



*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*<sup>5</sup>».

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](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

**D**e 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 considéré<sup>1</sup>. 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 nazis<sup>2</sup>.

### 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* »<sup>3</sup>. 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 criminels<sup>4</sup> ? 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 1980<sup>5</sup>. 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 Rome<sup>6</sup>. 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*<sup>7</sup>. »

### 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 disproportionnés<sup>8</sup>. 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*<sup>9</sup> ». 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

**D**ans 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 pauvreté<sup>1</sup>, 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