

Annuaire du Collège de France

121^e année

2020
2021

Résumé des cours et travaux



COLLÈGE
DE FRANCE
— 1530 —



Annuaire du Collège de France

Cours et travaux du Collège de France

121 | 2024
2020-2021

Santé publique (chaire annuelle 2019-2020)

Didier Fassin



Édition électronique

URL : <https://journals.openedition.org/annuaire-cdf/19755>

DOI : 10.4000/12kuu

ISBN : 978-2-7226-0778-1

ISSN : 2109-9227

Éditeur

Collège de France

Édition imprimée

Date de publication : 18 novembre 2024

Pagination : 633-652

ISBN : 978-2-7226-0777-4

ISSN : 0069-5580

Ce document vous est fourni par Collège de France



Référence électronique

Didier Fassin, « Santé publique (chaire annuelle 2019-2020) », *L'annuaire du Collège de France* [En ligne], 121 | 2024, mis en ligne le 01 octobre 2024, consulté le 28 novembre 2024. URL : <http://journals.openedition.org/annuaire-cdf/19755> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/12kuu>

Le texte et les autres éléments (illustrations, fichiers annexes importés), sont « Tous droits réservés », sauf mention contraire.

SANTÉ PUBLIQUE*
(CHAIRE ANNUELLE 2019-2020/2020-2021)

Didier Fassin

Professeur à l'Institute for Advanced Study de Princeton,
directeur d'études à l'École des hautes études en sciences sociales,
professeur invité au Collège de France

La série de cours « Les mondes de la santé publique : excursions anthropologiques » est disponible, en audio et vidéo, sur le site internet du Collège de France (<https://www.college-de-france.fr/agenda/cours/les-mondes-de-la-sante-publique-excursions-anthropologiques>), ainsi que le colloque « Vies invisibles, morts indicibles » (<https://www.college-de-france.fr/agenda/colloque/vies-invisibles-morts-indicibles>). Le cours a été publié sous le titre *Les Mondes de la santé publique. Excursions anthropologiques*, Paris, Seuil, 2021. Le colloque a également fait l'objet d'une publication : D. Fassin (dir.), *Vies invisibles, morts indicibles*, Paris, Collège de France, coll. « Conférences », 2022 ; édition numérique : Collège de France, 2022, <https://books.openedition.org/cdf/13626>. Pour rappel, la leçon inaugurale, prononcée le 16 janvier 2020, est également disponible en audio et vidéo, sur le site internet du Collège de France : <https://www.college-de-france.fr/site/didier-fassin/inaugural-lecture-2019-2020.htm>. Elle a donné lieu à une publication : D. Fassin, *De l'inégalité des vies*, Paris, Collège de France/Fayard, coll. « Leçons inaugurales du Collège de France », n° 293, 2020 ; édition numérique : Collège de France, 2020, <https://books.openedition.org/cdf/10078>. Les cours n'ayant pu se tenir en 2019-2020 pour raison sanitaire ont été reportés en 2020-2021.

ENSEIGNEMENT

LEÇON INAUGURALE - L'INÉGALITÉ DES VIES

La leçon inaugurale a été donnée peu avant que ne se survienne la pandémie de Covid. Elle proposait une généalogie de la découverte des disparités des espérances de

* Chaire créée en partenariat avec Santé publique France

| D. Fassin, « Santé publique », *Annuaire du Collège de France 2020-2021. Résumé des cours et travaux*, 121^e année, Paris, Collège de France, 2024, p. 633-652, <https://doi.org/10.4000/annuaire-cdf.19755>.

vie, une sociologie permettant de les interpréter en associant catégories socioéconomiques, minorités ethnoraciales et genre, enfin, une anthropologie visant à dépasser cette approche quantifiée pour prendre en compte la dimension qualifiée de l'inégalité des vies.

Premièrement, l'idée selon laquelle le lieu et le milieu dans lequel naît un individu influencent son état physique et psychique, son risque d'être malade et sa probabilité de mourir a émergé il y a à peine deux siècles. Elle a nécessité de penser la société en termes de population, de colliger des données de décès, d'établir des tables de mortalité, de comparer et d'interpréter des statistiques, et d'aller au-delà des préjugés sur les ouvriers pour appréhender leur condition sociale. C'est donc une forme de révolution intellectuelle qui s'est produite, révélant la valeur que chaque société accorde à ses membres et mettant en tension le principe philosophico-religieux de la valeur absolue des vies et l'appréciation juridico-économique de leur valeur relative dans le cadre notamment des pratiques d'indemnisation et d'assurance.

Deuxièmement, le perfectionnement des instruments de mesure et la préoccupation croissante autour d'inégalités ont conduit à affiner l'analyse de leur distribution, dévoilant la hiérarchie parallèle des statuts socioprofessionnels et des espérances de vie, mais laissant dans l'ombre la question du chômage et de la précarisation de l'emploi au moment même où l'un et l'autre augmentaient. Par ailleurs, l'étude du cas états-unien, avec ses disparités considérables entre groupes ethnoraciaux, invite à désormais explorer cet aspect des disparités auquel la société française est demeurée jusqu'à présent aveugle, tandis que la discussion de la mortalité plus faible des femmes – bien que dans de nombreux domaines elles aient longtemps été et soient toujours discriminées – montre qu'une vie longue n'est pas nécessairement une vie bonne.

Troisièmement, prolongeant cette réflexion, il est possible de distinguer la vie selon deux perspectives : la vie qui s'écoule avec un commencement et une fin, et la vie qui fait la singularité humaine parce qu'elle peut être racontée. Vie biologique et vie biographique, en somme. L'espérance de vie mesure l'étendue de la première. L'histoire de vie restitue la richesse de la seconde. Ce déplacement de la quantité de vie vers la qualité de la vie introduit la question de la dignité, dont l'ethnographie du sida dans la société sud-africaine a exposé les enjeux. La manière dont sont aujourd'hui traités les migrants et les réfugiés dans le monde contemporain souligne l'urgence de cette réflexion, qui s'appuie sur l'enquête menée à la frontière franco-italienne auprès d'exilés dont les périples ont été émaillés de rejets, de violences et parfois de morts.

Choisir d'inaugurer un enseignement sur la santé publique en se focalisant sur les inégalités des vies est un geste à la fois inhabituel *a priori* et, *a posteriori*, presque évident, tant ce thème ouvre de perspectives sur les relations entre santé et société. C'est que les sciences sociales, et singulièrement l'anthropologie, procèdent d'une façon de poser sur le monde un regard qui introduit une différence. Différence que justifie le simple fait de considérer que ce qui est pourrait aussi bien être autrement, puisque tel a été le cas dans le passé et que tel est le cas en d'autres lieux. On peut appeler cette différence de regard une attitude critique.

COURS - LES MONDES DE LA SANTÉ PUBLIQUE. EXCURSIONS ANTHROPOLOGIQUES

La pandémie et les réponses qui lui ont été apportées sur tous les continents ont provoqué un bouleversement planétaire des activités humaines. Dans le cas français comme dans bien d'autres, le confinement a représenté une expérience sans précédent, sauf à rappeler, sous certains aspects, la réponse aux épidémies de peste à la fin du Moyen Âge et de choléra au début du XIX^e siècle. La police sanitaire, avec son appareil de prohibitions, d'obligations, de contrôles et de sanctions, a en effet été la forme la plus commune qu'a prise la santé publique, y compris après l'arrivée de la vaccination. Mais elle a eu bien d'autres expressions : distanciation dite « sociale », port du masque, pratique de tests, isolement des malades, recherche de contacts, annonce récurrente et vite démentie de traitements, compétition féroce et souvent inégale dans la recherche d'un vaccin, comptage public quotidien des nouveaux cas et des nouveaux décès, dispositif de surveillance informatique intrusif ou inopérant, sans parler des mesures exceptionnelles d'accompagnement tant économiques que sociales destinées à prévenir les faillites d'entreprises, à limiter les licenciements de personnels et à pallier les conséquences de la paupérisation brutale de nombreux foyers. La santé publique, qui n'était jusqu'alors, pour beaucoup, qu'une réalité abstraite, une obscure matière administrative, un domaine d'expertise plutôt rébarbatif, est devenue ce au nom de quoi on gouvernait les vies – un « gouvernement des vivants », pour citer la formule de Michel Foucault. Il faudrait, du reste, la prendre au mot, plus qu'il ne le fait lui-même, en la considérant comme le gouvernement des êtres humains en tant qu'ils sont des vivants et doivent, « quoi qu'il en coûte », le rester.

Ce contexte inédit a eu des conséquences sur le cours qui devait être dispensé au printemps 2020. Les circonstances ont empêché qu'il ait lieu et il a été reporté d'une année. La survenue d'une troisième vague épidémique a toutefois conduit à ce qu'il se déroule dans un contexte certes moins dramatique que lors de la première, mais avec des contraintes fortes imposant un nombre d'auditeurs et d'auditrices limité à dix pour les premières leçons, puis étendu à la moitié de l'amphithéâtre pour la deuxième série. Ces contraintes, qui, dans le courant de l'hiver, avaient été annoncées comme devant être encore plus strictes, c'est-à-dire sans aucun public, ont malheureusement amené à annuler les séminaires prévus avec des intervenants extérieurs. Paradoxe, donc, que cette situation qui, d'un côté, rendait un cours sur la santé publique plus pertinent qu'il ne l'avait peut-être jamais été, mais, de l'autre, obligeait à en réduire la voilure en termes à la fois de public et d'orateurs.

Une question se posait du reste pour le cours lui-même. Car comment saisir cet objet qui avait brusquement envahi l'espace public autant que le domaine privé au point de mobiliser presque toute l'attention des médias, des politiques et des citoyens ? Fallait-il recentrer l'analyse de la santé publique autour de la seule pandémie, qui se prêtait, à bien des égards, à une lecture anthropologique, en se privant cependant de la richesse d'un domaine si multiple et divers ? N'était-ce pas

céder aux sirènes du présentisme, en oubliant que la santé publique a une histoire longue qui peut informer les anxiétés contemporaines ? N'était-ce pas aussi consentir à une forme d'ethnocentrisme, en perdant de vue que nombre de sociétés se débattaient face à d'autres problèmes sanitaires, dans certains cas plus graves ? Le choix a été fait d'une approche alternative, en partant d'une scène ordinaire et méconnue, pour, au fil des leçons, en décliner les différentes dimensions à travers diverses études de cas et, finalement, montrer comment chacune d'elles éclaire autrement la pandémie de Covid.

Cette scène, c'est la naissance, en France, de l'épidémie de saturnisme infantile, c'est-à-dire d'intoxication au plomb chez l'enfant, à la fin des années 1980. Elle est essentiellement due à l'ingestion d'écailles et l'inhalation de poussières de vieilles peintures dans des logements très dégradés. Elle peut entraîner des complications graves, notamment neurologiques, avec parfois des comas conduisant au décès. Elle a été observée dans des milieux modestes, essentiellement des familles africaines en France et des familles noires aux États-Unis. On peut l'appréhender à la fois en termes de production sociale, résultat d'un raidissement des politiques de l'immigration et d'un ralentissement des politiques du logement, et en termes de construction sociale, à travers les tâtonnements, les errements et les résistances des agents impliqués. Trait d'union des leçons, cette enquête permet d'explorer des aspects, plus ou moins insolites mais pourtant essentiels, de la santé publique : la puissance du positivisme, les confins de la maladie, les théories du complot, les tests de moralité, les défis posés par la santé des migrants et des prisonniers. Cette exploration conduit à travers trois continents et une série de problèmes scientifiques, moraux et politiques ; de la France, qui présente le taux de suicides en prison le plus élevé d'Europe, à l'Afrique du Sud, qui a été la plus durement affectée par l'épidémie de sida, et à l'Équateur, qui s'est prévalu du taux officiel de mortalité maternelle le plus élevé du continent latino-américain ; des controverses scientifiques de ladite « guerre des vers » au Kenya aux confrontations entre médecins et patients autour du syndrome de la guerre du Golfe aux États-Unis ; de la pathologie exotique des instituts Pasteur à la psychiatrie coloniale de l'École d'Alger ; de la genèse du traumatisme psychique pendant la guerre de 1914 au dénombrement des morts lors de la canicule de 2003. Le parcours se clôt par un examen de la pandémie de Covid à la lumière de chacune des dimensions étudiées lors des leçons précédentes, afin d'en proposer une vision renouvelée – de la revisiter avec un regard qu'on peut dire anthropologique.

L'anthropologie est en effet une manière de regarder le monde autrement, de considérer, comme le fait Ulrich, l'homme sans qualités de Robert Musil, que « ce qui est pourrait aussi bien être autre ». Elle est un exercice de désaccoutumance intellectuelle. Elle dispose, pour ce faire, de plus d'un siècle de travaux d'anthropologues qui ont exploré les multiples facettes des activités et des relations humaines en divers lieux de la planète, des Nuer du Sud Soudan aux Nambikwara du Brésil, aussi bien que parmi des groupes différents de leur propre société, des désorceleurs du Bocage mayennais aux experts canadiens de la maladie d'Alzheimer, et ont ainsi appris que tout

ce qui peut paraître aller de soi dans un cadre donné se présente ailleurs d'une toute autre manière. Ce relativisme culturel ne les conduit cependant pas à devenir des chasseurs d'exotisme, bien au contraire. Comme y insiste Jean Bazin, confrontés à l'altérité, ils s'efforcent de la réduire en se familiarisant avec les mondes sociaux, lointains ou proches, dans lesquels ils mènent leurs enquêtes. Cette pratique conduit à rendre intelligibles des phénomènes qualifiés d'imaginaires par les spécialistes, telle la maladie de Lyme chronique, en montrant qu'ils résultent de l'impossible confrontation entre l'authenticité de la souffrance des malades et l'autorité du savoir des médecins, aussi bien que de faits suscitant l'indignation ou la dérision, comme les interprétations paranoïdes autour du sida, dont on peut établir qu'elles ont une valeur heuristique aidant à comprendre les lignes de fracture cognitive dans les sociétés contemporaines. Mais elle amène aussi à se défamiliariser de son propre univers social, à en rendre les « évidences » moins évidentes, par exemple à s'interroger sur la croyance en une vérité unique et neutre du chiffre pour décrire les faits de santé, quand la validité des essais randomisés se trouve contestée ou que l'interprétation de statistiques de décès fait l'objet de disputes, et à mettre en cause l'existence d'un domaine à part qualifié de santé des migrants comme si les exilés présentaient des pathologies spécifiques, alors qu'en réalité la dégradation de leur condition sanitaire est le produit de la manière dont ils sont traités par la société dite « d'accueil ». Qu'il existe de nombreuses façons d'être au monde et que celle qui leur a longtemps paru la seule juste ne l'est pas nécessairement plus que d'autres, l'anthropologue le sait ainsi par sa propre expérience et par l'expérience de celles et ceux qui l'ont précédé.

C'est un tel déplacement du regard sur la santé publique qui s'opère dans ce cours. D'où, en sous-titre, l'expression « excursions anthropologiques ». *Excursion*, indique le dictionnaire, veut dire « action de parcourir une région pour l'explorer, la visiter ». Le mot, qui apparaît en français au xvi^e siècle mais ne deviendra commun que longtemps plus tard, vient du latin *excursio*, qui signifie « voyage », « incursion » et, au sens figuré, « champ libre », « digression ». Cette idée d'exploration, de liberté, d'investigation aventureuse suggère la méthode de l'enquête. Elle explique la préférence pour une forme souvent narrative, à la manière de ce que pourrait être un récit de voyage dans les « mondes de la santé publique ». *Mondes* s'entend ici non pas au sens de géographies particulières ou d'activités spécifiques, mais en tant qu'ensembles de questions se posant à la société dans le langage de la santé publique et présentant une certaine communauté d'enjeux – autour de la volonté de quantifier, de la légitimation des savoirs, de la signification du conspirationnisme, des logiques de l'immoralité, des disparités dans le traitement des personnes exilées ou détenues. Le mot « enjeux » est important. Il faut le prendre dans le sens, plus large qu'il n'est d'usage, de ce qui est socialement en jeu, de ce qui se joue dans et pour la société. Ces enjeux ne sont pas donnés d'avance ou bien une fois pour toutes. D'une part, ils font l'objet, entre les agents et les institutions concernés, de négociations, de disputes, de controverses, de luttes pour les faire émerger ou, au contraire, les rendre invisibles. Mais, d'autre part, le chercheur qui les analyse

participe lui-même de leur constitution et de leur reconnaissance. Ainsi la santé publique apparaît-elle simultanément comme un miroir tendu à la société et un reflet que cette dernière lui renvoie.

Ce choix méthodologique et théorique d'une entrée par les enjeux revient donc à la fois à utiliser un prisme qui réfracte la santé publique en une série d'images et à saisir comment, en retour, des questions plus vastes peuvent être appréhendées à travers les images ainsi réfractées. La « vérité du chiffre » invite à réfléchir sur la manière dont le travail de quantification prétend représenter les faits sociaux et sanitaires. Les « frontières épistémiques » interrogent la confrontation de conceptions profanes et savantes de la maladie adossées à des légitimités concurrentes. Les « thèses conspirationnistes » révèlent des réactions de défiance à l'égard des savoirs autorisés et des pouvoirs officiels. Les « crises éthiques » dévoilent des mécanismes de violation des droits et de détournement des communs au bénéfice d'intérêts privés. Quant aux enquêtes portant sur les « exils précaires » et les « épreuves carcérales », elles permettent d'appréhender, à travers deux catégories, les migrants et les prisonniers, devenues centrales pour penser les sociétés contemporaines, la généalogie et la sociologie de l'administration de populations soumises à des formes diverses de surveillance et de répression de la part de l'État. La réfraction de la santé publique en ces enjeux multiples en offre ainsi une autre intelligibilité sans en épuiser le spectre. Elle est toujours une lecture ouverte.

On voit combien cette approche se différencie de celles qui ont dominé les études de sciences sociales autour de la santé publique. La plus classique a considéré cette dernière comme un ensemble de savoirs et de pratiques autour de la prise en charge collective des maladies, dont il était possible de suivre la constitution et l'évolution à travers le temps en remontant à l'Antiquité gréco-romaine. La plupart des recherches se situant dans cette perspective se sont cependant limitées à des temporalités moins longues et à des objets plus précis, qu'il s'agisse d'épidémies, de savoirs particuliers, telle la statistique, ou d'institutions spécifiques, comme les établissements psychiatriques. Leur contribution à la connaissance de ce domaine est essentielle. Par rapport à cette approche, la rupture foucaldienne, fondée sur une lecture généalogique, a été double. D'une part, elle a consisté à placer la santé publique dans un cadre plus large de gestion des populations : c'est la biopolitique, qui se compose du travail à la fois de connaissance et d'action qu'autorise précisément la notion même de population, c'est-à-dire, notamment, des savoirs de la démographie afin de comptabiliser les naissances, les morts, les espérances de vie, la mobilité des individus, et des pratiques de gouvernementalité que sont la planification familiale, la sécurité sociale, le contrôle migratoire. D'autre part, elle a établi une discontinuité dans le récit traditionnel, plus ou moins linéaire : c'est le passage de la souveraineté, comme droit de tuer, au biopouvoir, comme obligation de faire vivre, qui émerge autour du XVIII^e siècle en tant que signature de la modernité. Toutefois, au-delà de leurs différences manifestes, l'approche historique et l'approche généalogique tendent, chacune à leur manière, à donner une certaine unité, voire une cohérence, à leur

objet : santé publique dans le premier cas, biopolitique dans le second. Ce que le cours propose est différent. Il n'offre pas plus une représentation homogène de la santé publique qu'une théorie consistante de la biopolitique. Il décline plutôt cet objet incertain en une diversité d'enjeux qu'il s'agit de repérer, de telle sorte que les différentes pièces, progressivement réunies, finissent par esquisser, à la façon d'un puzzle incomplètement assemblé, une photographie de la santé publique qui n'efface pas les lacunes. La pandémie de Covid a d'ailleurs représenté un test en grandeur réelle, car les mondes étudiés sont autant de fragments d'un discours sur la santé publique qui ont chacun trouvé place dans l'effort de composition que présenté dans la leçon finale.

Cours 1 - Naissance de la santé publique

En moins de deux décennies, la réalité du saturnisme infantile en France est passée d'une maladie exceptionnelle, dont une dizaine de cas seulement avait été publiée dans les revues de pédiatrie, à une épidémie de plus de 80 000 cas selon l'estimation de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale. Loin de correspondre à une augmentation réelle du nombre des malades, cette évolution tient à une double opération. La première consiste en une découverte réalisée par le dépistage des enfants à risque et les dosages de leur plombémie : on identifie des cas jusqu'alors méconnus. La seconde consiste en une invention par l'abaissement progressif du seuil considéré comme pathologique à mesure des résultats scientifiques établissant des probabilités de conséquences sur les fonctions cognitives et les pratiques comportementales des enfants : on redéfinit les contours de la maladie. Cette double opération fait passer le saturnisme infantile de la médecine clinique à la santé publique. Il n'est plus question de symptômes, mais de statistique, plus de radiologie mais d'épidémiologie, plus de traitement des corps contaminés mais de réhabilitation des logements vétustes responsables de l'intoxication des enfants. Toutefois, à mesure qu'on trouve un plus grand nombre de cas, ces derniers sont moins graves. On a donc le paradoxe d'une pathologie qui devient de plus en plus fréquente, alors que les malades sont, eux, de plus en plus rares.

La naissance de ce problème de santé publique met alors au jour une double dimension, qu'on peut appeler « construction et production sociales ». D'un côté, on a fait du saturnisme infantile un problème de santé publique en reformulant ses contours pour passer d'une maladie à un risque, en modifiant le seuil de plombémie pour tenir compte de la nouvelle réalité épidémiologique, en mobilisant des individus, des métiers, des méthodes et des discours pour sensibiliser les pouvoirs publics, et en récusant les hypothèses culturalistes visant à expliquer les raisons pour lesquelles la quasi-totalité des cas graves étaient trouvés dans des familles africaines pour leur substituer une économie politique de l'inégalité et une économie morale de l'indignité : on a donc affaire à une construction du problème par des agents sociaux. Mais de l'autre, on a compris que la raison pour laquelle le saturnisme infantile non seulement existait, mais qu'il affectait presque spécifiquement les enfants originaires

du continent africain, et procédait non pas de leur culture supposée, mais des effets conjugués des politiques de l'immigration, de l'habitat et de l'emploi, qui conduisaient, par le jeu des discriminations, à concentrer ces populations dans le segment inférieur de l'habitat privé. La première position relève d'une approche constructiviste ; la seconde d'un mode particulier de démarche réaliste.

Toutes deux sont critiques, puisque la première montre qu'un problème de santé publique n'existe pas en soi mais a besoin d'être construit pour devenir tel qu'on le connaît, tandis que la seconde révèle qu'un problème de santé publique n'est pas une simple affaire de nature et de biologie mais qu'il résulte d'actions humaines, de rapports de pouvoir, de jeux de forces et de systèmes de valeurs. Dans la compréhension d'un problème, les deux interprétations sont nécessaires. Si l'on ne parle que de construction sociale, on s'expose à le déréaliser et à en minimiser la gravité. Si l'on ne parle que de production sociale, on s'expose à ignorer la manière dont il en est venu à être reconnu sous la forme qu'on lui connaît. Tout au long des leçons suivantes, il apparaîtra que ces deux concepts de construction et de production sociales sont essentiels et que le cas du saturnisme infantile est, à cet égard, paradigmatique.

Cours 2 - Vérité du chiffre

Dans le cas du saturnisme infantile, on a vu que la requalification du problème entraînait sa requantification, avec une croissance considérable du nombre de cas dès lors que d'autres méthodes ont été utilisées pour la mesurer, et que la réciproque était également vraie, puisque les cas ne correspondaient plus à des malades. Par conséquent, quelle vérité dit le chiffre, ou quel pouvoir de véridiction a-t-il ? L'histoire de ce que Ian Hacking appelle une « obsession » à la fois des statistiques pour décrire les phénomènes et des probabilités pour les prédire remonte essentiellement au XIX^e siècle, même si les techniques correspondantes sont plus anciennes. Si Auguste Comte, qui a forgé le terme de positivisme, se moquait des statistiques et des probabilités, ces dernières en sont pourtant des instruments privilégiés si l'on appelle « positivisme » l'idée selon laquelle le monde et les faits sont des réalités extérieures à l'observateur qui peut en rendre compte de manière objective et neutre à l'aide de méthodes scientifiques indépendantes de sa position particulière, notamment morale ou politique, dans l'espace social.

L'histoire de la santé publique est étroitement liée à celle de la quantification et du positivisme, et ce pour au moins deux raisons. Premièrement, sa naissance, sous le nom d'hygiène publique, coïncide peu ou prou avec celle de la statistique moderne au début du XIX^e siècle. Deuxièmement, la discipline reine qui nourrit la santé publique est l'épidémiologie, laquelle, longtemps consacrée à une description qualitative des maladies infectieuses et parasitaires et dans le cadre de la médecine tropicale, est devenue une discipline exclusivement quantitative, héritière de la statistique dont elle est une application à la médecine. L'*evidence-based public health*, santé publique fondée sur les preuves, a connu depuis quelques décennies un

développement considérable, avec une série d'indicateurs, notamment le coût-efficacité et le coût-bénéfice, qui servent de plus en plus à décider des meilleures politiques sanitaires à adopter. Les économistes jouent à cet égard un rôle croissant, ayant emprunté à l'épidémiologie la méthode des *randomised control trials*, essais randomisés censés mesurer l'effet d'une intervention. L'étude d'une controverse classique opposant économistes et épidémiologistes autour des bienfaits du déparasitage dans les écoles africaines montre toutefois que plutôt que de penser une vérité du chiffre, comme le prétendent les uns et les autres, on a affaire à des vérités différentes qui fragilisent le positivisme qui les sous-tend.

Trois études de cas permettent d'affiner cette analyse, en soulignant le fait que, plutôt que de dire des vérités, le chiffre produit des histoires qui représentent des situations ou des événements. La première montre comment, sur la base de modifications des chiffres, les statistiques de morts maternelles en Équateur ont servi, d'abord, à justifier une demande d'aide internationale, ensuite, à établir l'efficacité du programme ainsi subventionné. La seconde porte sur la grande variation des chiffres de décès survenus pendant la canicule de 2003 en France sur des bases de calcul complètement différentes. La troisième s'attache à la controverse sur l'interprétation des données de mortalité en Afrique du Sud en 2000, les uns en attribuant la hausse au sida et mettant en cause le gouvernement, les autres à la violence héritée de l'apartheid. Qu'il s'agisse de mortalité liée à la vie reproductive en Équateur, à la canicule en France ou au sida en Afrique du Sud, les statistiques ne décrivent jamais simplement le réel. Elles le construisent, l'interprètent, le manipulent. Elles le racontent. Loin de l'objectivité qu'elles prétendent avoir, elles manifestent des partis pris au sujet de ce qui est intéressant et de ce qui ne l'est pas, de ce qu'on a envie de démontrer et ce qu'on cherche à occulter. La vérité du chiffre n'est donc pas une. Elle est multiple et contradictoire.

Cours 3 - Frontières épistémiques

Les modifications des pratiques et des critères scientifiques permettant d'identifier les cas de saturnisme infantile avaient permis de montrer la construction d'une catégorie de maladies sans malades, c'est-à-dire d'enfants avec des taux de plomb dans le sang considérés pathologiques, mais ne présentant aucun symptôme ou signe clinique. Cette situation semblait aller à l'encontre de la thèse de Georges Canguilhem selon laquelle ce n'est pas une méthode objective qui fait qualifier un phénomène de « pathologique », mais sa reconnaissance subjective à travers la relation clinique nouée avec l'individu souffrant. Mais en prolongeant cette réflexion, on peut s'interroger sur la catégorie inverse de malades sans maladie, c'est-à-dire de personnes souffrant de symptomatologies multiformes, souvent invalidantes, obligeant à interrompre l'activité professionnelle, mais dont la pathologie n'est pas reconnue comme telle par les médecins, soit qu'ils en fassent un problème psychiatrique, voire culturel, soit qu'ils soupçonnent des recherches de compensations financières.

Plusieurs études de cas ont été successivement examinées : le syndrome de la guerre du Golfe, la maladie de Lyme chronique, le syndrome de fatigue chronique, avec divers avatars tels que l'encéphalomyélite myalgique, l'hypersensibilité chimique multiple, la fibromyalgie, entre autres. À chaque fois, les examens cliniques, biologiques et radiologiques ne permettent pas de retrouver des éléments qui objectiveraient la souffrance ou sa cause, encore que, pour le syndrome de la guerre du Golfe, des études plus sophistiquées du cerveau aient retrouvé des anomalies. Le fait le plus remarquable est cependant qu'après avoir été longtemps mises en doute par la presque totalité des experts, ces pathologies ont chacune fini par faire l'objet d'une reconnaissance officielle par les institutions de santé publique, avec des conséquences symboliques et pratiques importantes pour les patients. Il faut toutefois souligner, dans le cas de la guerre du Golfe, les asymétries existant entre l'attention scientifique et politique portée aux victimes militaires dans les armées occidentales et l'ignorance complète des victimes civiles locales soumises à d'intenses bombardements, notamment d'uranium appauvri.

Ces frontières épistémiques dessinent les confins incertains des territoires de la santé publique. Les deux configurations décrites ne sont symétriques qu'en apparence. Car la maladie sans malades, telle que définie par la biostatistique, présente une situation somme toute rassurante, puisque l'estimation du risque permet une stabilisation de la connaissance et même une possibilité d'action, tandis que les malades sans maladie, confrontés à l'incrédulité des experts, se trouvent dans une situation inconfortable, puisque, même quand on met un nom sur leur souffrance, le cadre en demeure imprécis, la cause, souvent inconnue, et le traitement, rarement possible. La santé publique a donc affaire, d'un côté, à une objectivation sans subjectivité, c'est-à-dire le diagnostic sans la souffrance, la maladie sans les malades, et, de l'autre, à une subjectivité sans objectivation, c'est-à-dire la souffrance sans diagnostic, les malades sans la maladie. Elle maîtrise, certes, bien mieux les enjeux cognitifs dans le premier cas que dans le second, mais elle doit, dans les deux, prendre en compte aussi les enjeux sociaux, politiques et moraux, pour le décryptage desquels elle s'avère bien moins performante.

Cours 4 - Thèses conspirationnistes

Depuis la fin du XIX^e siècle, les dangers du plomb, non seulement dans la peinture, mais aussi dans l'essence, ont été négligés, voire démentis par des coalitions associant le monde industriel, les pouvoirs publics et des experts vénaux. Il s'est agi de véritables complots contre la santé publique. Or, au cours de la période récente, le terme *complot* a changé d'usage. Il ne sert plus guère à critiquer ceux qui conspirent mais ceux qui proclament de fausses conspirations. Évoquer un complot, c'est d'ailleurs risquer de se faire accuser soi-même de *complotisme*. Car le mot est désormais associé péjorativement au mot *théorie* qui lui ôte toute véracité et même toute vraisemblance. Indice de cette évolution lexicale, la présence de la locution *théorie du complot* dans le corpus français de textes imprimés apparaît dans les années 1970 et connaît une

ascension fulgurante jusque dans les années 2000, tandis qu'à l'inverse, on note un déclin du terme isolé *complot* qui avait proliféré depuis le XIX^e siècle. On ne s'interroge cependant guère sur le fait de savoir s'il y a une augmentation réelle des théories du complot ou plutôt une progression de l'intérêt pour ces théories, d'autant que leur caractérisation demeure floue et que certains n'hésitent pas à assimiler la critique sociale à une forme de théorie du complot, comme naguère Karl Popper et, plus récemment, Bruno Latour.

Il s'agit donc d'éviter le double écueil de la dénonciation et de la dérision, et de prendre au sérieux ces théories pour ce qu'elles disent du monde contemporain. Les travaux de philosophie et de science politique s'efforcent de les définir et de les différencier des complots réels, soulignant que la distinction n'est pas toujours facile. Quant aux recherches de psychologie et de science cognitive, elles portent sur les raisons pour lesquelles certains individus ou certains groupes sont plus sensibles que d'autres à ces théories et aux mécanismes par lesquels cette sensibilité se consolide. L'analyse proposée dans le cours suggère deux types de phénomènes : d'une part, des facteurs universels, de nature épistémique, qui sont censés valoir pour toutes les époques et toutes les sociétés, et, d'autre part, des facteurs contextuels, qui dépendent du moment historique et de conditions sociologiques.

L'histoire de la santé publique est particulièrement riche en thèses conspirationnistes. Les cas récents de l'épidémie de virus Ebola au Libéria, du choléra au Venezuela, et des pratiques contraceptives en Équateur en sont des illustrations. Mais les vaccins sont des objets particulièrement sensibles au complotisme, avec des conséquences parfois graves, comme pour la poliomyélite dans plusieurs États du Nigéria et la rougeole dans diverses régions des États-Unis. On comprend que la simulation d'une campagne d'immunisation pour obtenir des prélèvements sanguins des personnes vivant dans la résidence d'Osama ben Laden au Pakistan avant de procéder à l'attaque meurtrière de cette dernière ait été critiquée pour la confusion qu'elle générerait autour de la vaccination. Mais la maladie qui a suscité le plus de thèses conspirationnistes est le sida, et le pays où elles ont connu l'expansion la plus spectaculaire est l'Afrique du Sud. L'étude de ce cas, qui a impliqué les plus hautes autorités du pays, montre toutefois que ces thèses s'appuient sur des expériences historiques, notamment la manière dont les épidémies de peste, de syphilis et de tuberculose ont servi à justifier les politiques de ségrégation, de discrimination et de stigmatisation des populations noires, et sur des faits récents, en particulier le programme de guerre chimique et biologique engagé par le régime d'apartheid pour éliminer des opposants et propager le sida dans les *townships* africains. Parce qu'elles contiennent parfois une part de vérité factuelle et parce qu'elles dévoilent souvent des vérités historiques enfouies, les théories du complot peuvent se révéler heuristiques.

Cours 5 - Crises éthiques

Bien que le saturnisme infantile ait été, quoique tardivement, mis sur l'agenda politique, il est remarquable que l'ampleur et la gravité de la situation n'aient pas généré de véritable crise. Probablement le fait que les victimes de cette pathologie étaient des populations marginalisées et illégitimes n'a pas incité les organisations non gouvernementales et les spécialistes de santé publique qui s'en sont préoccupées à donner au problème une dimension trop publique. Cette dissociation entre situation critique et crise appelle une réflexion sur ce qu'est une crise et ce qui la fait advenir. On peut, en effet, donner des exemples de situation critique qui ne donne pas lieu à crise, comme la surpopulation carcérale résultant d'une tendance punitive à l'œuvre depuis plusieurs décennies, ou, à l'inverse, de crise sans situation critique, comme le grave incident diplomatique intervenu à la suite de l'interdiction d'accoster prononcée par le gouvernement italien contre des navires humanitaires secourant des naufragés en Méditerranée dans une période de faible flux migratoire. Le cas de la *Flint Water Crisis*, contamination de l'eau de boisson par le plomb dans une ville du Michigan, révèle que la situation critique qui a donné lieu à cette crise est liée à une longue histoire de désindustrialisation, dépeuplement et paupérisation associée à un déficit des finances municipales pour une large part secondaire à ces trois processus. Elle a été rendue possible par une coalition de forces locales, un recours à des figures nationales et une alliance avec des équipes scientifiques qui a transformé une situation singulière qui n'aurait pu n'intéresser que les spécialistes, d'autant qu'elle touchait des populations marginalisées, en une crise éthique, qui pouvait concerner tous les publics.

À partir d'une analyse étymologique et historique partiellement empruntée à Reinhart Koselleck, le cours a proposé une réflexion sur le langage de la crise qui s'est tant banalisé, au point d'en arriver au paradoxe suivant : la crise, qui est une rupture de l'ordre normal des choses, en est venue à être elle-même normalisée. Que signifie donc l'extension de ce langage ? La crise est une représentation du temps. En tant qu'elle correspond à un moment appelant l'action, sa temporalité est celle du présent et même de l'urgence. En tant qu'elle est distinction entre un avant et un après et rupture entre deux états du monde, sa temporalité est celle de la relation entre le passé et l'avenir. Mais sous les deux aspects, la crise appelle la critique. D'un côté, le travail critique est ce qui est censé évaluer la crise et la dénouer. D'un autre côté, il est ce qui permet de la reconnaître en tant que telle et d'en faire émerger un nouvel état du monde. Ces opérations supposent, pour parler comme J.L. Austin, un acte performatif par lequel caractériser une situation en parlant de crise n'est pas seulement la décrire mais agir sur elle en lui donnant une existence dans l'espace public et en obligeant les autorités à lui apporter des réponses. Mais n'importe qui ne peut pas réaliser cet acte. La relecture d'Émile Benveniste suggère, en s'appuyant sur l'origine de l'*auctor*, qu'il faut pour cela jouir d'une autorité qui autorise cette performativité. La double question devient alors. Qui a l'autorité de faire exister une crise, et qui ne l'a pas ? Et qu'est-ce que l'énonciation de la crise autorise, et qu'est-ce qu'elle réprime ?

S'agissant de la santé publique, les crises ont souvent une dimension éthique forte, quand bien même elle est occultée. Deux exemples à la signification très différente sont discutés. Le premier concerne la crise des opiacés aux États-Unis. Elle implique un laboratoire pharmaceutique qui a fabriqué et promu auprès des médecins, en connaissance de son pouvoir addictif, un opiacé dont la distribution sur ordonnance a été responsable de plusieurs centaines de milliers de morts par overdose. Le second concerne la crise autour de la prévention de la transmission de la mère à l'enfant du virus du sida en Afrique du Sud. Le gouvernement faisait l'objet de dénonciations graves de la part des médecins et des activistes, car ils refusaient de distribuer aux femmes enceintes infectées un médicament dont il s'est ultérieurement avéré qu'il présentait bien les effets secondaires évoqués par les responsables sanitaires. Les enjeux éthiques sont donc parfois simples, lorsqu'ils mettent en cause un capitalisme rapace, parfois plus complexes, lorsque s'affrontent des logiques d'urgence et de prudence.

Cours 6 - Exils précaires

Un fait initialement passé inaperçu, ou plus probablement occulté, de l'épidémie de saturnisme infantile est qu'elle concernait presque exclusivement des enfants de familles africaines. En réalité, l'association entre immigration et santé, ou plus exactement entre politiques de l'immigration et questions de santé, est ancienne, et l'on peut en retracer l'histoire depuis le début du XIX^e siècle, la santé publique ayant souvent servi à assurer la maîtrise de l'immigration, et cette dernière ayant réciproquement été mise en œuvre pour contrôler les épidémies. Ce qu'on appelle « santé des migrants » procède d'une généalogie complexe dans laquelle on peut distinguer quatre principales lignes de force : hygiéniste, tropicaliste, différentialiste, épidémiologique. Elles se sont plus ou moins succédées. Cependant, aucune n'a entièrement disparu. Il convient plutôt de penser leur succession comme un processus de sédimentation qui laisse resurgir de temps à autre, à l'occasion notamment d'une crise sanitaire ou migratoire, des représentations, des discours et des pratiques qu'on pensait d'un autre temps. L'hygiénisme se manifeste à nouveau lorsque survient une épidémie, et que sourd la tentation de la fermeture des frontières et du contrôle de l'immigration. Le tropicalisme se réinvente avec des maladies infectieuses dites « émergentes » qui n'ont plus guère à voir avec l'ancienne pathologie exotique. Le différentialisme se libère des propensions évolutionnistes, organicistes et offensantes originelles de la psychiatrie coloniale pour se recréer comme ethnopsychiatrie. L'épidémiologie elle-même se transforme en intégrant de nouvelles questions.

Au-delà de leurs différences, ces quatre approches ont en commun de particulariser les « migrants » en les tenant à part du reste de la population, comme s'ils partageaient des conditions suffisamment communes pour justifier de les distinguer des autres. La question se pose alors : est-il possible de renoncer à la fois à singulariser les migrants et à leur assigner des caractéristiques de santé qui seraient liées à cette singularité ? Les études portant sur les conditions de travail et leurs conséquences sur leur santé montrent que les migrants sont bien plus exposés à des risques et donc

présentent des accidents et des pathologies liés au travail bien plus souvent que les autres travailleurs. Si tel est le cas, alors il faut parler non pas de « santé des migrants », mais de « santé au travail », et mettre leur condition sanitaire en relation non pas avec leur migration en tant que telle, mais avec les pratiques des entreprises qui les pénalisent en raison de leur vulnérabilité sociale. De même, les enquêtes s'intéressant aux problèmes sanitaires dans les campements en différents endroits du monde révèlent la fréquence non seulement des troubles mentaux mais aussi des blessures causées par les violences subies de la part des forces de l'ordre. À considérer ces données, il faut non plus parler, dans ces situations humanitaires, de « santé des migrants », mais peut-être inverser la perspective pour penser, à la place, la « santé de la société » qui traite ainsi celles et ceux qui sont venus y chercher un refuge.

Cours 7 - Épreuves carcérales

Diverses études épidémiologiques portant sur des cohortes d'enfants ayant souffert de saturnisme infantile montrent non seulement des troubles cognitifs et comportementaux avec des retards scolaires, mais aussi la commission plus fréquente de délits à l'adolescence. Bien que ces résultats soient discutés en raison de facteurs dits « de confusion », car les milieux urbains défavorisés sont ceux dans lesquels à la fois l'intoxication au plomb et l'incidence de la délinquance sont plus fréquents, on peut les lire comme un nouvel avatar dans la longue histoire de la relation entre le traitement des troubles psychiques et le traitement des désordres sociaux. Il est en effet remarquable que la prise en charge de la « folie » et des « illégalismes », pour parler comme Michel Foucault, qui en a été l'analyste le plus perspicace, ait été imaginée, dans les dernières années du XVIII^e siècle, sous la même forme, à savoir un enfermement spécifiquement dévolu à chacun, respectivement dans l'asile et dans la prison. Dans les deux cas, la modernisation s'est voulu une humanisation. Il s'est agi de libérer les insensés de leurs chaînes et d'adoucir les peines des criminels. L'asile et la prison ont été pensés comme un progrès moral par rapport à la situation qui prévalait jusqu'alors, avec le mélange des aliénés, des délinquants et des pauvres, en somme tous ceux qui troublaient l'ordre public.

Que les promesses de la psychiatrie asilaire et de l'institution carcérale n'aient pas été tenues et que l'idéal de ceux qui s'efforçaient de les promouvoir n'ait pas été réalisé, il suffit de lire les multiples rapports produits au long du XIX^e siècle sur l'une ou l'autre pour s'en rendre compte. L'humanisation des fous à travers le traitement moral n'a pas eu lieu. L'adoucisement des peines grâce à un enfermement proportionné ne s'est pas produit. Ce qui se passe aux États-Unis pendant l'ère jacksonienne, au début du XIX^e siècle, est à cet égard significatif. Le parallèle entre les philosophies des asiles et des prisons y est remarquable : les fous et les criminels doivent être extraits de leur milieu social délétère ; l'asile et la prison peuvent les remettre dans le droit chemin ; mais il est plus question d'ordre que de médecine, dans un cas, de contrainte que de réhabilitation, dans l'autre. Bientôt il n'est plus question que de coercition tout court. À partir du milieu du XX^e siècle, un double

phénomène se produit. D'un côté, l'institution psychiatrique recule : on enferme moins les aliénés, résultat des avancées thérapeutiques et des évolutions de sensibilité. De l'autre, l'institution pénitentiaire progresse : on condamne toujours plus à la prison, pour des délits de plus en plus mineurs. Sans que l'on puisse parler de phénomène de vases communicants, les études réalisées par les psychiatres montrent la très grande fréquence des affections graves, à commencer par les psychoses, les dépressions, les anxiétés et les addictions parmi les détenus. Le taux de suicide dans les prisons françaises est le plus élevé d'Europe. Même si les conditions matérielles sont très différentes, on se retrouve ainsi, paradoxalement, dans une situation moins éloignée qu'on ne pourrait le penser de celle qui prévalait il y a trois siècles.

Cours 8 - Lectures de la pandémie

Chacun des sujets traités dans les sept premières leçons permet d'éclairer l'une des facettes de la pandémie de Covid, la rendant ainsi intelligible d'une manière plus riche, plus complète, parfois plus inattendue. Les thèmes de la naissance de la santé publique, de la vérité du chiffre, des frontières épistémiques, des thèses conspirationnistes, des crises éthiques, des exils précaires et des épreuves carcérales trouvent en effet une saisissante actualisation dans le contexte pandémique, attestant leur pertinence comme clés de lecture de la santé publique. À l'occasion d'un événement pourtant présenté comme inédit, les pièces déjà découpées d'un puzzle qui avait pu paraître une improbable construction s'emboîtent peu à peu pour donner à cette scène en train de se jouer une forme crédible, avec cette réserve toutefois qu'il s'agit de rendre compte d'une situation en perpétuel développement. Le risque existe dès lors que certaines des analyses se trouvent, avec le temps, invalidées. Pour les chercheurs comme pour les gouvernants, l'actualité de la pandémie, c'est l'épreuve de l'incertitude.

Après avoir repris, illustré et discuté les thèmes des leçons précédentes dans le cas de la crise sanitaire, le cours s'est terminé sur un questionnement qui était celui de la leçon inaugurale : l'inégalité des vies. La réponse à la pandémie a été marquée, dans la plupart des pays, par des mesures imposant une double contrainte : d'une part, une restriction de certaines libertés fondamentales et droits civiques ; d'autre part, une suspension plus ou moins complète de l'activité économique et sociale. Ces mesures, qui se sont manifestées par un confinement strict lors de la première vague épidémique, n'avaient qu'une justification : protéger des vies, notamment celles des personnes âgées et des personnes vulnérables. Il faut prendre la mesure de cette valorisation de la vie. Elle peut sembler aller de soi. Elle est pourtant un fait relativement récent qui marque l'avènement de ce qu'on peut appeler biolégitimité, c'est-à-dire considération de la vie comme bien suprême. Les mesures en découlant ont été critiquées, notamment par des philosophes et des politiciens, soit au nom de leur impact négatif sur la richesse des nations, soit au nom de leurs conséquences sur le sens même de la vie réduite à sa dimension physique.

C'est toutefois un autre type de questionnement qui a été formulé dans le cours. Il s'est agi d'interroger non pas la justesse du choix fait, mais la justice de sa mise en œuvre au regard du principe dont il se revendique, autrement dit, de déplacer l'examen de la politique du confinement du normatif (a-t-on bien fait de la décider ?) vers un descriptif (qu'a-t-on fait en pratique ?). D'importantes inégalités socioéconomiques et ethnoraciales ont en effet été observées, dans plusieurs pays, en termes de taux d'infections et de taux de mortalité. Mais ces inégalités face à l'infection ne représentent qu'une face de la question. Il faut se projeter au-delà du moment pandémique et s'interroger sur les conséquences prévisibles de la crise économique et sociale résultant de la crise sanitaire. Ces conséquences risquent pourtant de demeurer, pour l'essentiel, invisibles. En relation avec des pertes d'emploi, des faillites d'entreprises, des expulsions de logement, de l'augmentation de la pauvreté, de la fragilisation des liens sociaux et de la perception d'une absence de perspectives, leur traduction retardée n'aura guère d'échos dans l'espace public. Il y aura d'abord les vies perdues : morts en excès, que seule la statistique des décès enregistrés révélera plusieurs années après. Il y aura ensuite les vies abîmées, et qui le sont déjà, par les effets au quotidien de la crise. Ultime leçon de la pandémie pour la santé publique : la vie qu'elle doit protéger ne saurait être réduite à la vie physique ; elle est tout autant une vie digne et pleine, politiquement et moralement.

COLLOQUE - VIES INVISIBLES, MORTS INDICIBLES

Comment traite-t-on les vies ? Que fait-on avec les morts ? Ou plutôt : que dit d'une société la manière dont on traite les vies, certaines vies, vies de travailleurs, vies d'exilés, vies de prisonniers, vies rendues vulnérables, inégales ? Et que révèle de ses valeurs la façon dont meurent certains de ces travailleurs, de ces exilés ou de ces prisonniers, dont on les laisse mourir ou dont on les expose à la mort, dont on détourne les yeux de leur condition ou dont se mobilise pour les protéger ? Au fond, qu'est-ce que l'économie morale de la vie et de la mort dans le monde contemporain ? Telles sont les questions que pose ce colloque, questions auxquelles chacun des intervenants et chacune des intervenantes apporte des éléments de réponse.

Questions trop vastes, bien sûr, pour qu'il soit possible d'en restituer la multiplicité et la complexité des dimensions. Trois aspects ont donc été choisis : le travail, l'exil, la prison. Ce choix n'est pas indifférent. Il vise à éclairer des lieux où la précarité des vies est rendue invisible, où la douleur des morts s'avère indicible. Que sait-on des 50 000 vies altérées par les maladies professionnelles et des 700 vies perdues par accidents du travail chaque année, hormis les deux ou trois, en moyenne, qui sont celles de policiers morts en service que déplorent pendant des jours les médias et le gouvernement ? Quelle identité peut-on donner aux 1 426 personnes officiellement disparues en Méditerranée l'an dernier et aux plus de 40 600 hommes et femmes mortes sur le chemin de l'exil en seulement six ans selon l'Office international des migrations, hormis celles du petit garçon syrien, Alan Kurdi, dont le corps sur une

plage turque a ému le monde entier ? Qui évoque même les 130 suicidés qu'enregistrent annuellement en silence les établissements pénitentiaires français et s'interroge-t-on même sur les raisons qui conduisent à ces gestes et sur les faits qui expliquent que la France soit le pays d'Europe où l'on se donne le plus la mort en prison ? D'où le titre de cette rencontre : « Vies invisibles, morts indicibles ».

Le colloque vient conclure une année de la chaire de santé publique du Collège de France. Elle avait commencé par une leçon inaugurale intitulée « L'inégalité des vies ». Y était rappelée l'histoire de l'idée même d'inégalité des vies ; il s'agissait de montrer comment on était passé de la croyance que les différences de longévité étaient le fait de la nature ou de la volonté divine à la mesure statistique des durées de vie moyenne, et progressivement, à la détermination des disparités en fonction des métiers et des revenus, autrement dit à la reconnaissance de la causalité sociale des inégalités de mortalité et d'espérance de vie. Y avait ensuite été discutée la contradiction majeure s'exprimant dans l'affirmation éthique de la vie comme bien suprême dans les sociétés contemporaines et la réalité des différences dans l'évaluation économique des vies en matière d'assurance privée comme de politiques publiques. Se trouvait enfin questionné le principe même de la quantification telle qu'elle se manifeste dans le calcul de l'espérance de vie, ce qui conduisait à en appeler, à partir du cas des femmes et des minorités ethnoraciales, à ce qu'un travail de qualification reconnaisse ce qu'il était possible et légitime d'espérer d'une vie. L'inégalité des vies était demeurée le fil conducteur du cours. Elle l'est encore dans un colloque qui associait histoire, sociologie, anthropologie, et pour conclure, études littéraires.

Sur le premier thème, le travail, sont intervenus Judith Rainhorn et Pascal Marichalar. Judith Rainhorn, historienne, spécialiste d'histoire urbaine et environnementale, est professeure au Centre d'histoire sociale des mondes contemporains à l'université Paris 1 Sorbonne, alors accueillie à la Maison française d'Oxford. Elle est l'auteur d'une remarquable histoire du saturnisme en France, titrée *Blanc de plomb. Histoire d'un poison légal*. Elle a parlé de « la mort lente au travail à l'ère industrielle ». Pascal Marichalar, à l'interface de l'histoire et de l'anthropologie, spécialiste de santé au travail, est chargé de recherche au CNRS à l'Institut de recherche interdisciplinaire sur les enjeux sociaux. Il a écrit *Médecin du travail, médecin du patron ? L'indépendance médicale en question* et le passionnant *Qui a tué les verriers de Givors ? Une enquête de sciences sociales*. Il a traité de « la violence légitime contre les corps au travail ».

Sur le deuxième thème, l'exil, étaient réunies Anne-Claire Defossez et Carolina Kobelinsky. Anne-Claire Defossez, sociologue, est chercheuse dans l'École de sciences sociales de l'Institute for Advanced Study de Princeton, où elle travaille notamment sur les relations entre genre, classe et politique dans les démocraties contemporaines, mais aussi sur les migrations entre l'Italie et la France. Elle est la coautrice de *L'Exil, toujours recommencé. Chronique de la frontière*. Sa présentation avait pour titre : « Dans les Alpes, à la frontière, des vies sont exposées, des vies sont secourues ». Carolina Kobelinsky, anthropologue, est chargée de recherche au CNRS, membre du Laboratoire d'ethnologie et de sociologie comparative, est

médaille de bronze du CNRS pour ses travaux sur les demandeurs d'asile et sur les décès de personnes exilées. Elle a coécrit *Juger, réprimer, accompagner. Essai sur la morale de l'État*. Son intervention s'interrogeait sur ce que signifie « vivre avec les morts des frontières de l'Europe ».

Le troisième et dernier thème de la journée concerne la prison, avec Yasmine Bouagga et moi-même. Yasmine Bouagga, sociologue et politiste, est chargée de recherche au CNRS dans le laboratoire Triangle, à l'École normale supérieure de Lyon. Elle travaille sur la prison et sur les migrations. Elle est l'auteur de *Humaniser la peine. Enquête en maison d'arrêt*. Elle a également écrit un album dessiné *Les Nouvelles de la jungle de Calais*. Fait inhabituel, elle est aussi maire du 1^{er} arrondissement de Lyon. Elle a parlé du « temps de la peine ». Ma contribution à cette section, qui traite du suicide en prison, était intitulée : « Mort physique et mort sociale ».

La conclusion de la journée a été présentée par Marielle Macé, spécialiste de littérature, directrice d'études à l'École des hautes études en sciences sociales, et chercheuse au Centre de recherche sur les arts et le langage. Elle a notamment écrit *Façons de lire, manières d'être, Styles. Critique de nos formes de vie*, et, plus explicitement encore en lien avec le thème du colloque : *Sidérer, considérer. Migrants en France, 2017*.

PUBLICATIONS

OUVRAGES EN TANT QU'AUTEUR

Fassin D., *Death of a Traveller: A Counter Investigation*, trad. par R. Gomme, Cambridge, Polity, 2021.

Fassin D., *Les Mondes de la santé publique. Excursions anthropologiques. Cours au Collège de France 2021*, Paris, Seuil, 2021.

Fassin D., *De l'inégalité des vies*, Paris, Collège de France/ Fayard, coll. « Leçons inaugurales du Collège de France », n° 293, 2020 ; édition numérique : Collège de France, 2020, <https://books.openedition.org/cdf/10078>.

Fassin D., Debomy F. et Raynal J., *La Force de l'ordre. Enquête ethno-graphique*, Paris, Seuil/Delcourt, 2020.

OUVRAGES EN TANT QUE DIRECTEUR

Das V. et Fassin D. (dir.), *Words and Worlds : A Lexicon for Dark Times*, Durham, Duke University Press, 2021.

Di Cosmo N., Fassin D. et Pinaud C. (dir.), *Rebel Economies: Warlords, Insurgents, Humanitarians*, Lanham, Rowman & Littlefield, 2021.

Fassin D. (dir.), *Deepening Divides: How Physical Borders and Social Boundaries Delineates our World*, Londres, Pluto Press, 2020.

ARTICLES SCIENTIFIQUES

Fassin D., « La “santé des migrants” : notes pour une généalogie, *La Santé en action* (dossier *Migrants en situation de vulnérabilité et santé*), vol. 455, 2021, p. 6-10.

Fassin D., « Hazardous confinement during the Covid pandemic: The fate of migrants detained yet nondeportable », *Journal of Human Rights*, vol. 19, n° 5, 2020, p. 621-623.

Fassin D., « Une épreuve démocratique : exception sanitaire et condition carcérale », *Esprit*, vol. 468, 2020, p. 85-88.

Fassin D., « Moment punitif et condition carcérale », *Socio*, 2020, p. 63-72.

Fassin D., « Are the two approaches to moral economy irreconcilable? », *Humanity*, vol. 11, n° 2, 2020, p. 217-221.

AUTRES ARTICLES

Fassin D., « La science économique peut trouver ses limites par défaut de critique épistémologique et par manque d'échanges scientifique », *Le Monde*, 12 juillet 2021.

Fassin D., Héran F. et Spira A., « La solidarité avec les exilés n'est pas un crime ! », *Le Monde*, 25 mai 2021.

Fassin D. et Mannocchi F., « Non basta salvare vite », *L'Espresso*, 16 mai 2021.

Fassin D., « Are woke academics a threat to the French Republic? », *The Guardian*, 12 mars 2021.

Fassin D., « Un vent de réaction souffle sur la vie intellectuelle », *AOC. Analyse-Opinion-Critique*, 23 février 2021.

Fassin D. et Spira A., « À la frontière franco-italienne, l'État commet des violations quotidiennes des droits humains », *Le Monde*, 28 janvier 2021.

Fassin D., « Ce que les suicides en prison veulent dire », *Diasporiques*, vol. 53, 2021, p. 26-31.

Fassin D., « La société jouit du châtiment par délégation », *CQFD. Mensuel de critique et d'expérimentation sociales*, vol. 195, 2021.

Fassin D., « L'écho transatlantique des violences policières », *L'Obs*, 7 juin 2020.

Fassin D., « Avec le coronavirus, notre vision du monde s'est rétrécie comme jamais », *Le Monde*, 26 mai 2020.

Fassin D., « Du coronavirus en Amérique », *AOC. Analyse-Opinion-Critique*, 19 mars 2020.

Fassin D., « L'inégalité des vies en temps d'épidémie », *Libération*, 18 mars 2020.

Fassin D., « Nommer la violence d'État », *Libération*, 28 janvier 2020.

Fassin D., « Vivre autrement », *AOC. Analyse-Opinion-Critique*, 28 janvier 2020.

Fassin D., « L'inégalité la plus profonde est celle devant la vie même », *Le Monde*, 11 janvier 2020.

CONTRIBUTIONS À DES OUVRAGES

Di Cosmo N., Fassin D. et Pinaud C., « Revisiting non-State war economies », in N. Di Cosmo, D. Fassin et C. Pinaud (dir.), *Rebel Economies: Warlords, Insurgents and Humanitarians*, Lanham, Rowman & Littlefield, 2021, p. 1-15.

Fassin D., « What are non-State war economies? Prefatory remarks », in N. Di Cosmo, D. Fassin et C. Pinaud (dir.), *Rebel Economies: Warlords, Insurgents and Humanitarians*, Lanham, Rowman & Littlefield, 2021, p. 19-34.

Das V. et Fassin D., « From words to worlds. Introduction », in V. Das et D. Fassin (dir.), *Words and Worlds: A Lexicon for Dark Times*, Durham, Duke University Press, 2021, p. 1-18.

Fassin D., « Crisis », in V. Das et D. Fassin (dir.), *Words and Worlds: A Lexicon for Dark Times*, Durham, Duke University Press, 2021, p. 261-276.

Fassin D., « Hantologie de la tuberculose », préface, in J. Kehr, *Spectres de la tuberculose. Une maladie du passé au temps présent*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2021.

Fassin D., « Moral economy: A critical reappraisal », in J. Christ et al. (dir.), *Debating Critical Theory: Engagements with Axel Honneth*, Lanham, Rowman & Littlefield, 2020, p. 67-82.

Fassin D., « La valeur des vies. Éthique de la crise sanitaire », in : *Par Ici la sortie. Cahiers éphémères et irréguliers pour saisir ce qui nous arrive et imaginer les mondes de demain*, Paris, Seuil, 2020, p. 3-10.

Fassin D., « À l'épreuve de la pandémie », postface in : *Punir. Une passion contemporaine*, Paris, Seuil, 2020, p. 149-161.

Fassin D., « The political geography and moral economy of asylum », postface in S. Pasquetti et R. Sanyal, *Displacement*, Manchester, Manchester University Press, 2020.

Fassin D., « Après avoir souffert, il faut souffrir encore », préface in F. Violet (dir.), *Souffrance en prison*, Paris, L'Harmattan, 2020.