



Éthique et santé publique

Les mesures sanitaires prises pour contrôler l'épidémie et protéger la population, bien que largement respectées, ont suscité débats et controverses.

Covid-19, une crise plus que sanitaire

Patrick Gaudray
Directeur
de recherche
au CNRS, généticien,
ancien membre
du Comité consultatif
national d'éthique
pour les sciences
de la vie
et de la santé (CCNE)

Depuis bientôt deux ans, nos vies sont entravées, handicapées, mais aussi presque guidées par la pandémie de Covid-19. À l'aube d'une possible cinquième vague de contaminations, on s'installe toujours plus dans une situation de crise sanitaire longue et d'autant plus insupportable qu'on n'en voit pas l'issue. Les confinements, couvre-feux et autres arrêts d'activité, comme dans la restauration, la culture ou le tourisme, sont longs, très longs, donc trop longs et intenable. Tout cela s'accompagne, ou même entraîne toujours plus d'injustice sociale, une croissance de la pauvreté, de la précarité, créant des centaines de milliers de nouveaux pauvres, de personnes en perte de chance en matière de santé, notamment à cause d'une situation hospitalière de plus en plus chaotique.

Lors des journées nationales d'éthique, organisées par le CCNE en 2006, Didier Fassin nous disait que les « sociétés contemporaines ne cessent d'inventer de nouveaux intolérables, c'est-à-dire de nouvelles frontières morales à ne pas transgresser, ce qui participe du reste de la construction d'une commune humanité – autour des valeurs de respect, de dignité et d'intégrité tant physique que sociale ». Il parlait d'intolérable, mais cela ne vaut-il pas pour ce que nous qualifions d'insupportable, alors même que nous serions peut-être capables de le supporter ? Jusqu'où sommes-nous prêts à repousser les limites de ce que nous sommes disposés à accepter, en termes de politique sanitaire, en particulier ? Cette question convoque l'impérieuse nécessité d'une vraie information en amont, du dialogue entre experts et

politiciens, et d'une réflexion citoyenne sur le concept de « progrès » et de « régulation ».

Le philosophe Frédéric Worms, répondant en avril 2021 à une interview dans *Libération*, parlait d'or quand il disait : « À vrai dire, on ne maîtrisera l'épidémie que par la justice sociale. C'est comme ce que disait Churchill de la paix au moment de Munich : vous voulez la santé en sacrifiant la justice, vous n'aurez aucune des deux. » Il ajoutait : « Au fond, l'objectif de la santé publique et de la justice sociale est le même : c'est la qualité de la vie humaine. La définition de la santé de l'OMS est parfois critiquée comme trop large car elle parle du bien-être : et ce dernier intègre bien sûr la vie sociale. Mais il est clair que les conditions sociales de la santé sont globales ; inversement, les différences sociales locales et globales (y compris dans le travail et l'éducation) engendrent les crises sanitaires qui, elles, sont publiques et affectent les biens communs. On commence à en prendre conscience. »

Il est donc évident pour tout observateur un peu attentif qu'il ne s'agit pas seulement et « simplement » d'une crise sanitaire. La philosophe et psychanalyste Cynthia Fleury¹ évoquait ainsi « une pandémie qui menace notre santé mais aussi notre économie et notre société. Comment vivre sans voir ou embrasser ses proches, surmonter l'épreuve de la perte de son travail, garder confiance dans des autorités qui tâtonnent face à un virus méconnu, reprendre espoir avec la découverte de

1. Entretien dans 20 minutes. <https://www.20minutes.fr/societe/2938511-20210101-coronavirus-crise-vivre-ensemble-atteint-estime-philosophe-cynthia-fleury>

vaccins... ». « Être en bonne santé, c'est pouvoir tomber malade et s'en relever. C'est un luxe biologique », écrivait Georges Canguilhem², philosophe et médecin français.

Une pandémie qui semble nous avoir pris au dépourvu, alors que depuis de nombreuses années, les scientifiques, infectiologues en particulier, nous mettaient en garde devant ce qu'ils appelaient des maladies émergentes, considérant que leur survenue n'était pas du domaine du conditionnel (si ?), mais du temporel (quand !). Pourtant, Sars-CoV-2 est, après Sars-CoV en 2002 et Mers-CoV en 2012, le troisième coronavirus humain à l'origine d'une grave maladie respiratoire à être apparu au cours de ces vingt dernières années.

Covid-19, une syndémie

En septembre 2020, le rédacteur en chef de la célèbre revue scientifique anglaise *The Lancet*, Richard Horton, a proposé de rendre compte du problème sanitaire Covid-19 d'une manière plus globale qu'une simple pandémie due au coronavirus 2 du syndrome respiratoire aigu sévère (Sars-CoV-2). Il parlait de « syndémie », notion élaborée pour la première fois par l'anthropologue Merrill Singer dans les années 1990. Elle soutenait qu'une approche syndémique devait replacer la maladie dans ses interactions avec d'autres conditions sanitaires, notamment non infectieuses (certains parlent de comorbidités) et surtout dans une dimension sociale. Ainsi se révèlent des interactions biologiques et sociales qui sont importantes pour le pronostic et le traitement d'une maladie infectieuse, ainsi que pour construire une politique de santé. S'attaquer au Covid-19 signifie lutter contre l'hypertension artérielle, l'obésité, le diabète, les maladies cardiovasculaires et respiratoires chroniques, et les cancers, mais plus encore. Richard Horton écrivait : « Ces conditions se retrouvent au sein de groupes sociaux selon des schémas d'inégalité profondément ancrés dans nos sociétés. L'agrégation de ces maladies sur fond de disparité sociale et économique exacerbe les effets néfastes de chaque maladie distincte. Covid-19 n'est pas une pandémie. C'est une syndémie »³.

Ce concept de syndémie est très en ligne avec l'Organisation mondiale de la santé, qui donnait en 1946 une définition de la santé ouvrant sur une prise en compte de l'humain dans sa globalité et l'envisageant sous toutes ses dimensions. Pour l'OMS, la santé n'est pas seulement une absence de maladie, mais un état de complet bien-être sur les plans physique, mental et social. La définition de l'OMS a le grand mérite de nous interpeller sur nos droits et nos devoirs en matière de santé. Fixant un objectif très ambitieux, elle nous rappelle que le droit est celui de tenter d'atteindre cet objectif, et le devoir celui de donner, de se donner les moyens de l'atteindre. Ce droit et ce devoir ne relèvent bien sûr pas de la seule médecine. Et la sagesse de l'OMS est de nous le rappeler. « Tant la définition de la

santé par l'OMS avec sa notion de complet bien-être que l'invasion de nos vies par l'omniprésence de l'impératif de santé (et de normalité) questionnent toujours plus la place que le médical doit y occuper et amènent un flou croissant entre les interventions de la médecine au profit du malade tel qu'il est classiquement défini, et celles qui répondent à des demandes plus sociales que médicales. Où se trouve la limite, et cette limite existe-t-elle même ? Bien des questions relatives à la santé et aux choix de vie que nous faisons et qui la mettent en cause sont du domaine de l'intime et du domaine social. Le fait qu'ils impliquent ou soient accaparés par la médecine et ses acteurs biaise la réflexion à leur sujet » [25].

Covid-19, une syndémie, mais pas que...

La crise sanitaire actuelle met à mal non seulement l'état de complet bien-être, mais même notre capacité d'aspiration à cet état. Cynthia Fleury le disait ainsi : « La situation sanitaire a fait perdre la vraie définition de la santé. » Le philosophe André Comte-Sponville, qui nous dit « évitons que la peur de la mort l'emporte sur l'amour de la vie », nous met en garde : « Attention de ne pas faire de la santé la valeur suprême. Attention de ne pas demander à la médecine de résoudre tous nos problèmes. On a raison, bien sûr, de saluer le formidable travail de nos soignants dans les hôpitaux. Mais ce n'est pas une raison pour demander à la médecine de tenir lieu de politique et de morale, de spiritualité, de civilisation. »

Qui mieux que le philosophe Edgar Morin⁴, fidèle à sa vision globale de la société, peut nous faire toucher du doigt la relation complexe qui existe entre la science, notamment médicale, et l'incertitude dans laquelle la crise sanitaire du Covid-19 nous oblige à vivre : « Ce qui est très intéressant, dans la crise du coronavirus, c'est qu'on n'a encore aucune certitude sur l'origine même de ce virus, ni sur ses différentes formes, les populations auxquelles il s'attaque, ses degrés de nocivité... Mais nous traversons également une grande incertitude sur toutes les conséquences de l'épidémie dans tous les domaines, sociaux, économiques... »

Les références au « monde d'avant » et les promesses d'un « monde d'après », outre d'utiliser la crise sanitaire comme référence, ce qui, convenons-en, représente un hommage qu'elle ne mérite pas, laissent à penser que la politique devrait se fonder sur les expertises scientifiques ou les modélisations épidémiologiques. La politique a, j'ai la faiblesse de le penser, le rôle de donner à chacune et chacun d'entre nous les moyens de développer une vraie envie de vivre, en intégrant la réflexion éthique qui nous aide à construire la maison que nous avons envie d'habiter et de laisser à nos enfants. Évoquant une demande forte de « gouvernance éthique », particulièrement dans le domaine des sciences du vivant et de la santé, je m'interrogeais, dans *Quand la santé fait parler l'ADN...* [25] : « N'existe-t-il pas à leur

2. Canguilhem G. *Le normal et le pathologique*. PUF : Quadrige, 2005.

3. Horton R. « Offline: Covid-19 is not a pandemic ». *The Lancet*, vol. 396, p. 874, 26 septembre 2020.

4. Morin E. « Nous devons vivre avec l'incertitude ». *Journal du CNRS*, 6 avril 2020, entretien avec Francis Lecompte.



endroit une certaine dictature des "sachants", qui en ferait une référence de ce qui peut, et doit être fait? Est-ce à eux qu'il revient de décider en dernier lieu de ce qui est juste pour une vie bonne? Peuvent-ils être garants de ce qui est éthique? "La vérité est que ce n'est pas à la science de régler notre vie, mais à la sagesse", leur répond Jacques Maritain.»

Covid-19, qu'avons-nous appris ?

Lorsque la crise sanitaire du Covid-19 a commencé, lorsqu'un petit virus nous a rappelé la vulnérabilité non seulement des individus, mais aussi et surtout d'un monde que nous avons voulu global et construit en effaçant nombre de frontières, et pas seulement géopolitiques, lorsque nous avons cru que renoncer à certaines libertés nous protégerait de l'incertitude et de la menace sur notre santé, bien sûr, mais sur notre vie et le danger de notre mort, notre espoir, notre aspiration était *d'en sortir*, presque à n'importe quel prix. Nous avons vu pêle-mêle que le télétravail, la vaccination, la mise en danger de nos structures de soin, entre autres,

nécessiteront d'être évalués afin qu'un vrai enseignement puisse être tiré de la crise et, comme l'a dit Cynthia Fleury, « *redéfinir le sens que l'on veut donner à notre manière de vivre ensemble sur cette terre. Il va falloir faire monter au pouvoir une force d'action citoyenne et durable. Mais nos dirigeants ont une matrice intellectuelle qui n'est pas celle-ci. Et on va aussi devoir combattre ceux qui vont nous raconter demain qu'il va falloir continuer à faire comme avant [et accepter] que les comportements collectifs nous protègent des vulnérabilités individuelles*⁵ ».

Sans cet enseignement, sans la compréhension de la globalité de ce qui s'est passé, nous redécouvrirons, lors de la prochaine crise, celle qui ne manquera pas de se produire dans un avenir impossible à fixer mais peut-être proche, que nous ne serons pas prêts. ●

5. https://www.rtbf.be/lapremiere/emissions/detail_dans-quel-monde-on-vit/accueil/article_cynthia-fleury-apres-la-crise-du-coronavirus-il-faudra-combattre-ceux-qui-vous-diront-qu-il-faudra-continuer-comme-avant?id=10467447&programId=8524&utm_source=lapremiere&utm_campaign=social_share&utm_medium=twitter_share

La loi morale et la santé publique

Patrick Zylberman
Professeur émérite
d'histoire de la santé,
École des hautes
études en santé
publique (EHESP),
Rennes et Paris

De nos jours, en santé publique, la société nous somme d'accorder un surcroît d'attention aux questions d'éthique. Y sommes-nous préparés ? L'adoption d'un code d'éthique par l'American Public Health Association (APHA) en février 2002 entendait souligner le caractère intrinsèquement moral de la santé publique [63]. La science et la vérité ne suffisent pas ; encore faut-il s'assurer que, pour reprendre un mot de Vladimir Jankélévitch, « *la vérité est aussi bonne qu'elle est vraie* ». Oui, il y a bien en santé publique comme en médecine une « *déontologie de la véracité* » [35]. Éviter les abus qui pourraient découler d'un pouvoir exercé sur la santé des populations, telle est la problématique de base de l'éthique en santé publique. Basés sur la confiance que les populations et les différents acteurs de la réponse aux épidémies veulent bien accorder aux autorités de santé, les devoirs en santé publique sont principalement le respect, la justice, la prudence et l'autonomie des personnes [44].

L'éthique a pour fonction de changer notre mauvaise conscience tournée vers nos erreurs passées en une conscience morale tournée vers les problèmes que nous aurons à résoudre – et notamment vers certains cas de conscience [35], tels que le triage des malades à la porte de l'hôpital en cas d'afflux de patients, ou bien encore tels que les choix des groupes de population à vacciner en priorité en fonction de l'utilité sociale des groupes (soignants et professions essentielles au bon fonctionnement de l'organisme social) ou de la vulnérabilité des individus (personnes âgées), ou encore tels

que l'attribution des doses de vaccins disponibles à la seule population résidant à l'intérieur des frontières du pays au détriment de la « solidarité géopolitique » avec les États à faibles revenus. Ce sont là des exemples dont nous dirons quelques mots ci-après.

Il importe, toutefois, de ne pas perdre de vue la nature de l'éthique en santé publique. L'éthique n'est pas constituée par des informations mais par des prescriptions. Son ressort ne tient pas à la connaissance, il découle d'un engagement. Car son but n'est pas de convaincre, mais de lier intervenants de santé publique et populations par ces obligations mutuelles comme le respect ou l'équité. Il convient donc de se débarrasser de « l'illusion transcendante » qui voudrait fonder le bien ou le juste sur le vrai. Il existe, nous l'avons dit, une « déontologie de la véracité », mais celle-ci n'empêche pas que la prescription éthique ne donne rien à apprendre. Loin de produire du cognitif, l'éthique impose des obligations immédiates, sans tiers parti, antérieures à toute intelligence du problème considéré¹. Voyez la vaccination. Historiquement, la domestication vaccinale a le plus souvent précédé – non suivi – la connaissance de l'agent causal de la maladie. On peut agir avant de savoir (plus exactement : avant de comprendre), ainsi que Pasteur l'opposera à Émile Roux au moment de vacciner le petit Joseph Meister contre la rage, le 6 juillet 1885. Prudent devant toutes les incertitudes du cas, Roux voulait attendre ; Pasteur, lui, était prêt à

1. Lyotard J.-F. *Le Différend*. Paris : Éditions de Minuit, 1984, p. 164.

s'engager. L'action prudemment conduite serait ainsi moins une conséquence qu'un prélude à l'action techniquement réussie.

Dès lors, à quelles conditions la gouvernance d'une épidémie de grande ampleur peut-elle être éthiquement justifiée ? À quelles conditions peut-on éviter de nourrir une santé publique pour le pire ? Un historien a imaginé semblable dystopie sanitaire en s'interrogeant sur la forme que les politiques de santé auraient pu prendre dans une URSS occupée par les nazis².

La santé publique nazie dans l'URSS occupée

Au cours de l'occupation de l'Union soviétique par l'Allemagne, ce n'est pas l'eugénisme mais la lutte contre les épidémies – maniée comme une arme de destruction massive – ou les famines – conçues comme un moyen d'action politique –, ou encore la diminution de la fécondité des populations russes via l'aggravation délibérée de leurs conditions sanitaires (abandon des vaccinations, suppression du savon, sages-femmes rééduquées comme avorteuses, formation insuffisante des pédiatres, abandon des mesures de lutte contre la mortalité infantile, stérilisations volontaires) qui eussent constitué la panoplie indispensable à ce qui n'eût été autre chose que « *des meurtres indirects* »³. Au service d'une politique bafouant toutes les valeurs éthiques, la santé publique telle que conçue par l'occupant nazi eût pu ainsi devenir une arme de destruction massive, ou du moins de désorganisation massive. Le « *Sonderweg* de la médecine exterminatrice » ne démontrait-il pas, dans les camps et dans les ghettos, le caractère létal d'une politique sanitaire « normale » mise au service de buts criminels⁴ ? L'enjeu, on le voit, pour les États et les organisations internationales, mais aussi pour la société civile et les individus, n'est pas mince. En exigeant le respect de la loi morale et des règles, l'éthique de la santé publique exige le respect des droits les plus fondamentaux des individus [68].

Le triage des malades à la porte de l'hôpital

Si cette santé publique pour le pire ne s'est pas réellement concrétisée, le spectre n'en est pas définitivement écarté. Laissons de côté le cas du régime stalinien. Reste alors que dangereuses peuvent être aussi des politiques de santé publique contraires au respect et à l'équité mises en œuvre dans des pays dont le système politique repose pourtant sur un État de droit. Ainsi, durant le Sras en 2003, à Toronto, des milliers de personnes se sont-elles vues refuser toute prise en charge pour leurs cancers ou leurs pathologies cardiovasculaires

en raison de la clôture hermétique de l'hôpital face à l'infection. Certaines sont mortes faute de soins [56].

Précédemment au Sras en 2003, une autre illustration de ces défis éthiques nous est apportée par la dénutrition de nature iatrogène de patients âgés en grande souffrance placés en soins palliatifs dans certains hôpitaux néerlandais des années 1980⁵. Quels critères réglaient ce nouveau droit de vie et de mort en vigueur pendant un court moment ? L'âge ? le pronostic ? le manque de lits ? l'économie de l'hôpital ? Replacé dans la situation de la fin de l'hiver 2020, le système de soins aurait alors été en position de trier les malades à la porte de l'hôpital en cas de manque de lits de réanimation disponibles.

On sait que ce triage des malades a été pratiqué (illégalement) à la porte de certains hôpitaux italiens en mars 2020. « *On décide en fonction de l'âge et des conditions de santé [...] comme dans les situations de guerre [...]* », avoue Christian Salaroli, anesthésiste-réanimateur à l'hôpital Jean XXIII de Bergame, « *sachant que, malheureusement, il y a une disproportion entre les ressources hospitalières, le nombre de lits en soins intensifs et les malades en situation critique* ». Il s'agit là d'un bouleversement profond de ce qu'est la mission de la médecine, en tout point contraire au serment d'Hippocrate comme à l'éthique médicale. « *Les anesthésistes nous demandent de ne plus leur adresser les patients âgés qu'ils vont devoir brancher inutilement à un ventilateur pendant quinze ou vingt jours. Au début, c'étaient les plus de 80 ans. Maintenant, vu la détérioration et la gravité de la situation, ce sont les plus de 70 ans et les personnes qui ont d'autres pathologies* » [36]. « *Jamais les médecins n'ont eu à le faire dans ces proportions* », constatait un professeur de l'hôpital Spallanzani de Rome⁶. Jamais ? Pourtant l'épidémie de VIH nous avait avertis : il valait mieux ne pas trop s'attendre au respect de la valeur d'équité dans une crise sanitaire de grande ampleur. Et le VIH/sida n'est pas le premier exemple. « *Il s'agit de réserver les ressources à qui a, in primis, plus de probabilités de survivre et deuxièmement à qui peut avoir plus d'années de vie sauvées dans une optique de maximisation des bénéfices pour le plus grand nombre de personnes* », déclarera la Société italienne d'anesthésie.

« *C'est arrivé en Italie, ça peut arriver en France* », avertissait Jean-François Delfraissy, président du Comité consultatif national d'éthique [17]. Et, par le fait, « *seules les personnes qui ont une chance raisonnable d'être guéries sont prises en charge* », expliquait au même moment le Pr Michel Hasselmann, spécialiste en réanimation médicale à Strasbourg [4].

2. Burleigh M. « Nazi Europe : What if Nazi Germany has defeated the Soviet Union ». In : Ferguson N. (éd.). *Virtual History. Alternatives and Counterfactuals*. Londres : Papermac, 1997, 331-7.

3. Brayard F. *La « solution finale de la question juive »*. *Historiographie, technique de mise à mort et chronologie*. Paris : Institut d'études politiques, 2002, p. 437.

4. Weindling P. *Epidemics and Genocide in Eastern Europe, 1890-1945*. Oxford : Oxford University Press, 2000.

5. Dénutrition qui concernait, dans les années 1980, entre 5000 et 10000 patients. Cranford R. E. « The Contemporary Euthanasia Movement and the Nazi Euthanasia Program : Are There Meaningful Similarities ? » In : Caplan A. (éd.), Totowa N. J. *When Medicine Went Mad. Bioethics and the Holocaust*. Humana Press, 1992.

6. Jozsef E., *Libération*, 19 mars 2020.



La grippe de l'automne 1918 et le privilège de la nation armée

Le fardeau est lourd, comme on voit. Mais l'essentiel est une juste distribution de ce fardeau supporté par chacun. Justice veut dire ici : pas d'exclusion, tout le monde à bord. Oui, mais voyez la grippe « espagnole » de 1918-1919 : la réponse à l'épidémie a donné l'exemple d'une société que ne préoccupaient ni la justice, ni le respect des personnes ni celui des règles éthiques en santé publique. Le 2 août 1914, 80 % des praticiens du pays avaient été mobilisés. Le 11 novembre 1918, sur les 25 000 médecins exerçant en France, le service de santé des armées en aurait réquisitionné plus de 21 000. Les civils étaient ainsi privés de toute assistance médicale ou presque. Sur les 90 praticiens exerçant au Havre, par exemple, seuls 18 étaient encore à leur cabinet en 1915 pour s'occuper des 135 000 habitants. En mars 1918, le Gard comptait un médecin pour 10 000 habitants. En octobre de la même année, la Loire n'en comptait plus aucun, alors que la grippe battait son plein. En moyenne, en France, on comptait à la fin de la guerre un médecin pour 7 500 habitants, à comparer avec un pour 5 777 au Royaume-Uni et un pour 2 344 en Allemagne.

Démunis de traitements curatifs ou préventifs contre la grippe, les médecins eussent été de toute façon impuissants. Reste que l'afflux de patients dans les hôpitaux lors de la vague automnale de 1918 à Paris a désorganisé gravement l'AP-HP. De nombreuses salles ont été réquisitionnées par l'armée. Le fameux privilège de la nation armée a de la sorte accaparé presque toutes les ressources médicales à la disposition des civils. Arnold Netter, de l'Académie de médecine, concluait : « *L'on en arrive aujourd'hui à cette constatation que la grippe atteint la population civile avec beaucoup plus de violence que l'armée*⁷. »

Campagnes de vaccination : priorité aux plus vulnérables ?

Autre problème délicat qui a posé lui aussi une question d'éthique dans le domaine de la santé publique : la place réservée aux personnes âgées dans les campagnes de vaccination. Fallait-il donner à ce type de patients la priorité sur les soignants, comme l'a fait la France, à la différence des États-Unis et d'autres pays européens, par une décision du 3 décembre 2020 donnant la priorité aux résidents des Ehpad, décision qui, notons-le, prenait le contrepied d'une recommandation émise par le Conseil scientifique Covid-19 le 9 juillet 2020 [13] ? En un mot, doit-on protéger d'abord les personnes les plus vulnérables (65 ans et plus), et donc protéger le système de soins, ou bien les professions essentielles au fonctionnement de la société, comprenez les groupes « socialement utiles », pour parler comme le Conseil supérieur d'hygiène publique de France (le prédécesseur immédiat du Haut Conseil de la santé publique) en 2004 ?

Vulnérabilité contre utilité sociale, voilà les termes du débat vu sous son aspect éthique et stratégique. Tournons-nous un moment vers la réalité des campagnes vaccinales en France. Depuis les années 1950 jusqu'à 2009-2010 (contre la grippe pandémique), la Direction générale de la santé a écarté toute campagne de masse. Comme le déclarait le Pr Étienne Chabrol, membre du Comité technique des spécialités pharmaceutiques (l'ancêtre de notre Comité technique des vaccinations), à l'automne 1957 la grippe était bénigne. Elle n'appelait pas de campagne massive. La technologie vaccinale s'y prêtait mal et les coûts en eussent été disproportionnés⁸. En 1958, 10 000 personnes seulement, essentiellement des soignants, s'étaient portées volontaires pour recevoir le vaccin.

Au reste, les personnes âgées n'ont pas toujours été les premières victimes de la grippe. En 1889-1890 (la grippe « russe »), par rapport aux trois années précédentes (1886-1888), la surmortalité des 65 ans et plus avait certes doublé, mais, dans le même temps, celle des 25-64 ans avait, elle, triplé. Plus étonnant, en 1918-1919, les 15-40 ans supporteront l'essentiel des atteintes et des décès, cependant que les 75 ans et plus voyaient leur taux de létalité s'abaisser au niveau de la période pré-pandémique. Le tableau change en 1958-1959 (grippe « asiatique ») : une vague de froid provoque un afflux de malades âgés à la porte des hôpitaux, et une morbidité élevée sévit dans les maisons de retraite. En 1969-1970 (grippe « de Hong Kong »), même tableau : hospices de vieillards et maisons de retraite sont sévèrement touchés. À l'épidémie, le gouvernement oppose une stratégie mixte conjuguant « *utilité sociale des groupes* » et vaccination des plus vulnérables (65 ans et plus). En 2009-2010, la vaccination des personnes âgées n'interviendra qu'en quatrième ligne, après celle des soignants à l'hôpital, des contacts, des soignants en ambulatoire, et enfin des personnes avec comorbidités.

Ce n'est donc que depuis peu que les personnes âgées ont été hissées sur la première marche du podium. Jamais, avant le Covid-19, la valeur « vulnérabilité » n'avait fait office en France de norme pour la vaccination contre des virus respiratoires. En octobre 2020 seront encore mis en avant les soignants – avant que l'optique de la campagne ne change radicalement, on l'a vu, le 3 décembre 2020. Optique appelée par la prudence, qui rattache la prévision à l'éthique de la santé publique. Protéger le système de soins appelle en effet à un effort pour prévoir l'évolution du nombre des malades admis en réanimation. En sus de corriger les dommages antérieurs, le devoir éthique fait ainsi obligation de prévenir des dommages futurs [66]. La priorité accordée aux personnes âgées découle en partie de l'observation de ce devoir de prévision.

Cette prudence peut s'accompagner de restrictions fâcheuses (mesures d'isolement, vaccination obligatoire). Et d'ailleurs, la santé publique peut-elle passer

7. *Le Gaulois*, 24 octobre 1918.

8. *L'Aurore*, 9 octobre 1957.

outre à l'autonomie de l'individu regardée comme un critère ultime depuis la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des patients ? Ces mesures, qui peuvent sembler injustes, ont toutefois pour objectif un bénéfice collectif. Toute contrainte n'est pas forcément illégitime. L'éthique en général n'aurait « *aucun sens sans une exigence qui s'explique dans la contrainte que la loi morale exerce sur nous et dans le sentiment du respect*⁹ ». Comment résoudre ce conflit, cet antagonisme latent ou affiché

9. Philonenko A. « Introduction », in : Kant E. *Fondements de la métaphysique des mœurs*. Paris : Vrin, 1980, p. 19.

entre deux valeurs cardinales de l'éthique en santé – l'impératif sanitaire et l'autonomie de l'individu ?

Une éthique de la vaccination devrait prolonger cette discussion de l'organisation morale des campagnes. La place nous manque. La réflexion sur ces conflits entre valeurs hétérogènes, sur ces dilemmes entre prudence et justice, contraintes et autonomie de l'individu, révèle en tout cas des difficultés propres à l'éthique en santé publique. Ces difficultés ne font que souligner encore plus la nécessité pour les instances consultatives de développer davantage les aspects éthiques dans leurs avis habituellement très techniques. ●

Vaccination éthique et politique

Dans une annonce faite en mai 2020 au sujet de la pandémie de Covid-19, António Guterres, secrétaire général des Nations unies, déclarait ceci : « *Dans un monde interconnecté, aucun d'entre nous n'est en sécurité tant que nous ne le sommes pas tous.* » Comme le propre d'une pandémie infectieuse produit, pour reprendre une expression de Charles Renouvier, une solidarité de fait des individus dans le mal, une campagne de vaccination globale qui nous rendra solidaires dans le bien est alors nécessaire. L'accomplissement de ce programme se heurte toutefois à de nombreux obstacles : les égoïsmes nationaux des pays les plus riches, les laboratoires vainqueurs de la compétition qui ne souhaitent pas renoncer à une situation de rente, mais aussi, une certaine défiance de la population alimentée notamment par la défiance vis-à-vis des pouvoirs publics.

Quelques éléments de définition et de contexte

La santé publique se comprend comme un ensemble de dispositifs visant à lutter contre des maux publics. Sont ainsi qualifiés des maux qui touchent une part jugée importante de la population, et/ou sur lesquels doit se porter l'attention des pouvoirs publics. Parmi ces maux publics, on identifie les épidémies infectieuses, à transmission interindividuelle ou non, mais aussi les épidémies non infectieuses, telles que l'obésité et son cortège de maux opportunistes, sur lesquelles les organismes internationaux attirent l'attention depuis au moins une vingtaine d'années. Les épidémies infectieuses sont combattues par des pratiques telles que le respect de l'hygiène de base, les quarantaines, ou encore, entre autres, l'isolement des malades, la distanciation sociale, le traçage des cas contacts et le recours à la vaccination quand elle est possible. Les épidémies non infectieuses appellent pour leur part une réforme des conduites individuelles, dès lors qu'on met en évidence que, dans ce cas, l'homme est à lui-même son propre pathogène. C'est ainsi que depuis quelque temps sont identifiés ces quatre cavaliers de

l'apocalypse sanitaire moderne : malbouffe, tabagisme, consommation excessive d'alcool et sédentarité.

Depuis les travaux de Richard Horton, nous savons que ces deux types d'épidémies, qui renvoient à des pratiques distinctes de la santé publique, se croisent pour former le concept de syndémie, soit la mise en évidence qu'une épidémie infectieuse exerce une pression sélective sur une population donnée, où les personnes les plus touchées seront celles qui, à cause de l'âge, de la maladie chronique, ou de conditions de santé telles que l'obésité, induite surtout par la pauvreté¹, présentent de ce fait une vulnérabilité particulière à l'infection. Comme la pandémie actuelle de Covid-19 s'inscrit exactement dans ce cadre, elle mobilise par voie de conséquence tout ce que les dispositifs de santé publique peuvent présenter de liberticide, nous y reviendrons plus bas, évidence que nombre de médias ont fait mine de découvrir !

Cette feinte (?) stupéfaction a été précédée par l'incrédulité que les pouvoirs publics ont exprimée devant l'arrivée possible sur le territoire national d'une épidémie infectieuse. Toutes proportions gardées, comme au début des années 1980, lorsque les États-Unis et l'Europe enregistrent leurs premiers cas de sida, il semble aller de soi, fin 2019, que les épidémies infectieuses ne sont plus le sort que de lointaines contrées. D'autre part, comme la première épidémie à Sars-CoV, dans les années 2003-2004, ne nous avait pas atteints, il semblait évident qu'il n'y avait pas matière à inquiétude, alors même que le danger d'une diffusion rapide d'un virus transmissible par voie respiratoire était déjà largement documenté.

Début 2020, le pieux mensonge sur l'inutilité des masques en population générale, et la rapide saturation des services de réanimation ont trahi une certaine impréparation des pouvoirs publics, tout en mettant en évidence que le sous-dimensionnement de l'outil hospi-

1. C'est pourquoi on doit prêter attention au gradient social de l'actuelle pandémie de Covid-19.

Frédéric Orobon

Professeur agrégé de philosophie à l'Institut national supérieur du professorat et de l'éducation (Inspe) de Bourgogne, docteur en philosophie de l'université Jean Moulin, Lyon 3



talier par temps de pandémie est la résultante terrible de causes déjà anciennes : des politiques d'économie parfois aveugles et un déficit de personnels qualifiés, faute de reconnaissance suffisante. Si on ajoute à cela l'incertitude quant à l'origine du virus, perçue comme la dissimulation d'un accident de laboratoire, voire, pire encore, comme une manœuvre intentionnelle², un populisme médical très actif porté par des médias complaisants et incarné par des figures charismatiques et savantes, et des promesses portant sur l'amélioration de la situation matérielle des soignants incomplètement tenues, on obtient un puissant cocktail qui explique, en ces temps pandémiques, la défiance de la population vis-à-vis des pouvoirs publics. Le problème se complique encore plus dès lors que cette défiance produite majeure une défiance déjà présente dans la population française vis-à-vis des vaccins en particulier, et de la santé publique en général, davantage connue, hélas, par les scandales qui lui sont liés ou attribués que par son action quotidienne et ses succès, ce qui révèle, entre autres, une inculture certaine en matière de santé publique.

Le rapport paradoxal aux vaccins

Pour différentes raisons, notamment d'ordre logistique, la campagne de vaccination a démarré difficilement en France fin décembre 2020. Cependant, elle a atteint rapidement un rythme de croisière très élevé, de telle sorte que, début novembre 2021, c'est près de 90 %³ des plus de 18 ans qui présentent en France un schéma vaccinal complet. Il semble difficile dans ces conditions de continuer à soutenir la thèse habituelle d'une population française qui serait spécifiquement réticente à la vaccination, ou alors, il faut montrer que cette réticence est sensible aux circonstances. Ainsi, la présence du danger épidémique, notamment par la mise en évidence de variants robustes, l'obligation vaccinale pour certaines professions, la présentation « nudgée »⁴ de l'incitation à la vaccination, notamment par la formule présidentielle « faire porter les restrictions sanitaires sur les non-vaccinés plutôt que sur tous »⁵, l'organisation souvent remarquable des vaccinodromes, ou encore le fait que

2. On citera à ce titre la reprise sur un mode complotiste de l'Event 201, high-level pandemic exercise, qui s'est tenu le 18 octobre 2019 à New York. Co-organisé par le FMI, la fondation Bill et Melinda Gates et l'université John Hopkins, il s'agit d'une simulation consistant à imaginer les conséquences humaines et matérielles d'une épidémie à diffusion interhumaine rapide, exercice somme toute banal dans le cadre d'une école de santé publique comme John Hopkins.

3. <https://solidarites-sante.gouv.fr/grands-dossiers/vaccin-covid-19/article/le-tableau-de-bord-de-la-vaccination>

4. De nudge, littéralement « coup de coude » à autrui pour l'inciter à prendre garde à ce qu'il va dire ou faire, qui désigne dans les politiques publiques le dispositif qui oriente la personne dans la bonne direction, sans même qu'elle s'en rende compte. Être « nudgé » c'est donc agir pour son bien qu'on ne voit pas d'emblée, moins par choix personnel et rationnel qu'incliné par les circonstances dans lesquelles nous sommes placés. Ainsi, « le paternalisme faible du nudge est le seul qui soit compatible avec nos mœurs individualistes ». Le Coz P « Éthique et vaccination ». *Études*, octobre 2021, p. 44.

5. Adresse aux Français du 12 juillet 2021. Cette formule décrit la logique du passe sanitaire.

nous sommes nombreux à connaître des personnes décédées du Covid-19, ou atteintes de « Covid long »... sont autant d'éléments qui expliquent que les réticences à la vaccination, habituellement prêtées aux Français⁶, peuvent s'effacer parce qu'elles sont sensibles à des éléments de contexte. Antérieurement déjà, l'extension de l'obligation vaccinale, pour les enfants, de trois à onze vaccins, entrée en vigueur en France au 1^{er} janvier 2018, avait rencontré assez peu d'opposition, si ce n'est de la part d'antivaccinaux purs et durs, peu nombreux et assez peu influents. Par ailleurs, en 2021, les pouvoirs publics semblent avoir bien retenu une des raisons de l'insuccès de la campagne menée en 2009 contre la grippe A H1N1 : l'appel à une solidarité générale et anonyme face au péril infectieux, « se faire vacciner pour les autres », surtout contre un danger peu présent, ne sert pas à grand-chose. En revanche, se faire vacciner pour soi, surtout si on est exposé à de nombreux contacts sociaux, pour protéger un proche âgé et/ou atteint d'une maladie chronique est bien plus efficace. Ainsi, dans une société individualiste, l'appel à la solidarité, qui implique donc un sacrifice en termes de liberté, ne semble valoir que s'il est incarné.

Les libertés individuelles et les visages du bien commun

En tant qu'elle incarne la salubrité, soit un des trois piliers sur lesquels repose, en droit administratif, l'ordre public matériel, la santé publique s'exerce donc par principe en limitant les libertés individuelles, suivant en cela le principe fixé par l'article 5 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen : « La loi n'a le droit de défendre que les actions nuisibles à la société. » S'étonner ou feindre de s'étonner de l'aspect liberticide de la santé publique en des temps pandémiques, c'est donc découvrir une évidence !

Du plus évident à ce qui l'est peut-être moins, il n'est pas inutile de rappeler, tout d'abord, que la vie en société implique toujours une limitation des libertés individuelles, car « la liberté consiste à pouvoir faire tout ce qui ne nuit pas à autrui »⁷, ensuite, que la salubrité étant un principe constitutionnel, les limitations apportées aux libertés individuelles pour satisfaire ce principe doivent être nécessaires, proportionnées et adaptées⁸, et, enfin, que même si, dans les sociétés libérales, c'est le juste qui prévaut sur le bien, car les individus n'ont pas tous la même conception de ce dernier, il n'en reste pas moins cependant que l'idée de bien commun ne disparaît pas pour autant des sociétés libérales. En effet, notamment parce que nous sommes tous égaux en dignité, nous avons tous besoin d'un environnement vivable, ce qui

6. Voir par exemple : Stéphane Foucart, « Scandales sanitaires, controverses... les raisons de la défiance en France contre les vaccins », *Le Monde* du 10 septembre 2016 ; Camille Gaubert, « Pourquoi la France est championne du monde de méfiance envers les vaccins ? », *Sciences et Avenir*, février 2018 : https://www.sciencesetavenir.fr/sante/pourquoi-la-france-est-championne-du-monde-de-mefiance-envers-les-vaccins_121429

7. Déclaration des droits de l'homme et du citoyen, article 4.

8. Ce qui renvoie aux instruments de contrôle en la matière que sont le Conseil d'État et le Conseil constitutionnel.

Principales causes de refus de la vaccination

Concernant le Covid-19, seuls 9 % de la population refusent aujourd'hui la vaccination, et cela même en incluant les personnes isolées, le plus souvent âgées, et celles en situation précaire, dont l'opposition à la vaccination est surtout le reflet de leur désinsertion. Ce chiffre, donc surévalué, est très faible dans un contexte de non-obligation, même si certaines professions ont été fortement incitées, voire contraintes, en raison de leur risque fort d'être contaminantes et de la mise en jeu de leur avenir professionnel en cas de refus.

L'entrave à la liberté individuelle a été la raison la plus souvent avancée. Cet argument n'est pas nouveau. Il est le résultat d'un courant naturaliste anglo-saxon déjà ancien : soumission à l'ordre naturel et méfiance vis-à-vis des biotechnologies, reposant entre autres sur l'idée que l'immunité acquise par l'atteinte virale est bien meilleure que celle obtenue par la vaccination, aussi bien sur le plan personnel que collectif : c'est « l'immunité collective acquise », recherchée par plusieurs pays en début de pandémie. En même temps, depuis plusieurs années, un courant individualiste s'ancrent fortement dans nos sociétés, revendiquant plus le « tout pour soi » que le « quelque chose pour les autres », et remettant en cause de façon quasi systématique tout exercice de l'autorité. Placé dans un contexte de complotisme général, le terrain devenait idéal.

Les argumentations pro-vaccinales de santé publique reposant sur la nécessaire protection des autres et

le risque de saturation des hôpitaux n'ont eu que peu d'effet : la seule protection vécue par beaucoup comme nécessaire étant la sienne propre et celle de ses proches (il fallait donc respecter les gestes barrière !) et, si les hôpitaux étaient saturés, c'était parce que les politiques hospitalières d'avant avaient été fautives (donc à dénoncer... ce qui malheureusement n'était pas totalement faux !). Pour compléter le tableau, les bienfaits antérieurs, voire historiques, des vaccinations avaient été effacés des mémoires populaires en raison même de leur efficacité.

Dans ce contexte, les errements dans les analyses et les décisions, les querelles d'experts, parfois même les mensonges, médiatisés de façon excessive et parfois confuse, étaient accompagnés par un fort degré d'incertitude propre à la médecine et à la santé publique. Cette incertitude, méconnue par le public, mais que les professionnels, depuis, ont heureusement appris à expliquer, a instillé en son sein une méfiance parfois irréductible... alors que prévention et précaution en sont l'expression même : on sait que ça va arriver, mais on ne sait pas quand, ni vraiment comment.

Cette crise de confiance, surtout au début, a été amplifiée par la lutte entre pays pour avoir des masques, des gels hydroalcooliques, des doses vaccinales, parfois même après détournements et au prix fort, et par les hyperprofits concomitants, rendus publics, des lobbies pharmaceutiques, alors que les pays en voie de développement, impuissants, souffraient du

manque de soutien et de l'opposition à la levée des brevets. S'est alors manifesté, presque de façon paradoxale, un refus de participer à une compétition internationale à la fois dérisoire et dramatique, au risque de se voir menacé par l'objet même de ces conflits.

Enfin, la mise en place du passe sanitaire – « *pis-aller ingénieux à l'obligation* » (Pierre Le Coz) – a déclenché une forte réaction contre ce compromis qualifié malgré tout de « dictature sanitaire ». On peut se demander ce qu'il en aurait été si une obligation réelle avait été instituée. Aujourd'hui, la pensée publique semble avoir évolué, et pas seulement par résignation : aucune réaction d'opposition forte ne semble se préparer à l'instauration d'un passe vaccinal, bien plus contraignant.

La politique vaccinale nationale a été un véritable succès, et c'est dans la mémoire populaire que ce succès doit être inscrit : la vaccination, dans certaines circonstances, peut devenir un impératif moral qui ne peut être transgressé, même si elle ne repose pas sur une obligation juridique – qui imposerait alors un contrôle et de possibles sanctions –, peu réalisable en pratique, et inacceptable par notre société d'aujourd'hui. ●

Le texte de cet encadré s'inscrit en complément de l'article de F. Orobon, il semble utile de donner une suite actualisée au dossier du n° 105 d'Adsp (décembre 2018) « Recommandation, obligation et consentement en santé », centré sur les vaccinations, que nous avions coordonné avec I. Erny, et auquel F. Orobon avait déjà utilement participé.

Dominique Grimaud

Professeur émérite d'anesthésie et réanimation, ancien président de l'Espace éthique azuréen (CHU de Nice) et du département d'éthique et sciences humaines de la faculté de médecine de Nice, ancien membre du HCSP

suppose de pouvoir être protégés contre des maux. Ainsi, lorsque le confinement strict entre en vigueur en mars 2020, c'est pour préserver le système hospitalier au bord de la rupture, alors que nous pouvons tous en avoir besoin. De même, lorsqu'il s'agit de vacciner en priorité les plus fragiles, c'est en vertu du principe de l'égalité de tous en dignité. Un environnement vivable pour tous et l'égalité de tous en dignité sont ainsi les deux paramètres qui permettent de décliner les figures du bien commun.

Enfin, lorsqu'on manifeste au nom de la défense abstraite des libertés individuelles contre les contraintes imposées par la politique sanitaire actuelle, on oublie assez souvent que les libertés individuelles concrètes se sont construites sur la base d'instruments collectifs de sécurité, ceux de l'État-providence notamment, auxquels, en tant qu'individus, nous devons aussi pour une part notre émancipation. Ainsi, un instrument d'émancipation peut être fondé à limiter nos libertés. De ce point de vue, il est triste de constater que ce sont des dirigeants



populistes et autoritaires, comme le président brésilien, qui, minorant la pandémie, mettent en avant l'argument de la liberté pour camoufler l'insuffisance criante de leur État-providence. Toutefois, semblables en cela aux individus manifestant pour une liberté abstraite, les États, enfermés dans leur égoïsme national, oublient parfois dans leur course à la préemption des doses, semblable à une vente aux enchères où le souci du bien commun s'efface, que la pandémie nous rend d'office tous solidaires. On peut alors souhaiter que le programme Covax contribue à donner une dimension cosmopolitique à l'exigence d'un environnement vivable pour tous et à l'égalité en dignité de tous.

Pour conclure

Nous pouvons dire qu'un des principaux intérêts de la pandémie actuelle est de nous apprendre que nous n'en avons jamais fini avec les microbes, dont certains sont nos alliés et d'autres pas. Il est assez étonnant également que ce soit une pandémie qui nous fasse (re) découvrir l'évidence du lavage des mains ! C'est pourquoi il est temps de sortir définitivement de cette « naïveté pré-sida » qui nous faisait croire que les épidémies infectieuses relevaient du passé ou de l'ailleurs. Le problème est que cette naïveté se réactive à chaque

fois que nous pensons avoir triomphé d'un mal infectieux, ce qui nous conforte dans l'illusion que la nature serait sous notre contrôle. Sortir de cette naïveté et de cette illusion nécessite également une culture de santé publique qui rappelle que l'augmentation spectaculaire de l'espérance de vie au xx^e siècle est l'effet de la santé publique où se conjuguent alimentation en quantité et qualité satisfaisantes, pratique de l'hygiène personnelle et collective, eau potable, tout à l'égout ; la vaccination ayant pour sa part un rôle déterminant dans la diminution de la circulation des infections dans une population. Enfin, comme le suggérait Claude Le Pen⁹, il est possible que nous soyons à la veille d'une nouvelle révolution vaccinale qui, outre le combat contre les maux dégénératifs, devra combattre les affections tropicales, qui toucheront le Nord à la faveur du changement climatique. Parce que « *les germes des maladies ont, depuis le commencement des choses, prélevé leur tribut sur l'humanité – sur nos ancêtres préhistoriques, dès l'apparition de toute vie*¹⁰ », les microbes écrivent avec nous une histoire sans fin. ●

9. http://www.chairesante.dauphine.fr/fileadmin/mediatheque/chaire_sante/pdf/diapolepen.pdf

10. Wells H. G. *La Guerre des mondes*, livre II, chapitre VIII.

Distanciation physique, distanciation sociale : contrainte et adaptation

Nicole Vernazza-Licht
Anthropologue de la santé, UMR 7300 ESPACE (Étude des structures et des processus d'adaptation et des changements de l'espace), membre de la commission spécialisée Maladies infectieuses et maladies émergentes, HCSP

Avec la communication de santé publique sur l'épidémie de Covid-19 est apparu tout un ensemble de messages signalétiques encourageant en particulier le respect de la distanciation sociale et des règles d'hygiène. Ces consignes sous forme de pictogrammes orientent notre circulation dans tous les lieux de la vie publique et, surtout, rappellent l'espace minimal imposé entre individus. Dès les premiers moments du confinement, l'humour a permis à la population de relativiser les règles sanitaires, de conserver le moral dans la situation exceptionnelle qu'elle connaissait, et très certainement de continuer à faire lien avec les autres¹. Parmi d'autres, un exemple qui peut paraître emblématique de cette posture est un pictogramme scotché aux murs de la salle de conférences du ministère de la Santé dont la finalité est le respect de la distance physique et qui met en scène deux personnages de la célèbre marque de jouets allemande Playmobil® (figure 1).

Cette mise en image humoristique est-elle, dans ce lieu, aussi une façon de se libérer de la charge émotionnelle que font peser toutes les procédures sanitaires

qu'elle implique la lutte contre le virus et en particulier la distanciation physique instaurée en France comme dans de nombreux pays ?

De la distanciation sociale à la distanciation physique : un glissement sémantique

Utilisé par l'OMS, puis repris par le Conseil scientifique Covid-19 auprès du gouvernement, le terme de distanciation sociale a révélé d'emblée une lourde ambiguïté sémantique entre une distance à opérer entre classes ou groupes sociaux, « *social distancing* », et la distance physique qui était souhaitée par les autorités sanitaires et politiques. Au tout début de l'épidémie en France, le Premier ministre, Edouard Philippe, s'était exprimé² et avait montré sa double réticence à utiliser l'expression, par sa connotation négative et dans la mesure où elle

2. « *L'immense majorité des scientifiques le dit : la meilleure façon de freiner la progression de l'épidémie, c'est ce qu'ils appellent "la distanciation sociale". Je ne vous dis pas que c'est un joli terme. Je sais que c'est un concept qui nous rebute, nous, Français, parce que nous sommes un peuple qui aime se rassembler, un peuple joyeux, heureux de vivre ensemble, peut-être même encore un peu plus quand la peur commence à gagner les esprits.* » <https://www.gouvernement.fr/partage/11444-declaration-de-m-edouard-philippe-premier-ministre-sur-le-covid-19>

1. Voir les différents documents recensés par la veille anthropo-épidémiologique des épidémies ré-émergentes par Alain Epelboin en 2020 et 2021 : alain.epelboin@mnhn.fr

figure 1

Le 16 décembre 2021, salle de conférence du ministère des Solidarités et de la Santé, Paris



Photo de Nicole Vernazza-Licht

lui apparaissait en contradiction avec sa perception du mode de vie des Français.

Le principe de cette mesure de santé publique est de « se protéger soi-même en protégeant les autres » (CS, 12 mars 2020, p. 5)³ mais la traduction en français lui confère une mise à distance des autres plus sociale que sanitaire. Si le principe de la distanciation sociale est resté en vigueur, il a été progressivement remplacé dans les textes, notamment ceux issus du HCSP, par celui de distanciation physique, qui a paru plus audible par les populations.

Pour éviter la transmission du virus et la création de foyers d'infection (*clusters*), la distanciation physique consiste donc à instaurer une distance de 1 mètre dans toutes les interactions publiques (2 mètres ou 6 feet aujourd'hui) mais inclut de manière plus globale toutes les pratiques d'isolement, que ce soit par le télétravail pour ne plus côtoyer ses collègues tout en restant professionnellement actif, la télé-médecine pour remplacer la consultation en face-à-face entre médecin et patient, l'enseignement des professeurs par visioconférence pour les jeunes scolaires ou les étudiants, mais aussi le confinement de toute la population ou l'instauration d'un couvre-feu.

Cette situation nouvelle a généré une explosion lexicale liée au Covid-19, et très rapidement la population s'est approprié le vocabulaire « savant » des médecins et des scientifiques. De nombreux termes liés à la mobilité sont devenus d'usage courant, tels confinement ou déconfinement, commerces non essentiels, déplacement

dérogatoire, couvre-feu... Probablement amplifié par la communication médiatique, la population a aussi adopté le lexique des techniques de prévention sanitaire (masque, gestes barrières, test PCR, test antigénique, écouvillon, asymptomatique, couverture vaccinale, cas contact...) et celui de la santé et de la recherche (téléconsultation, jauge, immunité collective, *cluster*, foyer, épicode, vague épidémique, traçage numérique, respirateur, aérosolisation, taux d'incidence, taux de positivité, charge virale, gouttelettes, propagation, circulation du virus, vaccinodrome, antivax...). La généralisation d'un ensemble de termes touchant à notre vécu quotidien modifié (travailleur essentiel, télétravail, distanciel, visioconférence, Zoom, *click and collect*, enterrement en nombre restreint, deuil empêché, incertitude...) est aussi à relever. Cela permet de souligner l'amplitude des changements comportementaux induits par l'épidémie et de mettre, une fois la sidération passée, la capacité qu'a eue la population à être compliant sans être toujours totalement en adhésion avec la politique sanitaire.

L'altérité, perception et gestion de la mise à distance

Dans le même esprit, la population a su rapidement suppléer à l'absence d'interactions physiques (embrassades, poignées de main) et une nouvelle gestuelle de salutation s'est imposée, comme l'*elbow bump* (bonjour du coude), le *footshake* à la Wuhan (salut du pied) et le *check fist bump* (poing contre poing), largement utilisée par tout un chacun comme par le président de la République. Ces comportements sont venus compléter un ensemble de gestes d'hygiène dits gestes barrières.

L'emploi des masques a largement été commenté comme une limitation et une atteinte à la communication

3. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/avis_conseil_scientifique_12_mars_2020.pdf



interpersonnelle. L'occultation du visage et des émotions liée au port du masque dans les espaces publics a accentué le sentiment d'exclusion des autres, provoqué par le respect de la distance physique. Si on ne peut nier cet impact, on doit aussi souligner, comme l'a rappelé à plusieurs reprises le HCSP dans ses avis, que le masque protège les autres tout en se protégeant et, en ce sens, peut être perçu comme porteur de valeurs de solidarité.

Les moyens de communication (téléphone, ordinateur, Internet) ont permis d'être connecté socialement et suppléé ainsi à l'éloignement physique. Dès les premiers jours du confinement, en mars 2020, familles et amis ont organisé des apéros sur Zoom. Nous gardons tous, tout du moins parmi les moins âgés, le souvenir de ces moments comme d'un espace de liberté au milieu des contraintes nouvelles. Mais pour les actifs comme pour les étudiants, le télétravail et la multiplicité des réunions ou des cours à distance ont eu raison de l'enthousiasme compensateur des premiers moments. En novembre 2020, la revue *Philosophie Magazine* titrait « Mes pâtes ont le goût de mes mails » pour montrer la collusion advenue après neuf mois d'épidémie entre le travail et l'intimité du quotidien.

Corps sains, corps malades

La question du corps est centrale dans la distanciation physique car il est un excellent révélateur des tensions dans la société [42]. Autour de la prévention du Covid-19, il s'agit en particulier de corps qui se protègent (à travers l'hygiène des mains, des objets et des surfaces...), de corps qui ne se touchent plus (poignées de mains, embrassades), de corps dissimulés (derrière les masques), de corps qu'on ne peut plus voir, comme ceux des défunts par exemple, et bien entendu des perceptions entre corps sains et corps malades liées notamment à la difficulté de reconnaître facilement les signes et symptômes de la contamination.

Toute cette mise à distance du virus autour du corps a provoqué un bouleversement de valeurs dont il est pour l'instant malaisé d'en apprécier toutes les conséquences psychologiques et sociales. Par exemple, embrasser est devenu un « interdit épidémique ». Chacun n'est pas impacté de la même façon, mais les mères vis-à-vis de leurs enfants, les familles ou les amis quand ils se retrouvent ressentent un embarras à ne plus réaliser les gestes habituels d'affection ou de salutation et contournent l'interdit en inventant différentes façons d'allier tendresse et sécurité sanitaire. Pourtant, ces gestes familiers ne sont pas, dans leurs modalités, identiques selon les cultures, et le retour rapide de la bise chez les Français, dès l'amélioration de la situation sanitaire, témoigne de leur attachement à cette pratique.

Le HCSP est intervenu à plusieurs reprises, détaillant et aménageant les situations de vie liées aux personnes malades et aux défunts dans le contexte de Covid-19. Des modalités difficiles à organiser en fonction des lieux (hôpital, domicile, maison de retraite et Ehpad), de l'évolution des connaissances sur la contagiosité et sa

persistance, et de la pluralité d'acteurs œuvrant dans les soins aux vivants comme aux mourants. Les proches ont, dans la majorité des cas de décès, connu divers empêchements pour revoir le visage d'un être cher, ou se recueillir autour de son cercueil [10]. L'application des règles de distanciation sociale a empêché toutes ritualités et perturbé le processus d'acceptation de la mort. La rabbin Delphine Horvilleur [31] évoque la douleur et la difficulté de ces moments dans son ouvrage *Vivre avec nos morts* et cite, à titre d'exemple de ces situations funéraires, une cérémonie menée depuis le salon de son appartement par téléphone, à l'appel d'une famille au cimetière face au cercueil du père.

On commence à savoir, notamment à partir des travaux de chercheurs étudiant les pratiques funéraires ou hospitalières, qu'autour des limites imposées aux familles, comment des soignants et certains officiants religieux ou funéraires se sont affranchis des règles pour conserver l'humanité que la peur, la méconnaissance et des règles trop strictes d'application pouvaient annihiler.

Conclusion

Si globalement les personnes ont fait preuve de responsabilité dans le respect des mesures sanitaires, il convient toutefois de souligner les difficultés d'adaptation, les contournements volontaires ou contraints des règles imposées, et on peut s'interroger sur la capacité de résilience de la population face à une épidémie dont les scientifiques apprécient encore difficilement l'évolution. En ce sens, la création rapide de l'Institut Covid-19 Ad Memoriam⁴, comme espace d'échanges et de recueil d'archives et de témoignages, permettra de conserver la trace de moments de vie dont certains sont encore en cours. En effet, la mémoire des expériences individuelles et collectives contre les épidémies est souvent ardue à constituer car laissée à l'initiative individuelle, comme ce fut le cas par exemple pour l'épidémie de VIH-sida⁵.

Sans conclure sur les interrogations que suscite la distanciation physique alors que la situation épidémique n'est pas maîtrisée, et même si ce n'est pas l'essentiel de ce propos, on ne peut passer sous silence la question des inégalités dont la crise sanitaire a été génératrice ou révélatrice, souvent aggravées par l'insuffisance d'une communication de qualité.

Enfin, sur le plan de l'éthique, les incertitudes que soulèvent la généralisation et le maintien de la distanciation physique, malgré le recours massif à la vaccination, tiennent semble-t-il à la difficulté d'accorder une valeur relative à la vie (confinement limité aux plus de 65 ans, non-accès au corps des défunts et limitation des rites funéraires) alors qu'on pourrait considérer, comme l'indique Didier Fassin [23], que la valeur absolue de la vie est une approche centrée sur l'éthique, c'est-à-dire sur une vie humaine non hiérarchisable et non évaluable. ●

4. <https://www.institutcovid19admemoriam.com/>

5. <https://www.mucem.org/programme/exposition-et-temps-forts/vihsida>