-présidente du Comité d'éthique du CHU de Bordeaux et membre du conseil de surveillance de l'Agence régionale de santé (ARS) de Nouvelle-Aquitaine. Elle est notamment l'auteure, chez Gallimard, de « *Il faut s'adapter* ». *Sur un nouvel impératif politique* (2019) et de *Nietzsche et la vie. Une nouvelle histoire de la philosophie* (2021). En collaboration avec François Alla et un collectif de chercheurs et de soignants, elle a publié un premier Tract sur la crise sanitaire : *De la démocratie en Pandémie. Santé, recherche, éducation* (2021).

François Alla est professeur de santé publique et directeur adjoint de l'Institut de santé publique, d'épidémiologie et de développement (ISPED) de l'Université de Bordeaux. Il est également praticien hospitalier et chef du service de prévention du CHU de Bordeaux. Docteur en épidémiologie et docteur en médecine, il a été expert pour une dizaine d'organismes français et étrangers, dont la Haute autorité de santé (HAS) et le Haut conseil de la santé publique (HCSP). Il est aujourd'hui président de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie de Nouvelle-Aquitaine.

Le 17 mars 2020, le confinement était décrété sur tout le territoire national pour une durée indéterminée. La France, comme beaucoup d'autres pays, faisait le choix de suspendre une liberté fondamentale, celle d'aller et venir dans l'espace public, et elle le faisait au nom de la santé.

Pendant les deux années qui ont suivi, le gouvernement français n'a pas cessé de justifier ce premier arbitrage. Au nom de la santé publique, il a continuellement remis en cause les libertés individuelles et collectives, en inventant sans cesse de nouvelles restrictions : port du masque obligatoire, télétravail contraint, couvre-feux, interdiction de s'assembler, fermeture des commerces et des lieux publics, mise à l'isolement, imposition d'un « pass » contraignant à la vaccination pour conserver le droit de participer à la vie sociale. Et il l'a fait en suspendant la démocratie, choisissant de remettre le destin de toute une population entre les mains d'un seul homme et de son conseil de défense.

Petit à petit s'est installée dans les esprits cette idée fausse : si nos libertés publiques avaient bien été remises en cause et si notre démocratie avait bien été suspendue, c'était pour notre bien, car c'était pour notre santé. Pour notre santé individuelle bien sûr, mais aussi et surtout pour la santé de tous, *pour la santé publique*. Ainsi s'est progressivement imposé un récit fallacieux, opposant deux camps : celui des défenseurs de la santé publique et celui des partisans des libertés et de la démocratie. Entre les libertés et la santé, chacun était désormais sommé de choisir son camp. Invoquer les libertés et la démocratie, c'était faire le choix de l'égoïsme et grossir les rangs de l'extrême droite. Leur opposer la santé, c'était choisir le camp de la solidarité et du bien public.

Pour nous qui sommes chercheurs et praticiens en santé publique et qui étudions les politiques publiques de santé depuis des années, pour nous qui depuis le début *avons pris le parti de la santé publique*, cette opposition entre santé et liberté n'a pourtant rigoureusement aucun sens et ce qui s'est passé pendant deux ans le confirme. Les mesures autoritaires de restriction n'ont pas seulement abîmé nos libertés, notre modèle démocratique et le contrat social qui sous-tend notre République. Elles ont aussi transformé le champ de la santé publique, justement, en un champ de ruines. Ce constat excède évidemment les frontières de la France. Il touche la plupart des pays développés et certains pays en développement, qui ont fait eux aussi le choix de la répression et de la suspension des libertés.

Sur le front du Covid, les mesures d'enfermement, couplées à la stratégie du tout numérique, ont été délétères pour les populations les plus exposées aux formes graves de la maladie. Dans les Ehpad¹ et dans les zones géographiques les plus défavorisées², les personnes les plus vulnérables ont été le plus souvent abandonnées à elles-mêmes, avec des taux records d'infection et de mortalité, tout en exposant les plus âgés au « syndrome de glissement » et les plus fragilisés aux effets collatéraux (physiques, psychiques et socio-économiques) qui accompagnent nécessairement toute mesure d'isolement. Ces inégalités ont

perduré au-delà des confinements. Privés de soin et d'accompagnement au début de la crise, les citoyens français les plus pauvres, les plus éloignés du numérique et les plus fragiles sur le plan sanitaire sont encore aujourd'hui les moins dépistés et les moins vaccinés³. Quant aux plus âgés, ils sont aujourd'hui encore les moins vaccinés d'Europe de l'Ouest, le dispositif répressif du « pass » n'ayant jusqu'à aujourd'hui que très peu d'effet incitatif sur cette population, pourtant la plus susceptible de contracter une forme grave de l'infection⁴.

Sur le front des maladies chroniques, les confinements successifs, relayés par les innombrables déprogrammations et autres « plans blancs », ont multiplié les ruptures de soin, aggravant le tableau sanitaire de la population générale. Un indicateur de ces ruptures est la chute du nombre de séjours hospitaliers hors Covid en 2020 : - 13 %⁵. Cette chute concerne tous les motifs d'hospitalisation, y compris pour les maladies les plus graves, telles que les infarctus du myocarde, les accidents vasculaires cérébraux ou les cancers. Ces réorganisations incessantes ont en outre accéléré l'effondrement du système sanitaire, en désorganisant le travail du soin et en poussant les soignants, déjà épuisés par des décennies d'austérité, au découragement et à la démission⁶.

Du côté des troubles psychiques et de la santé mentale, le constat s'est rapidement révélé alarmant dans le monde entier. Mais le bilan apparaît aujourd'hui particulièrement inquiétant en France, avec des évolutions d'indicateurs qui semblent les pires d'Europe de l'Ouest⁷. L'impact de la crise et des mesures de restriction y est en effet délétère en population générale, et tout particulièrement pour les plus jeunes⁸.

Le bilan mondial concernant les enfants est très inquiétant pour l'avenir : près de 150 millions d'enfants ont été plongés dans la pauvreté, et près de 500 millions ont été privés d'enseignement et subiront des retards d'apprentissage⁹. Partout, les interruptions de la vie sociale et de la scolarisation ont dégradé leur état de santé somatique et psychique, avec des conséquences à très long terme sur leur croissance physique (dénutrition,

malnutrition, sédentarité, obésité, maladies chroniques) et leur développement psychosocial. Dans les milieux de santé publique, on craint un effondrement de décennies de progrès en santé infantile, conséquence de politiques de vaccination et d'administration des soins prénataux considérablement perturbées. Enfin, les mesures de confinement ont surexposé les enfants à la violence intrafamiliale dans un contexte d'affaiblissement des services de protection de l'enfance¹⁰.

Le bilan social de la crise est tout aussi accablant. Dans le monde, les mesures de restriction prises au nom de la santé ont fait basculer 100 millions de personnes dans l'extrême pauvreté¹¹. En France, selon les associations caritatives, la crise a condamné un million de personnes supplémentaires à la pauvreté¹². Les inégalités socio-économiques, déjà extrêmement fortes à l'échelle du monde avant la crise sanitaire, ont été décuplées à la faveur des confinements, de l'accélération de la digitalisation de toutes les activités humaines et des profits faramineux de l'économie numérique et du capitalisme financier¹³.

Ce constat saisissant par son ampleur, sa gravité et le profil des populations les plus touchées (les plus jeunes, les plus âgées et les plus pauvres, c'est-à-dire au fond les plus vulnérables), interpelle au regard des principes de bienfaisance et de non-malfaisance, principes éthiques auxquels les interventions de santé publique doivent se soumettre impérativement, au même titre que les interventions médicales¹⁴. Comment a-t-on pu à ce point oublier que les déterminants sociaux de la santé étaient dépendants les uns des autres, que la santé était d'abord un fait social et que par conséquent, à court terme comme sur le temps long, de telles mesures ne pouvaient qu'être destructrices *pour la santé publique elle-même* ?

Et comment a-t-on pu accepter que les finances publiques de notre pays aient été dilapidées, « quoi qu'il en coûte », pour imposer de telles mesures, tandis que la gestion austéritaire du système de soin était non seulement

confirmée mais aggravée (avec la suppression de plus de 5 700 lits d'hospitalisation complète en pleine épidémie¹⁵) ? Comment le Premier ministre Jean Castex, artisan historique de la fameuse « T2A » (tarification à l'activité) aujourd'hui décriée par tous, a pu déclarer au beau milieu de la crise qu'il ne fallait pas augmenter le nombre de lits « parce que ça voudrait dire qu'on laisserait [se] développer l'épidémie¹⁶ » ? Et comment dans le même temps, le même gouvernement a pu dilapider des dizaines de millions d'euros de fonds publics pour confier à des cabinets privés de « *consulting* » et de « *nudging* » le soin de nous imposer cette politique, à la fois autoritaire et délétère sur le plan de la santé publique¹⁷ ?

À la dégradation de l'état de santé des populations s'est ajoutée, un peu partout dans le monde, la destruction d'un des ressorts fondamentaux d'une politique de santé publique efficace : la confiance des citoyens dans la parole publique et dans la loyauté de l'information scientifique, elle-même corollaire de la confiance des autorités publiques dans l'intelligence et l'autonomie des citoyens. L'expertise s'est prêtée, tout particulièrement dans notre pays, à une instrumentalisation constante des chiffres par les politiques¹⁸. Et ces derniers n'ont cessé de dénoncer les pulsions irrationnelles de la population, supposée tendre naturellement, par la loi des biais cognitifs, à la défiance et au complotisme¹⁹. En laissant s'installer cette opposition entre une masse jugée irrationnelle et un gouvernement se présentant comme contraint à la manipulation et à l'extorsion du consentement, c'est l'ensemble des acquis de plusieurs décennies de recherches et d'actions en santé publique qui ont brutalement volé en éclats, nous laissant démunis face à un champ de ruines²⁰. Comment un tel effondrement a-t-il été possible ? Le retour sur notre histoire sanitaire des cinquante dernières années permet de démontrer que l'argument de l'urgence vitale et de la menace virale ne peut suffire à tout expliquer. Face à une épidémie tout aussi grave, celle du Sida, qui a exposé à une maladie mortelle l'ensemble de la population mondiale, qui a tué plus de 36 millions

de personnes et qui a mis en échec le savoir médical pendant des décennies, nos sociétés ont su réagir autrement. En revenant sur un demi-siècle de santé publique avant l'année zéro, on découvre que c'est en réalité toute notre histoire politique contemporaine qui se joue dans cet effondrement.

1960-2022 : RETOUR SUR UN DEMI-SIÈCLE EN SANTÉ PUBLIQUE

Alors que la ville d'Ottawa vient d'être, en 2022, le théâtre d'un face-à-face funeste entre le « convoi des libertés » et le gouvernement autoritaire de Justin Trudeau prétendant incarner le camp de la santé, alors que *liberté* et *santé* s'y opposent désormais l'une à l'autre comme deux blocs glacés par l'hiver canadien, elle accueillait en novembre 1986, sous la neige et dans le blizzard, la première « Conférence internationale sur la promotion de la santé ». La capitale du Canada donnait alors son nom à une célèbre charte, consacrant un véritable tournant en santé publique, qui affirmait au contraire le caractère central des libertés pour la santé elle-même. Poursuivant un mouvement initié dès les années 1970 par l'Organisation mondiale de la santé et qui avait conduit à la déclaration d'Alma-Ata (1978), la charte d'Ottawa visait à faire le bilan de notre histoire récente en matière de prévention et de lutte contre les crises sanitaires. Elle retenait de l'histoire des interventions collectives en santé publique le grand principe suivant : aucune action en santé ne peut être efficace si elle ne s'appuie pas sur l'autonomie des individus et des communautés auxquels ils appartiennent. Elle imposait, à compter de cette date, un principe fondateur pour la santé publique. Au lieu d'appréhender les populations comme des agrégats passivement soumis aux autorités sanitaires, elle devait impérativement s'appuyer sur leur liberté et sur leur capacité d'action. Comme le droit avait commencé à le faire, depuis l'après-guerre, à

l'échelle individuelle du patient, elle devait reconnaître l'autonomie des populations, des communautés et des collectifs comme un levier fondamental en santé.

C'était le sens de la première phrase de la charte : « La promotion de la santé est le processus qui rend les gens/les populations/les peuples (*people*) capables d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé²¹. » Mais toute la question était dès lors de savoir qui l'on devait retenir comme l'instance autonome désignée par le terme anglais « *people*²² ». S'agissait-il d'une collection d'individus aux intérêts divergents (« les gens »), d'un corps social divisé en groupes d'intérêts ou en communautés (« les publics » ou « les populations ») ou du peuple lui-même affirmant sa souveraineté, soit directement, soit par l'intermédiaire de ses représentants (« *We, the people* », comme l'énonce le préambule de la Constitution américaine) ? Dans le droit fil des mouvements sociaux qui, depuis les années 1960, revendiquaient l'« *empowerment* » des populations réduites à l'état de minorité (les pauvres, les victimes de racisme, les femmes, les homosexuels), c'était surtout l'échelon des communautés, des collectifs ou des groupes d'action que choisissait alors de retenir la charte d'Ottawa, largement influencée par les mouvements sociaux nord-américains et par le mouvement sud-américain de la théologie de la libération. La « santé communautaire » qu'elle cherchait à promouvoir visait en effet à garantir le pouvoir d'agir des populations sur leur environnement, c'est-à-dire sur la réalité sanitaire, sociale et politique dans laquelle elles étaient plongées et dont elles subissaient les rapports de domination²³. Il y avait là, incontestablement, un potentiel d'émancipation civique et politique. Le domaine de la santé publique, marqué depuis les débuts de l'hygiénisme par la tutelle du pouvoir médical et des autorités sanitaires, se transformait en un champ d'expérimentation démocratique pour l'ensemble des individus et de leurs groupes d'appartenance. Mais il y avait aussi un risque. En ne désignant pas clairement le peuple souverain comme l'instance politique chargée de

gouverner la santé, la santé communautaire risquait de laisser les rapports de domination au niveau des États-nation rigoureusement inchangés, tout en promouvant des communautés enjointes à plus de responsabilité et d'autocontrôle, et qui seraient désormais comptables de leurs échecs et de leurs succès en santé. Les collectifs locaux pouvaient-ils suffire pour transformer les déterminants structurels de la santé ? Les États allaient-ils prendre leur juste part dans les transformations sociales et politiques exigées par Ottawa ?

Ce risque était déjà au cœur de la notion ambivalente d'*empowerment*, que les grandes institutions internationales allaient progressivement vider de leur contenu politique initial jusqu'à en faire le synonyme de « l'autonomie » prêtée à l'individu néolibéral²⁴. Par le terme d'autonomie, il ne s'agissait plus de désigner les ressources propres des collectifs pour transformer leur environnement. Il s'agissait encore moins de s'en remettre aux « peuples » souverains, législateurs de leur propre destin. Il ne s'agissait pas même de la liberté au sens où l'avait définie Kant à l'époque des Lumières, comme la capacité du sujet rationnel à viser une loi juste et universelle et à s'y soumettre volontairement²⁵. Il s'agissait au contraire d'un régime aggravé d'« hétéronomie²⁶ », poussant à l'intériorisation de normes prescrites de l'extérieur, par un environnement marqué par la pénurie, la rareté des ressources et la compétition. Alors que l'État social était systématiquement démantelé, c'était désormais à l'individu, « auto-entrepreneur de lui-même²⁷ », de gagner en compétence, en performance et en autocontrôle. Et tandis que les institutions publiques de soin étaient continûment affaiblies, c'était de plus en plus clairement à cet individu autonome de devenir « acteur en santé ». La nouvelle santé publique, qui avait commencé par invoquer l'« *empowerment* » pour promouvoir l'émancipation des collectifs, cédait la place à une autre vision, qui se donnait une collection de « patients acteurs », tous en compétition les uns contre les autres pour l'accès à la ressource rare que devenait le soin et tous enjointes à devenir eux-mêmes producteurs de santé.

Lorsque le Covid surgit dans notre aire culturelle, c'est cette conception qui l'emporte, supplantant définitivement l'esprit d'Ottawa. Naturalisée, la pénurie devient la base qui permet de calculer l'indicateur principal de la crise : le débordement d'un système hospitalier amputé de 100 000 lits en vingt-cinq ans s'impose comme une menace normale, rendant légitimes les mesures d'enfermement et d'isolement. L'institution de la pénurie tend en outre à légitimer le tri entre les patients compliants, jugés responsables, et ceux qui refusent les recommandations des autorités sanitaires et sont accusés en retour d'engorger les hôpitaux. Le démantèlement de tous les systèmes de soin suppose au fond la mise en valeur du nouvel acteur du système de santé : un individu connecté directement aux systèmes d'information des autorités sanitaires, et dont elles attendent une *compliance* et un autocontrôle permanent dans le respect des mesures et dans la production des données. C'est le dispositif des « auto-attestations de sortie » par lesquelles l'individu surveille lui-même son enfermement, la lutte contre ses propres pulsions de « relâchement » par laquelle il s'impose lui-même la distanciation, la gestion autonome de son schéma vaccinal, de ses tests, de son application de traçage et de son isolement par lesquels il produit lui-même les données de santé mises en avant par le gouvernement. Ici, la santé n'est jamais appréhendée comme un fait social, dépendant de ce que la santé publique nomme les « déterminants structurels » en santé. Elle devient un ensemble de « données » ou de *data*, coproduites par les autorités sanitaires et les individus érigés en patients acteurs, qui intériorisent sans résistance toutes les normes qu'elles leur prescrivent.

Dans cette chaîne de production automatique des *data*, les soignants sont réduits à l'état de simples prestataires, et ils sont privés de toute expérience clinique de la maladie. Quant à la réalité sociale dans laquelle se trouvent toujours pris les soignants et les patients, elle est purement et simplement niée. Dans ce monde vidé de tous les aspects sociaux, organisationnels et

environnementaux de la santé, et dans lesquels n'existent que des individus plus ou moins méritants, il devient dès lors loisible de stigmatiser les populations les plus vulnérables²⁸. Éloignées des services de soin et des systèmes numériques de par leur statut social, elles vont être progressivement désignées par le gouvernement français et par une partie du corps médical comme les véritables responsables de la crise hospitalière. Après avoir inversé les responsabilités dès le début de la crise, en désignant d'abord l'ensemble des citoyens comme responsables de la dégradation des indicateurs²⁹, le gouvernement parviendra, en fin de mandat, à accomplir ce tour de force : désigner les premières victimes du démantèlement de l'État social et du système de soin comme les ultimes coupables, accusés de ruiner les efforts de tous en prolongeant la crise.

Au terme de ce processus d'inversion des responsabilités, il semble désormais normal d'exclure du système de santé ceux qui refusent de donner leur consentement et il apparaît légitime de priver l'ensemble des patients (qu'ils soient malades ou simplement à risque d'être contaminés) de toute capacité de contestation. Le code de la santé publique, depuis la loi du 4 mars 2002 dite « loi Kouchner », formule pourtant expressément le principe inverse, en contraignant les soignants à respecter le consentement du patient pour toutes les décisions qui le concernent³⁰. Mais l'urgence et la situation exceptionnelle créées par l'épidémie justifient aux yeux de beaucoup que l'on ait basculé dans un régime d'exception où ce principe ne tient plus. Comment expliquer alors qu'une autre pandémie, largement aussi menaçante pour la santé de tous, ait conduit aux conclusions inverses, consacrant en santé publique un nouveau pouvoir : celui des patients de contester les décisions des autorités sanitaires et celui de leur imposer leurs propres revendications ? Comment expliquer que la démocratie sanitaire, conquise pendant près d'un demi-siècle de lutte contre l'épidémie de Sida, se soit effondrée, à la faveur de cette épidémie, aussi brutalement que l'esprit d'Ottawa ? Là encore, c'est notre histoire politique

contemporaine, et en particulier notre propre rapport à la démocratie, qui permet de comprendre un tel effondrement.

2002-2022 : DU SIDA AU COVID, UN DRÔLE D'ANNIVERSAIRE POUR LA LOI KOUCHNER ET SA « DÉMOCRATIE SANITAIRE »

Parallèlement à l'esprit d'Ottawa, l'épidémie de Sida a elle aussi largement contribué à transformer la santé publique. Allant jusqu'à consacrer en France l'idée d'une « démocratie sanitaire », elle a imposé à son tour, à l'ensemble des acteurs du système de soin, la reconnaissance d'un lien indissoluble entre *santé* et *liberté*. Deux ans après le début du confinement et à l'heure où nous devrions fêter en grande pompe les vingt ans de cette loi, nous voilà donc confrontés à un étrange anniversaire. Devons-nous célébrer l'entrée de la démocratie sanitaire dans le marbre de la loi ou prendre acte du fait qu'elle a purement et simplement été enterrée par l'épidémie de Covid ? Et dans cette hypothèse, comment un virus a-t-il pu balayer ce qu'un autre virus avait imposé ? On le comprend à la simple énonciation de la question : ce n'est évidemment ni la situation épidémique, ni la mortalité comparée des deux virus (5 millions de morts pour le Covid en deux ans, près de 40 millions de morts pour le Sida en quarante ans), mais la transformation sociale et politique de nos sociétés qui seule peut rendre compte de ce basculement.

Alors que la pandémie de Sida menaçait elle aussi la population d'un risque légal, les acteurs de la démocratie sanitaire ont confirmé la place centrale des communautés et des groupes d'action dans la nouvelle santé publique. D'abord stigmatisées au nom de leurs pratiques sexuelles ou addictives, de leur communauté ethnique d'appartenance ou de leur statut sanitaire (les fameux 4 H : « homosexuels, héroïnomanes, haïtiens et hémophiles »), les

premières communautés de patients atteints de Sida ont été rapidement appelées à s'élargir. Tandis qu'elles intégraient à leur combat la situation des hétérosexuels, des femmes et même des enfants, et que se dissipait les spéculations initiales sur le « cancer gay », c'est toute la population mondiale qui se découvrait menacée par ce nouveau virus. La menace virale devenant quasiment universelle, les messages de santé publique devaient progressivement s'adresser à tous, renvoyant les tentations de mises en quarantaine et d'enfermement des groupes à risque (les fameux « Sidatoriums » de Jean-Marie Le Pen) à des mesures archaïques. Mais si la menace était globale, ce furent néanmoins les groupes d'action et les communautés de patients qui s'imposèrent, comme dans la charte d'Ottawa, comme les forces motrices de la gestion de la crise. Portées elles aussi par les mouvements sociaux des années 1960-1970 luttant pour l'*empowerment* des minorités dominées, elles s'imposèrent à la faveur de la crise, comme dans la promotion de la santé, comme les nouveaux leviers véritablement efficaces en santé publique.

Cette montée en puissance des collectifs et des associations, dans laquelle les communautés homosexuelles ont été amenées à jouer un rôle de premier plan, ne s'est évidemment pas faite sans tension. Le magistère médical des mandarins, en déroute face à ce nouveau virus, a eu évidemment le plus grand mal à partager son pouvoir et son savoir. Sous l'impulsion de la « révolte des malades³¹ », une nouvelle génération de médecins qui se sentaient souvent très proches de leurs jeunes patients a compris qu'elle était contrainte de mutualiser avec eux les dernières informations scientifiques recueillies par les communautés de patients. Rompant avec la domination du magistère médical, ce partage du savoir et du pouvoir s'est finalement progressivement opéré. Les associations de lutte contre le Sida sont parvenues à s'imposer comme des partenaires incontournables, campant dans les centres hospitaliers et s'invitant à la fois dans la détermination des mesures de santé publique et dans la conduite des essais cliniques. En devenant des acteurs à part entière du système

sanitaire, elles ont imposé au monde médical l'idée d'un nécessaire *partage épistémique* des connaissances entre soignants et patients, désormais contraints à une co-construction des savoirs en santé, qui allait progressivement gagner tous les champs de la médecine. C'est justement ce processus de partage des connaissances que la crise du Covid a brutalement interrompu, pour des raisons énigmatiques qui restent à élucider. Puisque l'argument de l'urgence créée par la pandémie est invalidé par la comparaison avec la situation tout aussi dramatique des années Sida, faut-il supposer l'émergence d'un nouveau type de pouvoir, suffisamment puissant pour mettre à bas une démocratie en santé qui fonctionnait jusque-là parfaitement ? Ou faut-il reconnaître, dans la démocratie sanitaire elle-même, une fragilité intrinsèque expliquant son brutal effondrement ?

À la lumière de l'histoire du Sida, on comprend pourquoi la loi du 4 mars 2002 reconnaît en toutes lettres le droit des collectifs de patients et de citoyens à s'assembler, ainsi que leur droit à participer aux décisions de santé. Mais en détaillant surtout les droits individuels des malades (dont le plus emblématique reste l'accès du patient à son dossier médical, base de « l'information loyale » nécessaire au consentement libre et éclairé), la signification qu'elle donne finalement à la démocratie sanitaire a pu être jugée « décevante », en particulier sur le terrain de la transformation des déterminants sociaux de la santé, qui renvoient nécessairement, non seulement à l'action des collectifs locaux, mais aussi à la responsabilité des pouvoirs publics et du législateur³².

Confirmant la centralité d'un patient acteur participant pleinement à son parcours de santé, la loi de 2002 réactive les ambiguïtés de l'*empowerment* propre au nouveau libéralisme et déjà repérées dans le dévoiement de l'esprit d'Ottawa. Au lieu d'affronter la question politique majeure qui aurait dû être au cœur de la notion de démocratie sanitaire, celle de l'articulation entre les dynamiques locales ou communautaires des groupes d'action et le cadre

national de la souveraineté populaire, elle tend à réduire la démocratie, dans le sillage de la tradition libérale classique, à un agrégat d'individus porteurs de droits antécédents, auxquels le nouveau libéralisme intime en outre la charge et le devoir de devenir entrepreneurs d'eux-mêmes en retrouvant leur pouvoir d'agir.

De la loi de 2002, il ne restera d'ailleurs plus que cette figure du patient autonome, « acteur de son parcours de santé³³ », pour survivre à la crise du Covid. Dans le contexte d'une radicalisation du virage ambulatoire, où les patients ont été encouragés continûment à « rester [chez eux] » et à activer eux-mêmes toutes les « mesures anti-Covid » imposées par le gouvernement, alors qu'elles auraient dû, dans la logique de la démocratie sanitaire, être assurées et définies dans le dialogue avec les soignants, les pouvoirs publics ont glissé insensiblement de la reconnaissance des « droits des malades », garantis inconditionnellement par la loi de 2002, à la définition de tout un ensemble de devoirs (auto-repérage des symptômes, auto-médication, activation des systèmes de traçage, auto-isollement, stratégie de dépistage et choix du vaccin laissés à l'appréciation du patient), conditionnant désormais, avec la vaccination, l'accès à ces mêmes droits. La focalisation sur l'autonomie de l'individu, déjà en germe dans la loi dite Kouchner, a pu ainsi conduire à nier purement et simplement les déterminants sociaux de la santé, en se donnant une collection d'individus souverains, pleinement responsables de leurs choix et entièrement comptables, à ce titre, de leurs succès comme de leurs échecs en santé, au point que la liberté censée constituer la base de leur consentement a pu être purement et simplement disqualifiée.

Du côté des droits collectifs, la démocratie sanitaire consacre bel et bien le pouvoir des associations de patients, qu'elle reconnait comme des acteurs à part entière du système de santé. Mais dès les années Sida, une tension s'installe entre les visées potentiellement émancipatrices et universelles des communautés de patients et le repli communautaire de certains groupes

d'action, fonctionnant exclusivement comme des groupes d'intérêts et n'hésitant pas à basculer dans des pratiques de *lobbying* menées avec les laboratoires en vue d'accélérer l'accès à l'innovation, l'intensification des essais cliniques et la prise en charge financière des nouveaux traitements par la collectivité. Cette deuxième tendance a contribué, paradoxalement, à conforter le magistère des autorités sanitaires. Car en limitant les capacités cognitives ou épistémiques concédées aux associations de patients à la seule détermination de leurs intérêts particuliers, les autorités de santé se sont arrogé mécaniquement le droit d'arbitrer, au nom de l'intérêt général et de politiques publiques définies en haut lieu par le législateur (au gré des « plans cancer » et autre « programme national » de lutte contre le Sida, l'obésité ou les maladies rares...), la compétition entre ces groupes d'intérêts, qui tous étaient censés néanmoins concourir à chaque fois au même but : favoriser l'accès à l'innovation, elle-même chargée de contribuer à la croissance et à « l'économie de la connaissance³⁴ ». Ici, c'est le nouage entre la co-construction du savoir en santé et la visée commune de l'intérêt général qui, faisant défaut dès l'origine, a affaibli la démocratie sanitaire et qui permet aujourd'hui d'expliquer qu'elle se soit, à l'occasion de cette crise, si rapidement effondrée. Puisque nous étions censés être tous menacés à égalité par le virus, aucune communauté de patients n'a réussi à émerger pour faire valoir ses intérêts particuliers. Et puisqu'aucun groupe d'action communautaire n'a réussi à se faire entendre dans l'espace public, la démocratie sanitaire s'est retrouvée sans voix, les pouvoirs publics en profitant, en dépit des discrètes protestations du « conseil scientifique », pour mettre sur la touche toutes les instances patiemment construites pour la faire vivre (à commencer par la Conférence nationale de santé, et les Conférences régionales de la santé et de l'autonomie³⁵).

À travers ces fragilités intrinsèques de notre démocratie sanitaire, on retrouve les principaux marqueurs de la démocratie dite libérale, en réalité confondue avec le « gouvernement représentatif³⁶ ». En ne reconnaissant que l'existence

d'individus aux droits antécédents et de collectifs repliés sur leurs intérêts privés, chacun étant pensés en compétition contre tous les autres, ce modèle politique est incapable d'imaginer une construction démocratique de l'intérêt général et une élaboration collective de la vérité. Dans cette conception, la vérité d'une crise épidémique et la définition du bien commun qui en découle ne peuvent être saisies que d'en haut, par un arbitrage des dirigeants et des experts qui transcende la lutte démocratique des intérêts privés et des opinions divergentes. S'il existe un nouveau partage épistémique reconnu en santé, il reste limité au « savoir expérientiel³⁷ » que chacun (groupe ou individu) a de sa propre maladie. Mais sa compétence épistémique s'arrête, comme celle de son groupe d'appartenance, à ce qu'il estime être ses propres intérêts. Quand l'intérêt supérieur de la nation est en danger, c'est donc mécaniquement aux pouvoirs publics et aux experts de reprendre la main, renvoyant toute revendication en termes de consentement et de liberté à une posture irresponsable, celle de l'égoïsme et de la lutte des intérêts.

À ces fragilités intrinsèques de notre démocratie sanitaire s'est ajoutée, au tournant des années 2000, la remise en cause progressive de la fiction de l'*homo oeconomicus* par une nouvelle forme de libéralisme. Pour la loi de 2002, qui restait sous l'influence du libéralisme classique, tant économique que politique, c'était encore l'individu qui demeurait, en dernier ressort, le mieux placé pour évaluer sa balance coûts/ bénéfiques, raison pour laquelle son consentement devait être absolument respecté. Pour le nouveau libéralisme, qui rompt avec cette fiction de l'économie classique, l'individu et ses collectifs d'appartenance sont au contraire suspectés de faire systématiquement les mauvais choix, y compris pour eux-mêmes. Tandis que, dans le libéralisme des origines, les individus étaient désignés comme les leviers naturels de la compétition et qu'ils étaient jugés naturellement enclins à favoriser l'innovation, le nouveau libéralisme a réussi à imposer, avec « l'économie comportementale », le constat inverse : les individus et les collectifs seraient mal équipés sur le plan cognitif,

leurs raisonnements seraient systématiquement biaisés et ils seraient naturellement défiants face à la nouveauté en général et aux innovations en particulier³⁸.

Ce retournement peut largement s'expliquer par des mouvements politiques profonds qui dès les années 1990 ont commencé à traverser nos sociétés. Alors que de plus en plus de mouvements sociaux se mettaient progressivement à douter, sous la double pression de la crise écologique et financière, des prestiges de l'innovation et du marché, les pouvoirs publics se sont mis à contester de plus en plus clairement les compétences épistémiques des citoyens en matière d'économie, d'environnement et de santé. Mais cette nouvelle anthropologie néolibérale prend sa source en réalité bien plus tôt. Cherchant à expliquer la crise du capitalisme qui commence à la fin du XIX^e siècle et qui culmine avec la grande dépression des années 1930, elle choisit de s'appuyer sur la psychologie évolutionniste du début du XX^e siècle pour souligner, contre la fiction de l'*homo oeconomicus*, les déficiences cognitives de l'espèce humaine elle-même, jugée naturellement incapable de supporter le changement³⁹. C'est exactement le même type d'analyse que l'on retrouve aujourd'hui dans l'anthropologie dominante des néolibéraux, qui saturent l'espace public avec la notion de « biais cognitifs » empruntée aux neurosciences, pour mieux légitimer le recours à des techniques d'ingénierie sociale fondées sur l'incitation douce et justifier la renaissance d'un « paternalisme *soft*⁴⁰ ». Au lieu de recueillir le consentement libre et éclairé des individus, il s'agit de fabriquer le consentement des populations par une série de « coups de coude » (*nudges*) les poussant dans la « bonne direction » qu'elles sont jugées incapables d'apercevoir et de désirer par elles-mêmes.

En complète rupture avec l'héritage des années Sida, c'est cette nouvelle anthropologie qui triomphait déjà un peu partout dans le monde au moment de l'irruption du Covid. En France, elle a conduit le gouvernement à court-circuiter toutes les institutions officielles de santé publique⁴¹ au profit de

cabinets privés de consultants payés à prix d'or en vue de mettre sur pied, dans l'urgence, cette nouvelle « fabrique du consentement⁴² ». En allant jusqu'à disqualifier la compétence des groupes et des individus dans la définition de leurs propres intérêts, elle a accompli jusqu'au bout la liquidation des années Sida, n'hésitant pas à rendre délictueuse toute tentative de contester les décisions des autorités sanitaires, dans la ligne de la récente législation sur les « *fake news*⁴³ », et à laisser s'installer l'autocensure dans les médias, publics et privés⁴⁴, ainsi que la généralisation du régime préventif de la censure, chargée de supprimer automatiquement tous les contenus jugés « sensibles », sur les réseaux sociaux administrés par les géants du numérique⁴⁵.

À la lumière de notre propre histoire politique récente, l'enterrement de la loi de 2002 auquel nous avons assisté pendant deux ans s'explique ainsi doublement. Elle s'explique d'abord par les fragilités intrinsèques du modèle démocratique qui s'est imposé en santé à partir des années 1980, marquées par le triomphe d'une vision libérale de la société, fondée sur la compétition entre les individus et les communautés. Mais elle s'explique aussi par le basculement, au tournant des années 2000, dans un nouveau libéralisme autoritaire, pour lequel la démocratie elle-même, y compris dans sa version libérale, tend désormais à n'apparaître plus que comme un « inconvénient⁴⁶ », accusé de nous désarmer face à la multiplication des crises.

17 MARS 2020. UN PRISME ET UNE QUESTION : PANDÉMIE OU SYNDÉMIE ?

Un an avant l'épidémie, nous avons tous les deux eu la chance de nous rencontrer, lors d'une conférence organisée par l'Espace régional d'éthique de Nouvelle-Aquitaine (ERENA), pour traiter ensemble de cette question prémonitoire : « la prévention en santé menace-t-elle nos libertés⁴⁷ ? ». À

l'occasion de cette conférence, nous avons pu croiser le champ de la santé publique et celui de la philosophie politique et de l'histoire des libéralismes, ce qui nous a conduit à stabiliser, dans ses grandes lignes, l'analyse politique de la santé publique que nous venons de restituer ici.

À compter du 17 mars 2020, nous disposions donc d'un prisme pour tenter d'analyser la situation inédite dans laquelle nous étions tous plongés. Si nous parlons aujourd'hui de « prisme », c'est parce qu'il dénotait bien sûr un angle de vue ou une perspective, enracinée dans l'histoire de nos disciplines et de ses méthodes. Mais c'est aussi parce qu'il avait la vertu de décomposer, comme un cristal, le chaos des événements et leur potentiel de sidération en une série d'éléments clairs et distincts. Si beaucoup de nos collègues restaient sidérés face au caractère inédit de la situation, et si beaucoup peinent encore aujourd'hui à sortir de leur torpeur pour reprendre la parole, nous avons, de notre côté, à notre disposition un cadre interprétatif commun nous permettant de tenter de comprendre, de qualifier et d'évaluer ce qui nous arrivait. Dès les premiers mois de la crise, nous décidions donc de reprendre et de poursuivre ce travail d'analyse. Conscients que notre angle de vue devait être enrichi par une myriade d'autres disciplines et de pratiques, nous avons rapidement constitué un groupe de travail composé de sociologues, de juristes, d'historiens, de philosophes des sciences mais aussi de praticiens hospitaliers et de soignants, confrontés quotidiennement aux patients atteints de Covid et à la situation préoccupante de tous les autres patients. Nous nous sommes à partir de là fixés la tâche de reprendre la parole et de tenter de la diffuser dans l'espace public.

Un tel collectif impliquait de reconnaître la légitimité des perspectives propres à chaque discipline comme à chaque pratique professionnelle. Pour nous, il était tout aussi légitime qu'un réanimateur se préoccupe d'abord de la situation des patients intubés infectés au Covid et qu'un pédopsychiatre s'inquiète d'abord de l'impact des mesures de confinement sur la santé mentale des enfants. Ces perspectives ne devaient pas s'annuler au profit d'une position

dominante, mais parvenir à s'articuler entre elles en s'obligeant à incorporer le point de vue des autres. L'enjeu était pour nous de recréer, au milieu du silence du confinement, puis d'une atomisation du monde savant par le télétravail qui tendait à se prolonger indéfiniment, un espace de *disputatio*, c'est-à-dire de confrontation, empreinte d'estime et de respect, entre tous ces points de vue.

Nos deux disciplines, la philosophie et la santé publique, nous offraient pour cela leurs méthodes. La philosophie, en valorisant le questionnement, la problématisation et la tension entre des points de vue contradictoires, était particulièrement propice à une confrontation interdisciplinaire. La santé publique, en appréhendant la situation sanitaire comme un fait social et en utilisant des approches et des méthodes issues des sciences sociales, nous obligeait quant à elle à convoquer l'ensemble des disciplines et des pratiques impliquées dans la crise. Son épistémologie nous conduisait tout naturellement à contester les disciplines « reines » qui étaient en train de préempter le discours légitime sur la situation sanitaire et les mesures de « santé publique » : celui des infectiologues, rivé sur les seuls indicateurs hospitaliers du Covid, et celui des épidémiologistes, dont les modélisations étaient immédiatement présentées par les décideurs, au gré de leur volonté politique, comme des vérités prédictives. Jouant sur la décomposition atomique de l'espace académique, sur la dissolution des collectifs de santé publique et de démocratie sanitaire et sur la fracturation violente de l'espace public, le gouvernement pouvait instrumentaliser à sa guise telle ou telle « information scientifique » selon ses besoins. En s'enfermant dans l'hyper-spécialisation de l'expertise, les scientifiques fournissaient malgré eux des fragments de savoir au service du pouvoir. Si le gouvernement souhaitait reconfiner le pays, il faisait appel aux infectiologues et aux épidémiologistes. S'il souhaitait lever les mesures, il convoquait les pédiatres ou les psychiatres. En construisant une analyse interdisciplinaire, à la fois cohérente et traversée par la tension de nos pratiques et de nos disciplines, il s'agissait pour nous de leur opposer un prisme qui offre,

face à un projet politique dont nous comprenions les ressorts et les dangers pour la santé publique, non pas une série d'informations ou de données atomisées mais un véritable contre-récit.

C'est dans ce contexte qu'a paru, en janvier 2021, un premier livre sur la santé publique, *De la démocratie en Pandémie. Santé, recherche, éducation*. Les lecteurs inattentifs ont pu croire qu'avec ce manifeste, nous choissions de nous situer dans le camp des libertés, contre celui de la santé. Pour nous, praticiens et chercheurs en santé, il s'agissait au contraire, par cet ouvrage, de défendre la santé publique, dans son lien indissoluble avec les libertés et la démocratie. C'est pour cette raison précise que nous avons alors choisi pour point de départ, à la suite de l'éditorial de Richard Horton dans le *Lancet*, d'opposer à l'imaginaire fantasmatique de la « Pandémie », orchestré par certains de nos gouvernants, la notion, bien plus pertinente en santé publique, de « syndémie⁴⁸ ».

Pour Horton, l'épidémie de Covid-19 était bien sûr une épidémie à diffusion mondiale et elle était potentiellement aussi létale que l'épidémie de Sida. De ce point de vue, il s'agissait bien d'une « grande pandémie », parmi les plus graves de notre histoire sanitaire récente. En parlant de syndémie, il ne cherchait donc nullement à minimiser la dangerosité du virus et à alimenter le camp des « rassuristes » constamment montrés du doigt par le discours dominant. Il s'agissait pour lui de rappeler que pour cette épidémie, comme d'ailleurs pour celle du Sida et comme pour beaucoup d'autres, les probabilités d'être contaminé, de tomber malade ou de contracter une forme grave de la maladie dépendaient largement du mode de vie et de l'état de santé préexistants, eux-mêmes sous la dépendance des déterminants sociaux de la santé (emploi, revenu, logement, éducation) qui, avec les facteurs environnementaux (pollution, nutrition, hygiène de vie en général), constituaient les « causes des causes » en termes de santé publique. Par là, il ne s'agissait nullement de ghettoïser la maladie en la réservant à des groupes à

risque. Comme le Sida, le Covid était une menace pour la population dans son ensemble. Mais en imposant dès le début de la crise l'imaginaire sidérant de la « Pandémie », en faisant comme si le virus menaçait de mort toute la population à égalité, la réalité syndémique de l'épidémie, c'est-à-dire la manière précise et diversifiée dont elle rencontrait les déterminants sociaux et environnementaux de santé sur lesquels devait se fonder toute action efficace en santé publique, n'était absolument pas prise en compte. En traitant tout le monde sur le mode de l'égalité arithmétique, on allait créer une série d'inégalités et d'injustices en cascade. Ce fut là l'erreur originelle, la matrice des principales fautes dans la gestion de crise qui allaient se décliner continûment par la suite et jusqu'à la stratégie vaccinale.

La première erreur fut de considérer que nous nous trouvions confrontés à un problème réductible à un virus. C'est ce qui explique que l'expertise mobilisée fut essentiellement celle des infectiologues, chargés de fournir les indicateurs hospitaliers, et celle des épidémiologistes, dont la mission était de modéliser la circulation virale. Les modélisations qui se sont dès le départ imposées comme l'alpha et l'omega de cette gestion de crise ont été particulièrement emblématiques de cette erreur d'appréciation. En considérant que les populations étaient composées d'individus interchangeable, dont la probabilité d'être contaminés était identique pour tous, ces modélisations ont, par nature, contribué à l'invisibilisation des disparités sociales et territoriales. Elles ont par là même conduit à promouvoir des stratégies globales indifférenciées qui ont eu pour conséquence de renforcer l'impact de l'épidémie pour les plus vulnérables. Ceux qui souffraient le plus de l'épidémie furent aussi ceux qui ont le plus souffert des mesures générales indifférenciées telles que le confinement et qui ont le moins bénéficié des mesures individuelles, telles que les dépistages ou la vaccination. Comme le soulignait l'Académie des technologies à propos de la gestion du Covid, en rappelant les limites des modélisations en santé : « les humains ne sont ni des plantes ni des

animaux, mais des êtres sociaux⁴⁹ ». Les modélisations n'auraient pu être contributives que dans le cadre d'une approche pluridisciplinaire, qui intègre les sciences sociales et environnementales en vue de rendre compte du caractère syndémique de l'épidémie. Mais ne soyons pas naïfs. Ce ne fut pas qu'une question d'incompétence. Il y avait aussi un intérêt des pouvoirs publics à prendre des décisions sur de telles données, limitées par nature, et qui ont servi d'alibi à des choix préétablis tout en étant parées de la légitimité du « Chiffre ». Le slogan lancé par le ministère de la Santé en pleine crise épidémique, « on peut débattre de tout sauf des chiffres⁵⁰ », illustre à merveille cette instrumentalisation, tout en mettant à bas les principes fondamentaux de la démarche scientifique.

Dès le début de la crise, des chercheurs avaient alerté, dans une tribune publiée dans la revue *Nature*, sur ce risque d'instrumentalisation des modélisations par les pouvoirs publics⁵¹. Les épidémiologistes les plus honnêtes le reconnaissent eux-mêmes⁵². Leurs modèles peinaient à intégrer les apports des sciences sociales et environnementales, ce qui les rendait très discutables dans leur capacité prédictive. C'est pourtant sur cette base que de nombreux gouvernements, notamment en France, prirent la décision de confiner des pays entiers, en ignorant purement et simplement les facteurs géographiques et en traitant exactement de la même manière les zones où se concentraient les malades et celles où la circulation virale était très faible, voire inexistante.

Du point de vue de l'histoire de la santé publique, ces premières mesures apparaissent comme une immense régression. Tandis que l'approche socio-environnementale des questions sanitaires avait réussi à s'imposer, à partir des années 1970-1980, comme le cœur de la santé publique moderne, l'ancien modèle pasteurien puis biomédical, celui de l'hygiénisme triomphant qui croyait pouvoir soigner en éradiquant les agents pathogènes à coups de mesures autoritaires, faisait son grand retour. Nous savons pourtant, et depuis des décennies, que ce qui déterminait le fait d'être malade ou en bonne santé

n'était jamais réductible à un agent biologique ou à un comportement individuel, mais qu'il tenait à un faisceau de facteurs sociaux et environnementaux devant s'appréhender tout au long de la vie⁵³. Cette approche était particulièrement indiquée dans le cas de la tuberculose ou du Covid, bien plus « syndémiques » encore que la peste par exemple, dont Richard Horton rappelait qu'on l'avait mobilisée à tort pour penser cette nouvelle épidémie. En France par exemple, sur l'année 2020-2021, les plus pauvres apparaissaient clairement comme les plus à risque par rapport à la population générale. L'épidémie de Covid imposait de saisir l'enchevêtrement des causes, tant sur le plan des contaminations que sur celui des formes graves. L'approche syndémique permettait de comprendre pourquoi les plus pauvres étaient les plus contaminés. Se concentrant dans les quartiers les plus densément peuplés, ils occupaient aussi le plus souvent les logements les plus exigus, deux déterminants majeurs du risque de contamination⁵⁴. Elle permettait aussi de comprendre pourquoi ils étaient les plus à risque de décès, les facteurs pronostiques étant eux aussi sous la dépendance des déterminants sociaux de la santé⁵⁵. L'obésité, principal facteur de gravité hormis l'âge, était emblématique de la force de ces déterminants sociaux. Devenue en quelques décennies un véritable marqueur social, et ce dès le plus jeune âge, elle illustrait parfaitement l'inégalité des individus face à l'épidémie⁵⁶.

Les chercheurs en santé publique avaient au fond appris à reconnaître que, la plupart du temps, on n'était pas malade et on ne mourait pas du seul fait d'avoir contracté un virus. On était malade et on mourait, le plus souvent, de sa position dans la société. Le virus était certes biologiquement présent dans l'organisme, mais il n'avait, au regard de cet enchevêtrement de causes, qu'un rôle de déclencheur. Ce phénomène avait été très bien établi aux États-Unis, dans l'analyse de la relation entre race et mortalité due au Covid⁵⁷. Face au constat de la surmortalité des Noirs (au sens de la définition américaine) des explications génétiques avaient été avancées par certains. Mais il y avait eu

rapidement un consensus, dans la communauté des chercheurs en santé publique, pour admettre que ce n'était pas la race comme déterminant biologique (à supposer que cette notion ait un sens) qui était le véritable facteur de vulnérabilité, mais la « race » comme déterminant social, puissant catalyseur, dans la société américaine, de la position sociale, du niveau de vie et de l'accès à la prise en charge médicale. Que c'était au fond le racisme qui, aux États-Unis, s'imposait comme l'un des plus forts déterminants structurels en santé.

En France, où les quartiers populaires ont continué d'être abandonnés à leur sort par les pouvoirs publics, y compris en pleine flambée épidémique, il semble qu'aucune de ces leçons n'ait été tirée. La vision purement biomédicale qui s'est imposée, qui n'avait que la courbe d'incidence et le taux d'occupation des services hospitaliers pour horizon, ne pouvait être que délétère. Le discours sur l'universalité arithmétique du risque, selon lequel « nous étions tous à risque de forme grave », a contribué à construire un espace cartésien orthonormé, celui permettant la construction de courbes et de graphiques, où tous les atomes individuels devaient être traités identiquement et où la réalité sanitaire et sociale des territoires et des milieux de vie pouvaient être purement et simplement niée. Les mesures universelles afférentes commirent dès le départ une erreur conceptuelle. Mais elles constituèrent aussi une faute sanitaire majeure, car elles conduisaient mécaniquement, en mettant tous les individus en compétition pour les mêmes ressources rares, à mettre de côté ceux qui en avaient le plus besoin. Les plus vulnérables, quelle qu'en soit la raison (qu'elle soit sociale, liée à un handicap ou un état de santé, à l'âge, à des facteurs culturels ou géographiques), qui étaient souvent aussi les plus à risque d'être infectés et ou de faire des formes graves, ont ainsi été paradoxalement les laissés-pourcompte de la politique sanitaire.

Dès le début de la crise, les experts officiels du gouvernement ont justifié cette approche prétendument universelle par l'invocation de l'égalitarisme

républicain⁵⁸. Projetant sur l'épidémie de Covid des polémiques qui avaient marqué l'histoire du Sida, beaucoup d'entre eux ont refusé catégoriquement que l'on distingue l'équivalent de « groupes à risque », dont ils faisaient souvent d'ailleurs eux-mêmes partie (du fait de l'âge). Ils ont ainsi légitimé une situation très problématique sur le plan éthique où, pour ne pas « stigmatiser » les plus âgés, il devenait légitime d'imposer, notamment aux plus jeunes, des mesures de restriction délétères en vue de faire baisser le risque de contamination de leurs aînés⁵⁹. À l'épreuve de la réalité, l'argument se révélait universaliste seulement en apparence et il dissimulait une série d'inégalités et d'injustices. Mais il convenait parfaitement à ce type de pouvoir, qui avait décidé de ne s'adresser qu'à une collection d'individus identiques et de nier par principe la réalité sociale profondément inégalitaire et diversifiée que devaient affronter le soin et la santé publique. L'héritage de la crise du Sida et l'esprit d'Ottawa se trouvaient ainsi complètement dévoyés. Au lieu de protéger en priorité les plus fragiles face au virus tout en favorisant leur capacité à se mobiliser et leur pouvoir d'agir sur leur propre santé, cette politique n'a pas cessé, pendant deux ans, d'aggraver l'ensemble des inégalités et des vulnérabilités. Comment comprendre que dans un pays comme la France, relativement attaché à l'État social et à la lutte contre les inégalités, un tel tableau sanitaire et social n'ait pas fini par déclencher un vaste mouvement de rejet ? Comment des mesures aussi injustes et inégalitaires ont-elles pu continuer à s'appliquer au nom de la solidarité ? En fracturant la société en deux camps ennemis, la stratégie vaccinale du gouvernement a réussi à constituer un bloc hégémonique de partisans, ralliés par principe à l'ensemble de ses mesures, et pour lequel les raisonnements de santé publique, fondés sur la juste indication des produits de santé et sur la proportionnalité différenciée des mesures sanitaires, sont progressivement devenus suspects de dissidence. La myriade d'injustices, d'inégalités et de situations contrastées créées par la crise, les innombrables initiatives locales et solidaires aussi, qui ont fleuri un peu

partout pendant les premiers mois de l'épidémie, ont toutes été finalement invisibilisées par l'opposition binaire entre ceux qui étaient « pour » (le vaccin, le masque, les mesures, la santé, etc.) et ceux qui étaient « contre ».

JANVIER-JUILLET 2021. « JE SUIS POUR »... LE VACCIN, LE MASQUE, LES MESURES, LA SANTÉ, ETC.

Dès le mois de janvier, la vaccination était brandie par les pouvoirs publics comme « la lumière au bout du tunnel⁶⁰ ». Parés des prestiges de l'innovation biomédicale, les nouveaux vaccins à ARN messenger profitaient également de la connotation fortement positive du principe de la vaccination, devenu l'un des marqueurs historiques de l'intervention en santé publique. Alliant le prestige d'un produit d'avenir à la sécurité d'une technique éprouvée par le passé, celle qui avait donné ses lettres de noblesse à la prévention, « le vaccin » allait s'imposer comme une valeur phare de la gestion de crise. Alors que l'ensemble des citoyens étaient épuisés par les mesures de restriction et qu'ils se sentaient menacés par le risque de nouveaux confinements, le gouvernement n'eut pas beaucoup de peine à le présenter comme le remède universel qui allait rapidement nous faire sortir de la crise, renvoyant l'hésitation vaccinale d'une partie de la population, pourtant légitime⁶¹, à une attitude forcément irrationnelle de résistance au changement et de refus du progrès scientifique. Face au blocage de toute la société par les mesures de restriction et devant la multiplication de variants menaçants, « il fallait avancer ». Et puis, le Président l'avait dit, nous étions en guerre⁶². Face à celui que l'on présentait comme « l'ennemi » – à ce stade, le virus et ses futurs variants –, les doutes et les questions des hésitants nous faisaient perdre du temps, menaçant la sécurité de la nation.

Tandis que les premières études cliniques fournies par les laboratoires s'en tenaient à la protection contre l'infection, et tandis que les données en vie réelle permettaient d'établir, sur la souche originelle et ses premières mutations, une forte protection contre les formes graves⁶³, le discours officiel outrepassait largement ces résultats, en prêtant aux nouveaux vaccins une double action, pourtant non étayée par les données scientifiques, ni même confirmée après coup : la capacité de « protéger les autres » en empêchant la contamination et celle de « contribuer au bien commun » en éradiquant le virus grâce à une supposée immunité de groupe d'origine vaccinale⁶⁴. Cédant à une rhétorique de la promesse largement entretenue par les services de marketing des laboratoires⁶⁵, le gouvernement confirmait son erreur initiale sur la gestion de crise. Puisque la menace pandémique était universelle, la panacée devait être distribuée, elle aussi, de manière massive et indifférenciée. Au lieu d'adopter un raisonnement de santé publique de nature relationnelle, ciblé et proportionné, les pouvoirs publics ne reconnaissaient qu'une seule forme de réalité : celle du tout ou rien. Le tout (le petit mot grec *pan* de la pandémie et de la panacée) conduisait le pays entier à la stratégie du « tout vaccinal », assénant par tous les canaux, et au nom de la science, la même fausse promesse, qui était aussi une fausse information : « tous vaccinés, tous protégés⁶⁶ ». Comment a-t-on pu accepter que les questions sur les bénéfices et les risques de la vaccination, parfois fantaisistes mais parfois aussi pleinement justifiées, aient été bloquées par certains médias comme des *fake news* alors que la fausse nouvelle « tous vaccinés, tous protégés » saturait l'espace public ?

Dans cette atmosphère de propagande et de fabrication médiatique du consentement, on allait quitter le domaine de la rationalité scientifique et du raisonnement médical, pour basculer dans un raisonnement moral de type manichéen, propre à la communication de guerre. Pour la médecine comme pour la santé publique, un produit de santé ou une mesure sanitaire avaient pourtant toujours été évalués, jusqu'à cette crise, de manière relationnelle. Un

médicament par exemple devait, en pharmacologie, s'appréhender comme un *pharmakon* au double sens du mot grec, c'est-à-dire à la fois comme un remède et comme un poison. C'est ce qui rendait cruciale la question de la posologie, c'est-à-dire de la juste dose et de la bonne fréquence d'administration, mais aussi celle de l'indication : celle de savoir *à quoi et pour qui* le médicament était bon. En d'autres termes, aucun médicament ne pouvait être appréhendé comme une *substance* bonne en soi, mais seulement comme une entité *relationnelle*, bonne dans tel contexte, mauvaise dans tel autre. Un jugement moral appréhendant le bien comme une entité substantielle, ayant une valeur absolue, ne pouvait avoir cours en médecine. Le pharmacien comme le médecin n'avaient jamais affaire ni à des substances métaphysiques ni à des valeurs morales, mais seulement à des principes actifs aux vertus relationnelles, dont il s'agissait toujours de déterminer de manière critique, et à chaque fois selon le contexte, la force et les limites.

Ce raisonnement critique propre à la médecine restait évidemment au cœur de la santé publique. De même qu'un produit de santé devait être préconisé dans le cadre d'indications précises, toute mesure sanitaire devait être ciblée, proportionnée par l'évaluation de la balance des bénéfices et des risques et constamment réévaluée à la lumière de l'évolution du contexte. De ce point de vue, il n'y avait aucun sens à se dire *a priori* « pour le vaccin », « pour le masque » ou « pour le confinement », pas plus qu'il n'y en avait à se dire *a priori* « contre ». La vaccination devait être évaluée de manière différenciée selon le vaccin envisagé et selon la population cible concernée, après avoir opéré sa délimitation rigoureuse en groupes et en sous-groupes, et selon la situation épidémique du moment. Présenter « le vaccin » comme une valeur absolue et l'élire comme « l'unique moyen de sortir de la crise » était une erreur massive d'appréciation, substituant au raisonnement scientifique et médical une approche morale et militante, aussi peu rigoureuse que celle qui présentait le vaccin comme le mal absolu. De même, présenter « le masque » comme bon

ou comme mauvais en soi était absurde. Les études montraient que le masque était clairement indiqué pour réduire les risques de transmission⁶⁷. Mais elles montraient aussi qu'en l'absence quasi totale de contamination en extérieur, il n'y avait aucun fondement à le rendre obligatoire hors des lieux clos⁶⁸. Le confinement, les fermetures et les couvre-feux auraient mérité le même traitement. Plutôt que d'y voir une valeur morale de ralliement, signe du civisme et de la solidarité des Français, on aurait mieux fait de se demander jusqu'à quel point de telles mesures, aux effets sanitaires délétères que nous avons largement documentés pour commencer, respectaient la balance des bénéfiques et des risques selon le moment de la crise retenu et le territoire envisagé.

C'est dans ce contexte moral et intellectuel, fermé à toute approche critique au sens grec du terme, celui de la délimitation des justes mesures et des critères pertinents de distinction (*krinein*) qu'impose justement toute situation de crise (*krisis*), qu'une nouvelle invitation nous était lancée par l'Espace régional d'éthique de Nouvelle-Aquitaine, cette fois sur le thème de la vaccination et avec pour question directrice : « Quels risques pour quels bénéfices en santé⁶⁹ ? » Sur une question dont le traitement avait été si mal engagé dans le débat public, le terrain était miné et la tentation de la chaise vide était forte. Mais cette invitation était aussi l'occasion, après la parution du livre *De la démocratie en Pandémie*, de poursuivre notre travail commun, d'enrichir notre prisme de lecture et de le mettre à l'épreuve d'une nouvelle phase de la crise, qui était en train de fracturer l'ensemble de la société. Au risque de prendre des coups, nous décidions donc d'y répondre favorablement.

Cette conférence, dont nous avons préparé ensemble les grandes lignes, commençait par rappeler que l'outil principal de raisonnement en santé publique, celui de la balance bénéfique/risque, s'inscrivait dans la longue histoire intellectuelle de l'utilitarisme, celle qui avait été inaugurée au XVIII^e siècle par Cesare Beccaria et Jeremy Bentham, avec le calcul comparé des plaisirs et des

peines. Les manuels de philosophie morale présentaient souvent l'opposition entre deux voies : celle des morales conséquentialistes, dont les utilitaristes étaient emblématiques puisqu'ils évaluaient une action uniquement d'après ses conséquences en termes d'utilité, et celle des morales déontologiques qui se déterminaient d'après des « il faut » (*deon* en grec) imprescriptibles ou à valeur absolue, et dont les droits fondamentaux de la personne étaient l'emblème. La réalité était bien plus hybride. Si l'on s'intéressait au consentement libre et éclairé du patient par exemple, on s'apercevait que, sur le terrain, la liberté absolue des patients était le plus souvent largement modulée par « l'information loyale » censée l'éclairer et que cette dernière consistait, dans bien des cas, à adopter la balance bénéfice/risque proposée par le médecin. Dans ce contexte, on pouvait aisément montrer que le libéralisme économique d'inspiration utilitariste, celui de l'*homo oeconomicus* calculant lui-même ses coûts et ses bénéfices, et le libéralisme politique du respect des droits fondamentaux de la personne avaient en réalité parfaitement bien cohabité, et ce en dépit du conflit sans cesse remis sur le tapis par Jeremy Bentham lui-même à la fin du XVIII^e siècle contre la vacuité des droits de l'homme, qu'il jugeait fictifs et abstraits.

Mais avec l'épidémie de Covid, nous étions en train de basculer dans une nouvelle ère de l'utilitarisme, clairement autoritaire, et qui allait dévoyer le sens initial du rapport bénéfice/risque en santé. Cette tendance était déjà centrale dans la philosophie politique de Bentham et c'était d'ailleurs tout le sens de la lecture critique de Michel Foucault dans *Surveiller et punir*, qui expliquait pourquoi le panoptique de l'utilitarisme benthamien, emblématique de nos sociétés disciplinaires, supposait un arsenal de punitions et de pénalités⁷⁰. Car si l'homme était bien une machine à calculer, Bentham considérait que cette machine, laissée à elle-même, était incapable de bien fonctionner. Pour évaluer correctement ses plaisirs et ses peines, il lui fallait en réalité tout un système punitif de pénalités, fixées par avance par le législateur ou le gouvernement, en

vue d'orienter ses calculs. Pour imposer la vaccination à tous, le gouvernement allait clairement revendiquer cette voie autoritaire, dès avant la mise en place du « pass », en brandissant continûment le risque des restrictions et du reconfinement. Pour imposer l'indication de la vaccination pour les plus jeunes, par exemple, il ne fallait plus s'en remettre d'abord aux raisonnements médicaux de la santé publique dans l'évaluation clinique des bénéfices et des risques, ni à l'évaluation conjointe par le médecin traitant et la personne concernée. Il fallait, principalement, tenir compte de la menace des restrictions brandie par le gouvernement. C'est ce raisonnement inédit qu'allait assumer clairement, par exemple, le président du Conseil d'orientation de la stratégie vaccinale, Alain Fischer : « pour les adolescents qui ont un risque sanitaire minime face au Covid-19, il y a un bénéfice individuel au sens social et psychologique [à se faire vacciner] car ils paient un trop lourd tribut à la pandémie avec des décrochages scolaires [...] pour les jeunes privés de collège ou de lycée⁷¹ ».

Du point de vue de la santé publique moderne et pour les experts sollicités, cette ingérence du gouvernement dans la détermination des coûts et des bénéfices aurait pourtant dû apparaître comme une transgression inadmissible, se situant d'ailleurs à un double niveau. Au niveau biomédical d'abord, puisque pour évaluer la balance bénéfice/risque de n'importe quel produit de santé, on devait normalement s'en tenir, méthodologiquement, à ses seuls résultats cliniques pour tel ou tel groupe de population envisagé. Les autorités de santé publique pouvaient édicter, à partir de là, une liste de recommandations. Mais c'était ensuite, et conformément à la loi de 2002, au patient et à lui seul de trancher, en concertation avec le professionnel de santé, pour toutes les décisions le concernant. Transgressant à la fois les principes méthodologiques de l'évaluation clinique d'un produit de santé et le dispositif éthique et juridique du respect du consentement imposé par le code de la santé publique, le gouvernement français, profondément imprégné, on l'a rappelé, par l'idée

d'une incompetence épistémique de la population et de sa tendance naturelle à adopter des raisonnements biaisés, n'hésitait donc pas à suivre la voie autoritaire tracée par Jeremy Bentham. Dans la balance bénéfice/risque d'un produit de santé, il fallait désormais intégrer le système de pénalité imposé par le gouvernement lui-même : le fait que les écoles soient ouvertes ou fermées, ou le fait qu'un confinement soit ou non décrété sur le territoire. À ce compte-là, le calcul coût/bénéfice ne relevait plus d'un raisonnement médical. Il devenait l'enjeu d'un calcul politique, que le gouvernement allait en permanence, avec l'aide active des médias, imposer à la population.

Et il allait également l'imposer aux structures d'expertise sanitaire, ces dernières ayant largement accepté que la décision politique puisse ignorer leurs recommandations⁷². Il s'agissait là, dans l'histoire récente de la santé publique, d'un fait sans précédent. Étant donné les enjeux de sécurité des produits de santé et le caractère éminemment complexe de l'évaluation de leur rapport bénéfice/risque, le pouvoir politique avait pris l'habitude de s'en remettre aux procédures éprouvées de l'évaluation. Inversant la charge de la preuve, les structures d'expertise en étaient dorénavant réduites à assurer le service après-vente d'une série de décisions déjà prises par le président de la République ou par les membres de son gouvernement⁷³. Dans la plupart des cas, le gouvernement n'avait d'ailleurs même pas à contraindre expressément les experts. Victime d'un véritable syndrome de Stockholm vis-à-vis de ce pouvoir, ils n'hésitaient pas à devancer ses désirs pour accompagner le discours politique de « recommandations », qui étaient en réalité des alibis, dévoyant en cela leurs propres procédures d'évaluation et toutes les règles de la méthodologie. L'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), dans un avis du 18 janvier 2022, considérait par exemple, tout en indiquant qu'elle ne disposait « pas encore des données d'immunogénicité, d'efficacité et de sécurité portant sur une dose de rappel chez les personnes âgées de 12 à 17 ans [permettant] d'établir un rapport bénéfice/risque », que

l'administration d'une troisième dose pour cette population devait quand même s'envisager⁷⁴ – avis arrivant à point nommé pour appuyer l'annonce deux jours plus tard, par le Premier ministre, d'une extension du rappel vaccinal aux adolescents⁷⁵. Dans un double jeu de va-et-vient visant à produire une légitimation réciproque, le pouvoir politique justifiait de ces décisions par des « avis d'expert » qui eux-mêmes justifiaient de leur avis par la décision politique dont ils se contentaient le plus souvent, comme la Haute autorité de santé (HAS) par exemple, de « prendre acte⁷⁶ ».

L'épisode pathétique, dont tout le monde se souvient, du discours officiel sur les masques, d'abord « inutiles », puis « dangereux » et enfin « obligatoires », où les autorités sanitaires avaient tenté de couvrir les errances du gouvernement jusqu'à se discréditer elles-mêmes, s'était donc poursuivi tout au long de la crise, et jusque dans les dernières phases de la stratégie vaccinale. Dans un contexte politique où tout le monde déplorait la défiance des citoyens contre les experts et la parole publique, et à la veille d'une échéance électorale décisive, on ne pouvait qu'être profondément inquiets devant l'étendue de ces collusions.

12 JUILLET 2021-17 MARS 2022. DE LA BATAILLE DU « PASS » AU SCHÈME AMI/ENNEMI

À partir de l'allocution présidentielle du 12 juillet 2021, annonçant la mise en place d'un « pass » qui conditionnait, pour toute la population de plus de douze ans, la poursuite de la vie sociale à son statut sanitaire, nous basculions dans un nouveau type de société. La partition manichéenne sur les choses, qui s'était déclinée en une série de totems et de tabous (« je suis pour le vaccin », « pour le masque », « pour les mesures sanitaires »), mutait en un affrontement

entre les personnes, qui allait miner l'ensemble de la société allant jusqu'à séparer les amis, diviser les couples et les familles et fracturer les collectifs de travail, les associations et les partis. Appliquant à la lettre les leçons du juriste allemand Carl Schmitt, pour qui l'opposition entre amis et ennemis était au fondement de la communauté politique, le dispositif du « pass » allait contraindre l'ensemble de la société à se recomposer autour de deux camps : celui hégémonique du chef et de ses partisans et celui des ennemis de l'intérieur, condamnés au silence et à la dissidence jusqu'à ce que le pouvoir parvienne à les « réduire » : « C'est une toute petite minorité qui est réfractaire. Celle-là, comment on la réduit ? [...] [Puisque] je ne vais pas les mettre en prison, [ni les] vacciner de force, [...] on la réduit, pardon de le dire, comme ça, en l'emmerdant encore davantage⁷⁷ ». Au lieu d'une bataille présidentielle opposant le gouvernement à ses oppositions, qui aurait été aussi l'heure du bilan et le moment de contempler ensemble le champ de ruines de la crise hospitalière et de tout le secteur de la santé publique, la guerre organisée par le Président dessinait deux camps : ceux qui acceptaient de se soumettre au « pass » et à son monde et ceux qui s'y refusaient. Il n'était pas certain que ce plan avait été clairement théorisé par les cabinets de *consulting* qui, avec McKinsey et la *Nudge unit* de BVA, gangrenaient les ministères et l'Élysée. Mais le résultat était là. Le schème ami/ennemi sans cesse réactivé par le dispositif du pass, et implémenté sur un mode automatisé dans toutes nos relations sociales tracées par le QR code, était en train de liquider les principes fondamentaux de notre République⁷⁸.

Quelques semaines après notre conférence de juin sur la vaccination, nous nous trouvions ainsi projetés dans la longue et éreintante bataille du « pass », qui allait commencer pendant les vacances d'été et se poursuivre entre Noël et le jour de l'an. Pour soutenir les rares parlementaires qui avaient décidé de se mobiliser dans les rangs de quelques partis républicains (venus principalement de La France insoumise, mais aussi du Parti communiste, des centristes et des

Républicains), nous décidions d'essayer de mobiliser, de notre côté, la communauté des soignants et des chercheurs en santé. En réfléchissant aux effets de l'annexion des enfants et des adolescents au dispositif du « pass », nous entendions décrire dans le détail, dans une tribune publiée dans *Mediapart*, les atteintes de ce gouvernement à la santé publique⁷⁹.

Nous commençons par ce rappel : « lundi 12 juillet, dans une allocution télévisée, l'obligation vaccinale vient d'être annoncée *de facto* par la généralisation du “pass sanitaire” pour les activités du quotidien », contredisant les annonces précédentes⁸⁰. La raison invoquée pour ce revirement était l'échec d'une prétendue stratégie vaccinale fondée sur l'incitation. Mais pour qu'il y ait échec, encore fallait-il qu'une stratégie se soit déjà déployée, en s'appuyant sur des leviers éprouvés et reconnus comme efficaces en santé publique⁸¹. Comme pour les tests ou pour le traçage, cela n'avait absolument pas été le cas. Le choix de l'intensification du virage numérique (le QR code et la e-santé) avait conduit à mettre les soignants sur la touche et à contraindre l'ensemble des patients, armés ou non de smartphones, à mettre continuellement en œuvre eux-mêmes toutes les consignes du gouvernement. Face à cette suspension pure et simple des relations de soin, nous dessinions des alternatives. On aurait dû aller vers « la mobilisation des médecins traitants, qui depuis des mois demandent à avoir les moyens de vacciner » et appeler « le renfort de tous les professionnels de santé, du médico-social et du social, des acteurs du quotidien, des collectivités territoriales, de l'assurance maladie... dans une stratégie “d'aller vers” ». C'est ainsi, en téléphonant “tout simplement” aux personnes âgées isolées, que des pays voisins comme l'Espagne ont atteint une couverture vaccinale de 100 % chez les plus de 80 ans. [...] Que la France ait la plus mauvaise couverture vaccinale en Europe de l'Ouest chez les personnes âgées devrait pour le moins nous interroger⁸² ».

Face à cet échec, les enfants et les adolescents devenaient expressément de nouveaux « outils » pour contraindre : « Le 10 juillet, Alain Fischer souhaite

voir la vaccination des adolescents déployée en milieu scolaire notamment pour “atteindre indirectement les parents”. Le 12 juillet, le président de la République étend le “pass sanitaire” aux enfants de plus de 12 ans, rendant leur vaccination *de facto* obligatoire. À moins que leurs parents aient le cœur, après un an et demi de privation, de leur interdire toute vie sociale en dehors du temps scolaire. Ainsi, on ne vaccine pas ses enfants pour leur santé, mais parce qu’on nous assène que c’est le seul moyen de retourner à une vie normale. Le vaccin “protège à 100 % du confinement”, indique le ministre de la Santé. »

Enfin, nous posons clairement la question, en exigeant une réponse « fondée sur les preuves » (*evidence-based*) ou sur ce qu’on appelle en santé « les données probantes » : « Les enfants et adolescents doivent-ils être vaccinés ? Il n’est pas du tout certain que ce soit la priorité aujourd’hui, et ceci pour deux raisons. La première est que les données en vie réelle confirment que la vaccination est très efficace contre les formes graves chez les personnes à risque élevé. [...] La seconde raison est [...] que le risque d’hospitalisation lié à des complications des vaccins à ARN messager (notamment les myocardites) pourrait être selon certaines estimations préliminaires supérieur au risque d’hospitalisation lié au Covid chez les adolescents et adultes jeunes. » Nous mettons ainsi en évidence l’absence de données probantes et l’impossibilité d’établir un consensus parmi les spécialistes internationaux du domaine : « Si une majorité d’agences sanitaires déclarent que le rapport bénéfice/risque est favorable chez les jeunes, à notre connaissance, aucun de ces avis à ce jour n’a publié des estimations chiffrées différenciant les mineurs en bonne santé et ceux qui ont des comorbidités préexistantes (et qui eux, en revanche, ont une indication claire en faveur du vaccin). [...] la récente position du *Joint Committee on Vaccination and Immunisation* (JCVI) anglais du lundi 19 juillet 2021 ne conseille pas la vaccination systématique des enfants en bonne santé, sur la base des preuves actuelles. Pour le JCVI, les avantages minimes pour la santé d’une vaccination des enfants contre le Covid-19 ne

l'emportent pas sur les risques potentiels. » La prise en compte de ce risque de myocardite a ensuite conduit à modifier les conditions d'utilisation chez les moins de trente ans⁸³. Il est choquant que cette modification soit survenue après la campagne massive de vaccination des plus jeunes, alors que les données existaient déjà en juillet.

Le choix français d'instrumentaliser les mineurs au service de la « stratégie vaccinale » était ainsi clairement établi. Les experts qui avaient tenté de justifier cette décision après-coup, pour sauver les annonces présidentielles, oubliaient cependant un principe éthique majeur en santé publique, relevant de l'impératif de justice. Une mesure devait être non seulement d'un rapport bénéfice/risque favorable mais elle devait aussi permettre une égale distribution de ce rapport au sein de la population et de ses sous-groupes. En d'autres termes, elle ne pouvait se traduire par plus de bénéfices pour les uns (en l'occurrence ici les plus âgés qu'on croyait protégés par la vaccination des plus jeunes) et plus de risques pour les autres (les jeunes en bonne santé) : « Aussi, il est clair que si l'on vaccine les mineurs, il est assumé que ce n'est pas pour leur bien mais pour contribuer à une immunité collective », espoir qui allait être d'ailleurs officiellement abandonné quelques semaines plus tard par la communauté scientifique. L'absence de données probantes trahissait une politique du chiffre, qui était le véritable objectif du gouvernement et de ses cabinets de consultants : « Autrement dit, on vaccine les enfants parce qu'on n'arrive pas à vacciner tous les adultes, ou plus exactement, parce qu'on ne fait pas l'effort suffisant pour aller vers les personnes vulnérables. » Dans ce contexte, l'obligation vaccinale des enfants de plus de douze ans se révélait en rupture majeure avec les principes éthiques en santé, et le Comité consultatif national d'éthique (CCNE) le rappelait expressément dans son avis du 9 juin : « est-il éthique de faire porter aux mineurs la responsabilité, en termes de bénéfice collectif, du refus de vaccination d'une partie de la population adulte ? » et « si la vaccination leur était présentée comme leur seule chance de

retour à une vie normale, cette pression effective poserait la question de la validité de leur consentement »⁸⁴. L'ensemble de ces alertes nous conduisaient à cette conclusion : « Après un an et demi de privation et d'atteinte grave au développement des plus jeunes, il est urgent de rappeler à tous les responsables de la politique sanitaire de ce pays, mais aussi à tous ses agents et à tous les citoyens que nous sommes, que la valeur d'une société se mesure à la manière dont elle traite ses enfants. »

Deux semaines plus tard, et à la demande de praticiens et de chercheurs en santé, nous décidions d'étendre notre propos à une analyse plus générale du dispositif du « pass », en ouvrant la liste des signataires à tous les citoyens. Cette tribune, parue dans *Libération* et sur le site de [Change.org](https://www.change.org) sous le titre « Sortons du pass et de l'impasse sanitaire », a recueilli à ce jour plus de quinze mille signatures⁸⁵. Sur l'échec de la stratégie vaccinale, elle reprenait les grandes lignes de la tribune précédente et elle insistait sur l'inefficacité propre au dispositif du « pass ». Tandis que des millions de personnes à risque de forme grave étaient encore à cette date sans protection vaccinale, « le chantage au QR code » ne pouvait être opérant : « brandir la carotte du TGV, du théâtre ou du restaurant [trahissait] un raisonnement de classe favorisée, inadapté pour beaucoup de publics âgés, précaires, marginalisés. La question des inégalités [avait], comme toujours, été dès le départ oubliée ».

Loin d'être un « gadget⁸⁶ », comme allait le déplorer avec un temps de retard et beaucoup d'inconséquence le Sénat (après l'avoir voté), le « pass » était l'expression d'un monde et l'emblème d'une politique : celle dans laquelle les autorités pouvaient directement modifier, par des applications numériques, la définition des droits et des devoirs de chaque citoyen⁸⁷.

Tandis que les manifestations monstres contre le « pass » (réunissant des centaines de milliers de personnes par semaine en plein été) étaient traitées dans les médias comme des cortèges de parias, le schème ami/ennemi s'installait toujours plus profondément dans les esprits. À la rentrée des classes

et alors que les manifestants continuaient à battre le pavé, il s'agissait de conquérir définitivement l'esprit des jeunes. Olivier Véran choisit, pour ce faire, de signer un partenariat avec la radio Skyrock⁸⁸. Les messages diffusés sur les ondes de cette radio par le ministère de la Santé, dans le cadre de la campagne « Ça va, ça vax ! », étaient consternants. Sur les réseaux et dans les médias, les réactions étaient affligées, provoquant moqueries et ricanements. Mais à chaque fois, c'était uniquement la forme qui était attaquée. Le fond du message, qui dans la plupart des réactions médiatiques semblait ne déranger personne, était pourtant bien plus effarant. Les hésitations vaccinales, évidemment ridiculisées, étaient disqualifiées au même titre que les interrogations des jeunes sur la nourriture industrielle. Se demander ce qu'il y avait dans ces vaccins était présenté comme aussi ridicule que de s'interroger sur ce qu'il y avait dans son menu. Moquant les non-vaccinés, le ministère de la Santé en profitait pour ridiculiser la prise de conscience écologique des jeunes sur la malbouffe et sur les risques sanitaires de la nourriture industrielle. Mettant toutes ces interrogations dans le même panier, il s'agissait toujours de renforcer le même camp : celui de la vaccination, de l'innovation et de l'industrie, c'est-à-dire de la science et de la raison.

Mais il y avait pire encore. Sur les réseaux sociaux, la campagne « Ça va, ça vax ! » encourageait les jeunes à dénoncer leurs amis « antivax ». Un tweet de la radio Skyrock, daté du 24 août, mettait en scène cet échange : « – Moi, je suis antivax », « – Nan, t'es provirus ! ». Et il couronnait la scène avec cette phrase, appelant purement et simplement au cyber-harcèlement : « Mentionne ton ami provirus. » Au moment où nous découvrons cette campagne, nous réalisons que notre pays avait profondément changé. Le ministère des Solidarités et de la Santé pouvait accuser une partie de la jeunesse d'être « provirus » sans qu'aucun observateur ne s'en émeuve. Tout était déjà en place pour le passage au « pass vaccinal » et pour sa seule justification, celle formulée par la future déclaration du président de la République : « emmerder » et surtout « réduire »

les ultimes réfractaires, désormais clairement désignés comme les ennemis de l'intérieur. En un an, nous étions ainsi passés de la guerre contre le virus à l'union sacrée contre les « provirus », accusés de trahison pour avoir pactisé avec l'ennemi.

Au moment où les fausses promesses des campagnes de santé publique et les fausses informations distillées pendant des mois dans les médias s'effondraient les unes après les autres (finalement, le vaccin n'empêchait pas les contaminations, il ne permettait pas d'atteindre l'immunité de groupe, il ne pourrait ni éradiquer le virus ni bloquer la survenue de mutations et à ce titre, *il ne protégeait pas les autres*), et au moment où son efficacité individuelle contre l'infection semblait diminuer face aux nouveaux variants, certains experts commençaient à reconnaître que le dispositif du « pass » avait créé un faux sentiment de sécurité pouvant encourager la reprise des contaminations⁸⁹. Et d'autres se demandaient tout haut si ces nouveaux vaccins n'étaient pas plutôt des « médicaments », dont les injections répétées risquaient peut-être, on ne savait pas, de déclencher de graves réactions immunitaires dans l'organisme⁹⁰.

Acculé, le gouvernement décidait donc d'inventer de toutes pièces un nouveau récit. Si l'hôpital était en train de s'effondrer, c'était à cause des non-vaccinés. L'acte civique de la vaccination se déplaçait, quittant le domaine épidémiologique de la contagiosité, de l'immunité collective et de la lutte contre les variants, pour s'installer dans le champ politique des indicateurs hospitaliers. Or, l'argument était à la fois pervers et fallacieux⁹¹. Si, dans tous les secteurs, l'hôpital était en train de couler, ne trouvant plus de lits pour les malades chroniques, mettant en danger la vie des patients aux urgences et celle des enfants atteints par une forte épidémie de bronchiolites, ce n'était jamais la faute du gouvernement et des managers qui, pendant plusieurs décennies, avaient essoré l'hôpital en lui opposant leurs critères comptables et leurs objectifs de rendement⁹². C'était la faute de ces nouveaux « ennemis » de la Nation, que les soignants eux-mêmes étaient invités à réduire, voire à éliminer.

Et l'argument prenait. Dans les services hospitaliers, les appels au tri se multipliaient un peu partout. De grandes voix du monde de la santé, comme celles d'André Grimaldi ou de Martin Hirsch, directeur de l'AP-HP, proposaient de faire payer les soins ou même de fermer l'hôpital aux non-vaccinés²³.

Ces outrances avaient-elles commis le pas de trop ? Le schème ami/ennemi, au fondement du « pass » et contraire à tous les principes de notre pacte social, était-il en train d'apparaître au grand jour et allions-nous enfin, dans un cadre républicain, affronter ensemble le bilan scientifique, éthique et politique de deux ans de crise sanitaire ?

À l'heure des vingt ans de la loi du 4 mars 2002 et des deux ans du premier confinement, décrété le 17 mars 2020, nous ne savons plus ce que nous devons fêter ou enterrer, ni célébrer ou déplorer. Nous ne savons pas au fond quels deuils nous devons entamer ni à quel avenir nous devons nous préparer.

APRÈS L'ANNÉE ZÉRO DE LA SANTÉ PUBLIQUE ? L'IMPOSSIBILITÉ D'UNE CONCLUSION

« Le souci de Rossellini devant le visage de l'enfant d'Allemagne année zéro est justement [...] de lui conserver son mystère. »

« Le film néoréaliste a un sens, mais a posteriori, dans la mesure où il permet à notre conscience de passer d'un fait à l'autre, d'un fragment de réalité au suivant. »

André Bazin, *Qu'est-ce que le cinéma ?*, Le Cerf, 2011, p. 77, p. 354.

L'année zéro de la santé publique, ce grand champ de ruines dont nous avons donné ici, comme dans un long plan-séquence, la description panoramique,

signifie-t-elle son effondrement, sa reconstruction ou sa disparition ? Et qu'advient-il des enfants auxquels nous laissons un tel monde ?

Comme Rossellini devant le champ de ruines de Berlin et le visage du jeune garçon qui parcourt ses décombres, nous nous refusons à dessiner « le monde d'après ». Notre parti pris n'est pas celui des réalistes qui, en décrivant la réalité, délivrent des messages déjà prêts, annonçant l'avenir à partir du passé. Il s'entend, comme le prisme des néoréalistes, à faire voir l'ombre et la lumière qui creusent notre réalité, mais aussi son mouvement cinématographique, sa dynamique historique : « L'artiste réaliste traditionnel (Zola par exemple) analyse la réalité puis en refait une synthèse conforme à sa conception morale du monde, tandis que la conscience du metteur en scène néo-réaliste la filtre. Sans doute sa conscience, comme toute conscience, ne laisse-t-elle pas passer tout le réel, mais son choix n'est ni logique, ni psychologique : il est ontologique en ce sens que l'image de la réalité qu'on nous restitue demeure globale, de la même façon [...] qu'une photographie en noir et blanc n'est pas une image décomposée et recomposée "sans la couleur", mais une véritable empreinte du réel, une sorte de moulage lumineux où la couleur n'apparaît pas²⁴. » Comme Roberto Rossellini à la fin d'*Allemagne année zéro*, nous nous gardons donc de conclure et appelons les lecteurs à reprendre toute leur place dans le cours du temps. En espérant contribuer par ce livre à ce que nos consciences, enchaînant les faits de ces deux dernières années, sortent enfin de la sidération et passent « d'un fait à l'autre », « d'un fragment de réalité au suivant », nous attendons d'elles qu'elles se remettent en mouvement.

BARBARA STIEGLER, FRANÇOIS ALLA

1. Où se sont concentrés la moitié des décès au début de l'épidémie, voir Florence Canoui-Poitrine *et al.*, « Magnitude, change over time, demographic characteristics and geographic distribution of excess death among nursing home residents during the first wave of Covid-19 in France : a nation wide cohorts study », *Age Aging*, 50 (5), 2021, p. 1473-1481.

2. Stéphanie Vandentorren *et al.* « The effect of social deprivation on the dynamic of Sars-Cov-2 infection in France : population-based analysis », *The Lancet Public Health*, 2022 (en ligne). Voir aussi le rapport du Haut Conseil de la santé publique (HCSP) : « Crise sanitaire de la Covid-19 et inégalités sociales de santé », Paris, 2021.

3. Voir la note de la Direction de la recherche des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) : « Recours à la vaccination contre le Covid-19 : de fortes disparités sociales » (février 2022).

4. Selon la base de données du Ministère de la santé, mi-février 2022, plus de 10 % des plus de 80 ans n'ont pas été vaccinés.

5. Voir la note de la DREES : « En 2020, le nombre de séjours hospitaliers hors Covid-19 a diminué de 13 % par rapport à 2019 » (septembre 2021).

6. « “Des départs massifs de soignants” : la commission d'enquête du Sénat face à la déliquescence de l'hôpital », Public Sénat, 9 décembre 2021.

7. Covid-19 Mental Disorders Collaborators, « Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the Covid-19 pandemic », *The Lancet*, 398 (10312), 2021, p. 1700-1712.

8. Voir « Enquête coviPrev », Santé publique France.

9. Linda Cambon *et al.*, « When the world wide response to the Covid-19 pandemic is done without health promotion », *Global Health Promotion*, 28 (2), 2021, p. 3-6.

10. « Communiqué de l'Académie de médecine : impact de la pandémie de Covid-19 sur les violences domestiques » (décembre 2020).

11. « Covid-19 global risk communication and community engagement strategy », Unicef (décembre 2020).

12. « Covid-19 : la crise sanitaire a fait basculer un million de Françaises et Français dans la pauvreté », *Le Monde*, 6 octobre 2020.

13. Voir le rapport d'Oxfam : « Les inégalités tuent » (janvier 2022).

14. Institut national de santé publique du Québec, « Référentiel de valeurs pour soutenir l'analyse éthique des actions en santé publique », 2015.

15. Voir la note de la DREES : « Entre fin 2019 et fin 2020, la capacité d'accueil hospitalière a progressé de 3,6 % en soins critiques et 10,8 % en hospitalisation à domicile » (septembre 2021). Notons que le titre choisi pour cette note est particulièrement trompeur par rapport à son contenu.

16. « Covid-19 : le Premier ministre vient soutenir les soignants de l'hôpital de Saint-Étienne », France 3 Auvergne, 7 novembre 2020.

17. Voir la commission d'enquête du Sénat : « Sur l'influence croissante des cabinets de conseil privés sur les politiques publiques » (janvier 2022).

18. Voir notamment : « Mission d'information du Sénat sur l'adéquation du pass vaccinal à l'évolution de l'épidémie de Covid-19 : audition du Dr Alice Desbiolles » (8 février 2022).

19. Voir le rapport de la commission Bronner : « Les Lumières à l'ère numérique » (janvier 2022).

20. Voir la tribune d'un collectif d'experts en promotion de la santé : « Covid-19 : une communication inadaptée depuis le début », *Libération*, 15 février 2021.

21. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, OMS, 1986.

22. Jean-Pierre Deschamps et Christine Ferron, « Charte d'Ottawa, traduction ou trahison ? », *Santé publique*, 28, 2016, p. 715-716.

23. Elenor M. Conill et Michel O'Neill, « La notion de santé communautaire : éléments de comparaison internationale », *Revue canadienne de santé publique*, 75 (2), 1984, p. 166-175.

24. Marie-Hélène Bacqué et Carole Biewiener, *L'Empowerment, une pratique émancipatrice ?*, La Découverte, 2015.

25. Emmanuel Kant, *Fondements de la métaphysique des mœurs* et *Réponse à la question : qu'est-ce que les Lumières ?*

26. Au sens où l'entend Kant, comme la soumission à des normes extérieures à soi-même.

27. Michel Foucault, *Naissance de la biopolitique. Cours au Collège de France. 1978-1979*, Gallimard/Seuil, 2004, p. 232 sq.

28. Voir Conseil d'orientation de la stratégie vaccinale : « Stigmatisation des personnes non-vaccinés et des personnes sévèrement immunodéprimées dans le contexte de la vaccination anti Covid-19 » (février 2022).

29. Barbara Stiegler, *De la démocratie en Pandémie. Santé, recherche, éducation*, Tracts/ Gallimard, 2021, p. 23 sq.

30. Article L 1111-4 du Code de la santé publique.

31. Steven Epstein, *La Grande Révolte des malades. Histoire du Sida*, tome 2, Les empêcheurs de penser en rond, 2001.

32. Jean-Pierre Deschamps, « Une "relecture" de la charte d'Ottawa », *Santé publique*, 15 (3), 2003, p. 313-325.

33. Selon l'expression de la Stratégie nationale de santé 2018-2022.

34. Voir le rapport : « L'innovation : un enjeu majeur pour la France – dynamiser la croissance des entreprises innovantes » (Ministère du redressement productif, Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, 2013).

35. Voir l'avis n° 6 du Conseil scientifique d'avril 2020 : « la gouvernance devra veiller [...] à s'associer la participation de citoyens ».

36. Bernard Manin, *Principes du gouvernement représentatif*, Flammarion, 2019.

37. Bernard Andrieu, *L'Autosanté – vers une médecine réflexive*, Armand Colin, 2012.

38. Richard H. Thaler, *Misbehaving. The Making of Behavioural Economics*, New York, W. W. Norton and Company, 2015.

39. Barbara Stiegler, « *Il faut s'adapter* ». *Sur un nouvel impératif politique*, Gallimard, 2019.

40. Henri Bergeron *et al.*, *Le Biais comportementaliste*, Presses de Sciences Po, 2018.

41. Henri Bergeron *et al.*, *Covid-19 : une crise organisationnelle*, Presses de Sciences Po, 2020.

42. Voir Walter Lippmann, *Public Opinion* (1922), Classic Books America, 2009.

43. Loi 2018-1202 du 22 décembre 2018 relative à la lutte contre la manipulation de l'information.

44. Voir par exemple la déclaration de Céline Pigalle, directrice de la rédaction de BFM-TV : « Dans un moment [...] où on vous dit qu'on est en guerre [...], vous êtes rappelés au fait qu'il ne faut pas non plus trop troubler les gens. Et finalement, même si on a tenté au maximum de s'extraire de tout ça, pas trop aller à rebours de la parole officielle puisque ce serait fragiliser un consensus social » (*Libération*, 30 janvier 2022).

45. Et ce dès le début de la crise : « Coronavirus : les Gafam se mobilisent (et le font savoir) », *L'Usine digitale*, 4 mars 2020.

46. Barbara Stiegler, *De la démocratie en Pandémie*, *op. cit.*, p. 12.

47. Conférence du 12 juin 2019, en ligne sur le site de l'Erena.

48. Richard Horton, « Covid-19 is not a pandemic », *The Lancet*, 396, 10255, 2020, p. 874.

49. « Covid-19 : modélisations et données pour la gestion de crises sanitaires » (Rapport de l'Académie des technologies, 2021).

50. Campagne (télévision, radio et affichage) du ministère de la Santé, août 2021.

51. Andrea Saltelli *et al.*, « Five ways to ensure that models serve society : a manifesto », *Nature*, 582 (7813), 2020, p. 482-484.

52. Voir « Les arrangements des politiques avec les modélisations du Covid-19 », [Slate.fr](https://www.slate.fr), 13 avril 2021.

53. Robert G. Evans, *Être ou ne pas être en bonne santé : biologie et déterminants sociaux de la maladie*, Presses universitaires de Montréal, 1996.

54. Voir l'article de Stéphanie Vandentorren cité ci-dessus.

55. Laura Semenzato *et al.*, « Chronic diseases, health conditions and risk of Covid-19 related hospitalization and in-hospital mortality during the first wave of the epidemic in

France : cohort study of 66 million people », *Lancet Regional Health Europe*, 2021 (en ligne).

56. « Obésité et Covid : les chiffres cachés », *Reporterre*, 14 février 2022.

57. Rohan Khazanchi *et al.*, « Racism, not race, drives inequity across the Covid-19 continuum », *Journal of American Medical Association Network Open*, 2020 (en ligne).

58. Raisonement contesté par les auteurs d'une tribune publiée dans *Le Monde* du 30 janvier 2021 : « Confinement : le principe d'égalité ne s'oppose pas à des différences de traitement. »

59. Voir « Pour les pouvoirs publics, la délicate équation des jeunes et du Covid-19 », *Le Monde*, 12 août 2020.

60. Barbara Stiegler, *De la démocratie en Pandémie*, *op. cit.*, p. 54.

61. Linda Cambon *et al.*, « Increasing acceptance of a vaccination program for coronavirus disease in France : a challenge for one of the world's most vaccine-hesitant countries », *Vaccine*, 40 (2), 2022, p. 178-182.

62. Allocution présidentielle du 16 mars 2020.

63. Voir les avis de la Haute autorité de santé (HAS) relatifs à la vaccination.

64. Par exemple, Olivier Véran n'hésitait pas à affirmer le 13 juillet 2021 sur BFM-TV que le vaccin réduisait par douze le risque de transmission.

65. « Pfizer ramps up its salesforce in battle of vaccine boosters », *Financial Times*, 29 août 2021.

66. Slogan de la campagne vaccinale gouvernementale.

67. Jeremy Howard *et al.*, « An evidence review of face masks against Covid-19 », *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 118 (4), 2021 (en ligne).

68. Tommaso Celeste Bulfone *et al.*, « Outdoor transmission of Sars-Cov-2 and other respiratory viruses : a systematic review », *The Journal of infectious diseases*, 223 (4), 2021, p. 550-561.

69. Conférence en ligne sur le site de l'Erena.

70. Michel Foucault, *Surveiller et punir*, Gallimard, 1975.

71. *Journal du Dimanche*, 13 juin 2021.

72. « Vaccination des ados : Macron double la Haute autorité de santé », *Libération*, 3 juin 2021.

73. Voir l'entretien accordé par François Alla : « J'ai démissionné du Haut conseil de la santé publique car les experts n'ont pas joué leur rôle durant la crise sanitaire », *Le Quotidien du médecin*, 24 janvier 2022.

74. Avis du 18 janvier 2022 de l'ANSM.

75. Conférence de presse du 20 janvier 2022.

76. Voir par exemple l'avis du 13 janvier 2002 de la Haute autorité de santé.

77. Retranscription sur le site de France Inter (le 5 janvier) des propos d'Emmanuel Macron lors de son entretien accordé au *Parisien* le 4 janvier 2022.

78. Barbara Stiegler, « “Le pass” viole les principes fondamentaux de notre République », *Libération*, 8 janvier 2022.

79. « Extension du pass sanitaire aux enfants : des chercheurs et des professionnels de santé sonnent l'alerte », *Mediapart*, 19 juillet 2021.

80. « Le pass sanitaire ne sera jamais un droit d'accès qui différencie les Français : il ne saurait être obligatoire pour accéder aux lieux de la vie de tous les jours comme les restaurants, théâtres et cinémas », Emmanuel Macron, *Le Parisien*, 29 avril 2021.

81. Voir Linda Cambon *et al.*, « Increasing acceptance of vaccination program [...] », cité ci-dessus.

82. Tous ces arguments furent repris par le député François Ruffin, dans son allocution du 21 juillet 2021, lors de la bataille parlementaire sur le « pass sanitaire ».

83. Recommandation vaccinale de la Haute autorité de santé, 8 novembre 2021.

84. Avis du 9 juin 2021 du CCNE.

85. Pétition toujours en ligne sur le site de [Change.org](https://www.change.org) : « Sortons du pass et de l'impasse sanitaire » et publiée dans *Libération* le 6 août 2021.

86. « Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales du Sénat », 23 février 2022.

87. Barbara Stiegler, « Les autorités détournent les questions sanitaires pour instaurer une société de contrôle », *Reporterre*, 31 juillet 2021.

88. Communiqué de presse conjoint du ministère de la Santé et de Skyrock le 23 août 2021.

89. Note du 20 août 2021 du Conseil scientifique Covid-19.

90. Jean-François Delfraissy : « Covid-19 : le vaccin est “un peu un médicament” avec une “action formidable” », site de France TV-info, 25 janvier 2022, et son audition par la Commission des affaires sociales du Sénat, le 1^{er} février 2022.

91. François Alla et Barbara Stiegler : « Santé en Nouvelle Aquitaine : “ Le système sanitaire était à bout de souffle, la crise a été le dernier clou du cercueil” », site de France 3 Nouvelle Aquitaine, 18 janvier 2022.

92. Voir l'audition de Stéphane Velut, devant la Commission d'enquête sénatoriale : « La situation de l'hôpital et le système de santé en France », 4 janvier 2022.

93. André Grimaldi, tribune parue dans *Le Journal du Dimanche*, le 1^{er} janvier 2022 et Martin Hirsch, tribune parue dans *Le Monde*, le 25 janvier 2022.

94. André Bazin, *Qu'est-ce que le cinéma ?*, Le Cerf, 2011, p. 351-352.

GALLIMARD

5, rue Gaston-Gallimard, 75328 Paris cedex 07

www.gallimard.fr

Directeur de la publication : **Antoine Gallimard**

Direction éditoriale : **Alban Cerisier**

alban.cerisier@gallimard.fr

tracts.gallimard.fr

© ÉDITIONS GALLIMARD, 2022. Pour l'édition papier.

© *Éditions Gallimard*, 2022. Pour l'édition numérique.



Allons-nous enfin, dans un cadre républicain, affronter ensemble le bilan scientifique, éthique et politique de deux ans de crise sanitaire ?

BARBARA STIEGLER & FRANÇOIS ALLA

Le 17 mars 2020, le confinement était décrété sur tout le territoire national, ouvrant une longue période de suspension de la vie démocratique au nom du risque pandémique. Pour les deux auteurs de cet essai, philosophe et praticien de santé publique, cette opposition entre santé et liberté, imposée par un nouveau libéralisme autoritaire et contraire à l'esprit de la « Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé » (1986), remettait en cause tous les acquis de notre histoire récente. Relevant de l'argument d'autorité et de l'erreur politique, elle a, parmi d'autres effets délétères, transformé le terrain de la santé publique en un grand champ de ruines. Revenir à cette faute matricielle, source de toutes les défaillances dans la gestion de la crise, c'est réaffirmer la centralité des déterminants sociaux et environnementaux de la santé publique, lesquels n'auraient jamais dû cesser d'inspirer et orienter les politiques, au nom même de l'intérêt général. Après *De la démocratie en Pandémie* de Barbara Stiegler (janvier 2021), ce Tract offre la première grande lecture critique des années Covid.

BARBARA STIEGLER EST PROFESSEURE EN PHILOSOPHIE POLITIQUE À L'UNIVERSITÉ BORDEAUX-MONTAIGNE.

FRANÇOIS ALLA, PRATICIEN HOSPITALIER, EST PROFESSEUR EN SANTÉ PUBLIQUE.

MARS 2022

Cette édition électronique du livre *Santé publique année zéro* de Barbara Stiegler et François
Alla a été réalisée le 08 mars 2022 par les Éditions Gallimard.

Elle repose sur l'édition papier du même ouvrage (ISBN : 9782072992940 - Numéro
d'édition : 544923).

Code Sodis : U46635 - ISBN : 9782072992964 - Numéro d'édition : 544925

Ce livre numérique a été converti initialement au format EPUB par Isako www.isako.com à
partir de l'édition papier du même ouvrage.

Table des matières

Couverture

L'auteur

Le 17 mars 2020, le confinement était décrété...

Petit à petit s'est installée dans les esprits...

1960-2022 : RETOUR SUR UN DEMI-SIÈCLE EN SANTÉ
PUBLIQUE

2002-2022 : DU SIDA AU COVID, UN DRÔLE D'ANNIVERSAIRE
POUR LA LOI KOUCHNER ET SA « DÉMOCRATIE SANITAIRE »

17 MARS 2020. UN PRISME ET UNE QUESTION : PANDÉMIE OU
SYNDÉMIE ?

JANVIER-JUILLET 2021. « JE SUIS POUR »... LE VACCIN, LE
MASQUE, LES MESURES, LA SANTÉ, ETC.

12 JUILLET 2021-17 MARS 2022. DE LA BATAILLE DU « PASS » AU
SCHÈME AMI/ENNEMI

APRÈS L'ANNÉE ZÉRO DE LA SANTÉ PUBLIQUE ?
L'IMPOSSIBILITÉ D'UNE CONCLUSION

Copyright

Présentation

Achevé de numériser