

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

« PRENDRE SOIN » DE SOI À L'ÈRE DE LA COVID-19 AU QUÉBEC : ANALYSE DE LA  
GOUVERNEMENTALITÉ DANS LE DISCOURS DE L'INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ  
PUBLIQUE DU QUÉBEC

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ

COMME EXIGENCE PARTIELLE

MAÎTRISE EN SOCIOLOGIE

PAR

LÉO LAHAISE

DÉCEMBRE 2025

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL  
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de ce mémoire se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.12-2023). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

## REMERCIEMENTS

Quelques jours avant de commencer mon projet de mémoire, Marcelo Otero nous quittait. Il avait accepté de me diriger alors que j'étais encore inscrit à la maîtrise en sociologie à l'Université de Montréal. Il a été la première personne à m'accueillir, à me faire confiance et à me donner espoir en ce que j'étais capable d'accomplir. Sa bienveillance, son soutien et sa chaleur m'ont fait beaucoup de bien dans un monde qui paraissait alors si froid. Au-delà de l'honneur d'avoir été accepté par un chercheur aussi exceptionnel, j'ai eu la chance d'être accompagné, pendant près d'un an, par un être humain d'une grande beauté. Pour toutes ces raisons, c'est à lui que vont mes premières pensées.

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude à ma directrice, Stéphanie Pache, qui a accepté, dès notre première rencontre, de m'encadrer. Sa rigueur intellectuelle et son attention aux détails m'ont permis de me dépasser et ont grandement contribué à la qualité de ce mémoire. Les commentaires de Dave Poitras sur mon projet de mémoire, ainsi que sur mon mémoire, ont également été très instructifs et d'une grande pertinence. Je dois aussi remercier chaleureusement Sylvie Fortin pour avoir accepté de participer au jury et dont les commentaires ont élevé la qualité intellectuelle de ce travail.

J'ai eu la chance de bénéficier du soutien précieux de quelques ami.es issu.es de différents programmes en sciences humaines qui m'ont offert leur temps, leur savoir et leurs conseils à travers mes demandes de bourses, la rédaction de mon projet de mémoire, de mes chapitres et lors de diverses discussions des plus formatrices. La rédaction d'un mémoire qui porte sur un matériau non-vivant est un exercice particulièrement solitaire. En dehors de leur soutien intellectuel indéfectible, l'amitié de ces personnes m'a ainsi permis de prendre du recul et de penser à autre chose quand j'en avais le plus besoin. Je tiens à les nommer et à les remercier : Félix, Samuel, Maude, Audrey, Martine, Éléonore, Douce, James, merci infiniment pour tout.

Je remercie le Conseil de recherches en sciences humaines (CRSH) pour son apport financier à la rédaction de mon mémoire. Cette aide m'a permis d'accorder plus de temps à ma recherche, et j'en suis très reconnaissant.

J'aimerais finalement remercier ma mère (Mylène) pour sa maison pendant deux hivers consécutifs, son soutien constant et son intérêt pour mon travail. Mon père (Marc-André) pour son toit pendant deux étés consécutifs, sa pensée critique et sa confiance. Et toutes les personnes qui ont contribué, de près ou de loin, à la réalisation de ce mémoire : Thomas, Chloé, Herta, Marc, Papy, Simon, Djibril, l'équipe du Veux-tu une bière ? Parc, Élisabeth, Caleb, Zygmunt, Titi, et bien plus. Leurs encouragements et nos échanges ont été essentiels à l'aboutissement de ce travail.

*Les mots crise et critique ont la même origine. Résoudre une crise suppose un travail critique. Cette connexion est essentielle du point de vue des sciences sociales. Il leur revient de mener cette opération critique pour appréhender ce que signifie ce qu'on appelle crise et ce qu'implique ce qu'on nomme ainsi, alors même que cette désignation tend à suspendre le sens critique, voire à le disqualifier au nom de la nécessité d'intervenir sans délai.*

(Didier Fassin, 2023)

# TABLE DES MATIÈRES

|                                                                                                 |      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| REMERCIEMENTS .....                                                                             | ii   |
| TABLE DES MATIÈRES .....                                                                        | v    |
| LISTE DES ACRONYMES.....                                                                        | viii |
| RÉSUMÉ.....                                                                                     | ix   |
| ABSTRACT .....                                                                                  | x    |
| INTRODUCTION.....                                                                               | 1    |
| CHAPITRE I LA GOUVERNANCE DU « PRENDRE SOIN » DE SOI DANS LA LITTÉRATURE .....                  | 7    |
| 1.1 Michel Foucault et le pouvoir sur la vie.....                                               | 7    |
| 1.2 Transformation de la gouvernance biopolitique dans les <i>governmentality studies</i> ..... | 10   |
| 1.3 « Prendre soin » de soi .....                                                               | 14   |
| 1.4 L'individu dans cette gouvernance néolibérale .....                                         | 18   |
| 1.5 La santé publique .....                                                                     | 21   |
| 1.6 Pandémie et crise de la Covid-19 .....                                                      | 24   |
| 1.7 Problématique.....                                                                          | 27   |
| 1.8 Conclusion.....                                                                             | 29   |
| CHAPITRE II ÉTUDIER LA GOUVERNANCE DU « PRENDRE SOIN » DE SOI : REPÈRES MÉTHODOLOGIQUES.....    | 31   |
| 2.1 Questions de recherche générales et spécifiques.....                                        | 31   |
| 2.2 Méthodologie .....                                                                          | 33   |
| 2.2.1 Construction du corpus.....                                                               | 35   |
| 2.2.2 Lecture et analyse du matériau.....                                                       | 39   |
| 2.2.3 Seconde analyse et limite méthodologique .....                                            | 42   |
| 2.3 Conclusion.....                                                                             | 42   |
| CHAPITRE III AVANT LA CRISE : L'ENVIRONNEMENT RISQUÉ, AU FONDEMENT DE LA GOUVERNANCE .....      | 44   |
| 3.1 Le risque comme catalyseur des recommandations .....                                        | 45   |
| 3.2 L'expansion de l'expertise de la santé publique.....                                        | 48   |
| 3.3 Calculer les risques.....                                                                   | 51   |
| 3.4 Intervenir sur l'environnement afin de gouverner l'individu.....                            | 54   |
| 3.4.1 La promotion de la santé et la prévention des maladies.....                               | 57   |
| 3.5 Vulnérabilité et inégalités sociales .....                                                  | 61   |
| 3.6 Conclusion.....                                                                             | 63   |

|                                                                                                           |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| CHAPITRE IV PENDANT LA CRISE, PREMIÈRE PARTIE : FORME ET SUBSTANCE DE LA GOUVERNEMENTALITÉ .....          | 65  |
| 4.1    Gouverner par l'urgence, dans l'urgence .....                                                      | 66  |
| 4.1.1    Rapidité de la production scientifique.....                                                      | 68  |
| 4.2    Transformation de la gouvernamentalité.....                                                        | 72  |
| 4.2.1    La forme des mesures de santé publique.....                                                      | 72  |
| 4.2.1.1    La restriction par défaut .....                                                                | 76  |
| 4.2.2    Quantité et précision des conduites .....                                                        | 77  |
| 4.2.3    La conduite des travailleur.ses de la santé.....                                                 | 80  |
| 4.2.4    Le contrôle par les biais cognitifs .....                                                        | 81  |
| 4.2.4.1    Le « retour à une vie normale ».....                                                           | 83  |
| 4.2.5    Autonomisation et responsabilisation .....                                                       | 85  |
| 4.3    Conclusion.....                                                                                    | 87  |
| CHAPITRE V PENDANT LA CRISE, DEUXIÈME PARTIE : COMPLEXIFICATION DES DYNAMIQUES DE GOUVERNEMENTALITÉ ..... | 89  |
| 5.1    Sujet et vérité.....                                                                               | 89  |
| 5.2    « Prendre soin » de sa santé mentale.....                                                          | 93  |
| 5.2.1    Distinction des recommandations entre santé mentale et santé biologique .....                    | 95  |
| 5.2.2    Responsabilisation et santé mentale.....                                                         | 97  |
| 5.3    Une nouvelle normalité .....                                                                       | 100 |
| 5.3.1    Corps suspecté, corps dangereux ?.....                                                           | 101 |
| 5.3.2    Corps malade, corps stigmatisé ? .....                                                           | 103 |
| 5.3.3    Exclusion et <i>bio-others</i> : trois groupes stigmatisés pendant la crise.....                 | 105 |
| 5.3.3.1    Les « conspirationnistes » .....                                                               | 105 |
| 5.3.3.2    Les étranger.ères.....                                                                         | 107 |
| 5.3.3.3    Les jeunes.....                                                                                | 110 |
| 5.4    Conclusion.....                                                                                    | 112 |
| CHAPITRE VI APRÈS LA CRISE : RUPTURES ET CONTINUITÉS DANS LA GOUVERNANCE DU « PRENDRE SOIN » DE SOI ..... | 113 |
| 6.1    Le déclin des recommandations .....                                                                | 113 |
| 6.2    Étude de la santé mentale .....                                                                    | 118 |
| 6.3    La vulnérabilité comme levier de gouvernance .....                                                 | 120 |
| 6.4    Mesures structurelles et agentiques.....                                                           | 123 |
| 6.5    Les milieux de soin en ruine .....                                                                 | 125 |
| 6.6    Conclusion.....                                                                                    | 129 |

|                                 |     |
|---------------------------------|-----|
| CONCLUSION .....                | 131 |
| RÉFÉRENCES.....                 | 138 |
| BIBLIOGRAPHIE DU CORPUS.....    | 149 |
| Habitudes de vie, Avant .....   | 149 |
| Habitudes de vie, Pendant ..... | 150 |
| Covid-19, Pendant .....         | 152 |
| Habitudes de vie, Après .....   | 156 |
| Covid-19, Après.....            | 157 |

## **LISTE DES ACRONYMES**

INSPQ : Institut national de santé publique du Québec

OMS : Organisation mondiale de la santé

MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux

TdeS : Travailleur.ses de la santé

SRAS-CoV-2 / Covid-19 : coronavirus du syndrome respiratoire aigu sévère 2

Test PCR : test de dépistage par réaction en chaîne de la polymérase

TETEQ : Travailleur.ses étranger.ères temporaires exempté.es de la quarantaine fédérale

## RÉSUMÉ

Ce mémoire analyse la gouvernementalité du « prendre soin » de soi dans le discours de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), avant, pendant et après la crise de la Covid-19. Il problématise, à l'ère de la crise sanitaire, la conception, largement reprise dans les *governmentality studies*, selon laquelle l'individu contemporain serait façonné par les institutions, tel un acteur responsable et autonome, capable de se maintenir en santé et de « prendre soin » de lui-même. Le matériau de recherche est composé de 86 publications scientifiques publiées au sein de l'INSPQ de janvier 2003 à juillet 2024. À partir de l'étude discursive de ces publications, le mémoire examine comment se déploie le gouvernement du « prendre soin » de soi, en tenant compte de l'exceptionnalité de la crise de la Covid-19 et de ses effets sur certaines thématiques centrales : les milieux de soin, la santé mentale, le savoir expérientiel, la vulnérabilité, les mesures agentiques, etc. La séparation du matériau en trois temporalités (avant, pendant, après) affiche des résultats intéressants. Avant la crise, les mesures recommandées par les expert.es à l'INSPQ ne sont pas axées sur l'autonomisation et la responsabilisation de l'individu, comme ce que suggère la littérature secondaire. Le « prendre soin » de soi est plutôt gouverné par l'entremise de l'environnement. Pendant la crise, les interventions recommandées traduisent les changements que la crise a engendrés. Leur forme, leur quantité et leur rigueur changent. Au final, la gouvernance du « prendre soin » de soi est assujettie par des contraintes extérieures. Après la crise, les expert.es cessent de recommander, sauf dans les milieux de soin, où la crise semble encore persister. En somme, la gouvernementalité du « prendre soin » de soi n'est pas figée, elle apparaît comme une construction complexe et plurielle en fonction des facteurs qui la font naître : le contexte, le savoir mobilisé, les populations concernées, les moyens utilisés pour intervenir, ou encore les principes qui la régissent.

Mots clés : Covid-19, gouvernementalité, « prendre soin » de soi, santé publique, Michel Foucault, crise, analyse discursive, risque, vulnérabilité, production scientifique, savoir, pouvoir et vérité, autonomie et responsabilité, santé mentale, stigmatisation, milieux de soin.

## ABSTRACT

This thesis analyses the governmentality of “taking care” of oneself in the discourse of the Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) before, during and after the COVID-19 crisis. It questions, in the context of the health crisis, the assumption, widely adopted in *governmentality studies*, that contemporary individuals are shaped by institutions as responsible and autonomous actors, capable of maintaining their own health and “taking care” of themselves. The research material consists of 86 scientific publications released by the INSPQ between January 2003 and July 2004. Based on a discursive study of these publications, the thesis examines how the government of “taking care” of oneself is deployed, taking into account the exceptional nature of the Covid-19 and its effect on several core themes: healthcare settings, mental health, experiential knowledge, vulnerability, agential measures, etc. The separation of the material into three temporalities (before, during, after) reveals notable findings. Before the crisis, the measures recommended by the INSPQ’s experts were not focused on autonomizing and responsabilizing individuals, as suggested by secondary literature. “Taking care” of oneself was instead governed through the environment. During the crisis, the recommended interventions reflect the transformations brought about by the crisis. Their form, volume, and rigor change. Ultimately, the governance of “taking care” of oneself is constrained by external pressure. After the crisis, experts largely ceased making recommendations, except in healthcare settings, where the crisis still seems to persist. In short, the governmentality of “taking care” of oneself is not fixed; it appears as a complex and multifaceted construct depending on the factors that give rise to it : the context, mobilized knowledge, populations concerned, modes of intervention, and the principles that govern it.

Keywords: Covid-19, governmentality, “taking care” of oneself, healthcare, Michel Foucault, crisis, discursive study, risk, vulnerability, scientific production, knowledge, power and truth, autonomy and responsibility, mental health, stigmatization, healthcare settings

## INTRODUCTION

Le coronavirus du syndrome respiratoire aigu sévère 2 (SRAS-CoV-2), d'abord identifié en Chine dans la ville de Wuhan vers la fin de l'année 2019, a été à l'origine de la pandémie de la Covid-19. En l'espace de quelques mois, le temps d'un court hiver, le virus s'est répandu de l'est en ouest du globe. Il a mis en lumière les failles de nombreux systèmes de santé en Asie et en Europe avant de mettre en péril, inévitablement, celui du Québec. Surcharge de la demande de soin en milieux de santé, pénurie de personnel et de matériel médical, explosion des cas d'hospitalisation et de décès liés à la maladie provoquée par le virus, flou politique et économique en matière de décisions et de financement, sont tous des facteurs qui ont tapissé le système de santé au point culminant de la pandémie.

Plongée de force dans ce nouvel environnement jonché d'instabilité, la population québécoise a vu son mode de vie radicalement se transformer pendant plus de trois ans. Un nouveau vocabulaire, une nouvelle manière de travailler, de se nourrir, de s'adresser aux autres, de sentir son corps, de prendre soin des autres et de prendre soin de soi-même ont imprégné notre existence, pendant, et même après, la crise. C'est depuis cette observation qu'est née ma curiosité sociologique et ma motivation à entreprendre un mémoire de maîtrise en sociologie. Je me suis alors concentré sur la notion de « prendre soin ». Pendant la pandémie, les citoyen.nes québécois.es ont été confronté.es non seulement au virus de la Covid-19, mais également à la précarité de leur corps. Individuellement et collectivement, notre corps n'était pas suffisamment armé pour combattre un virus aussi extrême et virulent. Menacée par des symptômes violents pouvant entraîner l'hospitalisation, voire le décès pour certain.es, la population a été contrainte d'accueillir d'anciennes et nouvelles mesures sanitaires dans son quotidien. Les citoyen.nes se sont alors engagé.es, volontairement pour certain.es, avec réticence pour d'autres, à adopter de nouvelles manières de prendre soin d'ell.eux-mêmes.

Ce qui a rendu le coronavirus aussi dangereux, et la raison pour laquelle se sont imposées des mesures sanitaires, étaient sa capacité virale à l'échelle de la population. Désormais, plus personne n'en était à l'abri en présence d'autres humains. Les interactions devaient être contrôlées, réduites à leur fonction primaire. Entrer en relation physique avec quelqu'un.e pouvait devenir dangereux pour les citoyen.nes, mais à plus grande échelle, pour la population entière. La façon dont l'individu

« prenait soin » est alors devenue profondément individuelle, mais elle avait pour finalité la santé collective. Il fallait freiner le potentiel de viralité du virus, et cela s'est matérialisé par la mise en place de mesures sanitaires s'attaquant précisément à l'interaction physique entre deux personnes et plus : confinement, port du masque obligatoire dans les lieux publics intérieurs, distanciation physique obligatoire, interdiction des rassemblements publics, nombre maximal d'individus par type de lieu, couvre-feu, quarantaine et isolement en cas de doute d'infection, passeport vaccinal, l'essor du télétravail, et bien plus. Accueillies comme solutions à la surcharge dans les hôpitaux et à la dangerosité du virus, ces mesures ont construit une nouvelle manière de « prendre soin » de soi-même, c'est-à-dire, de se maintenir en santé face au risque que représentait l'interaction avec n'importe quel autre individu : ami, caissier.ère, parent, piéton.ne, collègue, etc.

Dans la littérature scientifique en sciences sociales, les chercheur.ses qui étudient la santé publique avancent d'ailleurs depuis longtemps que l'individu contemporain serait façonné par les institutions, tel un acteur responsable et autonome, capable de se maintenir en santé et « prendre soin » de lui-même : « [le néolibéralisme] représente les individus comme des créatures rationnelles et calculatrices, dont le degré d'autonomie morale dépend de leur capacité à « prendre soin » d'eux-mêmes (Brown, 2004, p. 88); La naissance de cette identité citoyenne qui prend en compte et protège sa santé s'ajouterait d'une « conscientisation de ses responsabilités de prendre soin de soi-même<sup>1</sup> » (Nettleton et Bunton, 1995, p. 48). Replié sur lui-même, l'individu contemporain occidental serait ainsi responsable de s'éduquer en matière de santé, ce qui lui permettrait de devenir autonome, dans une certaine mesure, face à sa propre santé. « Prendre soin » de lui-même serait un processus actif dans lequel l'acteur, tel un entrepreneur, aurait la tâche individuelle qu'on attend de lui collectivement, d'accumuler un capital santé, de manière à assurer son bien-être physique et mental (Rose, 1996, p. 151). La notion de « prendre soin » de soi s'avère donc à priori, tant dans la littérature scientifique en sciences sociales, que dans le contexte sanitaire de la Covid-19, un moyen idéal de situer le rapport que l'individu contemporain a avec sa santé. C'est la raison pour laquelle je le mobilise comme thématique principale du mémoire. J'ai ensuite

---

<sup>1</sup> « awareness of their responsibility to care for themselves ». Nettleton, Sarah et Bunton, Robin. (1995). Sociological critiques of health promotion. Dans Robin Bunton, Sarah Nettleton et Roger Burrows (dir.), *The sociology of health promotion: critical analyses of consumption, lifestyle and risk* (p. 41-58). Routledge. Ma traduction.

cherché à distinguer les déterminants du « prendre soin » de soi pendant la crise sanitaire de la Covid-19.

Afin de soulever les conditions d'existence du « prendre soin » de soi, soit ce qui peut provoquer qu'un individu soit collectivement amené à exercer des moyens de se maintenir en santé, j'ai tenté d'en identifier la source. Expert québécois de Michel Foucault, Marcelo Otero explique que les travaux de Foucault ont démontré que les « transformations des pratiques de soi sont allées dans le sens d'une gouvernementalisation croissante par les effets complexes des dispositifs de la sexualité, de la santé, de la médecine et même de la loi » (Otero, 2021, p. 205). J'ai alors réduit ma recherche aux dispositifs de pouvoir de la santé et comment ceux-ci peuvent gouverner la conduite du « prendre soin » de soi. C'est en ce sens que j'ai focalisé ma recherche sur la santé publique, avec l'hypothèse qu'elle était à l'origine de la gouvernance du « prendre soin » de soi pendant la crise sanitaire. La santé publique au Québec est quelque peu morcelée : nous la retrouvons dans le Ministère de la Santé et des Services sociaux, dans les établissements publics dispensant des services de santé publique, chez les partenaires nationaux, régionaux et locaux du secteur de la santé et des services sociaux, et des divers instituts de recherche, dont l'INSPQ, l'INESSS, ou encore le CSBE. Pour des raisons sur lesquelles je reviendrai dans le premier et le deuxième chapitre, je me suis centré sur l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Jusqu'ici, la construction de l'étude s'est alors élaborée à partir d'hypothèses théoriques : que la conduite du « prendre soin » de soi représenterait le rapport archétypal que la population a par rapport à la santé, que ce rapport se serait modifié pendant la pandémie de la Covid-19 à partir des mesures sanitaires, et ce, depuis une mutation de la gouvernance de l'INSPQ dans son discours.

J'emprunte enfin à Michel Foucault, le concept de « gouvernementalité » (Foucault, 2004a, p. 17), qui est un processus de gouvernance que l'auteur définit très largement comme « la manière dont on conduit la conduite des hommes » (Foucault, 2004a, p. 192). La gouvernementalité est originellement développée par Foucault comme un outil d'observation des relations de pouvoir : il « n'est pas autre chose qu'une proposition de grille d'analyse pour ces relations de pouvoirs » (Foucault, 2004a, p. 192). La gouvernementalité s'applique précisément aux rapports de pouvoir dans les techniques de soi (Lorenzini, 2023, p. 29), c'est-à-dire l'ensemble des pratiques par lesquelles les individus effectuent « un certain nombre d'opérations sur leur corps, leurs pensées, leurs conduites, leur mode d'être ; de se transformer » (Foucault, 2001, p. 1604). La conduite du

« prendre soin » de soi est elle-même une technique de soi que la gouvernementalité permet de capter. À partir du concept de gouvernementalité, je suis donc en mesure de retracer le processus par lequel passe la conduite de l'INSPQ sur la conduite du « prendre soin » de soi de la population.

Dans le premier chapitre, j'aborde plus en profondeur les principaux concepts et thématiques théoriques au centre de mon étude à partir de la littérature scientifique. Le chapitre s'ouvre sur la conception du pouvoir sur la vie et la biopolitique chez Michel Foucault. Je développe par la suite une analyse de la gouvernementalité en la croisant au contexte politique du néolibéralisme afin d'en faire émerger un point de focale que je mobilise dans la suite du chapitre. Je présente également le « prendre soin » de soi en le distinguant du « souci de soi » chez Michel Foucault, je le définis, puis je relève la limite épistémologique que représente son étude à partir du concept de gouvernementalité. J'esquisse ensuite un cours portrait de l'individu à partir des thématiques précédemment abordées. Je présente l'histoire de la santé publique au Québec jusqu'à l'INSPQ. Enfin, j'élabore des théories quant à la crise sanitaire et à ce qu'elle peut représenter en sociologie. Je termine en mettant en lumière la problématique centrale de mon mémoire.

Le deuxième chapitre explore mes questions de recherche, ainsi que les repères méthodologiques. Dans mon mémoire, je me pose la question générale : *En quoi la santé publique a transformé la conduite de la santé de la population dans le contexte de la crise sanitaire de la Covid-19 au Québec ?* La suite du chapitre porte sur la construction, la lecture, l'analyse et les limites méthodologiques associées à mon matériau de recherche. Dans le chapitre, j'expose également plus clairement le rôle et le pouvoir de l'INSPQ dans le paysage de la santé publique au Québec.

La division de mon matériau en trois temporalités a guidé l'écriture de mes chapitres. C'est pourquoi le troisième chapitre traite de « l'avant-crise ». J'y analyse les publications de l'INSPQ rédigées avant la crise de la Covid-19. Avant la pandémie, le discours de l'INSPQ était centré sur la notion de risque, un concept utilisé pour légitimer l'étude d'un enjeu et recommander des interventions. C'est d'ailleurs sur la base du risque que, dans son histoire, la santé publique en Occident a connu une expansion. Ce que j'appelle le « calcul des risques » orientait également la prise de décision dans le discours de l'INSPQ. Le deuxième axe central de ce discours avant la crise réside dans l'importance accordée à l'environnement, qui sous-tend la majorité des recommandations de l'INSPQ. C'est dans cette optique que je soutiens que la gouvernance du

« prendre soin » de soi repose sur l'environnement, influençant ainsi la manière dont la population est autonomisée et responsabilisée. Le chapitre se conclut en abordant les inégalités et la vulnérabilité, et comment celles-ci ont des effets sur la gouvernance de la population.

On retrouve l'analyse du matériau « pendant la crise » dans les chapitres 4 et 5. Le quatrième chapitre s'adresse précisément à l'analyse de la gouvernance. J'y aborde l'urgence, et comment elle a des effets particuliers sur le discours. Je fais ensuite état d'une transformation massive de la gouvernance à travers la recommandation d'interventions de santé publique. Les conduites recommandées se modifient au niveau de la forme, en quantité, et elles se précisent également à des domaines plus recherchés. Les travailleur·ses de la santé sont l'objet d'une gouvernance distincte. Le contrôle de l'INSPQ a fait appel aux biais cognitifs et à l'idéal d'un « retour à la vie normale ». L'autonomie et la responsabilité individuelle sont enfin reconceptualisées pendant la crise.

Le cinquième chapitre s'aventure dans des thématiques plus larges. J'analyse le rapport de la subjectivité à la vérité, en la relativisant à l'aide d'une analyse du pouvoir et en démontrant comment elle est représentée en fonction du contexte et de la population qui y a recours. J'étudie ensuite la santé mentale à l'aide, entre autres, du concept de responsabilisation. Cela m'offre la possibilité de mettre en lumière la distinction qui se trouve entre le « prendre soin » de sa santé mentale et le « prendre soin » de sa santé physique dans le discours de l'INSPQ. Je soulève finalement une nouvelle normalité associée à la santé. Le corps devient lui-même dangereux, certains corps sont stigmatisés, et les plus dangereux sont exclus.

Je me suis permis dans le sixième chapitre, cinq années après le début de la pandémie, de mettre de l'avant un portrait de « l'après-crise ». Cette période est marquée par la fin des recommandations. Je propose alors deux explications à cette observation : l'érosion de la confiance et la nécessité grandissante de preuves solides pour avancer des résultats concluants. Je réexamine également certaines thématiques des chapitres précédents et leur évolution dans le discours : la santé mentale, la vulnérabilité et les mesures structurelles et agentiques. Je termine le chapitre en présentant les milieux de soin, secteur isolé de la population, dans lequel la crise semble encore persister.

Dans la conclusion, je reviens sur la gouvernementalité du « prendre soin » de soi dans le discours de l'INSPQ et j'en trace un portrait général qui s'appuie sur les trois temporalités étudiées.

# CHAPITRE I

## LA GOUVERNANCE DU « PRENDRE SOIN » DE SOI DANS LA LITTÉRATURE

La gouvernance du « prendre soin » de soi trouve ses origines dans la littérature scientifique, notamment dans l'héritage foucauldien en sociologie. Elle est issue d'un bricolage théorique qui mobilise deux notions centrales forgées par Michel Foucault vers la fin de sa vie : la gouvernementalité et le souci de soi. Intimement liés, ces concepts n'ont néanmoins jamais été explicitement articulés par l'auteur. Ce premier chapitre vise à poser les fondements théoriques de l'étude. Il s'agit de construire un cadre d'analyse qui permettra de problématiser sociologiquement la gouvernance du « prendre soin » de soi en contexte de crise de la Covid-19, dans le discours de l'INSPQ. Dès les premières pages, j'associe le concept de gouvernementalité au contexte politique dans lequel il s'inscrit, c'est-à-dire le néolibéralisme, tel qu'il est analysé par plusieurs auteur.ices contemporain.es. Cette lecture constitue le fil rouge du chapitre. Progressivement, depuis la perspective de la gouvernance néolibérale, j'examine les thématiques centrales de la recherche, à savoir : le « prendre soin » de soi, l'individu contemporain, la santé publique, puis la crise. L'analyse théorique proposée permet ainsi de faire émerger en fin de chapitre une problématique articulant la gouvernance néolibérale du « prendre soin » de soi dans le discours de la santé publique à partir de la crise de la Covid-19.

### 1.1 Michel Foucault et le pouvoir sur la vie

Michel Foucault était un intellectuel français extrêmement prolifique. Il portait, et portera après son décès en 1984, plusieurs chapeaux : philosophe, sociologue, historien, psychologue, etc. Après ses recherches sur la folie, le regard médical, les sciences humaines, la mort de l'homme et la société disciplinaire, pour ne nommer que ces thèmes, Foucault revient dans *La volonté de savoir* (1976) avec une nouvelle conception du pouvoir. Au cours de sa carrière, l'auteur mettra d'ailleurs de l'avant de nombreuses formes de pouvoir, toujours dépendantes d'un contexte social et historique particulier. Au moyen-âge, à l'âge classique, par exemple, le pouvoir prendrait la forme de lois, tandis que, dans la société contemporaine, ce serait sous la forme de normes qu'il apparaîtrait (Gros, 2017, p. 67-68). C'est ce que Foucault avançait dans *Surveiller et Punir* (1975)

et dans ses divers écrits et discours qu'on peut retrouver dans *Dits et écrits* dans la première moitié des années soixante-dix.

Frédéric Gros, philosophe français dont les travaux ont largement porté sur l'œuvre de Michel Foucault, explique néanmoins que dans *La volonté de savoir*, Foucault présentait un nouveau type de pouvoir, le biopouvoir, qui se manifestait par le « refus de ne considérer le pouvoir que comme instance répressive » (Gros, 2017, p. 80) et qui avait pour objet « non plus la terre et les richesses, ni le corps des individus, mais la vie même des populations » (Gros, 2017, p. 80-81). Le biopouvoir est un concept clé de l'analyse sociologique de la vie. Nous le retrouvons pour la première fois dans *La volonté de savoir* (Foucault, 1976, p. 184). Brièvement, il est un pouvoir sur la vie : il « se situe et s'exerce au niveau de la vie, de l'espèce, de la race et des phénomènes massifs de population » (Foucault, 1976, p. 180). Pour Foucault, ce pouvoir aurait pris la place de ce qu'il nomme l'ancien « pouvoir souverain » (Foucault, 1976, p. 177). Ce dernier se caractérisait par la suprématie d'un chef et se présentait comme un « droit de prise sur les choses, le temps, les corps et finalement la vie [culminant] dans le privilège de s'en emparer pour pouvoir la supprimer » (Foucault, 1976, p.179). Alors que le pouvoir souverain se faisait au nom du souverain, le biopouvoir se ferait désormais au nom de la population (Foucault, 1976, p.180). Dans ce contexte, l'État se donne le devoir de gérer, calculer, maîtriser et contrôler la vie de la population. Michel Foucault affirmait d'ailleurs qu'à partir de la naissance du biopouvoir, la légitimité de l'État moderne et de ses institutions reposait, entre autres, sur sa capacité à maintenir en vie sa population. Cette dernière récupère d'une certaine manière la divinité autrefois accordée au souverain. Foucault conceptualisait ce passage d'un pouvoir « souverain » à un « biopouvoir » par cette désormais célèbre citation : « au vieux droit de faire mourir ou de laisser vivre s'est substitué un pouvoir de faire vivre ou de rejeter dans la mort » (Foucault, 1976, p.181). En conclusion, le pouvoir serait relationnel, omniprésent et multiple. Il se retrouve dans toutes les interactions et organise la société en fonction d'un objectif commun. Dans le cadre du biopouvoir, l'objectif commun est la santé de la population. La création des pilules contraceptives ou l'investissement dans le fitness sont des exemples concrets du biopouvoir.

Le concept de gouvernementalité introduit une nouvelle définition du pouvoir. Frédéric Gros explique que « la notion de pouvoir, telle que Foucault la pensait dans la première moitié des années 1970, comprenait des savoirs et des subjectivités comme autant de points d'inscription passifs »

(Gros, 2017, p. 84). Le « pouvoir » chez Foucault produisait donc des individus et des vérités sans que ces éléments soient interreliés les uns aux autres. Toutefois, la notion de gouvernementalité exposera « l'idée d'une articulation entre des formes de savoir, des relations de pouvoir et des processus de subjectivation, comme autant de plans distincts » (Gros, 2017, p. 84). Frédéric Gros explique que cette notion permet ainsi de capter les formes de vérité, les rapports entre individus et les rapports à soi non plus comme des prolongements du pouvoir, mais comme des organes sur lesquels s'appuie le dispositif de gouvernementalité pour fonctionner. En résumé, la gouvernementalité complexifie l'ancienne définition du pouvoir de manière à retracer la fonction d'organes distincts qui servent de conducteurs, et parfois d'oppositions, au pouvoir. La vérité médicale avancée par l'INSPQ ou le savoir « expérientiel » de son propre corps, avancée, par exemple, par les « long haulers<sup>2</sup> », ainsi que des comportements précis comme le port du masque sont tous des véhicules à travers lesquels passent le pouvoir et qui peuvent être captés et sociologisés par le concept de gouvernementalité.

Dans sa leçon du 9 janvier 1980 du cours *Du gouvernement des vivants*, Foucault avancera une définition du « gouvernement » qui dépassera, c'est ce qu'il avance, la notion de pouvoir :

Cette notion de gouvernement qui me paraît être beaucoup plus opératoire que la notion de pouvoir, « gouvernement » étant entendu bien sûr, non pas au sens étroit et actuel d'instance suprême des décisions exécutives et administratives dans les systèmes étatiques, mais au sens large, et ancien d'ailleurs, de mécanismes et de procédures destinés à conduire les hommes, à diriger la conduite des hommes, à conduire la conduite des hommes (Foucault, 2012, p. 13-14)

Pour Marcelo Otero, sociologue québécois et expert de Michel Foucault, le concept de gouvernementalité est une notion clé de l'œuvre de Michel Foucault, car elle permet l'éclaircissement des « dimensions politiques qui traversent les populations et leur existence sociale » (Otero, 2021 : 120). D'où le rapprochement que le sociologue établissait entre ce concept et la biopolitique, le premier permettant une certaine grille d'analyse de la seconde (*Ibid.*). La biopolitique, différente du biopouvoir, est un régime politique qui se concentre sur la vie de la population. Didier Fassin, anthropologue et sociologue de la santé et professeur au Collège de France, définit d'ailleurs la biopolitique comme « une politique des populations, celle qui mesure

---

<sup>2</sup> Individus qui se subjectivent en tant qu'ils sont atteints par le syndrome de la covid longue et qui luttent pour la reconnaissance sociale et médicale de la maladie (Callard et Perego, 2021)

et régule, construit et produit des collectivités humaines à travers des taux de mortalité [...], des règles d'hygiène et des contrôles de flux migratoire » (Fassin, 2007, p. 36). Le dénombrement quotidien des décès liés à la Covid-19 dans la presse, l'imposition et l'emploi de règles d'hygiène, comme le couvre-feu, la distanciation sociale et les restrictions appliquées aux frontières, sont tous des exemples de comment et sur quoi s'applique la biopolitique.

D'après Laurent Jeanpierre, chercheur français en sociologie politique, la pertinence de la notion de gouvernementalité réside dans le dépassement des rapports de domination, de privation, de bataille ou de conflit comme seules formes de relation de pouvoir (Jeanpierre, 2007, p. 90). En effet, le pouvoir, que je nomme gouvernementalité, n'intervient plus uniquement comme une forme d'assujettissement et de contrainte. Il s'insère plutôt dans la vie de tous les individus et les conduit de manière implicite et consentante. Le concept de gouvernementalité est intimement associé à l'analyse sociologique du néolibéralisme dans les « *governmentality studies* » (Jeanpierre, 2007, p. 89). Foucault le premier, adoptera le concept dans son analyse du néolibéralisme. J'y reviendrai, mais le néolibéralisme, comme régime politique, possède un pouvoir de construction du réel : il réorganise l'ensemble de la vie sociétale. La gouvernementalité, puisqu'elle permet de capter le chemin conceptuel par lequel passe la conduite des conduites, s'avère ainsi pertinente à l'analyse du néolibéralisme. Il est possible de penser que le néolibéralisme pourrait avoir des effets importants sur la gouvernementalité dans le discours de l'INSPQ, du moins avant la crise. Pour cette raison, il semble nécessaire d'aborder la littérature sociologique du néolibéralisme et de la croiser aux enjeux de la gouvernementalité, de la santé publique et du « prendre soin » de soi. Cela pourrait permettre d'alimenter et de structurer l'analyse de la gouvernementalité du « prendre soin » de soi dans le discours de l'INSPQ.

## 1.2 Transformation de la gouvernance biopolitique dans les *governmentality studies*

Dans *Naissance de la biopolitique*, en 1978-1979, Michel Foucault élabore en fait sur la naissance du libéralisme, qui est pour lui le facteur premier de la naissance de la biopolitique : « il m'a semblé qu'on ne pouvait pas dissocier ces problèmes du cadre de rationalité politique [biopolitique] à l'intérieur duquel ils sont apparus [libéralisme] et ont pris leur acuité » (Foucault, 2004a, p. 323). Dans son sens le plus large, le libéralisme, né vers la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle, est une doctrine politique qui se fonde sur « la reconnaissance de la liberté individuelle » (Salin, 2000), d'après l'économiste

français Pascal Salin. Foucault aborde le libéralisme comme une « technologie du pouvoir » (Foucault, 2004b, p. 50) qui s'insère dans la matérialité de l'existence sociale. Son principe fondamental, nous rappelle le sociologue et historien des sciences Jérôme Lamy, réside dans la « limitation de l'art de gouverner » (Lamy, 2014, p. 59). Le libéralisme s'oppose ainsi à l'interventionnisme arbitraire. Il privilégie plutôt « l'ordre naturel » (Lamy, 2014, p. 63) des choses aussi longtemps que les droits et libertés individuels restent intacts. Nikolas Rose, sociologue anglais et penseur important des *governmentality studies*, qualifie le mode de gouvernance du libéralisme de « politique de la santé<sup>3</sup> » (Rose, 2007, p. 3), qu'il associe à l'État providence. Dans un autre ouvrage, cet auteur expliquait, qu'en raison de sa lourde et inefficace bureaucratie, son essence condescendante et patriarcale, la restriction de certaines libertés et sa difficulté à réduire les inégalités, ce mode de gouvernementalité laissera peu à peu sa place à la gouvernementalité néolibérale (Rose, 1996, p. 165). Le passage de la gouvernementalité libérale à la gouvernementalité néolibérale ne sous-entend néanmoins pas la disparition de la biopolitique en tant que telle, mais bien de l'absorption de la biopolitique du libéralisme par la biopolitique néolibérale. Rose expose ce passage de l'une à l'autre :

Les citoyens n'ont maintenant plus besoin d'instructions de la part des autorités « politiques » sur la manière de se conduire soi-même et réguler leur vie quotidienne. Nous pouvons désormais être gouvernés par les choix que nous ferons nous-mêmes, sous la direction des autorités culturelles et cognitives, dans un espace de liberté réglementée, dans notre recherche individuelle du bonheur, de l'estime de soi et de la réalisation de soi, pour l'accomplissement de notre soi autonome. <sup>4</sup> (Rose, 1996, p. 166).

Accueilli donc, comme solution aux problèmes engendrés par le libéralisme, le néolibéralisme s'attaque principalement à l'interventionnisme du libéralisme. Le néolibéralisme se caractérise ainsi par une diminution drastique de l'interventionnisme étatique qui se structure désormais autour d'une « conception du marché, centrée sur la concurrence » (Dardot et Laval, 2010, p. 153), et ce, à tous les niveaux : social, économique, médical, etc. Le néolibéralisme se développe en Occident

---

<sup>3</sup> « politics of health ». Rose, Nikolas S. (2007). *Politics of life itself: biomedicine, power, and subjectivity in the twenty-first century*. Princeton University Press. Ma traduction.

<sup>4</sup> « citizens now are no longer thought to need instruction by 'political' authorities as to how to conduct themselves and regulate their everyday existence. We can now be governed through the choices that we will ourselves make, under the guidance of cultural and cognitive authorities, in the space of regulated freedom, in our individual search for happiness, self-esteem, and self-actualization, for the fulfillment of our autonomous selves ». Rose, Nikolas. (1996). *Governing enterprising individuals*. Dans *Inventing our Selves: Psychology, Power, and Personhood* (1<sup>re</sup> éd., p. 150-168). Cambridge University Press. Ma traduction.

autour des années 1970-1980 (Dardot et Laval, 2010, p. 356). Plus que des politiques économiques et sociales, il est, selon Pierre Dardot et Christian Laval, le premier philosophe et le second sociologue, une rationalité dominante aujourd'hui (Dardot et Laval, 2010, p. 6). Appliquer au néolibéralisme le concept de rationalité met en lumière son pouvoir de structuration et d'organisation de « l'action des gouvernements, jusqu'à la conduite des gouvernés eux-mêmes » (Dardot et Laval, 2010, p. 10). Le néolibéralisme intervient alors comme un producteur de normes. Il s'ancre dans la vie quotidienne de la population à la manière d'une norme. La norme néolibérale se centre sur la compétition généralisée, elle « somme les populations d'entrer en lutte économique les unes contre les autres, elle ordonne les rapports sociaux au modèle du marché, elle transforme jusqu'à l'individu, appelé désormais à se concevoir comme une entreprise. » (Dardot et Laval, 2010, p. 5) Dans *La nouvelle raison du monde*, Dardot et Laval établissent de nombreuses distinctions quant à la « gouvernementalité néolibérale relativement à la gouvernementalité libérale » (Dardot et Laval, 2010, p. 15). Ni héritier, ni rupture d'avec le libéralisme, le néolibéralisme serait une solution au libéralisme : il serait capable de résoudre les problèmes bureaucratiques préalablement engendrés par le libéralisme (Dardot et Laval, 2010, p. 21).

Une distinction importante entre le libéralisme et le néolibéralisme se retrouve dans le rôle de la liberté : liberté comme le pouvoir, détenu par chaque citoyen.ne, d'accomplir librement son existence. Dans les deux modèles, tant au niveau politique, qu'économique, la liberté conduit les conduites. Dans la lecture du libéralisme qu'en fait Foucault, l'État se donne le rôle d'assurer la liberté de chaque individu, limitant, par ce fait même, la liberté de tous. Il explique que l'

art de gouverner formé au XVIII<sup>e</sup> siècle, implique en son cœur un rapport de production/destruction avec la liberté. Il faut d'une main produire la liberté, mais ce geste même implique que, de l'autre, on établisse des limitations, des contrôles, des coercitions, des obligations appuyées sur des menaces, etc. (Foucault, 2004a, p. 65)

Dans la gouvernementalité néolibérale, les individus deviennent davantage « acteurs » et responsables de leur liberté. En effet, c'est en donnant la liberté aux individus que l'État les contrôle : « C'est par leur liberté que les sujets néo-libéraux sont contrôlés [...] en raison de la moralisation néo-libérale des conséquences de cette liberté » (Brown, 2004, p. 89). Les individus agissent alors en tant qu'entrepreneurs libres et sont aussi bien responsables de leurs conduites que de ce qu'il leur arrive (Martuccelli, 2004, p. 479). C'est ce que Danilo Martuccelli, sociologue

français, nomme le « modèle de pilotage par les conséquences » (Martuccelli, 2004, p.480). Pour reprendre la définition de la biopolitique foucaldienne que proposait Didier Fassin, il ne serait plus question de règles d'hygiène ou de contrôle de flux migratoires à partir desquels, entre autres, l'État assurait la liberté des individus. Le contrôle s'effectuerait davantage par des processus moralisateurs à l'égard d'individus libres. Les avertissements sur les paquets de cigarettes en sont un exemple. Les citoyen.nes seraient libres de faire les choix qu'ils veulent faire, comme fumer une cigarette, mais responsables moralement des conséquences de ces choix : ils seraient alors responsabilisé.es individuellement s'ils sont atteint.es d'un cancer de la bouche ou du poumon. Bref, la littérature scientifique fait état d'un glissement, d'un État libéral maîtrisant l'économie de la liberté dans ses relations avec les individus, vers un État néolibéral qui gouverne les acteur.ices par leur propre liberté.

Plus qu'économique et politique, la gestion néolibérale aurait transformé l'ensemble des domaines étatiques, notamment de la santé. Brian Brown, professeur en communication en santé à Leicester, et Sally Baker, anciennement candidate au doctorat en sciences sociales au Pays de Galles, notent à cet égard une transformation des services de santé et de protection sociale liées à l'essor du néolibéralisme (Brown et Baker, 2012, p. 28). Les auteur.ices nomment, entre autres, la désinstitutionalisation des soins de santé, la privatisation des services de santé, l'adoption d'une forme de clientélisme en santé, l'adoption du modèle d'utilisateur-payeur et la promotion d'un.e citoyen.ne plus actif.ve, « rationnel.le, indépendant.e et entreprenant.e [...] responsable de son 'prendre soin de soi'<sup>5</sup> » (Brown et Baker, 2012, p. 28). Dans une dimension similaire, ces mutations peuvent avoir eu des effets importants sur la subjectivité contemporaine et sur la manière de « prendre soin » de soi. Bien que l'État néolibéral soit toujours engagé dans la santé de la population, il semble que la réduction de l'interventionnisme étatique, par rapport à la biopolitique libérale, aurait produit de lourds changements sur l'individu. Le.la citoyen.ne deviendrait alors maître.sse de la gestion de sa santé et, à l'image de l'État néolibéral, se réincarnerait en entrepreneur.se — de sa vie biologique (Brown et Baker, 2012, p. 55). Je reviendrai sur les représentations de l'individu dans ce contexte néolibéral un peu plus loin. Les changements engendrés par le néolibéralisme ont donc produit, dans la littérature, de nouvelles problématiques

---

<sup>5</sup> « rational, independent and entrepreneurial [...] responsible for the 'care of the self' ». Brown, B. J. et Baker, Sally. (2012). *Responsible Citizens. Individuals, Health and Policy under Neoliberalism*. Anthem Press. Ma traduction.

centrées sur la manière dont l'individu se gouverne lui-même. C'est à ce propos que de nombreux.ses auteur.ices parlent de « “*care of the self*” » (Petersen, 1997, p. 194), de « *self-care* » (Brown, 2003), de « “prendre soin” d'eux-mêmes » (Brown, 2004, p. 88), ou de « prendre soin de soi-même » (Foucault, 1984, p. 61). Dans les prochaines pages, je définirai le « prendre soin » de soi afin de l'articuler à la néolibéralisation du processus de gouvernementalité en santé publique, tel qu'étudié dans la littérature secondaire.

### 1.3 « Prendre soin » de soi

La conception que je bâtis du « prendre soin » de soi est étroitement associée au « souci de soi » chez Michel Foucault (Foucault, 1984). Dans le volume III d'*Histoire de la sexualité*, Foucault explore la notion du « souci de soi » dans l'antiquité grecque et romaine jusqu'à la modernité. Le souci de soi serait un « art de vivre » à partir duquel l'individu se subjectivise, et qui se concentre sur l'impératif qu'il « faut s'occuper de soi-même » (Foucault, 1984, p. 62). Le souci de soi-même a acquis une dimension polymorphe à travers les époques étudiées par l'auteur : « il a pris aussi la forme d'une attitude, d'une manière de se comporter, il a imprégné des façons de vivre; il s'est développé en procédures, en pratiques et en recettes qu'on réfléchissait, » etc. (Foucault, 1984, p. 62). L'impératif du souci de soi aurait structuré la subjectivité depuis l'antiquité jusqu'à aujourd'hui. L'individu contemporain, produit de cette histoire occidentale à se soucier de soi, se construirait donc aujourd'hui autour du devoir de « prendre soin de soi-même » (Foucault, 1984, p. 61).

Tout comme le « souci de soi » de Foucault, mon « prendre soin » soi détient également plusieurs formes : Wendy Brown, chercheuse américaine importante dans les *governmentality studies*, l'associe à l'injonction de responsabilité (Brown, 2004, p. 88) : le.la citoyen.ne serait responsable moralement de « prendre soin » d'ell.ui-même. Il peut aussi être un outil d'assujettissement : en temps de Covid-19 au Québec, par exemple, le.la citoyen.ne était dans l'obligation de « prendre soin » d'ell.ui-même, à travers la vaccination et en parallèle le passeport vaccinal, s'iel voulait accéder à certains lieux comme un restaurant, un cinéma, ou encore une manifestation. Le « prendre soin » de soi dans mon étude se présente néanmoins comme un dérivé du souci de soi chez Michel Foucault, car il ne se focalise que sur la santé physique et mentale. Le souci de soi foucauldien relève plutôt d'une lecture philosophique et a pour fin la liberté sous toutes ses formes : politique,

économique, morale, médicale, sociale, etc. Épictète, de l'école stoïcienne, décédé au deuxième siècle de notre ère, expliquait, par exemple, que la raison, dont est doté l'humain.e, devait être instrumentalisée de manière à pouvoir faire « librement usage de [soi]-même » (Foucault, 1984, p. 66). Le « prendre soin » de soi employé dans le mémoire est issu d'une lecture sociologique et anthropologique et a pour fin la santé parfaite. Les finalités, dans les deux cas, sont néanmoins irréalisables (liberté parfaite et santé parfaite) et dirigent les conduites des acteur.ices.

En opposant mon « prendre soin » de soi à la manière dont la psychologue féministe Carol Gilligan (1993) emploi le *care* dans son « éthique du *care* », il est également possible d'en préciser plus nettement les contours. Sans compter la polysémie du terme (Noël-Hureaux, 2015, p. 8), le *care* se développe originellement dans une relation à l'autre. En effet, pour Carol Gilligan, théoricienne féministe, le *care* n'existe que dans une relation : « Un tel idéal était donc de voir et de répondre aux besoins d'autrui, de prendre soin [*care*] du monde en maintenant la trame des connexions intacte afin de ne laisser personne seul à l'écart<sup>6</sup> » (Gilligan, 1993, p. 62). Toutefois, dans mon étude c'est plutôt la conduite du soi qui m'intéresse. C'est-à-dire, comment l'Institut national de santé publique du Québec gouverne la manière dont les individus prennent soin de leur propre soi. Et ce, moins dans un rapport de relation, comme l'entend Gilligan, que de responsabilisation, d'injonction ou encore d'assujettissement.

Hélène Poliquin cite Marie-Françoise Collière, historienne féministe française, afin de définir le « prendre soin » comme un acte qui « englobe tous les gestes, paroles, pratiques, attitudes et croyances pour préserver la vie » (Collière, 2001, dans Poliquin, 2021, p. 69). En mobilisant les conceptions du « souci de soi » chez Foucault, du « prendre soin » de soi-même chez Wendy Brown, du « *care* » chez Gilligan et du « prendre soin » chez Collière, je propose une lecture du « prendre soin » de soi davantage ancrée dans la sphère de la santé, issue d'une injonction à la responsabilité ou à l'assujettissement, en lui conférant une portée résolument individuelle et en l'envisageant comme un ensemble de pratiques.

---

<sup>6</sup> « The ideal of care is thus an activity of relationship, of seeing and responding to need, taking care of the world by sustaining the web of connection so that no one is left alone ». Gilligan, Carol. (1993). *In a different voice: psychological theory and women's development*. Harvard University Press. Traduction : Kwiatek, 2008, p. 105.

Le « prendre soin » de soi représente donc une injonction à la responsabilité de l'auto maintien en santé de son corps et de sa santé mentale. Il correspond étroitement à « l'auto-soin, souvent favorisé dans la perspective médicale occidentale, en mettant l'accent sur l'individu plutôt que sur la communauté<sup>7</sup> » (McMakin *et al.*, 2023, p. 1445). Il est une pratique individuelle, mais dont l'essence se situe dans l'injonction à la responsabilité, produit de la gouvernementalité, à laquelle je reviendrai plus loin. Plusieurs mesures sanitaires imposées lors de la Covid-19, telles que la distanciation sociale, le confinement, la quarantaine, et plusieurs autres, ont entraîné un certain isolement social et ont modifié le rapport que les citoyen.nes ont à leur propre santé (Boursier *et al.*, 2023, p. 296-297). Dans cette mesure, le « prendre soin » est devenu, davantage qu'auparavant et pour une grande partie de la population, une pratique intimement individuelle. En outre, le type de crise sanitaire à la source de l'évènement pandémique a de spécifique qu'il menaçait précisément le corps de la population, lui-même moteur de recommandations qui s'adressaient à l'individualité corporelle et biologique. Pour cette raison, le concept de « prendre soin » de soi que j'élabore est tributaire de la crise sanitaire et offre une certaine grille d'analyse du comportement attendu des individus dans les articles scientifiques de l'INSPQ. Je le construirai tout au long du mémoire en rapport avec divers éléments qui le modulent dans le discours des publications de santé publique : contexte socio sanitaire, moyen de contrôle, population, type de santé, et bien plus.

Je rattache le « prendre soin » de soi à une forme de gouvernementalité. La logique du « prendre soin » s'inscrit toujours dans une relation de gouvernementalité où l'un conduit comment l'autre se maintient en santé. Il s'agit alors d'analyser quelles sont les conditions de possibilité du « prendre soin » de soi et d'en suivre la logique afin de discerner comment les dispositifs de gouvernementalité le modulent. Marcelo Otero expliquait à ce sujet que les travaux de Foucault ont souvent révélé que les « transformations des pratiques de soi sont allées dans le sens d'une gouvernementalisation croissante par les effets complexes des dispositifs de la sexualité, de la santé, de la médecine et même de la loi » (Otero, 2021, p. 205). En conséquence, je fais l'hypothèse que les dispositifs de pouvoir de la santé publique ont des effets complexes sur les transformations des pratiques de soi en santé, et, plus précisément, sur la transformation du « prendre soin » de soi.

---

<sup>7</sup> « Self-care is often promoted through a Western, medical model lens. This model emphasizes the individual rather than the community ». McMakin, Deborah, Ballin, Amy et Fullerton, Diana. (2023). Secondary trauma, burnout, and teacher self-care during COVID19: A mixed-methods case study. *Psychology in the Schools*, 60(5), 1442-1458. Ma traduction.

En d'autres termes, le « prendre soin » est une conduite, conduite elle-même par une rationalité de gouvernance : de pouvoir et de vérité. Gouvernance qu'il est possible d'analyser à l'intérieur de la santé publique. Santé publique qui apparaît ici comme un dispositif de pouvoir et de vérité qui mobilise santé, médecine et gouvernement.

On pourrait d'ailleurs reprocher une certaine limite épistémologique à ma construction conceptuelle du « prendre soin de soi » et de sa relation au concept de gouvernementalité. Est-il possible d'étudier une pratique individuelle depuis un point de vue extérieur, soit celui de la gouvernance de la santé publique ? Ne serait-il pas plus logique d'étudier une pratique du soi à soi en interrogeant le soi lui-même ? Interviewer un individu quelconque permettrait en effet de creuser profondément dans la manière dont il « prend soin » de lui-même. Toutefois, le « prendre soin » de soi, tout comme le souci de soi, sont des pratiques d'apparence individuelles, mais qui sont, en fait, profondément sociales. C'est ce que Michel Foucault avance à propos du souci de soi : la pratique du souci de soi « constitue non pas un exercice de la solitude, mais une véritable pratique sociale. » (Foucault, 1984, p. 72). Sociale, car cette pratique implique le pouvoir des un.es sur les autres. Foucault explique, par exemple, que chez les épicuriens, les plus avancés avaient « la tâche de diriger les autres » (Foucault, 1984, p. 72). Dans ce contexte, le « prendre soin » de soi inclut un type de vérité à partir duquel un individu « prend soin » de lui-même, un groupe d'individus qui alimentent ce type de vérité et un groupe d'individus qui se subjectivent en fonction de ce type de vérité. Dans le cas du mémoire, le type de vérité est le savoir biomédical : l'abus de sucre est mauvais pour la santé, par exemple; le groupe d'individus qui le partagent sont les expert.es en santé publique; et la population se subjectiverait en fonction du savoir biomédical : le.la citoyen.ne contemporaine ferait alors plus attention à la quantité de sucre dans son alimentation quotidienne.

Michel Foucault mettait en lumière, dans une entrevue donnée en 1984, l'importance du souci de vérité en matière de souci de soi : « on se soucie de soi seulement à travers le souci de vérité » (Foucault, 2001, p. 1542). Souci de vérité qui est lui-même « lié à des relations de pouvoir » (Foucault, 2001, p. 1543). Bref, le « prendre soin » de soi s'inscrit nécessairement dans une relation de gouvernance dans laquelle des individus s'appuient sur un type de vérité, introduit par un autre groupe d'individus, afin de « prendre soin » d'eux-mêmes. Nous le voyions plus haut, c'est précisément ce que le concept de gouvernementalité nous permet de scruter : il représente « l'idée d'une articulation entre des formes de savoir, des relations de pouvoir et des processus de

subjectivation, comme autant de plans distincts » (Gros, 2017, p. 84). Pour cette raison, il apparaît nécessaire d'étudier le « prendre soin » de soi à travers le concept de gouvernementalité qui illustre parfaitement bien les organes par lesquels passe la pratique du « prendre soin » de soi. L'étude de cette pratique de soi à soi, en interrogeant le soi lui-même, aurait pu s'avérer pertinente, mais aurait mis en lumière des dimensions différentes.

En outre, d'après Didier Fassin et Dominique Memmi, la gouvernementalité aurait pour principal objet la subjectivité : « la subjectivité est donc le produit de la gouvernementalité » (Fassin et Memmi, 2004, p. 9). Elle permet de capter toutes les relations de pouvoir qui mêlent les individus entre eux, dans la pratique de leur liberté. C'est dans cette mesure que, pour Foucault « la gouvernementalité implique le rapport de soi à soi » (Foucault, 2001, p. 1547). La subjectivité, ou le soi, apparaissent alors comme un terrain plus large qui admet des actes de résistances à la gouvernance qui lui est imposée. Effectivement, d'après Daniele Lorenzini, philosophe à l'Université de Pennsylvanie, la subjectivité laisse place à la résistance « comme pratique stratégique de désassujettissement et de subjectivation dans le cadre du gouvernement de soi et des autres<sup>8</sup> » (Lorenzini, 2023, p. 28). Dans le cadre du mémoire, la résistance à la gouvernance s'avéra néanmoins limitée, voire inexistante, du fait de l'absence du discours des individus, qui en constitueraient nécessairement la source, en raison du choix du méthode et de matériau. Orienter l'analyse en direction de la gouvernance de la subjectivité s'avère toutefois fécond dans la mesure où je pousse plus loin l'analyse du souci de soi, introduite par Foucault, dans un cadre précis de soin et de santé. À la manière de Foucault, qui étudie la philosophie grecque antique à partir du souci de soi, dans le mémoire, j'analyse les publications scientifiques de l'INSPQ à partir du « prendre soin » de soi.

#### 1.4 L'individu dans cette gouvernance néolibérale

Il a précédemment été argumenté comment, dans la littérature secondaire, le néolibéralisme pouvait avoir eu des effets sur la gouvernance du « prendre soin » de soi. J'expliquais que le néolibéralisme, comme doctrine politique et économique qui a surgi dans les années 1970-1980, représentait le

---

<sup>8</sup> « as a strategic practice of desubjugation (désassujettissement) and re-subjectivation (subjectivation) within the framework of the government of self and others ». Lorenzini, Daniele. (2023). Foucault, governmentality, and the techniques of the self. Dans William Walters et Martina Tazzioli (dir.), *Handbook on Governmentality* (p. 22-37). Edward Elgar Publishing. Ma traduction.

prolongement du libéralisme, dans la mesure qu'il se définissait comme une solution aux problèmes qui ont émergé du libéralisme. Sa principale caractéristique se fonde sur la limitation de l'interventionnisme étatique aux objectifs de concurrence (Dardot et Laval, 2010, p. 153). À l'échelle microsociale, une représentation de l'individu, produit de la rationalité néolibérale se focalisant sur la concurrence, a émergé dans la littérature secondaire. D'après Nicolas Rose « la culture de l'entreprise » issue des projets politiques occidentaux des années 1980 aurait accordé une importance politique à l'image « de l'acteur-entreprise<sup>9</sup> » (Rose, 1996, p. 150-151). Le.la citoyen.ne serait donc maintenant un.e acteur.ice qui aspire à l'autonomie, à l'épanouissement individuel, qui interprète sa réalité et sa destinée comme dépendantes de sa responsabilité et de ses choix personnels : l'entreprise individuelle et l'autonomie seraient ainsi les deux grandes capacités du.de la citoyen.ne contemporain.e (Rose, 1996 : 151). En abordant également le passage à une gouvernance néolibérale, Wendy Brown, professeure de sciences politiques en Californie et théoricienne influente dans le champ du pouvoir et du néolibéralisme, propose une représentation des individus qui se rapproche de celle de Rose :

le néolibéralisme façonne normativement les individus comme des acteurs entrepreneurs, et s'adresse à eux comme tels, dans tous les domaines de la vie. Il représente les individus comme des créatures rationnelles et calculatrices, dont le degré d'autonomie morale dépend de leur capacité à « prendre soin » d'eux-mêmes (Brown, 2004, p. 88).

Dans le sillage d'Adryana Petryna, à l'origine du terme, et de Nicolas Rose, qui en a démocratisé l'utilisation, je nomme cet individu, le biocitoyen [*biological citizenship/ biocitizen*] (Petryna, 2003, p. 115 ; Rose, 2007, p. 131). Tel que l'indique Rose, « la citoyenneté biologique a pris différentes formes dans différents contextes nationaux et en relation avec différents types de maladie<sup>10</sup> » (Rose, 2007, p.137). Reformulé de façons différentes par les auteur.ices qui le mobilisent, ce concept offre une représentation de l'individu depuis l'analyse de contextes sanitaires bien concrets : l'explosion nucléaire de Tchernobyl (Petryna, 2003), l'interdiction de passer la frontière des États-Unis pendant l'épidémie américaine du SIDA (Chávez, 2018), ou

---

<sup>9</sup> « the enterprise culture », « of an enterprising self ». Rose, Nicolas. (1996). Governing enterprising individuals. Dans *Inventing our Selves: Psychology, Power, and Personhood* (1<sup>re</sup> éd., p. 150-168). Cambridge University Press. Ma traduction.

<sup>10</sup> « biological citizenship has taken different forms in different national contexts, and in relation to different types of disease ». Rose, Nicolas S. (2007). *Politics of life itself: biomedicine, power, and subjectivity in the twenty-first century*. Princeton University Press. Ma traduction.

encore le mouvement de grève de la faim de demandeurs d'asile bangladais emprisonnés en Floride en 2015 (Shah, 2018). Dans la littérature secondaire pré-Covid-19, les chercheurs les définissent comme un être autonome et responsable de maintenir en santé sa condition biologique. La responsabilisation du biocitoyen s'effectue, entre autres, à travers une auto-éducation de son fonctionnement biologique, et ce, de manière active : par une série de choix personnels, il doit prendre les bonnes décisions afin d'atteindre une santé parfaite (Rose, 2007, p.5-7). Il s'informe donc sur son état de santé et se subjectivise en fonction de celle-ci, de manière à négocier avec les experts en santé son propre état de santé. Le concept du « patient expert » (Bureau-Point et Hermann-Mesfen, 2014, p. 6) entre dans la définition large du biocitoyen. Le patient expert se réclame d'un savoir « profane » et « témoigne d'une volonté de bouleversement de la frontière de l'expertise, laquelle n'est plus réservée aux professionnels, mais devient accessible également aux profanes » (*Ibid.*).

Le biocitoyen contemporain est souvent associé dans la littérature secondaire au processus de sanitarisation. La chercheuse en travail social, Katharine Larose-Hébert, définit la sanitarisation par la « quête de santé parfaite » (Larose-Hébert *et al.*, 2020, p. 14) dans laquelle l'ensemble des citoyen.nes seraient engagé.es. Tel que je le définis jusqu'à présent à partir de la littérature, l'individu contemporain qui « prend soin » de sa santé s'inscrirait donc dans un processus de sanitarisation, dans la mesure qu'il conduit ses conduites en fonction de l'objectif idéalisé et irréalisable de santé parfaite. Dans le contexte de la sanitarisation, les individus deviennent des malades potentiels et « l'acte condamnable devient alors de n'avoir pas su repousser la maladie, de l'avoir laissée pénétrer le corps » (Larose-Hébert *et al.*, 2020, p. 15).

Au Canada, le rapport de l'ancien ministre de la Santé, Marc Lalonde : *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens : Un document de travail* (Lalonde, 1974) est représentatif de la conception de l'individu en tant qu'entrepreneur de sa propre santé, en contexte néolibéral. Dans ce rapport, Lalonde insiste sur la reconnaissance des risques de la vie de tous les jours et en parallèle, de l'importance d'éduquer et de responsabiliser les citoyen.nes quant à leurs conduites parfois dangereuses : « les individus eux-mêmes doivent porter le blâme pour bon nombre de conséquences néfastes que leurs habitudes de vie occasionnent à leur santé » (Lalonde, 1974, p. 27). Au Québec, l'essor du néolibéralisme et la transformation de l'État sous la forme d'une entreprise soumise au marché, affectent le système de santé qui souffre de coupures et de sous-

financements depuis plus de quarante-cinq ans (Contandriopoulos, 2008, p. 35). André-Pierre Contandriopoulos, professeur émérite à l'école de santé publique de l'Université de Montréal, explique que les coupures et les réformes portant sur le système de santé n'ont finalement pour objectif que de réaffirmer l'importance accordée à l'État, quoique ce dernier voie son contrôle sur la population diminuer de plus en plus face au marché.

Jusqu'à maintenant, à partir de la littérature scientifique, j'ai contextualisé l'enjeu de la gouvernementalité sous le poids du néolibéralisme, en le conjuguant aux thématiques du « prendre soin » de soi et de l'individu. Dans la littérature, le concept de gouvernementalité aurait également une influence sur une autre thématique centrale de l'étude : la santé publique.

### 1.5 La santé publique

La rationalité politique contemporaine détiendrait une grande influence sur la santé publique. En effet, en raison de son ancrage sur la santé de la population, comme un bien commun et universel, la santé publique serait entrée « dans le champ du politique » (Fassin, 2008, p. 16). À ce sujet, Carlos Novas, professeur en sociologie à Carleton, et Nikolas Rose, affirment que l'existence même de la santé publique révèle que la santé biologique des citoyens reste un enjeu concret de la rationalité politique contemporaine (Rose et Novas, 2007, p. 444).

Georges Desrosiers, professeur émérite au département de médecine sociale et préventive à la faculté de médecine de l'Université de Montréal et historien, est un des auteur.ices les plus importants dans le domaine de l'histoire de la santé publique au Québec. Il en identifie quatre périodes historiques (Desrosiers, 1984). La première débute à la fondation du Québec en 1608 et termine au début du 19<sup>e</sup> siècle. Les soins généraux étaient pratiqués par la famille, d'après l'auteur. En me fiant au travail de Barbara Ehrenreich et Deirdre English, historiennes et autrices féministes américaines, je fais l'hypothèse que les soins étaient plus précisément prodigués par les femmes : guérisseuses ou sage-femmes, au déplaisir de l'Église (Ehrenreich et English, 2018, p. 37). Les institutions religieuses privées et publiques (Hôtel-Dieu) prenaient alors soin des « autres » : cell.eux n'ayant pas le soutien d'une famille, les « malades dangereux » et les victimes d'épidémies (Desrosiers, 1984, p. 359). La seconde période s'achève au cours des années 1860. Avec les grandes vagues d'immigration et, en parallèle, d'épidémies, l'État prend un rôle de plus en plus important

dans la santé de la population. La troisième période se conclut à la fin de la Seconde Guerre. Elle se caractérise par l'industrialisation du Québec et par des « préoccupations plus traditionnelles de la santé publique, comme l'hygiène sanitaire et la surveillance des maladies » (Revue Canadienne de Santé Publique, 1996, p. 134) . L'État y met en place des infrastructures comme « les systèmes d'aqueducs, de traitement des eaux usées et de ramassage des ordures » (Desrosiers, 1984, p. 360). Les communautés religieuses s'occupent des « indigents » (Desrosiers, 1984, p. 360), les hôpitaux privés des soins curatifs de la population et l'État des soins préventifs. Cette période possède beaucoup de similarités avec la période hygiéniste en France (Fassin, 2021, p. 230). Finalement, la quatrième période s'étend jusqu'aux années 1980, soit la date d'édition du numéro. Elle est caractérisée par l'essor de l'État providence et elle est le théâtre de subventions nationales au niveau de la santé : presque tous les soins deviennent couverts par la Régie de l'assurance maladie du Québec. À partir des années 1960, « faute de financement et de manifestation d'intérêt de la part des pouvoirs publics qui accordèrent la priorité à la technologie et aux soins curatifs » (Desrosiers, 1984, p.361), la santé publique régresse. Cette dernière se rationalise et se bureaucratise par la création d'un ministère de la santé. De plus, ses objectifs se transforment, désormais moins axés sur la maladie, que sur la promotion de la santé de la population.

À partir du début des années 1990, des « directeurs régionaux » prennent la charge de la santé publique au Québec (Gagnon *et al.*, 1999, p. 253). Ces derniers ont des responsabilités en matière de « connaissance et de surveillance de l'état de santé de la population, de protection, de prévention et de promotion de la santé » (Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., chapitre S-4.2, articles 373, dans Gagnon *et al.*, 1999, p. 253). Plus tard, cette responsabilité sera dédiée à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), qui a été créé en 1998. La création de l'INSPQ se fait d'ailleurs dans un contexte de « fortes compressions budgétaires » du système de santé dans la société québécoise (Gagnon *et al.*, 1999, p. 254).

À l'échelle internationale, la charte d'Ottawa de 1986, associée à l'essor du néolibéralisme, remodelait l'objectif de la santé publique sous l'angle de la promotion de la santé et en parallèle de la liberté et de l'autonomie des citoyens en matière de santé (Stiegler et Alla, 2022, p. 9-10). Des liens assez tangibles peuvent alors être dressés entre la gouvernance néolibérale de l'individu, esquissée plus haut, et la gouvernance de la santé publique. Cette charte défend plusieurs principes de la gouvernementalité néolibérale, dont le précepte que la population doit être en mesure, et donc

responsable, d'assumer, de contrôler et de maîtriser sa propre santé de manière à l'améliorer (Agence de la santé publique du Canada, 1986).

D'après Barbara Stiegler et François Alla, la première est une philosophe française, le second est professeur de santé publique en France, la charte d'Ottawa aurait été un échec (Stiegler et Alla, 2022, p. 12). L'autonomie initialement souhaitée aurait été transformée par les politiques néolibérales en un « régime aggravé d'hétéronomie, poussant à l'intériorisation de normes prescrites de l'extérieur, par un environnement marqué par la pénurie, la rareté des ressources et la compétition » (Stiegler et Alla, 2022, p. 12). C'est en effet ce qu'on retrouve dans la littérature de la santé publique en sciences sociales, à des degrés plus ou moins critiques. La gouvernance de la santé publique s'exercerait par l'élaboration d'injonctions « qui envahissent au quotidien nos vies privées » (Tanti-Hardouin, 2013, p. 11). Nicolas Tanti-Hardouin, professeur français en économie de la santé, note également une plus grande capacité de choix permise à l'individu. Le.la citoyen.ne, dans les politiques de santé publique, serait perçu.e comme responsable de se maintenir en santé à partir des services offerts par la santé publique : « Le “droit” à la maladie et aux soins est progressivement remplacé par le devoir de santé et il ne s'agit plus de lutter contre la maladie, mais de se maintenir en bonne santé. » (Tanti-Hardouin, 2013, p. 18). C'est dans cette mesure qu'Aquilino Morelle et Didier Tabuteau, tous deux professeurs à Science Po, parlent « d'éducation pour la santé [...] [qui est une] démarche visant à aider les individus, durant toute leur vie, à maximiser leur potentiel de vie en bonne santé » (Morelle et Tabuteau, 2023, p. 43).

Je notais plus tôt, à partir des travaux de Brian Brown et Sally Baker, une « néolibéralisation » croissante du système de santé : désinstitutionnalisation, privatisation, adoption du modèle utilisateur-payeur et promotion de l'autonomisation citoyenne et de la responsabilité de « prendre soin de soi ». Mais qu'en est-il de la santé publique ? Le système de santé et la santé publique étant deux institutions distinctes. Didier Tabuteau note à cet égard une certaine dépendance de la santé publique envers l'État dans le système français. Sa construction dépendrait en effet des « missions de l'État » (Tabuteau, 2012, p. 13). Compte tenu de la principale « mission » de l'INSPQ, à savoir « soutenir le ministre de la Santé et des Services sociaux » à partir de « mandat que lui confie le ministre » (INSPQ, 2025), une comparaison peut être avancée entre la santé publique en France et l'INSPQ au Québec.

D'après la professeure canadienne en éducation Nike Ayo, certains principes clés de la rationalité néolibérale s'appliqueraient à la gouvernance de la santé publique, notamment l'intervention minimale, la gestion des risques et la responsabilisation individuelle (Ayo, 2012, p. 99). Cette affirmation traduit néanmoins une limite trop souvent reproduite par les auteur.ices en sciences sociales. Les chercheur.ses tendent à traiter le pouvoir de la santé publique comme un fait indépendant et autonome. La gouvernance de la santé publique est alors court-circuitée à une « institution » fictive et immatérielle qui conduirait les comportements individuels en matière de santé. Or, peu de recherches interrogent concrètement l'identité et le rôle des institutions spécifiques qui incarnent la santé publique. Le pouvoir de gouverner circule effectivement à travers des organismes bien réels. En ce sens, centrer mon analyse sur l'INSPQ permet de matérialiser et complexifier les dynamiques de gouvernance en santé publique au Québec. En somme, je constate dans la littérature en sciences sociales une absence marquée de travaux portant spécifiquement sur les organismes de santé publique concernant leur rôle et leur pouvoir dans la mise en œuvre de mesures sanitaires.

## 1.6 Pandémie et crise de la Covid-19

À priori, plusieurs mesures de santé publique ont réduit la capacité d'autonomie et de liberté du.de la citoyen.ne à « prendre soin » de soi. Ces mesures sont la distanciation sociale obligatoire, le port du masque obligatoire, le confinement et la fermeture de tous les commerces non essentiels, la fermeture des écoles, le passeport vaccinal pour accéder à des lieux privés, la limitation du nombre maximal de personnes par rassemblement, le contrôle sévère de flux migratoire, la territorialisation par zones de couleur, le couvre-feu, et bien plus. En reprenant la typologie de la domination de Martuccelli (2004), il semble que, lors de la crise, l'individu était à certains égards « sujet » de mesures de protection de la population et à d'autres, « acteur » de sa propre protection. Il était parfois assujéti à une discipline extrême et visible du « soi », tandis qu'il pouvait aussi être autonome de sa propre discipline dans d'autres circonstances.

À partir du cas de la grippe porcine (Influenza A (H1N1)) de 2009, Carlo Caduff (2015), professeur au département de Santé mondiale et médecine sociale au King's college, montre comment l'annonce du terme « pandémie » par l'Organisation mondiale de la santé a eu l'effet d'une onde de choc. En effet, cette déclaration avait précipité le Mexique et les États-Unis à mettre sur pied un

plan de sécurité nationale qui comprenait l'abattage massif d'animaux potentiellement porteurs du virus et le développement d'une campagne de vaccination (Caduff, 2015, p. 82). Au Québec, le 14 mars 2020, 3 jours après le signalement de la « pandémie » par l'OMS « le gouvernement de la province déclar[ait] l'état d'urgence sanitaire » (Rey, 2022, p. 22) se joignant, entre autres, d'un confinement complet et de la fermeture des écoles. C'est à partir de ce moment que le Québec est entré en « crise ».

Christos Lynteris et Branwyn Poleykett, tous.les deux anthropologues médicaux au Royaume-Uni, écrivaient en 2018 que le 21<sup>e</sup> siècle était entré dans le paradigme de « preparedness » (Lynteris et Poleykett, 2018, p. 434). Face à l'émergence subite de dangers (épidémies, sixième extinction de masse, crise climatique), les États occidentaux s'inscriraient alors moins dans la prévention que dans la préparation à tous types de crises. Les sentinelles de Frédéric Keck (Keck, 2013), anthropologue français, en sont un exemple éloquent. Ils sont des animaux, des oiseaux en majeure partie, qui à partir de leur condition biologique, « communiquent » (Keck, 2016, p. 320) aux chercheurs des données quant à l'évolution des épidémies de type zoonotiques. Ainsi, le paradigme de preparedness laisse place à la mise en œuvre de technologies et de mesures de gouvernementalité permettant aux États occidentaux de se préparer à tout type de risque éminent. C'est ce paradigme qui expliquerait l'implantation hâtive de mesures restrictives et répressives.

Didier Fassin, nie toutefois l'extension du paradigme de preparedness au contexte de la crise de la Covid-19. En effet,

l'impréparation s'est traduite par le fait que les plans de réponse aux pandémies n'ont pas été mis à jour, que les hôpitaux n'ont pas été armés pour répondre aux besoins de soins intensifs, [...] que les matériels indispensables à la protection des personnes n'ont pas été disponibles (Fassin, 2021, p. 310), etc.

D'après l'auteur, c'est plutôt l'avènement discursif de la « crise » qui serait à l'origine de mesures sanitaires impérieuses, impactant, selon ma lecture, le « prendre soin » de soi. Fassin explique que le « langage de la crise est performatif [...] il fait exister la crise par la dramatisation de la situation [...] et il fait aussi exister, à travers la crise, un ensemble de faits » (Fassin, 2021, p. 328-329). Il légitime l'utilisation de mesures extraordinaires, actionne le levier d'action dans l'urgence et la rapidité, rendant impossible l'examen démocratique, et dépolitise les enjeux, empêchant la possibilité de s'y opposer (Fassin, 2021, p. 328). Bref, en reprenant Fassin, c'est plutôt le langage

de la crise qui expliquerait une possible transformation du « prendre soin » de soi en temps de pandémie.

La crise de la Covid-19 n'est toutefois pas comparable à la grippe porcine étudiée par Carlo Caduff ou aux dangers environnementaux illustrés par Lynteris et Poleykett. Dans un premier temps, le coronavirus a été bien plus dangereux que la grippe porcine. En effet, la grippe porcine se rapprochait davantage d'une « grippe bénigne<sup>11</sup> », d'après Caduff, que d'une maladie de calibre pandémique (Caduff, 2015, p. 83). Dans un second temps, la Covid-19, par sa faculté virale, a été d'une rapidité et d'une immédiateté inégalable aux risques environnementaux chronophages que représentent le réchauffement climatique et la sixième extinction de masse. Le cumul de la dangerosité du virus du SARS-CoV-2 à sa capacité de transmission extrêmement rapide font la spécificité de l'évènement pandémique dont sont contingentes les mesures de santé publique que je nommais au début de la section. L'analyse de la gouvernementalité du « prendre soin » de soi doit, dans cette mesure, tenir compte de l'unicité de la Covid-19, et ce, sans la généraliser à une simple crise sanitaire.

Un autre effet de la crise, moins discursif que matériel, est son exacerbation ou sa révélation d'inégalités et des crises déjà existantes, mais voilées par la rationalité effective des systèmes politiques et économiques. La mesure extraordinaire de confinement a divisé la population en deux : celle qui doit continuer à être exposée au virus et celle qui peut et doit rester chez elle, encore faut-il que le chez-soi soit sécuritaire, considérant ici les CHSLD ou les femmes victimes de violence conjugale. Les personnes exposées étant généralement des « travailleur.es essentielles », des « anges gardiens » tels que nous les nommions au Québec. Ils travaillaient dans le système de la santé, épicerie, station-service, dépanneur, réseau de transport, etc. Ce sont des emplois généralement plus précaires. Bárbara L. C. V. Dias et Jean-François Deluchey, tous.les deux professeur.es de sciences politiques au Brésil, montrent que « les corps exposés sont préférablement des corps issus de populations subordonnées, comme les femmes et les personnes racisées<sup>12</sup> » (Dias

---

<sup>11</sup> « mild flu ». Caduff, Carlo. (2015). Casualties of Contagion. Dans *The Pandemic Perhaps* (1<sup>re</sup> éd., p. 82-103). University of California Press. Ma traduction.

<sup>12</sup> « exposed bodies are preferably the bodies of populations considered subordinate, women, and racialized people ». Dias, Bárbara L. C. V. et Deluchey, Jean-François Y. (2020). The “Total Continuous War” and the COVID-19

et Deluchey, 2020, p. 11). Afin que les un.es puissent éviter tout risque en restant chez elle.eux, les autres s'exposent à des risques, non par choix, mais par obligation, en raison de facteurs inégalitaires ancrés dans les systèmes migratoires, économiques, politiques, sociaux et culturels. La « protection de certaines vies, par l'isolement et les soins médicaux, est assurée aux dépens de la lutte quotidienne pour la survie et de l'exposition à la mort des autres<sup>13</sup> » (Dias et Deluchey, 2020, p. 4). C'est dans cette mesure que la crise a révélé certaines inégalités dans la sphère du travail. Travailleuses et travailleurs déjà dépendant.es d'emplois précaires, munis d'une protection sociale trop faible, étaient alors dans l'obligation de s'exposer au virus s'ils voulaient garder leur emploi et en parallèle continuer à vivre.

Didier Fassin insiste sur l'importance du travail critique face à la crise (Fassin, 2021, p. 196). Le travail critique entraîne une évaluation de la crise et en accorde son dénouement d'une part, de l'autre, il la singularise et met en lumière un nouvel état du monde (Fassin, 2021, p. 196). C'est en cela que constituera une grande partie de mon travail de recherche : présenter ce que révèle la crise, illuminer les zones d'ombre et interpréter les transformations qu'elle a opérées. À l'aide de mon cadre d'analyse, je fais l'hypothèse que la crise aurait transformé la gouvernementalité du « prendre soin » de soi à travers des mesures extraordinaires, mais pas que. Quel était le rôle de la santé publique pendant cette crise ? Quel était son rôle avant ? Et quel est-il maintenant ? La revue de la littérature laisse en suspens plusieurs questions qui mériteront d'être posées dans le mémoire.

## 1.7 Problématique

Réfléchir en termes de gouvernementalité est révolutionnaire d'après Wendy Brown (Brown *et al.*, 2023, p. 126). L'autrice avance quatre principales caractéristiques de la gouvernementalité :

Elle fait quatre choses essentielles: elle remet en question les ontologies et épistémologies libérales et marxistes en révélant le fonctionnement du pouvoir moderne et de la gouvernance; plutôt qu'à partir d'une représentation, d'une souveraineté ou d'une idéologie, elle identifie la gouvernance en tant qu'ordre normatif de la raison; sans faire disparaître l'État de son analyse, elle en décentre sa gouvernance en révélant sa diffusion dans toute la société; et elle identifie à la fois la population et

---

Pandemic: Neoliberal Governmentality, Disposable Bodies and Protected Lives. *Law, Culture and the Humanities*, 174387212097315. Ma traduction.

<sup>13</sup> « protection of certain lives, through isolation and medical care, is guaranteed at the expense of the daily struggle for survival and exposure to the death of others ». *Ibid.* Ma traduction.

l'individu (omnes et singulatum) comme des objets imbriqués de la gouvernance<sup>14</sup>. (Brown *et al.*, 2023, p. 126).

Le « prendre soin » de soi est une conduite, conduite elle-même par une forme de pouvoir et de vérité. En liant ce concept à celui de la gouvernementalité, il est possible de retracer le chemin conceptuel par lequel passe le pouvoir de conduire le « prendre soin » de soi. Et ce, à travers des groupes d'individus, des types de vérité et des « processus de subjectivation » (Gros, 2017, p. 84). À des fins d'illustration, le « prendre soin » de soi pourrait s'adresser aux jeunes Québécois.es d'âge scolaire, par le medium d'une campagne publicitaire qui lutte en faveur de la suppression des produits de vapotage sur le marché. Dans cet exemple, la santé publique affirmerait que les produits de vapotage sont nocifs (type de vérité) pour la santé des jeunes (groupe d'individus) et que ces derniers devraient se tenir loin de ce genre de produit, de manière à mieux « prendre soin » de soi (processus de subjectivation). La campagne publicitaire représenterait alors un type de gouvernance qui s'inscrit dans la gouvernementalité au sens large. L'analyse du « prendre soin » de soi m'offre ainsi la possibilité de relever une forme précise de gouvernementalité (pouvoir de conduire des conduites). Celle-ci étant toujours dépendante du contexte social et politique en question. À travers cette démarche, il est ensuite possible de conceptualiser, comme des idéaux-types, les groupes populationnels visés par les conduites recommandées. Au cours de ce chapitre, j'ai mobilisé ce schéma conceptuel afin de mettre en lumière comment le concept de gouvernementalité, l'individu et la santé publique, sont actuellement compris dans la littérature scientifique.

Dans le cadre de la gouvernance néolibérale du « prendre soin » de soi, la crise sanitaire de la Covid-19 a été non pas inattendue, mais certainement renversante. Elle n'était pas inattendue, car, comme le note Didier Fassin, les crises sanitaires ont eu tendance dans l'histoire à mobiliser des techniques de contrôle plus restrictives (Fassin, 2021, p. 299-300). Je fais toutefois l'hypothèse qu'elle a renversé à certains égards l'art néolibéral de gouverner. Le citoyen-acteur, autonome et

---

<sup>14</sup> « It does four essential things: it challenges liberal and Marxist ontologies and epistemologies as it reveals how modern power and governing work; it identifies governing with a normative order of reason rather than with representation, sovereignty, or ideology; it decentres without eliminating the state in its analysis, revealing governing to be diffused throughout society; and it identifies both the population and the individual (omnes et singulatum) as imbricated objects of governing ». Brown, Wendy, Chatterjee, Partha, Rose, Nikolas, Tazzioli, Martina et Walters, William. (2023). *Governmentality: a conversation with Wendy Brown, Partha Chatterjee and Nikolas Rose*. Dans William Walters et Martina Tazzioli (dir.), *Handbook on Governmentality* (p. 113-135). Edward Elgar Publishing. Ma traduction.

responsable de prendre les meilleurs choix afin d'atteindre la santé parfaite, aurait été remplacé par un citoyen-sujet, responsable de suivre les consignes sanitaires. Certaines lui étant suggérées (injonction), d'autres imposées (assujettissement) : la distanciation sociale et le port du masque, en fonction des contextes sanitaires, étaient à certains moments obligatoires, à d'autres, recommandées, par exemple. Sarah Nettleton, sociologue britannique, avance à ce sujet qu'au contraire de la biopolitique libérale dans laquelle les sujets avaient des obligations et des devoirs, dans la biopolitique néolibérale, les individus possèdent des droits et des libertés (Nettleton, 1997, p. 212). Lors de l'implantation du couvre-feu ou du confinement, pour ne nommer que ces mesures, les biocitoyen.nes n'avaient pas la liberté ou le droit de les refuser. L'individu contemporain aurait alors perdu une partie de son autonomie et de sa liberté en matière de « prendre soin » de soi lors de la crise.

## 1.8 Conclusion

Dans ce premier chapitre, j'ai tracé le portrait des thématiques principales de la recherche sous l'angle de la gouvernementalité en contexte de rationalité néolibérale. J'ai démontré que la santé de la population, depuis la biopolitique foucaldienne, est devenue un enjeu central des politiques de l'État. À partir de la notion de gouvernementalité, ou conduite des conduites, j'ai adopté une nouvelle manière de concevoir le contrôle de la population. Non plus par la domination, mais par le consentement et l'autocontrôle. La gouvernementalité se rattache d'ailleurs au contexte politique du néolibéralisme. Lequel, insiste moins sur le pouvoir de l'État pour réguler les conduites que sur le pouvoir des individus eux-mêmes, en tant qu'ils sont des entrepreneurs de leur propre vie biologique. Du point de vue de la santé, l'individu, ou biocitoyen, adhère au régime biomédical de vérité, et devient un « malade potentiel » (Larose-Hébert *et al.*, 2020, p. 15). Il a désormais la responsabilité d'être autonome de son propre soi et doit faire les meilleurs choix qui lui sont offerts afin de se maintenir en santé. La santé publique, en tant qu'elle est le bras droit de l'État, participerait à la promotion et l'autonomisation de l'individu par sa politique du risque. Tout, désormais, est « risque » et ce serait au rôle de la santé publique de fournir aux citoyen.nes les outils afin de se maintenir en santé. La pandémie du coronavirus a fait entrer en scène une période de crise. Cette crise a eu de nombreux impacts et a révélé de nombreuses inégalités et autres crises déjà en cours. Elle a légitimé l'essor de mesures exceptionnelles qui auraient transformé pendant

une période, et peut-être même après cette période, la manière dont les individus prennent soin d'eux-mêmes.

## CHAPITRE II

### ÉTUDIER LA GOUVERNANCE DU « PRENDRE SOIN » DE SOI : REPÈRES MÉTHODOLOGIQUES

#### 2.1 Questions de recherche générales et spécifiques

Dans le premier chapitre, j'ai argumenté que l'intervention de l'État contemporain était axée sur la préservation des logiques de compétition dans le marché (Dardot et Laval, 2010, p. 5). Le contrôle de la santé de la population dans ce contexte prendrait alors moins la forme d'interventions, que d'injonctions et de responsabilisation : les citoyen.ness seraient contrôlé.es par le degré de liberté qu'il leur serait admis (Brown, 2004, p. 89). J'ai néanmoins observé une forme d'intervention restrictive à l'égard de la santé des individus pendant la crise de la Covid-19 au Québec. En période de crise sanitaire, la santé publique, en cohésion avec le pouvoir de l'État, a immergé le.la citoyen.ne dans un océan de nouvelles consignes sanitaires qui devaient être respectées dans l'immédiateté. Par conséquent, en raison du déni d'autonomie citoyenne à certains égards et par le regain de l'interventionnisme étatique, je fais l'hypothèse que la gouvernance néolibérale du « prendre soin » de soi a rencontré des limites au cours de la crise de la Covid-19. C'est donc à la question générale *En quoi la santé publique a transformé la conduite de la santé de la population dans le contexte de la crise sanitaire de la Covid-19 au Québec ?* que je répondrai.

Comment, alors, recueillir des données dans le domaine de la santé publique qui permettraient de répondre à cette question générale de recherche ? Dans un premier temps, j'ai identifié le Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) comme principal décideur des mesures de santé publique pendant la crise. Dans un second temps, j'ai cherché à savoir qui pouvait influencer le MSSS en matière de santé publique au Québec, ce qui m'a amené à identifier trois organismes qui y sont liés : le Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE), l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) et l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Corollairement à la direction que j'ai prise, un bon nombre d'entreprises, organismes, et autres, qui ont eu des effets importants sur la santé publique pendant la crise, telle que la firme McKinsey (Gerbet, 2022), ont dû être laissés de côté. J'aborderai cette limite plus tard. Les trois organismes en question ont la particularité de publier des articles, rapports et documents scientifiques sur des enjeux de santé publique tout en étant liés au MSSS. Ils mettent donc à la disposition des internautes

des données facilement accessibles. Ainsi, en raison de leur lien concret avec le MSSS et de leur accessibilité, j'ai choisi de m'en tenir à eux. Enfin, des trois organismes, l'INSPQ est l'institut qui s'est avéré le plus pertinent en termes d'objectifs internes et de représentativité. En effet, plutôt que d'orienter la gestion du système de santé à des fins de performance, comme le CSBE, l'INSPQ tâche, entre autres, d'informer « la population sur son état de santé » (INSPQ, 2024). De plus, il a abondamment publié sur la Covid-19, abordant la crise sous plusieurs enjeux (protection des travailleur.ses de la santé, risques dans les transports collectifs, prévention en milieu de travail, campagne de vaccination, etc.) ce qui l'avantageait par rapport à l'INESSS dont la couverture était bien moins importante<sup>15</sup>. Le discours de l'INSPQ semble donc s'avérer pertinent et représentatif des principaux objets de recherche. C'est pour cette raison que je le mobiliserai afin d'analyser la gouvernance du « prendre soin » de soi en période de pandémie de la Covid-19.

J'irai en profondeur dans la documentation scientifique que l'INSPQ a publiée, afin d'exposer, dans une logique temporelle comparative, l'évolution de la gouvernance du « prendre soin » de soi avant, pendant et après la crise du coronavirus. Je répondrai plus précisément à la question *Comment la conduite de la santé de la population a évolué avant, pendant et après la crise de la Covid-19 au Québec dans le discours de l'INSPQ ?* L'analyse des trois temporalités aura pour effet de relever les différences et les spécificités propres à chaque contexte. Comme l'explique Didier Fassin dans un de ses cours au collège de France, « une crise établit à la fois une distinction et une rupture entre deux états du monde, ce qui signifie qu'il y a un avant et un après » (Fassin, 2021, p. 196). J'ajoute à cela un troisième état du monde à savoir celui du « pendant » la crise. Comment les recommandations émises par les expert.es en santé publique à l'INSPQ construisaient-elles la notion du « prendre soin » de soi ? Comment « prendre soin » de soi selon l'INSPQ en temps de crise ? La gouvernance du « prendre soin » de soi a-t-elle évoluée dans les trois périodes étudiées ? Je serai ainsi en mesure d'indiquer quelle forme aura pris la gouvernamentalité du « prendre soin » de soi dans le cadre précis de l'INSPQ, avant, pendant et après la crise. Tel que le suggère Didier Fassin, j'effectuerai donc un travail critique de la crise (Fassin, 2021, p. 196). En s'inspirant du travail de Barbara Stiegler et François Alla, l'exposé montrera que la seule urgence et menace virale ne peut suffire à expliquer ce qui s'est passé durant la Covid-19 (Stiegler et Alla, 2022, p. 9).

---

<sup>15</sup> 18 articles depuis le début de la crise en date d'août 2024, contre plus de 250 par l'INSPQ.

## 2.2 Méthodologie

L'univers d'analyse est le discours de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Sur son site Internet, l'institut affirme que son objectif est de « faire progresser les connaissances et les compétences, de proposer des stratégies ainsi que des actions intersectorielles susceptibles d'améliorer l'état de santé et le bien-être de la population » (INSPQ, 2024a). L'INSPQ produit des documents variés portant sur une diversité de sujets s'adressant à une multitude d'individus et groupes d'individus. Premièrement, ses documents varient entre des synthèses des connaissances, des mémoires, des avis scientifiques, des recommandations intérimaires, des rapports d'évaluation, et bien plus. Deuxièmement, l'INSPQ aborde une diversité de sujets allant des habitudes de vie, aux inégalités sociales de santé, en passant par la Covid-19. En mai 2024, 2911 publications étaient disponibles sur son site Internet. Troisièmement, l'INSPQ s'adresse à une multitude d'individus : chercheur.es, ministres, employeur.ses, familles et tous les individus vivant au Québec et souhaitant se renseigner sur un enjeu de santé publique.

En raison de sa mission et de la convergence qu'il opère entre la santé publique et la médecine d'un côté, et du gouvernement de l'autre, nous pourrions penser que l'INSPQ a une grande influence sur la santé de la population au Québec. Dans les médias pendant la pandémie, l'INSPQ était représenté comme une référence en matière de santé publique. Les journalistes le citaient souvent pour les travaux et les recommandations qu'il produisait sur la Covid-19 : « L'INSPQ recommande de revenir à la règle des deux mètres au travail » (Radio-Canada, 2021); « Étude menée au Québec : Une excellente efficacité vaccinale, selon l'INSPQ » (Girard-Bossé, 2021); « Montreal region could see spike in COVID-19 hospitalizations over holidays, INSPQ says » (CBC, 2022). L'étude de cet univers d'analyse semble donc idéale afin d'y examiner les relations de pouvoir qui sous-tendent mes questions de recherche. Michel Foucault proposait en effet d'analyser les institutions à partir des relations de pouvoir et non l'inverse (Foucault, 2001, p. 1058). Ainsi, en suivant les traces de Foucault, l'analyse de l'INSPQ, comme institution, à partir des relations de gouvernance, me permettra de réfléchir au « prendre soin » de soi. L'échantillon s'avèrera alors être le terrain où des rapports de gouvernementalité pourront être observés. Cependant, une nuance doit être avancée.

L'INSPQ est, avant toute chose, un organisme paragouvernemental. Comme indiqué sur son site Internet, l'Institut relève du ministre de la Santé et des Services sociaux : « Gouverné par un conseil d'administration et un président-directeur général, l'INSPQ est un organisme public relevant du ministre de la Santé et des Services sociaux » (INSPQ, 2024a). Il est ainsi mobilisé par le ministre afin d'accomplir des missions spécifiques relatives à la santé de la population québécoise. Il reçoit donc des mandats précis de la part du ministre et accomplit ces mandats en lui retransmettant des recommandations, des avis, des résumés d'études, des guides et toutes autres formes de conclusions. Ces différentes conclusions appartiennent ensuite au ministre. C'est ce dernier qui détient le pouvoir de les transformer en interventions de santé publique (conduite des conduites). Ainsi, dans les faits, la gouvernementalité du « prendre soin » de soi de la population revient au ministre.

L'INSPQ n'est d'ailleurs pas le seul organisme qui conseille l'instance qui gouverne. Je nommais plus haut le CSBE et l'INESSS. Dans une enquête livrée à Radio-Canada, le journaliste Thomas Gerbet démontrait le rôle important joué par la firme McKinsey lors de la pandémie, à travers une série de conseils stratégiques : « les documents confidentiels que nous avons obtenus démontrent que les consultants privés [chez McKinsey] ont contribué à des décisions cruciales durant la pandémie en donnant des conseils au gouvernement Legault » (Gerbet, 2022). Bref, de multiples organisations et firmes gravitent autour du ministre de la Santé et des Services sociaux. Elles conseillent et orientent ses décisions. Il est donc limité d'aborder l'INSPQ comme une instance de gouvernance.

Toutefois, la gouvernementalité ne représente jamais une fin en soi, mais plutôt un « objectif poursuivi » (Otero, 2021, p. 126). En raison de la liberté inhérente aux individus, il est toujours possible pour ces derniers, tel que l'entend Michel Foucault, de résister (Foucault, 2001, p. 1057). Ainsi, la gouvernementalité peut être comprise comme une « tentative » de gouvernance, susceptible d'être ignorée ou reproduite. Ceux qui dominent poursuivent l'objectif de gouverner, ceux qui font l'objet de la gouvernance, l'acceptent, ou s'y opposent en tentant de gouverner à leur tour. En outre, le pouvoir de conduire des conduites est complexe. Comme nous l'avons vu plus haut, il circule à travers différentes organisations, avant d'aboutir en intervention sanitaire. Il s'avèrerait alors ardu, voire impossible, de suivre intégralement le pouvoir de gouverner et d'identifier précisément « qui gouverne les conduites » de la population. Pour cette raison, bien

que le pouvoir de gouverner de l'INSPQ soit assez limité, l'analyse de la gouvernementalité dans son discours sera tout de même maintenue. La gouvernementalité sera ainsi moins mobilisée comme une fin, mais plutôt comme un objectif poursuivi.

On notera, par exemple, des degrés différents « d'obligation » qui évoqueront des formes distinctes de gouvernance dans le discours. Les mesures « adopter une approche collaborative et participative qui favorise le pouvoir d'action et l'engagement des jeunes adultes » (Roberge et Déplanche, 2017, p. 40) et « une désinfection doit être effectuée lorsqu'une personne atteinte de la COVID-19 ou présentant des symptômes compatibles avec la maladie a séjourné dans une pièce » (Comité Covid-19 en santé environnementale, 2021, p. 4), traduisent des rapports différents de gouvernementalité. La première mesure s'appuie sur l'autonomie des jeunes, alors que la seconde met de l'avant une dimension plus impérative. C'est ce genre d'analyse qui sera mobilisée dans le mémoire. Il s'agira donc d'explorer comment, sur quoi, sur qui, se formule la gouvernance et d'en tirer des conclusions.

Le matériau employé sera le contenu des publications scientifiques publiées par l'INSPQ. C'est un matériau inerte, car il existe indépendamment de mon activité de recherche. Il sera ensuite soumis à l'analyse et alimentera ma réflexion théorique.

L'instrument qui permettra le recueil du matériau de recherche est le site Internet de l'INSPQ. Comme mentionné plus haut, en mai 2024, 2911 publications scientifiques étaient disponibles sur le site. Il est également possible de filtrer les articles par sujet, auteur, comités, type de publication, collection et langue.

### 2.2.1 Construction du corpus

La construction du corpus n'a pas été axée sur un idéal de probabilité. La population représente tous les documents de l'INSPQ portant sur les sujets « Covid-19 », « habitudes de vie », « état de santé de la population » et « gestion des risques », sur lesquels je reviendrai dans le prochain paragraphe. Le choix de cette population découle principalement du découpage par temporalité. Celui-ci divise le corpus en trois temporalités : l'avant-crise, pendant la crise et l'après-crise. Les dates correspondantes à ces temporalités sont : l'avant-crise : avant le 23 mars 2020; pendant la

crise : entre le 23 mars 2020 et le 5 octobre 2022; l'après-crise : après le 5 octobre 2022. L'identification de ces dates s'est faite à partir de la ligne du temps de la Covid-19 au Québec publiée par l'INSPQ qui s'arrête au 5 octobre 2022 (INSPQ, 2022). Le 23 mars 2020 représente la date du premier article produit par l'INSPQ portant sur la Covid-19, tandis que le 5 octobre 2022 est la date qui marque le passage à un autre enjeu sanitaire : le « lancement de la campagne de vaccination contre l'influenza » (INSPQ, 2022), soit le début de « l'après-crise ».

Le choix de mobiliser des documents ayant pour sujets « Covid-19 », « habitudes de vie », « état de santé de la population » ou « gestion des risques » dépend essentiellement de la problématique de recherche. Sans surprise, la thématique de la Covid-19 occupe une place centrale dans la population ciblée, puisqu'elle représente la principale trame narrative de cette étude. Les autres thèmes ont été sélectionnés en fonction de leur pertinence pour éclairer, à partir d'un découpage par temporalité (avant, pendant, après la crise), les transformations de la gouvernance du « prendre soin » de soi. D'une part, les publications portant sur les sujets « habitudes de vie », « état de santé de la population » et « gestion des risques » offrent l'accès à des publications « avant » la crise. D'autre part, ces thématiques abordent des enjeux de santé similaires aux publications relative à la « Covid-19 » : elles se concentrent généralement sur la gestion de la santé de la population. Analyser des publications qui traitent sensiblement des mêmes enjeux de santé permet d'homogénéiser en quelques sortes l'analyse. À l'aide de ces quatre sujets de recherche seulement, la population s'élevait, en date d'avril 2024, à 899 publications. Cela constitue un volume suffisant pour construire un échantillon pertinent qui englobe des enjeux de santé similaire. Il s'agit alors d'analyser, dans des temporalités différentes, la gouvernance d'objets similaires, qui s'apparentent au « prendre soin » de soi : l'activité physique, le transport actif, la santé mentale, la gestion des comportements de la population, la gestion de différents milieux de travail, l'atténuation des risques, l'impact des infrastructures sur la santé de la population, et bien plus.

Étudier les publications portant sur les « habitudes de vie », l'« état de santé de la population » et la « gestion des risques » séparément de celles portant sur la « Covid-19 » avait le potentiel de faire émerger des continuités et des ruptures dans le discours de l'INSPQ, indépendamment de la Covid-19. Par exemple, la gouvernance de l'activité physique, qui se retrouve dans les « habitudes de vie », peut avoir été influencé par le confinement, sans que cela soit explicitement relié à la Covid-19 dans les publications. Pour cette raison, le corpus a été stratifié en séparant les publications

portant sur la « Covid-19 » des autres publications. Les thèmes « habitudes de vie », « état de santé de la population » et « gestion des risques » à l'intérieur de trois strates : « Habitudes de vie, avant », « Habitudes de vie pendant » et « Habitudes de vie, après » ont été regroupés. En y ajoutant les publications portant sur la Covid-19 : « Covid-19, pendant », « Covid-19, après », on y retrouve cinq strates au total. Ce type de stratification a pour objectif d'appréhender les effets que la crise aurait pu avoir sur la gestion de la santé de la population à l'extérieur de la Covid-19.

Le gouvernement des vivants pouvant s'exercer de nombreuses manières, il s'agissait dans la construction du corpus de regrouper des formes de gouvernance. Comment la gouvernementalité se met-elle en place ? Comment œuvre-t-elle ? Comment passe-t-elle à travers la subjectivité, à partir des écrits de l'INSPQ ? Il est possible de répondre à ces questions en abordant, dans les publications, l'objet de recherche, la population visée, les recommandations, les consignes, les avis, les précautions, la prévention, la promotion, la gestion des risques, la préparation, la protection, les milieux investigués, et bien plus. Le corpus se veut alors un effort de regrouper un maximum de stratégies de gouvernance de manière à pouvoir faire résonner, en fonction des temporalités, un ou des modes de gouvernementalité. J'ai tâché d'être le plus général et le moins sélectif possible en tentant de ne rien laisser de côté. J'ai donc diversifié les sujets, les types de publication et les dates de publication. C'est pourquoi le corpus est, entre autres, composé d'un rapport de recherche portant sur les traumatismes en trottinettes datant de 2003, d'une synthèse des connaissances autour de l'alimentation des Québécois.es datant de 2021 et de plusieurs autres documents sur la Covid-19. Les auteur.ices et les comités de rédaction ont été également triés de manière à les varier. Cela pourrait, par exemple, révéler des contradictions dans les positions de l'INSPQ.

Concrètement, le corpus d'articles s'élève à quatre-vingt-six publications scientifiques. À hauteur d'au moins dix publications par strates, le pouvoir informatif (Malterud *et al.*, 2016, p. 1754) semblait suffisant et permettait de dresser un portrait représentatif de la population d'articles. Pour la plupart des strates, ce minimum a néanmoins été dépassé en raison de la pertinence des publications trouvées dans la population. En effet, il arrivait que les publications portaient sur des thématiques encore jamais abordées, comme les travailleur.ses étranger.ères temporaires (Groupe de travail SAT-COVID-19, 2022b), ou encore que les mesures recommandées soient différentes de ce que j'étais habitué de lire, tel que dans l'article : *COVID-19 : Stratégies de communication pour soutenir la promotion et le maintien des comportements désirés dans le contexte de la*

*pandémie* (Bergeron *et al.*, 2020b). Bref, j'insérais donc également les publications qui avaient le potentiel de révéler de nouvelles dimensions à l'analyse. La strate « habitudes de vie, avant » est composée de 16 publications, il y en a 12 dans « habitudes de vie, pendant », 35 dans « Covid-19, pendant », 12 dans « habitudes de vie, après », puis 10 dans « Covid-19, après ». Ces publications ont été trouvées en naviguant dans la rubrique « Nos productions » sur le site Internet de l'INSPQ à l'aide des sujets mentionnés plus haut : « Covid-19 », « habitudes de vie », « état de santé de la population » et « gestion des risques ».

Le site Internet de l'INSPQ classe également ses publications selon leur type : veille scientifique, guide grand public, avis scientifique, etc., pour un total de vingt-huit catégories. Les types de publications s'insèrent dans des collections : surveillance et vigie, état des connaissances, avis et recommandations, recherche et développement, évaluation, transfert de connaissances et hors collections : mémoire et guide d'information grand public. Elles sont de natures différentes et révèlent des finalités distinctes. J'aimais de côté la collection « surveillance et vigie », car elle ne produit aucune recommandation et ne me semblait pas fournir un matériau pertinent quant à la gouvernance de la santé de la population. J'ai également écarté la collection « évaluation » et le type « guide d'information grand public », car ils étaient absents des sujets de recherche « Covid-19 », « habitudes de vie », « état de santé de la population » et « gestion des risques ». J'ai priorisé la collection « avis et recommandations », étant donné qu'elle représente le cœur du matériau, soit les recommandations de santé publique. J'ai finalement conservé les collections « état des connaissances », « recherche et développement », « transfert de connaissances » et le type « mémoire ». Bien qu'elles ne contiennent pas, ou peu, de recommandations, elles reflètent les pratiques internationales standards en matière de santé publique. Elles sont donc révélatrices de l'évolution des connaissances et de la manière dont est appréhendée la santé de la population à travers les trois temporalités à l'étude. Au final, les types de publication qui se retrouvent dans l'échantillon sont les avis d'expert, avis scientifique, avis scientifique intérimaire, avis éthiques, cadre de référence, document intérimaire, document synthèse et résumé, mémoires, rapport de recherche d'étude ou d'analyse, rapport d'évaluation, rapport rapide d'analyse, recommandations intérimaires, revue rapide, synthèse des connaissances, synthèse rapide des connaissances et veille scientifique. Afin de garantir que l'échantillon corresponde aux caractéristiques de la population étudiée, il est constitué d'au moins trois publications pour chacun des types. Élaborer la sélection

du corpus à partir des types de publication a révélé plusieurs nouveaux éléments que j'analyse dans les chapitres suivants. La grande majorité des documents portant sur la Covid-19, par exemple, ont été rédigés dans un cadre « rapide » ou « intérimaire », d'où les types de publication « avis scientifique intérimaire », « rapport rapide d'analyse », « recommandations intérimaires », « revue rapide », etc. Cela révèle l'urgence du contexte de publication scientifique pendant la crise.

### 2.2.2 Lecture et analyse du matériau

Une analyse discursive a guidé la lecture et l'analyse du matériau. De nombreux éléments pouvaient matérialiser la gouvernance du « prendre soin » de soi. Il en était question plus haut, il peut s'agir de la thématique étudiée, de la population visée, du type de mesures recommandées, etc. Afin d'organiser, d'une part, ma pensée en lisant, et d'autre part, les données qualitatives que je trouvais pertinentes, j'ai construit une grille d'analyse. Celle-ci s'inspire de la thèse doctorale de Marcelo Otero qui a analysé dans des revues scientifiques québécoises de psychologie, les modes de régulation des conduites des sujets (Otero, 1999, p. 115). En raison de la similarité de l'objet d'étude, la grille d'analyse qu'il avance s'est avérée très pertinente à mon étude. La grille d'analyse que je propose est composée de sept éléments :

- I) Les populations visées par les interventions
- II) Les conduites recommandées
- III) Les conduites condamnées
- IV) L'argumentaire qui légitime les interventions
- V) Les outils mobilisés pour agir sur le « prendre soin » de soi
- VI) Les conceptions de la santé
- VII) L'organisation du texte

Le premier point consiste à identifier les populations visées par les publications. Celles-ci se répartissent en catégories démographiques, comme les personnes âgées, ou comportementales, telles que les fumeurs. Cette catégorie d'analyse permet de comparer le traitement différentiel qui est octroyé aux divers groupes populationnels étudiés. Je montrerai, par exemple, que les jeunes sont souvent associés à une forme de vulnérabilité et qu'ils sont l'objet de recommandations caractérisées par une insuffisance diversifiées en termes de développement.

Les conduites recommandées sont les mesures sanitaires proposées au ministre de la Santé et des services sociaux du Québec. Elles représentent la réponse aux enjeux de santé soulevés et

apparaissent généralement à la fin d'une publication. Elles sont au cœur de mon analyse, car elles illustrent les stratégies de gouvernance développées dans les publications. Pendant la crise sanitaire, dans les transports collectifs, les expert.es à l'INSPQ recommandaient, par exemple, l'installations de mesures barrières : distanciation physique, port du masque, mesures techniques et d'ingénierie, etc.

Les conduites condamnées, plus rares, sont les comportements qui sont reprochés à la population. Elles s'inscrivent dans une logique de « responsabilisation » adressée aux individus. Elles permettent donc de vérifier ce qui se retrouvait dans la littérature, évoqué dans le premier chapitre. Elles identifient également la limite entre les comportements jugés « traitables » par la promotion de l'enjeu, de ceux jugés « condamnables ». Par exemple, la consommation de boissons à haute teneur en alcool est un comportement jugé traitable, par la promotion d'un environnement plus sain. Tandis que la récidive de la conduite d'un véhicule avec facultés affaiblies est jugée condamnable. Dans le second cas, les auteur.ices prioriseront des mesures s'adressant directement à l'individu lui-même, comme l'installation d'un antidémarrreur éthylométrique.

L'argumentaire a le rôle de justifier la publication de l'article. Il formule en quoi l'enjeu étudié doit être problématisé et légitime parfois la recommandation d'interventions. Il inclut des statistiques, des arguments tirés de références internationales en santé publique, des exemples, des cas d'étude internationale, etc. En comparant les périodes, les sujets, les populations, ou tout autre facteur de nature heuristique, il est possible de mettre en lumière différentes justifications d'interventions ou de problématisation. L'argumentaire pendant la pandémie était, par exemple, centré autour de l'urgence, tandis qu'avant la pandémie, il était plutôt basé sur des résultats stables et concrets.

Les outils mobilisés sont les moyens matériels déployés qui se joignent aux recommandations : barrière physique, passeport vaccinal, etc. Ils servent avant tout à soulever les manières dont sont matérialisées les interventions. Par exemple, avant la pandémie, les interventions reposaient principalement sur l'environnement, mobilisé comme outils de gestion de la santé de la population.

Les conceptions de la santé représentent les manières dont la santé est conceptualisée : par quoi ça passe être en santé, ou ne pas l'être ? Elles démontrent donc l'évolution de la conceptualisation de la santé dans le discours de l'INSPQ. Pendant la pandémie, une personne infectée projette dans

l'air, par exemple, des gouttelettes lorsqu'elle respire, éternue, tousse ou parle (Maurice, 2020, p. 2).

Enfin, dans la catégorie « organisation du texte », j'ai inséré tout ce qui se rattachait à l'organisation du texte : nombre de pages, structure, références, nombre de versions, avertissement, etc. D'ailleurs l'organisation des textes se construisait différemment en fonction du type de publication et des strates. Par exemple, c'est dans la strate « habitudes de vie, avant » que se trouve la plus grande moyenne de pages de texte, soit 36. Elle a ensuite diminué pendant la pandémie avec 18 dans la strate « habitudes de vie, pendant », pour légèrement remonter après la crise à 20. Les strates « Covid-19, pendant » et « Covid-19, après » ont les moyennes les plus basses avec 13 dans les deux cas. Les textes dans les trois strates « habitudes de vie » étaient souvent composés d'un résumé, de points clés, d'une introduction, de l'étude de l'enjeu avec des résultats, une discussion et parfois des recommandations. Tandis que les textes dans les deux strates « Covid-19 » étaient plus courts, moins bien construits, il arrivait qu'ils ne contiennent que des recommandations, sans introduction ni contexte. En outre, lors de la lecture du matériau, j'ai constaté que des articles avaient déjà été révisés. Ce n'était que les dernières versions desdites publications qui étaient disponibles. Il est alors possible d'avancer qu'une certaine homogénéisation constante des articles avait lieu, écartant l'hypothèse de retrouver des contradictions dans le discours.

À partir de deux logiciels, j'ai téléchargé et catégorisé les publications scientifiques. L'un des logiciels me permettait de noter mes idées, de les lier et de prendre des notes. Sur ce même logiciel, des concepts ont été créés : « responsabilisation (43) », « vulnérable (38) », « santé\_mentale (32) », etc. Les concepts, une fois constitués, et le nombre de fois qu'ils apparaissaient, étaient disponibles dans la colonne de droite. Chaque concept représentait une idée, inductive ou déductive. Ils me permettaient de visualiser toutes mes observations déductives et les éléments inductifs des textes qui revenaient le plus souvent. Le mémoire a été construit en fonction de ces concepts.

Dans l'ensemble, l'idée a été d'effectuer une lecture assez précise et méticuleuse des documents issus du corpus. De cette manière, j'espérais pouvoir mettre de l'avant un portrait précis de la gouvernance du « prendre soin » de soi, avant, pendant et après la crise sanitaire de la Covid-19.

### 2.2.3 Seconde analyse et limite méthodologique

Avant d'entamer la rédaction d'un chapitre, je revenais sur toutes les fiches du logiciel correspondant à la strate étudiée. J'effectuais alors une seconde analyse afin de mettre à jour toutes mes idées et d'organiser clairement les chapitres en fonction des concepts clés de la temporalité. Par ailleurs, dans les chapitres du mémoire, j'aisouvent omis d'identifier à quelle strate appartenait les données relevées : « Habitudes de vie » ou « Covid-19 ». Tel que dans le sixième chapitre, elles étaient identifiées seulement lorsque je considérais que les données récoltées dans les strates se différenciaient à tel point qu'il était possible de relever des faits pertinents sur la gouvernementalité du « prendre soin » de soi.

Pour terminer, et c'est l'une des limites du mémoire, l'analyse ne porte que sur les éléments visibles. J'ai donc laissé de côté tout ce que je ne voyais pas. J'aurais pu, en effet, faire émerger des dimensions que je retrouvais dans la littérature secondaire, mais absentes de mon matériau, et développer une critique de l'institut à partir de cette dernière. Discuter de l'absence, ou de l'invisibilisation, de la thématique de la covid longue, et de l'enjeu qu'elle représente comme étant une maladie proprement « profane » et non-médicalement reconnue (Callard et Perego, 2021, p. 1), par exemple, aurait pu faire surgir une analyse intéressante en matière de gouvernance du « prendre soin » de soi. Il se peut donc que j'aie reproduit l'invisibilisation de thématiques déjà obscurcies. Cette limite est également inextricable à ma méthode. Il est possible que des dimensions, présentes dans la littérature secondaire, mais absentes de mon corpus, se trouvent néanmoins dans le discours de l'INSPQ. L'échantillonnage met nécessairement de côté des éléments. Dans une analyse qualitative, il est difficile d'avoir accès à tout. Bref, au lieu de discuter de sujets présents dans la littérature secondaire, à partir de mon matériau, j'ai préféré faire l'inverse : analyser le matériau et joindre à l'analyse des concepts retrouvés dans la littérature secondaire. C'est pourquoi le néolibéralisme, de nature ubiquiste dans la littérature de la gouvernementalité, n'est à peu près aucunement discuté dans les chapitres qui succèdent au premier.

## 2.3 Conclusion

Il est soutenu, dans la littérature secondaire, que la gouvernance de l'individu se construit par l'autonomisation de ses conduites. L'individu, dans un contexte néolibéral, serait alors responsable

de faire les bons choix afin de « prendre soin » de lui. La crise de la Covid-19 semblait toutefois avoir freiné, pendant plus de deux ans, une partie de l'autonomisation des conduites de santé afin de prioriser des mesures plutôt restrictives et hétéronomes : passeport vaccinal, confinement, limite de personnes par espace, masques, barrières physiques, etc. Cela a fait émerger une première question de recherche, plus générale, et en m'appuyant sur un univers d'analyse précis, une question de recherche plus spécifique a fait surface : *Comment la conduite de la santé de la population a évolué avant, pendant et après la crise de la Covid-19 au Québec dans le discours de l'INSPQ ?* Ensuite, j'ai retracé tout mon parcours méthodologique : en contextualisant l'univers d'analyse, en présentant la construction du corpus, sa lecture et son analyse, puis en identifiant quelques limites rencontrées pendant l'écriture.

### **CHAPITRE III**

## **AVANT LA CRISE : L'ENVIRONNEMENT RISQUÉ, AU FONDEMENT DE LA GOUVERNANCE**

La santé publique est un domaine difficile à matérialiser. De qui parle-t-on ? Qui est la santé publique ? Est-ce seulement un institut ? Ou s'agit-il d'un ensemble organique d'individus qui travaillent pour la santé de la population ? Qui sont ces individus ? Charles-Edward Winslow, bactériologiste américain, est à l'origine d'une définition de la santé publique, désormais incontournable dans ce champ. En 1920, l'auteur la définissait comme

la science et l'art de prévenir la maladie, prolonger la vie et promouvoir la santé humaine à travers des efforts organisés et informés de la société, des organisations publiques et privées, des communautés et des individus. (Winslow, 1920, dans Fontanet, 2019).

L'INSPQ est à cheval entre la communauté scientifique et l'État, par sa proximité avec le ministre de la Santé et des Services sociaux. Il s'inscrit donc dans la longue liste d'organes qui alimentent la santé publique au Québec. Son discours est d'ailleurs le fruit d'un réseau d'acteurs distincts issus de la communauté scientifique : Organisation mondiale de la santé, revues scientifiques internationales, médecins, épidémiologistes, expert.es en travail social, en sociologie et bien plus. Bref, dans ce travail, la santé publique sera comprise comme une science et un art qui a pour objectif la santé de la population et dans laquelle l'INSPQ prend place.

Dans la toute première période étudiée, entre 2003 et 2020, le corpus rassemble quinze articles ayant pour thème les habitudes de vie, l'état de santé de la population et la gestion des risques. Il s'agissait dans ce début d'analyse de mettre en lumière ce que représentait originellement la gouvernance, ou tentative de gouvernance, du « prendre soin » de soi dans le discours d'un des plus importants instituts de santé publique au Québec. Rappelons-le, la gouvernance se définit largement comme la conduite des conduites. Théoriquement, je m'intéresse donc à la manière dont l'INSPQ conduit les conduites des citoyen.nes de manière à « prévenir la maladie, prolonger la vie et promouvoir la santé humaine » (Winslow, 1920 dans Fontanet, 2019). En pratique, la gouvernance s'exprime de diverses manières, la plus claire étant l'élaboration de recommandations : « Recommandation 4 : Encourager les parents à choisir pour leur enfant un seul corridor à utiliser durant toute l'année scolaire afin qu'il puisse se familiariser avec ce trajet »

(Burigusa *et al.*, 2011, p. 78). Par la population et l'enjeu étudiés, par l'argumentaire mobilisé, les auteur.ices à l'INSPQ bâtissent des vérités concernant ce qui représente un enjeu pour la santé de la population, ainsi que la manière de se maintenir en santé, c'est-à-dire de « prendre soin » de soi. En somme, par la production de recommandations et de vérités, les auteur.ices à l'INSPQ conduisent le « prendre soin » de soi de la population.

La gouvernance qui se dessine dans les travaux de cet institut se centre autour de la notion du risque. Le risque, comme outil, est majeur, non seulement pour la compréhension des enjeux de santé publique, mais aussi pour tout ce qui relève de leur intervention. Il est un moteur à partir duquel chemine la gouvernance, dans le discours de l'INSPQ. Une fois l'établissement du risque, il s'agit ensuite d'intervenir sur ce risque. Une analyse profonde du discours de l'INSPQ mettra en lumière le rôle de l'environnement en matière de réduction des risques.

### 3.1 Le risque comme catalyseur des recommandations

Pour Ulrich Beck, sociologue allemand majeur des études de la postmodernité, la « modernité avancée », qui débute vers les années soixante-dix (Beck, 2008, p. 35-38), se caractérise par la gestion du risque. D'après l'auteur, le risque a toujours existé dans toutes sociétés. Il se serait néanmoins multiplié et diversifié avec l'irruption du « surdéveloppement des forces de production » et la libération des « forces de destruction » (Beck, 2008, p. 38). En d'autres termes, plus que la société produit, plus qu'elle détruit, et à l'étape qu'elle se trouve actuellement, elle produit, et détruit, de manière colossale. C'est dans cette mesure que sont apparus une série de nouveaux risques : les risques environnementaux, les risques financiers, les risques sanitaires, et bien plus. Soudainement, la société avance trop vite et transporte dans son sillage des risques qui pourraient mettre fin définitivement ou provisoirement à son développement. Cette économie du risque se transporte alors dans toutes les sphères sociales. Le futur n'est plus porteur d'émancipation, il est plutôt incertain et dangereux.

La théorie de Beck est macrosociale, mais elle peut également être traduite d'un point de vue microsocial. Aujourd'hui, les individus voient leurs conditions de vie affectée par un futur incertain. Autrefois, « prendre un risque », comme celui de quitter la campagne à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle au Québec pour améliorer ses conditions de vie en ville, pouvait être perçu comme un acte

d'espoir ou d'aspiration. À l'époque actuelle, si certains risques sont toujours valorisés dans des contextes comme l'entrepreneuriat ou l'innovation, la santé publique met plutôt en scène une multiplication des risques perçus comme négatifs. En santé publique, le risque ne se prend pas d'un point de vue positif : il se subit, d'après le sociologue David Wainwright, les individus contemporains se « sentent à risque<sup>16</sup> » (Wainwright, 2008, p. 12) : à risque de ne pas manger suffisamment de fruits et de légumes, de ne pas faire suffisamment d'exercice physique, de passer trop de temps sur un écran, de ne pas se passer suffisamment la soie dentaire, etc. La santé publique contemporaine apparaît ainsi comme un théâtre où s'exprime cette profusion du risque dans la vie quotidienne.

À l'échelle de la santé publique, les épidémiologistes mettent également de l'avant une transformation du risque dans le troisième tiers du 20<sup>e</sup> siècle, cette fois-ci associée à la santé de la population. Spécialiste de santé publique, John M. Last définit l'épidémiologie comme « l'étude de la répartition et des déterminants des événements ou des états de santé de la population [...] et l'application des résultats au contrôle des problèmes de santé » (Last, 1988, dans Fontanet, 2019). Encore une fois, autour des années soixante-dix, les risques se transforment, se diversifient et augmentent. Les maladies chroniques, telles que les maladies cardiaques, cérébrovasculaires, le diabète, ainsi que les cancers de l'estomac, du colon, du sein, de la prostate, du poumon, et bien d'autres, sont des maladies qui émergent au cours de cette époque (Mackenbach, 2020, p. 217-251). Les progrès biomédicaux ont transformé le risque de maladie, désormais omniprésent dans les habitudes de vie. C'est sous cet angle que Howard Morrison, chercheur en santé publique, présentait les avancées de l'épidémiologie au cours de ces années :

Jusque dans les années 60, la majeure partie de la recherche en épidémiologie portait sur les flambées de maladies infectieuses. L'importance croissante des maladies chroniques et les progrès méthodologiques ont amené une augmentation substantielle des études épidémiologiques de maladies chroniques comme le cancer et les cardiopathies. Ces études ont mis en évidence l'importance des facteurs liés aux habitudes de vie comme le tabagisme et le régime alimentaire dans l'étiologie de ces maladies. (Morrison, 2013)

C'est ainsi, sans surprise, que se retrouvent à plusieurs moments dans les publications de l'INSPQ, les maladies chroniques, comme principal risque des habitudes de vie dangereuses : « Il [le

---

<sup>16</sup> « Sense of feeling at risk ». Wainwright, David. (2008). *A Sociology of Health*. SAGE Publications Ltd. Ma traduction.

tabagisme] constitue le principal facteur de risque des maladies chroniques les plus meurtrières, soit les maladies cardiovasculaires et les cancers. » (Tremblay et Poirier, 2012, p. 1).

Dans le discours de l'INSPQ, les facteurs de risque sont le moteur de toutes recommandations. Ils sont mobilisés comme raison principale pour laquelle la santé publique devrait intervenir. L'argumentaire du risque se retrouve dans chacun des quinze articles du corpus de l'avant-crise. Selon Claude Got, le risque recèle un caractère incitatif : « la notion de risque domine la compréhension et la gestion de la santé publique » (Got, 2016, p. 19). Dans mon étude, le risque conceptualise l'idée d'un mal perceptible, contrôlable, et qui a donc pour finalité d'être réduit ou supprimé. C'est toujours parce qu'il y a présence de risque que les expert.es à l'INSPQ insistent sur des moyens de prévention. D'où la définition qu'en fait le sociologue français Pierre Lascoumes. Le risque est pour lui un « danger prévisible, un trouble maîtrisé » (Lascoumes, 2002, p. 157). Le « prendre soin » de soi s'initie dans la maîtrise dudit risque.

Il est possible d'observer l'importance accordée au risque dans l'article *Sécurité des élèves du primaire lors des déplacements à pied et à vélo entre la maison et l'école au Québec*. L'objectif principal du document est la réduction du « risque de blessures associées aux déplacements à pied ou à vélo entre la maison et l'école chez les élèves du primaire, au Québec » (Burigusa *et al.*, 2011, p. III). Les auteur.ices documentent le risque sous tous ses aspects : a) le risque inhérent aux élèves : « l'enfant piéton ou cycliste a des limites au niveau de son développement cognitif, physique, psychomoteur et perceptuel qui le rendent vulnérable dans la circulation » (Burigusa *et al.*, 2011, p. IV-V); b) les risques environnementaux : « la vitesse des véhicules motorisés, au volume de la circulation, au nombre de voies de circulation et aux obstacles visuels, surtout ceux liés au stationnement aux abords de la chaussée. » (Burigusa *et al.*, 2011, p. V); c) enfin, les risques sont tous mis en relation avec d'autres facteurs : selon le moyen de transport, la région, la distance à parcourir, le genre de l'enfant et qu'il soit accompagné ou pas. Ce troisième point s'inscrit dans ce que l'épidémiologiste anglais Michael B. Bracken appelle le « risque relatif<sup>17</sup> » (Bracken, 2013, p. 37). C'est, d'après l'auteur, la compréhension du risque, tel qu'étant relatif à d'autres facteurs de

---

<sup>17</sup> "relative risk". Bracken, Michael B. (2013). Risk. Dans *Risk, Chance, and Causation* (p. 35-50). Yale University Press. Ma traduction.

risque, qui a métamorphosé l'épidémiologie des années 60-70. Le « réseau de causalité<sup>18</sup> », soit l'interrelation des facteurs de risque, complexifie et élargit l'étude du risque à des sphères qui n'étaient anciennement pas médicalisées (Mackenbach, 2020, p. 58).

### 3.2 L'expansion de l'expertise de la santé publique

Dans le discours de l'INSPQ, l'avant-crise témoigne d'une expansion de l'expertise de la santé publique. Une foule d'enjeux, anciennement moins associés à la santé publique, sont désormais captés par cette dernière. La diversité des thématiques semble symptomatique de l'étendue de l'influence de la santé publique. À ce propos, l'anthropologue français Didier Fassin note également « l'extension du champ de la santé publique » comme « fait dominant » dans l'histoire de cet art et science (Fassin, 1996, p. 257). Fassin expose trois dimensions à cette expansion qui se retrouvent à certains égards dans le discours de l'INSPQ.

La première relève de la population. D'après l'auteur, la santé publique cible des groupes populationnels de plus en plus diversifiés (Fassin, 1996, p. 257). Dans le discours de l'INSPQ, quelques rares articles s'adressent encore à la « santé de la population ». C'est le cas de l'*Avis sur le Plan national de surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants* qui vise de la manière la plus globale possible « l'ensemble de la population » (Comité d'éthique de santé publique, 2019, p. 1). Toutefois, dans la plupart des publications, les expert.es précisent leur analyse à un groupe populationnel distinct. Parmi ceux-ci figurent, par exemple, les « fumeurs » (Lalonde *et al.*, 2004, p. 5), les « jeunes adultes » (Roberge et Déplanche, 2017, p. 4), les « personnes obèses » (Gervais, 2011, p. 1), etc. Plutôt que de se concentrer sur certains « groupes spécifiques », la santé publique, explique Didier Fassin, « couvre peu à peu la totalité du monde social » (Fassin, 1996, p. 257). À partir de mon corpus, il est donc possible d'affirmer que l'expansion de la gouvernance de l'INSPQ se concrétise, premièrement, dans l'étendue des groupes populationnels étudiés par les auteur.ices.

Ensuite, les enjeux captés par l'Institut sont également plus nombreux. Selon Fassin, la santé publique s'attaque à des problèmes sanitaires qui « s'éloignent des conceptions traditionnelles de

---

<sup>18</sup> “Web of causation”. Mackenbach, Johan P. (2020). *A History of Population Health: Rise and Fall of Disease in Europe*. BRILL. Ma traduction

la santé et de la sphère publique » (Fassin, 1996, p. 257). L'INSPQ couvre un large champ d'enjeux : l'intoxication aux boissons sucrées alcoolisées (April *et al.*, 2018), la consommation de cannabis (Chapados *et al.*, 2019), ou même les blessures subies au cours d'activité récréative (Hamel *et al.*, 2019). Dans le cas de l'INSPQ, tels que dans la documentation explorée par l'anthropologue Didier Fassin, la santé publique est désormais étudiée sous un angle à la fois global, et hautement ciblé, combinant une vision d'ensemble avec une attention soutenue à des groupes spécifiques. Autant les traumatismes en trottinettes (Légaré, 2003), que l'étatisation des jeux d'argent sur Internet (Papineau, 2010) sont porteurs de risques, et font donc l'objet d'une étude.

Enfin, la troisième dimension de l'expansion de la santé publique se réfère aux domaines d'intervention (Fassin, 1996, p. 257). Dans le cas de l'INSPQ, l'intervention prend en effet place dans un champ diversifié de domaines : service de police (Blais et Sergerie, 2018), établissement scolaire (Tremblay et Poirier, 2012), compagnie pharmaceutique (Dubé *et al.*, 2016), etc. Ainsi, à travers ces divers organes, la gouvernance de l'INSPQ s'installe, sous forme de recommandations, de prévention, ou encore de promotion, de manière à assurer la santé de la population et, ce faisant, le « prendre soin » de soi.

Mon corpus ne me permet pas vraiment d'expliquer l'expansion de la santé publique, telle que présentée par Fassin. Il offre plutôt la possibilité d'illustrer cette expansion. Toutefois, la littérature scientifique de la santé publique couvre cette expansion et révèle des théories. J'en nommerai deux qui se rapportent à mon corpus. La première tentative d'explication provient de Nicolas Tanti-Hardouin, professeur de santé publique à Marseille. L'auteur explique que cette expansion est issue d'une « volonté infinie de savoir » et a pour effet que « la population demande à être de plus en plus protégée dans des domaines de plus en plus variés », ce qui résulterait, selon l'auteur, de « privilégier certains risques plus médiatisés » (Tanti-Hardouin, 2013, p. 108). Les études de l'INSPQ sur le tabagisme ou sur la consommation de cannabis sont révélatrices de cette théorie. À partir des années 2000, la consommation de cigarettes est associée à une « pandémie de maladies associées au tabac » (Brandt, 2007, p. 450). La démocratisation juridique, sociale et politique des méfaits liés à la consommation du tabac, sous forme de procès, les conventions de l'OMS et la prise de conscience dans l'opinion publique, rendent cet enjeu « médiatisé ». Entre 2004 et 2019, l'INSPQ publiait 98 articles portant sur le tabagisme, ce qui fait de lui un des sujets les plus étudiés

dans cette période. Le cannabis a lui aussi écopé d'une certaine popularité avec le projet de loi fédéral de légalisation du cannabis : 28 articles à partir de 2017, 3 avant. Dans les mots de Tanti-Hardouin, le tabagisme et la consommation du cannabis sont devenus, en parallèle avec les transformations politiques et sociales, des enjeux de santé médiatisés. En considérant la position paragouvernementale de l'INSPQ qui reçoit des demandes du ministre de la Santé et des Services sociaux, lui-même influencé par les craintes de la société civile, l'hypothèse du privilège accordé à des « risques plus médiatisés », et plus politisés, semble tout à fait cohérente. Ce serait donc ce privilège, entre autres explications, qui serait à l'origine de l'étude de sujets et de populations aussi variés, par l'entremise d'interventions diversifiées, dans le discours de l'INSPQ.

Johan Mackenbach, expert néerlandais en santé publique, avance à son tour qu'il existe quatre principaux facteurs qui permettent d'expliquer « l'apparition et la disparition des maladies<sup>19</sup> » (Mackenbach, 2020, p. 68). Ces facteurs sont les changements économiques et socioculturels, le développement de systèmes efficaces d'intervention en santé et les changements politiques (Mackenbach, 2020, p. 68). Pour faire écho à ce qui est avancé depuis quelques pages, la transformation du risque et l'accélération du capitalisme dans les années 60-70 tel qu'abordées par Beck, l'évolution de l'épidémiologie dans le domaine des habitudes de vie, ou encore le phénomène de médicalisation sont des facteurs qui peuvent éclairer l'apparition et la disparition des maladies.

La médicalisation est définie par Peter Conrad, pionnier du concept, comme un « processus à partir duquel les problèmes non-médicaux se définissent et se traitent en tant que problèmes médicaux, généralement en termes de maladies ou de troubles »<sup>20</sup> (Conrad, 2007, p. 4). Ce processus existerait depuis les années 1950-1960 (Conrad, 2007, p. 4). L'expansion des risques dans le discours de l'INSPQ peut également être interprétée comme une manifestation du processus de médicalisation. Dans la publication « Enjeux de santé publique reliés à l'étatisation des jeux d'argent sur Internet », le phénomène de médicalisation est très clairement visible, comme en témoigne cette citation :

---

<sup>19</sup> « rise-and-fall' of so many diseases? » Mackenbach, Johan P. (2020). *A History of Population Health: Rise and Fall of Disease in Europe*. BRILL. Ma traduction.

<sup>20</sup> «a process by which nonmedical problems become defined and treated as medical problems, usually in terms of illness and disorders.» Conrad, Peter. (2007). *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. Johns Hopkins University Press. Ma traduction.

C'est avec l'introduction des casinos et d'un réseau étatisé d'appareils électroniques de jeu (AÉJ) que les problèmes sociaux associés au jeu sont devenus apparents pour les intervenants du milieu de la santé. [...] Cette dangerosité a été suffisamment reconnue pour que la réduction du nombre d'AÉJ ait fait l'objet de politiques publiques et de nombreux débats (Papineau, 2010, p. 1).

Un problème non-médical, comme la dépendance aux jeux d'argent, par exemple, est devenu, avec l'essor d'une transformation sociale, soit l'introduction des casinos et l'étatisation d'appareils électroniques de jeu, un problème médical. C'est dans cette mesure que le phénomène de médicalisation doit être pris en compte dans l'analyse de l'expansion de la santé publique. Les deux théories qui viennent d'être présentées sont également partagées par Didier Fassin, selon lequel l'expansion de la santé publique est tributaire d'une « médicalisation de la société et [de la] politisation de la santé » (Fassin, 1996, p. 258).

Pour terminer, une comparaison peut être avancée entre l'expansion de la santé publique et le modèle pastoral de Michel Foucault. Ce modèle s'inspire du pasteur, ou du berger, qui ont pour fonction de guider, surveiller et soigner une collectivité en fonction d'un objectif commun : assurer le salut (Foucault, 2001, p. 719). Dans un modèle sociétal de type pastoral, le « salut » du pasteur se multiplie « sous forme de besoins à combler en matière de soins de santé, d'éducation, de bien-être social et économique, de sécurité, de développement, de loisir, etc. » (Otero, 2021, p. 127). Pour exercer ses fonctions premières : la surveillance, la gouvernance et le soin, le pouvoir pastoral doit sans cesse affûter son savoir et multiplier ses prises : « les demandes de savoirs pour mieux gouverner explosent et se renouvellent constamment en fonction de nouveaux problèmes qui se posent selon des domaines spécifiques (sexualité, alimentation, écologie, santé mentale, soins dédiés à chaque tranche d'âge) » (Otero, 2021, p. 127). En ce sens, le pouvoir pastoral se rapproche étroitement de ce qui se retrouve dans le discours de l'INSPQ. La multiplication des risques, associée à l'augmentation des populations, des enjeux et des interventions étudiés et proposés, s'inscrit dans un mode pastoral de gouvernance.

### 3.3 Calculer les risques

L'importance accordée au risque se traduit généralement, dans les publications, par l'objectif de réduction des risques. Ultimement, l'objectif de réduction des risques est-il inséparable de l'ambition d'une population en parfaite santé ? Dans la littérature de la santé publique, c'est effectivement ce qui est avancé. Nicolas Tanti-Hardouin explique que « l'utopie de la santé parfaite

[...] caractérise notre société » (Tanti-Hardouin, 2013, p. 19). Aquilino Morelle et Didier Tabuteau expliquent à leur tour que l'une des ambitions de la santé publique est la « santé parfaite », à travers « une population protégée des grands fléaux et assurée de sa perpétuation » (Morelle et Tabuteau, 2023, p. 89). Cette ambition ne se retrouve néanmoins pas dans le discours de l'INSPQ. C'est plutôt un certain « calcul des risques » qui motive la prise de décision.

L'impossibilité d'atteindre la santé parfaite est perceptible dans le discours de l'INSPQ. Il ne semble en effet jamais réalisable d'éliminer tous les risques, encore moins de supprimer toutes les conséquences issues d'habitudes de vie risquées : décès, hospitalisation, maladie, etc. Les risques étant si omniprésents, qu'il arrive souvent que les auteur.ices à l'INSPQ doivent les calculer, de manière à conclure quelle option est la moins risquée. Dans la publication, issue de mon corpus, qui problématise l'étatisation des jeux d'argent en ligne (Papineau, 2010), l'autrice avance la prémisse que l'étatisation de ces jeux peut être une solution aux problèmes qui découlent de leur utilisation. Les jeux d'argent seraient nocifs pour la santé puisqu'ils sont facilement accessibles, que l'argent électronique fait perdre la notion de dépense, que les mineurs y ont accès, que les participants peuvent y développer une dépendance, qu'ils sont anonymes, qu'ils invitent à la participation intensive et au dépassement de soi, et bien plus (Papineau, 2010, p. 3). Toutefois, l'étude rigoureuse de l'étatisation comme solution aux problèmes des jeux d'argent en ligne ne s'avère pas suffisamment convaincante. Elle pourrait même augmenter les risques, d'après l'autrice :

il est probable que l'étatisation et la décriminalisation entraîneront l'augmentation du nombre d'adeptes du jeu en ligne au Québec. Cette légitimation par l'État des JAI [Jeux d'argent sur Internet] risque de générer un sentiment de fausse sécurité à l'endroit d'une pratique hautement risquée [...] la société d'État ne sera pas en situation de monopole et ceci implique qu'elle devra recourir à des stratégies de marketing aussi intrusives que celles de ses compétiteurs (Papineau, 2010, p. 4)

Au terme de l'article, l'autrice ne décide finalement pas de recommander l'étatisation des jeux d'argent en ligne. En effet, le choix de ne pas intervenir s'avère plus judicieux que le choix d'intervenir. C'est donc parfois à partir du calcul des risques : soit quelle option est la plus risquée (étatiser ou ne pas étatiser), que la gouvernance des individus se matérialise.

Un autre exemple qui témoigne du gouvernement par le « calcul des risques » est la publication portant sur les « blessures subies au cours de la pratique d'activités récréatives et sportives au

Québec » (Hamel *et al.*, 2019). Bien qu'un mode de vie physiquement actif soit promu dans plusieurs documents de l'avant-crise, il reste que cette activité, qui vise à l'origine une réduction des risques, peut également en présenter. Les auteurs estiment que plus d'un million de personnes se sont blessées au cours d'activités récréatives et sportives au Québec en 2015-2016 : entorse, tendinite, claquage musculaire, fracture, commotion cérébrale, déchirure ligamentaire, dislocation, etc. (Hamel *et al.*, 2019, p. 40-41). En considérant les bienfaits et les méfaits d'un mode de vie physiquement actif, les auteurs arrivent à la conclusion qu'il

faut garder en tête que les bienfaits de l'activité physique sont supérieurs au risque de blessure et que la promotion de la sécurité doit être considérée comme une alliée incontournable et complémentaire de la promotion d'un mode de vie physiquement actif. (Hamel *et al.*, 2019, p. 61)

Encore une fois, l'idéal d'une santé parfaite est freiné par l'émergence de risques. Ces risques exigent alors un calcul, visant à déterminer quelle option présente le moins de danger : ne plus recommander la pratique d'activité physique ou continuer à la recommander. En fonction de ce calcul, il devient possible de gouverner les conduites : pratiquer des activités sportives et récréatives en ayant en tête des principes de sécurité. Cette étude a de spécifique qu'elle porte sur le corps des individus. Elle met alors en lumière une hiérarchisation des conduites corporelles fondée sur le calcul des risques : ne pas exercer d'activité physique, se blesser au cours d'une activité physique, exercer une activité physique tout en respectant les limites de son corps. Bref, derrière le calcul des risques se dégage la hiérarchisation d'un « prendre soin » de soi qui crée des catégories sociales. D'un point de vue foucauldien, le calcul des risques normalise et hiérarchise les corps. À la manière de l'examen, qui est un « regard normalisateur, une surveillance qui permet de qualifier, de classer et de punir », l'article en question « combine les techniques de la hiérarchie qui surveille et celles de la sanction qui normalise » (Foucault, 2014c, p. 217).

Les deux études présentées indiquent finalement que l'utopie d'une santé parfaite, bien que probablement souhaitée, n'est de manière réaliste jamais envisagée. Les risques abondent et ne cessent d'abonder à mesure que sont étudiés en profondeur les enjeux de santé publique. Néanmoins, le calcul des risques relatifs, dont la racine est la « santé parfaite », permet aux acteurs en santé publique de guider le « prendre soin » de soi et, parfois, de mettre en place des interventions. Le calcul des risques conduit ainsi les conduites du « prendre soin » de soi.

### 3.4 Intervenir sur l'environnement afin de gouverner l'individu

Les interventions proposées par les auteur.ices à l'INSPQ dans l'avant-crise ont recours à l'environnement afin de gouverner les individus. L'environnement est envisagé d'un point de vue social : il représente ce qui est extérieur à l'individu, mais qui peut agir sur lui, par exemple, la famille, l'éducation, les médias, les figures d'autorité, les lois, la culture, le commerce, etc. C'est à partir de ces différents aspects de l'environnement que les expert.es à l'INSPQ s'attaquent à des enjeux de santé publique, comme l'intoxication aiguë à l'alcool ou le suicide. C'est en modifiant ce qui semble problématique dans l'environnement qu'est gouverné le « prendre soin » de soi.

L'INSPQ fait entrer l'environnement dans le cheminement conceptuel de la gouvernance et du pouvoir. L'environnement devient un organe, à travers lequel passe le pouvoir, au même titre que l'est l'INSPQ. Dans la littérature du gouvernement des corps, les auteur.ices établissent trop souvent de liens concrets et définitifs entre la gouvernance ou les instituts, et le corps, sans revenir sur ce qui matérialise l'influence du premier sur le second. Le diagnostic de la responsabilisation et de l'autonomisation de l'acteur contemporain est régulièrement mis de l'avant, sans montrer comment. Cela était présenté dans le premier chapitre, de nombreux.ses auteur.ices, tel.les que Wendy Brown (2004), Brian Brown et Sally Baker (2012), ou encore Nikolas Rose (1996, 2007), établissent ce diagnostic à l'égard du.de la citoyen.ne contemporain.e. Les auteur.ices dans la littérature secondaire tendent en fait à minimiser le pouvoir de l'environnement dans la conduite des conduites. Cela a pour effet de laisser en suspens la question « comment les citoyen.nes responsables deviennent-ils responsables ? ».

Dans la publication « Intoxications aiguës à l'alcool et boissons sucrées alcoolisées » (April *et al.*, 2018), les auteur.ices à l'INSPQ présentent une série de recommandations qui s'appuient sur l'environnement et qui, sans que ce soit explicité, ont pour finalité la responsabilisation des acteurs. Dans un passage, il est possible d'observer concrètement comment les expert.es envisagent le contrôle des individus en matière d'intoxication à l'alcool et aux boissons sucrées alcoolisées. L'environnement occupe une place primordiale dans la gouvernance :

Que le gouvernement adopte en priorité une politique de fixation d'un prix minimum par verre d'alcool standard pour tous les produits alcoolisés, et que ce prix soit ajusté annuellement selon l'indice des prix à la consommation (April *et al.*, 2018, p. 3).

Il existe néanmoins une recommandation marginale qui a pour finalité d'intervenir sur les personnes vues à l'urgence : « Que les personnes vues à l'urgence pour un problème lié à l'alcool bénéficient d'une intervention brève et qu'un contact thérapeutique soit offert aux jeunes adultes dans les jours qui suivent le départ de l'urgence » (April *et al.*, 2018, p. 3). Je reviendrai sur cet exemple dans le prochain paragraphe. Outre ce passage, les expert.es mobilisent l'environnement comme dispositif permettant de limiter les risques associés à l'intoxication à l'alcool. La prise en compte de l'environnement dans l'analyse de la gouvernance de l'INSPQ met en lumière deux formes d'interventions, qui partagent une frontière assez mince. Dans les deux cas, il s'agit de transformer un environnement qui paraît problématique. Dans le premier, l'intervention s'appuie sur l'environnement physique des individus : fixer et suivre annuellement le prix des boissons sucrées alcoolisées et ajuster le format et règlementer les publicités :

Que soit réalisée une étude sur l'efficacité et la faisabilité d'ajuster les formats des boissons de sorte que le contenu ne dépasse pas l'équivalent d'un verre d'alcool standard quand le produit est interprété par l'utilisateur comme représentant une consommation individuelle; [...] Que la Régie des alcools, des courses et des jeux (RACJ) applique le règlement sur la promotion, la publicité et les programmes éducatifs en matière de boissons alcooliques en reconnaissant que tous les messages publiés dans les pages et les comptes commerciaux des médias sociaux, incluant les commentaires des internautes, sont du contenu publicitaire. (April *et al.*, 2018, p. 3)

Dans la seconde forme, l'intervention, initiée par l'environnement, s'appuie sur la responsabilité des individus : renforcer la prévention dans les écoles : « que soient renforcées les interventions de prévention sur la consommation d'alcool dans les milieux d'enseignement, particulièrement autour des événements associés à la consommation abusive » (April *et al.*, 2018, p. 3).

Avant de poursuivre sur la responsabilisation des citoyen.nes, quelques lignes seront consacrées à l'examen des cas marginaux. Il arrive effectivement que la gouvernance se fasse moins discrète. La domination de l'INSPQ sur les individus se manifeste alors par des interventions qui confrontent les personnes coupables de mettre leur santé, voire leur vie, et celle des autres, en danger. Ce type d'intervention s'applique donc aux individus récidivistes ou à tous les contrevenant.es et auxquels la santé publique a accès. Bref, à ceux « pris en flagrant délit ». Le délit n'est d'ailleurs pas nécessairement légal, il est plutôt moral, il s'agit d'une infraction qui met en péril sa propre santé ou celle d'autrui. Les deux exemples dans mon corpus sont : l'imposition de l'installation d'un antidémarrreur éthylométrique pour les contrevenant.es primaires (conducteur.ices ayant conduit

avec facultés affaiblies) et l'installation à vie pour les récidivistes (Blais et Sergerie, 2018, p. 35); et, intervenir auprès des personnes vues à l'urgence pour intoxication aiguë à l'alcool, ainsi que leur offrir un contact thérapeutique (April *et al.*, 2018, p. 18). Ces individus rentrent dans la catégorie sociale que Geneviève Rail, professeure titulaire à l'Université Concordia, nomme les « bio-autres » (Rail, 2016, p. 86). L'autrice les définit comme « les faibles, les paresseux, les amoraux, les désordonnés, ceux qui ne vivent pas de manière responsable et qui ont des comportements “à risque” ou bien refusent de prendre des mesures préventives » (Rail, 2016, p. 91). Étant donné qu'ils ne respectent pas les conduites prescrites par la santé publique, la surveillance accrue de leur comportement devient nécessaire. Rail ajoute que

Dans le domaine de la santé publique, notamment, les discours ont des pouvoirs « performateurs » (au sens poststructuraliste du terme) qui souvent produisent les maladies qu'ils décrivent, tout en construisant discursivement des identités sociales pour les personnes en mauvaise forme. (Rail, 2016, p. 91)

Ces recommandations d'interventions, qui responsabilisent assez rigoureusement, produisent ainsi des individus que je qualifie de bio-autres. Il est néanmoins rare de croiser ce genre d'interventions dans le corpus de l'avant-crise.

Dans le premier chapitre, il était formulé que le contrôle exercé sur l'individu s'exerçait par la responsabilisation de ses conduites. L'acteur serait alors moralement responsable de se maintenir en vie, responsabilité qui se traduit notamment par l'idée que les individus portent désormais sur eux le poids des conséquences de leurs pratiques de vie, comme le souligne Nicolas Tanti-Hardouin : « les maladies de civilisation (cancer, maladies cardio-vasculaires, sida) sont imputées largement aux modes de vie et aux comportements inadéquats. Le dernier ressort de la santé publique où s'exerce la vraie responsabilité est l'individu. » (Tanti-Hardouin, 2013, p. 77). L'autonomie et l'autocontrôle seraient donc des outils dont le citoyen.ne en santé doit se prémunir et sur lesquels insisterait la santé publique (Tanti-Hardouin, 2013, p. 43).

Ces affirmations doivent toutefois être nuancées. Dans un article publié en 2024, et qui sera abordé dans le sixième chapitre, une distinction est établie entre les « mesures agentiques » (celles auxquelles fait référence Tanti-Hardouin dans le précédent paragraphe) et les « mesures structurelles » (ce que je nomme dans ce travail le contrôle par l'environnement). Elles représentent

toutes deux des types d'interventions populationnelles, elles coexistent et s'entrecroisent souvent. Les premières mettent à disposition des campagnes publicitaires ou éducationnelles et visent un « changement de comportement chez les individus » (Bergeron *et al.*, 2024, p. 6). Les secondes « ont comme objectif de modifier l'environnement dans lequel les populations vivent, soit les conditions collectives de vie des individus » (Bergeron *et al.*, 2024, p. 6). Bien que la finalité puisse être la même, à savoir le changement des comportements à risque de la population, la logique pour ce faire est dissemblable. Dans le premier cas, celui des mesures agentiques, l'individu est considéré comme prenant part de manière active aux changements de comportements souhaités. Les campagnes de sensibilisation sont souvent associées à cette dimension agentique : on demande aux individus d'arrêter de fumer, de réfléchir à leurs habitudes de consommation, ou encore de parler de leurs enjeux de santé mentale à des professionnel.les. Le choix de l'individu, comme acteur, est à la base du changement de comportement, et on fait donc reposer sur lui la responsabilité de ses actions. Tandis que dans le cas des mesures structurelles, l'individu occupe plutôt une part passive des mesures, moins sujet, il est l'objet de mesures qui modifient son environnement, sur lequel il ne détient aucun contrôle. Augmenter la largeur des pistes cyclables, réduire la limite légale d'alcoolémie pour les conducteurs, réduire le taux de sucre dans les boissons énergétiques, sont toutes des mesures qui placent l'individu dans un rôle passif, et qui visent tout de même le changement de ses comportements à risque.

Pour revenir aux affirmations de Tanti-Hardouin, la responsabilisation des individus, dans ces deux formules, bien qu'elle existe, se profile néanmoins différemment. Alors que dans les mesures de type agentiques, peu mobilisées avant la crise, la responsabilité est plus directement adressée aux citoyen.nes, comme l'explique Tanti-Hardouin. Dans les mesures de type structurelle (contrôle par l'environnement), les expert.es à l'INSPQ partent plutôt de la prémisse que l'individu est la victime d'un environnement qui lui est défavorable : « il a été démontré que le prix des boissons alcoolisées est un déterminant majeur de la consommation d'alcool et des problèmes qui en découlent » (April *et al.*, 2018, p. 4).

### 3.4.1 La promotion de la santé et la prévention des maladies

Outre le plus vieil article du corpus qui date de 2003, toutes les publications scientifiques de la strate « habitude de vie, avant » comportent la mention « promotion » ou « prévention », ou les

deux à la fois. Ce sont des thématiques qui apparaissent essentielles à la gouvernance du « prendre soin » de soi. Alors que le terme « prévention » se manifestait de plus en plus dans les revues scientifiques en Amérique du Nord vers la moitié des années 1970 (Burrows *et al.*, 1995, p. 1). La « promotion » prendra jusqu'au début des années 1980 avant d'émerger (Burrows *et al.*, 1995, p. 1). En premier lieu, le professeur de Santé publique à Marseille, Jean-Louis San Marco, explique que la promotion de la santé implique trois objectifs : « modifier le contexte social, économique et politique dans un sens favorable à la santé; améliorer les conditions de vie de la population; donner aux personnes et aux groupes les moyens d'agir dans ce sens. » (San Marco, 2016, p. 44). Il s'agit donc d'un moyen de rendre l'environnement, en amont, favorable à la santé de la population et à travers lequel les individus peuvent naviguer d'eux-mêmes. San Marco présente comment historiquement cette thématique a évolué. Le contexte de multiplication de nouvelles maladies reliées aux mauvaises habitudes de vie, dont nous discutons en début de chapitre, a rendu le soin inopérant. Il n'était plus possible pour les soignant.es de prendre complètement en charge le soin des malades. C'est alors que la participation du malade est devenue primordiale. La société nord-américaine serait ainsi passée « d'un modèle biomédical injonctif à un modèle de cogestion de la maladie chronique. Cependant, il faudra que le patient apprenne à gérer ses nouvelles responsabilités, individuelles comme collectives » » (San Marco, 2016, p. 44). La promotion de la santé est donc inséparable de la responsabilisation des citoyen.nes.

Dans un autre ouvrage, Sarah Nettleton et Robin Bunton, toutes deux professeures de sociologie médicale à l'Université de York, présentent l'avènement de la responsabilisation citoyenne issue de la promotion de la santé sous un autre angle. Selon les autrices, les politiques de promotions de la santé supposent la surveillance de la population. En effet, afin de promouvoir un environnement et un mode de vie sain, il serait nécessaire dans un premier temps de découvrir ce qui est problématique. Étant donné la fréquence élevée de l'émergence de nouveaux risques, la surveillance est continue. Ce serait ainsi par cette surveillance incessante, qu'on « pénètre dans la vie et l'esprit des sujets » et qu'on « contribue à la création d'un “soi qui favorise sa santé”<sup>21</sup> » (Nettleton et Bunton, 1995, p. 47). La naissance de cette identité citoyenne qui prend en compte et

---

<sup>21</sup> “Penetrate into the lives and minds of subjects”; “contribute to the creation of a health promoting ‘self’” Nettleton, Sarah et Bunton, Robin. (1995). Sociological critiques of health promotion. Dans Robin Bunton, Sarah Nettleton et Roger Burrows (dir.), *The sociology of health promotion: critical analyses of consumption, lifestyle and risk* (p. 41-58). Routledge. Ma traduction

protège sa santé s'additionnerait d'une « conscientisation de ses responsabilités à prendre soin de soi-même<sup>22</sup> » (Nettleton et Bunton, 1995, p. 48). La responsabilisation se présente donc comme le fruit de la promotion de la santé. Elle témoigne d'une identité citoyenne universelle, autonome et responsable de prendre soin de soi. De nombreuses recommandations de promotions de la santé sont avancées dans mon corpus, telles que « promouvoir des formations sur le tabagisme et le counseling en abandon du tabac » et « promouvoir les ressources communautaires d'aide à l'abandon du tabagisme (les services j'Arrête) » (Tremblay et Poirier, 2012, p. 2).

En second lieu, la prévention des maladies est définie par l'OMS comme « l'ensemble des mesures visant à éviter ou à réduire le nombre et la gravité d'une maladie, d'un accident ou d'un handicap » (OMS, 1948, dans San Marco, 2016, p. 48). Il existe d'ailleurs plusieurs classifications de la prévention : celle de l'OMS (1957) sur la prévention primaire, secondaire et tertiaire; celle de Gordon (1983) sur la prévention universelle, sélective et ciblée; et Aquilino Morelle et Didier Tabuteau en nomment une troisième qui serait également issue de l'OMS, la prévention individuelle et collective. C'est cette dernière classification qui m'intéresse le plus. Les auteurs la définissent ainsi :

La prévention individuelle qui vise à modifier les comportements par des obligations (vaccinations obligatoires, interdiction de fumer...) ou des incitations (dépistages, vaccination recommandée, formation individualisée...) et la prévention collective qui tend à réduire les facteurs de risque liés à l'environnement (mesures visant à garantir la qualité de l'eau, de l'air ou la salubrité de logements...) ou aux comportements par des actions collectives (campagnes d'information...). » (Morelle et Tabuteau, 2023, p. 45-46)

Il en était question plus haut, la majorité des interventions recommandées dans le discours de l'INSPQ s'appuient sur l'environnement afin de conduire les conduites. Le discours de l'INSPQ relève donc d'une prévention collective dans l'avant-crise. La gouvernance des cas marginaux, ceux sur qui l'intervention est directe, concerne ainsi plutôt la prévention individuelle, car ce sont des individus que les auteur.ices souhaitent corriger à travers des mesures restrictives et personnalisées.

---

<sup>22</sup> “awareness of their responsibility to care for themselves”. *Ibid*

Le sociologue français Pierre Lascoumes indique que les risques sont maîtrisables par la prévention (Lascoumes, 2002, p. 157). Elle est un outil nécessaire au calcul des risques. Patrick Peretti-Watel et Jean-Paul Moatti, tous deux chercheurs français travaillant sur le risque et la santé, poussent la réflexion de la relation entre prévention et risque plus loin, en démontrant la « dimension morale et idéologique » du risque (Peretti-Watel et Moatti, 2009, p. 22). Le risque modulerait en effet les individus. À partir de l'épidémiologie et du calcul des risques, la santé publique « prévient » la population des conduites à risque : tabagisme, conduite en état d'ébriété, jeux d'argent en ligne, etc. Par l'acte de prévenir les risques associés aux habitudes de vie, la santé publique mettrait en scène un individu « décideur autonome auquel il incombe, une fois qu'il aura été convenablement informé par les actions de prévention, de prendre soin de son "capital santé" et de gérer les risques qui menacent son bien-être » (Peretti-Watel et Moatti, 2009, p. 23). La prévention est donc une forme de gouvernance qui construit un acteur responsable de se gouverner lui-même en fonction des risques pour la santé qui lui sont affichés. Dans la mesure où la prévention est une incitation indirecte à suivre des consignes de santé publique, les auteurs écrivent qu'elle fait donc « en sorte que les individus se gouvernent eux-mêmes » (Peretti-Watel et Moatti, 2009, p. 23).

La publication « Prévention des intoxications volontaires par médicaments accessibles sans ordonnance » est révélatrice de ce que j'avance depuis quelques pages. Dans cet article, deux enjeux sont problématisés : d'une part, l'accessibilité à une quantité trop importante de médicaments sans ordonnance, de l'autre, le suicide. L'INSPQ démontre en quoi le suicide, qui est un acte essentiellement individuel, n'en est pas vraiment un. Il est en effet influencé par plusieurs facteurs environnementaux. Les recommandations de prévention portent ainsi sur cette problématique : « limiter la dose unitaire maximale », « établir un format d'emballage maximal », « établir une quantité maximale par vente », « reclassifier certains MSO [médicament accessible sans ordonnance] en conservant l'accessibilité », « promouvoir le recours au centre antipoison du Québec auprès de la population et des professionnels de la santé », « inclure la problématique des intoxications volontaires par médicaments accessibles sans ordonnance dans toute stratégie intégrée de lutte contre le suicide » (Dubé *et al.*, 2016, p. 27-28-29). Dans ce document, les auteurs interviennent sur un mauvais « prendre soin » de soi, sans pour autant condamner les personnes. C'est plutôt la possibilité de le faire qu'ils condamnent. Ils agissent alors sur un environnement défavorable à la santé des individus.

On peut repérer les deux types d'interventions sur l'environnement : d'un côté, les expert.es souhaitent transformer l'environnement physique des individus : « limiter la dose unitaire maximale », « établir un format d'emballage maximal », etc. De l'autre, à partir des professionnels et de la population (qui représentent l'environnement des individus qui pourraient commettre un acte d'intoxication volontaire), des réflexes responsables prétendent être développés chez les individus : « promouvoir le recours au centre antipoison du Québec auprès de la population et des professionnels de la santé ». Par rapport à ce second type, San Marco explique que l'intégration de la promotion à la prévention permet de saisir des problématiques plus personnelles. En d'autres mots, intégrer la promotion du recours au centre antipoison, donc la promotion de la participation et de la responsabilisation citoyenne, à la prévention du suicide, permet d'inciter une certaine responsabilité citoyenne à l'égard de l'enjeu de santé qu'est le suicide : « La prévention [...] devient plus participative, ce qui lui permet de gagner des domaines inaccessibles à de seules mesures extérieures : dépression et suicide, trouble du comportement alimentaire, dépendances diverses ... » (San Marco, 2016, p. 50).

### 3.5 Vulnérabilité et inégalités sociales

Dans le tiers des articles du corpus de l'avant-crise, les thématiques de la vulnérabilité ou des inégalités sociales sont abordées. Je les aborde conjointement, car elles sont toutes deux le fruit d'une problématique structurelle (Soulet, 2022, p. 19). Leur analyse permet d'étoffer une dernière fois l'image de la gouvernance du « prendre soin » de soi, avant la crise sanitaire du coronavirus.

La vulnérabilité est discutée différemment selon les publications de mon corpus. Premièrement, dans l'article « Projet de loi 2 : loi resserrant l'encadrement du cannabis », la vulnérabilité est anonymisée. Les « plus vulnérables » ne sont en effet pas nommés : « Avant d'imposer des sanctions, lesquelles peuvent entraîner des méfaits pour les usagers, en particulier les plus vulnérables, il apparaîtrait souhaitable de décrire objectivement l'état de situation. » (Chapados *et al.*, 2019, p. 11). Dans la littérature scientifique de la santé publique, des chercheur.ses en santé à Toronto avancent que cette anonymisation peut avoir pour effet de reproduire des stéréotypes à l'égard de populations infériorisées

Lorsque les auteurs laissent a) les groupes confrontés à la vulnérabilité et/ou b) les mécanismes générant la vulnérabilité, vides ou vagues, le lecteur est laissé libre d'imaginer ce que les auteurs impliquent et d'appliquer ses propres notions de vulnérabilité et de risque<sup>23</sup> (Katz *et al.*, 2020, p. 606).

À l'opposé, dans la plupart des scénarios qui touchent la vulnérabilité ou les inégalités sociales dans le discours de l'INSPQ, les groupes et les mécanismes qui les produisent sont nommés. Dans « Les interventions et mesures pour favoriser le renoncement au tabac chez les populations défavorisées sur le plan socioéconomique », les inégalités structurelles sont prises en compte dans les interventions comme celle-ci : « Intégrer aux services d'abandon du tabac un système de référence mettant en lien les fumeurs défavorisés avec des ressources de leur milieu qui leur permettraient de trouver des solutions aux situations stressantes qu'ils vivent » (Bergeron et Tremblay, 2018, p. 50). Bref, en nommant la vulnérabilité et les mécanismes qui la génèrent, et en la contextualisant, les auteur.ices réfutent une erreur souvent commise, selon laquelle la vulnérabilité serait une condition interne produite par un groupe, plutôt qu'une condition structurelle (Katz *et al.*, 2020, p. 609).

Enfin, il arrive que les expert.es fassent référence à la vulnérabilité sans toutefois la nommer explicitement. C'est souvent le cas, lorsque les jeunes sont la population étudiée. Un peu plus de la moitié des articles du corpus de l'avant-crise sous-entendent ou nomment les jeunes enfants, les adolescents ou les jeunes adultes, comme la principale population à risque, pour diverses raisons. « Les effets préventifs s'observent auprès de tous les segments de la population quoique l'effet soit moins prononcé chez les hommes et les jeunes conducteurs » (Blais et Maurice, 2010, p. V); « Comme pour toute activité de loisir, les parents se doivent de surveiller et de conseiller leurs jeunes enfants » (Légaré, 2003, p. 11); « Les risques d'une consommation intense et précoce de cannabis sur la santé des usagers, dont les jeunes en particulier, sont avérés » (Chapados *et al.*, 2019, p. 1). Dans le discours de l'INSPQ, les « jeunes » sont ainsi représentés telle une population plutôt vulnérable, ou à risque, pour différentes raisons : mauvaise influence, développement cognitif, physique, psychomoteur et perceptuel insuffisant, etc. Dans un cadre plus large, Sara Carpenter et Shahrhad Mojab, chercheuses canadiennes en éducation, démontrent que les « jeunes »

---

<sup>23</sup> “When authors leave a) the groups facing vulnerability and/or b) the mechanisms generating vulnerability blank or vague, the reader is left to imagine what the authors are implying, and to apply their own notions of vulnerability and risk”. Katz, Amy S., Hardy, Billie-Jo, Firestone, Michelle, Lofters, Aisha et Morton-Ninomiya, Melody E. (2020). Vagueness, power and public health: use of ‘vulnerable’ in public health literature. *Critical Public Health*, 30(5), 601-611. Ma traduction

« sont considérés comme une “menace”, ou sont “menacés”, ils sont “sécurisés”, ou “habilités”, ou ils sont traités à la fois risqués et à risque, ils sont “en” crise, ou ils “sont” la crise<sup>24</sup> » (Carpenter et Mojab, 2017, p. 5). Bref, la gouvernance du « prendre soin » des jeunes se fait souvent à leurs dépens, en raison de leur vulnérabilité implicite aux risques.

Dans l’ensemble, la reconnaissance des inégalités sociales de santé, de la vulnérabilité de certains groupes et sa contextualisation, permet à l’INSPQ de ne pas reproduire les disparités structurelles, voire de ne pas les aggraver (San Marco, 2016, p. 50). Conjointement à cela, Amy S. Katz et ses collègues notent que la mise en lumière de ces enjeux peut également avoir pour objectif inavoué de mobiliser des ressources et d’augmenter « l’intérêt politique et la préoccupation du public » à l’égard d’un enjeu de santé :

dans le contexte discursif dominant actuel au Canada et aux États-Unis, l’affirmation selon laquelle un individu ou une population est particulièrement “vulnérable” peut susciter la sympathie ou invoquer un impératif politique et donc mobiliser des ressources<sup>25</sup> (Katz *et al.*, 2020, p. 608).

Cette dernière affirmation fait sens dans le cadre paragouvernemental précis dans lequel se trouve l’INSPQ avec le ministre de la Santé et des Services sociaux. L’annonce de la vulnérabilité pourrait avoir pour finalité la légitimation des interventions recommandées. Toutefois, considérant que seulement le tiers des articles fait mention de cette thématique, il faut rester prudent. Je reviendrai dans le sixième chapitre sur ce thème qui s’avèrera essentiel à la gouvernance du « prendre soin » de soi en période de rapidité et de précipitation des interventions de santé publique.

### 3.6 Conclusion

Dix-sept années se sont écoulées entre le plus vieux et le plus récent article du corpus à l’étude dans ce chapitre. Tracer les grandes lignes de la gouvernance du « prendre soin » de soi, dans le

---

<sup>24</sup> “ they are seen as a “threat” or are “threatened”; they are “securitized” or “empowered”, or they are treated both as-risk and at-risk, they are “in” crisis or they “are” the crisis”. Carpenter, Sara et Mojab, Shahrzad. (2017). Youth, Policy, and Research. Dans Sara Carpenter et Shahrzad Mojab (dir.), *Youth as/in Crisis* (p. 1-9). Sense Publishers. Ma traduction

<sup>25</sup> “In the current mainstream discursive context in Canada and the US, an assertion that an individual or population is particularly ‘vulnerable’ may draw sympathy, or invoke a policy imperative, and therefore draw resources”. Katz, Amy S., Hardy, Billie-Jo, Firestone, Michelle, Lofters, Aisha et Morton-Ninomiya, Melody E. (2020). Vagueness, power and public health: use of ‘vulnerable’ in public health literature. *Critical Public Health*, 30(5), 601-611. Ma traduction

discours de l'INSPQ, n'était donc pas chose facile. De nombreuses thématiques ont émergé, mais celles qui ont été mobilisées représentaient le meilleur portrait de la manière dont l'INSPQ a conduit les conduites du « prendre soin ». D'abord, le risque s'est avéré un outil essentiel dans toute la démarche de gouvernance : de la reconnaissance des enjeux de santé publique, jusqu'à la recommandation de mesures sanitaires. L'expansion de la santé publique à partir des populations et des enjeux étudiés, et des domaines d'intervention mobilisés a ensuite été illustrée à l'aide du discours de l'INSPQ. L'importance du calcul des risques a été mise en lumière dans le processus décisionnel de l'INSPQ, ainsi que son effet sur la gouvernance de la santé de la population. J'ai également démontré que, dans l'avant-crise, ce sont moins les conduites individuelles qui sont appréhendées, mais plutôt l'environnement. Véritable organe de la gouvernance du « prendre soin » de soi, l'environnement apparaît comme un moyen à partir duquel il est possible de prévenir des comportements à risque et promouvoir la responsabilité et l'autonomie citoyenne en matière de santé. Enfin, la vulnérabilité et les inégalités sociales sont également prises en compte dans la gouvernance du « prendre soin » de soi.

Pendant la crise sanitaire, le discours de l'INSPQ a été le terreau d'une situation exceptionnelle. La rapidité et l'empressement induit par la crise ont provoqué de nombreuses transformations. Dans le prochain chapitre, j'explorerai comment la pandémie de la Covid-19 a bousculé la gouvernance du « prendre soin » de soi, à l'intérieur du discours de l'INSPQ

## CHAPITRE IV

### PENDANT LA CRISE, PREMIÈRE PARTIE : FORME ET SUBSTANCE DE LA GOUVERNEMENTALITÉ

*Des règles soudaines pénètrent sans avertissement dans les salons des gens via des annonces télévisées, perturbant le temps de la vie quotidienne, remodelant les rythmes quotidiens et créant chaos et incertitude<sup>26</sup>.*

(Beynon-Jones *et al.*, 2023, p. 383)

*Toutes ces obligations portent atteinte à la vie privée, mais sont imposées dans le but de maximiser les chances de sauver des vies et de prévenir toutes conséquences graves que pourrait subir le plus grand nombre face à la Covid-19<sup>27</sup>.*

(Sorell, 2023, p. 19)

Le 11 mars 2020, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) qualifiait la maladie à coronavirus de pandémie (OMS, 2020). En quelques semaines seulement, les États du monde entier, largement mal préparés à faire face à la viralité et à la mortalité de la Covid-19 d'après John Kirlin, professeur américain en administration publique (Kirlin, 2020, p. 468-469), ont mis sur pied des plans nationaux de protection de la population. De nombreuses valeurs qui semblaient autrefois primordiales, du moins aux sociétés occidentales : le bon déroulement de l'économie, le respect de l'autonomie individuelle et le maintien d'une collectivité active se sont effondrés devant la toute-puissance de, ce que Michel Foucault nommait, dans le cadre de la biopolitique, « l'existence de tous » (Foucault, 1976, p. 180).

Rapidement, l'urgence et le besoin de trouver une solution se sont imposés. Didier Fassin exposait un portrait de la manière dont s'est diffusée l'urgence dans la culture, pendant la crise sanitaire :

---

<sup>26</sup> « sudden rules entering without warning into people's living rooms via televised announcements, disrupting the time of everyday life, reshaping daily rhythms, and creating chaos and uncertainty ». Beynon-Jones, Siân, Grabham, Emily et Hendrie, Nadine. (2023). 'The rules are all over the place': Mass Observation, time, and law in the COVID-19 pandemic. *Journal of Law and Society*, 50(3), 369-391. Ma traduction.

<sup>27</sup> « All of these obligations are privacy-violating, but are imposed for the sake of maximizing the chances of saving life and the prevention of the worst of Covid illness for the largest number ». Sorell, Tom. (2023). Pandemic Population Surveillance: Privacy and Life-Saving. Dans Kevin Macnish et Adam Henschke (dir.), *The Ethics of Surveillance in Times of Emergency* (1<sup>re</sup> éd., p. 15-29). Oxford University PressOxford. Ma traduction.

c'est la dramatisation des décès à travers des statistiques quotidiennes, des images de sacs mortuaires s'accumulant, des récits de services de réanimation surchargés et des témoignages de proches de personnes décédées qui imprime dans les esprits l'évidence que tout doit être fait pour réduire la mortalité due à la pandémie. (Fassin, 2021, p. 358)

Dans le discours de l'INSPQ, l'urgence a pris une grande place. Tant au niveau de la production scientifique que de la recommandation des conduites, l'urgence et la crise sanitaires ont remodelé le discours de l'INSPQ. La production scientifique s'est intensifiée, accélérée et renouvelée donnant lieu à des publications accessibles au plus grand nombre. Le contenu de la gouvernamentalité, soit la conduite des conduites, a quant à lui changé en forme, en quantité et en précision. En période de crise, de nouveaux enjeux de santé ont fait surface et d'anciennes valeurs individuelles se sont reconceptualisées.

#### 4.1 Gouverner par l'urgence, dans l'urgence

Trois jours suivant la déclaration de la pandémie de la Covid-19 par l'OMS, le gouvernement de François Legault annonçait « l'état d'urgence sanitaire » (Rey, 2022, p. 22). À partir de ce moment, une dualité s'est instaurée dans le paysage québécois : certains secteurs de la société ont ralenti, tandis que d'autres se sont accélérés. D'un côté, les mesures sanitaires ont rendu inaccessibles de nombreux lieux de rassemblement, ouverts ou fermés : le milieu de la restauration, les activités culturelles, l'éducation en classe, les parcs, et bien plus. De l'autre, le système de santé a dû s'adapter à une demande exponentielle : un afflux de patient.es, de nouveaux protocoles à mettre en place, une pression intense sur les milieux de soin, et une multitude de questions auxquelles il fallait répondre rapidement. Si certains soins non urgents ont été reportés, la gestion de la crise sanitaire a exigé des réponses en urgence et une accélération des processus dans d'autres domaines, notamment les soins critiques. Ellen Block et Cecilia Vindrola-Padros, la première est sociologue et la seconde anthropologue, ont montré comment s'est matérialisée l'accélération dans les milieux de soin. Les autrices expliquent que la multiplication rapide des cas de la Covid-19 a mis en exergue de nombreuses incertitudes sociales, économiques et médicales dans les hôpitaux et chez les travailleur.ses de la santé (Block et Vindrola-Padros, 2021, p. 305). Entre l'urgence d'agir et l'insuffisance de solutions, régnait un climat de forts doutes. Le contexte d'urgence a alors provoqué l'apparition de nouvelles informations et de nouveaux traitements en quelques mois : « en raison des perturbations massives sur le globe, les hôpitaux et les systèmes de santé ont dû

s'adapter rapidement<sup>28</sup> » (Block et Vindrola-Padros, 2021, p. 308). Dans l'ensemble, l'urgence associée à la gestion de la crise sanitaire a suscité certaines transformations temporelles dans le domaine de la santé : tout s'est mis à accélérer. La chercheuse allemande en sociologie économique, Lisa Suckert, agrège à l'État la mutation de temporalité qui s'est produite pendant la pandémie :

Ainsi, on peut observer un certain retour de l'État en tant que puissance d'ordre temporel. La détermination des rythmes, des vitesses, des orientations temporelles et des priorités n'a plus été laissée aux processus de coordination orientés vers le marché ou à l'auto-gestion organisationnelle, mais a été de plus en plus déplacée vers des processus décisionnels politiques<sup>29</sup> (Suckert, 2022, p. 141-142).

Il est intéressant de faire dialoguer ici la théorie de l'accélération de Hartmut Rosa, qui met en lumière un phénomène central dans la société moderne, qu'il nomme la « société de l'accélération<sup>30</sup> » (Rosa, 2013, p. 68). La société de l'accélération se définirait par une croissance inégale de l'accélération (accélération technique, accélération du changement et du mode de vie) et de la production (économique) (Rosa, 2013, p. 68-69). L'accélération de la production dépasserait la capacité d'accélération des individus et des institutions, créant ainsi un déséquilibre où le « temps » deviendrait une ressource de plus en plus rare dans l'ensemble de la société de production. Autrement dit, l'accélération de la production économique alimenterait excessivement l'accélération du mode de vie des citoyen.nes, tout en réduisant le temps disponible (pour réfléchir, vivre, voire pour « prendre soin » de la population).

L'intérêt d'utiliser cette théorie dans le contexte de la crise sanitaire réside dans la manière dont la santé publique y a réagi. Chez Rosa, la production renvoie principalement au domaine économique. Dans le cas présent, j'élargis cette notion à la production de connaissances scientifiques et de

---

<sup>28</sup> « as a result of massive global disruption, hospitals and health systems have had to adapt quickly. » Block, Ellen et Vindrola-Padros, Cecilia. (2021). Making Do. Covid-19 and the improvisation of care in the UK and US. Dans Lenore Manderson, Nancy J. Burke et Ayo Wahlberg, *Viral Loads. Anthropologies of urgency in the time of Covid-19* (p. 303-323). UCL Press. Ma traduction.

<sup>29</sup> « Im Zuge der Pandemie lässt sich somit eine gewisse Rückkehr des Staates als zeitpolitische Ordnungsmacht erkennen. Die Festlegung von Rhythmen, Geschwindigkeiten, zeitlichen Orientierungen und Reihenfolgen wurde vielerorts nicht länger marktorientierten Koordinationsprozessen oder der organisationalen Selbstverwaltung überlassen, sondern in gesteigertem Maße auf politische Entscheidungsprozesse verlagert » Suckert, Lisa. (2022). Eine Neuordnung der Zeit? Zum Verhältnis von Zeitlichkeit, Kapitalismus und Staat im Zeichen der Pandemie. *Berliner Journal für Soziologie*, 32(1), 123-152. Ma traduction.

<sup>30</sup> « acceleration society » Rosa, Hartmut. (2013). *Social acceleration: a new theory of modernity*. Columbia University Press. Ma traduction.

recommandations. Pendant la pandémie, bien que la production économique ait ralenti en raison des mesures de confinement, le secteur de la santé publique a connu une intensification rapide de son activité sous l'urgence de la gestion de la crise de la Covid-19. C'est d'ailleurs ce que Rosa semble omettre lorsqu'il avançait l'idée, dans un autre ouvrage, d'une « dé-accélération forcée par l'État<sup>31</sup> » (Rosa, 2020, p. 195, dans Suckert, 2022, p. 125), à travers la décroissance économique issue de la crise. Dans le discours de l'INSPQ, l'urgence se matérialise par une rapidité de la production scientifique, par la simplification des publications et par la priorisation des risques associés à la Covid-19, sur lesquels je reviendrai plus loin dans le chapitre. Cette situation s'apparente, à partir d'objets différents, à la théorie de Rosa sur l'accélération. En effet, l'accélération de la production scientifique, la surcharge de la demande et la réorganisation des priorités, ayant pour finalité la réduction des risques de propagation, évoquent l'accélération de la production économique chez Rosa. Ce processus d'accélération, dans un temps très court, « raréfie » le temps nécessaire à la production de publications et de résultats concluants et fiables, basés sur une méthodologie valide, que j'associe à la réduction du temps dans la théorie de Rosa. Cela sera approfondie dans la section suivante.

#### 4.1.1 Rapidité de la production scientifique

L'INSPQ a été le terrain d'une accélération de la production. Il arrivait que les résultats, produits d'une demande intensifiée de solution de la part de l'État dans une trop courte période, fussent modifiés ou fussent l'objet d'avertissement d'une possible correction ultérieure. C'est dans cette mesure que se retrouvait le message suivant, ou des phrases similaires, dans bon nombre d'articles du corpus sur la Covid-19, pendant la crise :

Le présent document a été rédigé dans le contexte d'urgence sanitaire lié à la COVID-19. Réalisé dans un court laps de temps, il se base sur les connaissances issues d'une recension et d'une analyse sommaire et non exhaustive des écrits scientifiques. Ce document présente des constats qui pourraient devoir être révisés selon l'évolution des connaissances scientifiques liées à l'actuelle pandémie. (Laberge, 2021, p. 1)

---

<sup>31</sup> « staatlich forcierte „Zwangsentsehnung“ ». Suckert, Lisa. (2022). Eine Neuordnung der Zeit? Zum Verhältnis von Zeitlichkeit, Kapitalismus und Staat im Zeichen der Pandemie. *Berliner Journal für Soziologie*, 32(1), 123-152. Ma traduction.

L'évolution des avancées scientifiques, ou du coronavirus par ses nombreux variants étaient les principales raisons d'incertitude. L'apparition du variant Omicron a, par exemple, jeté le doute sur plusieurs résultats scientifiques. Ça a été le cas de la crédibilité de la protection offerte par la vaccination :

« Attention! Le contenu de cette section n'est plus à jour dans le contexte de la circulation du variant Omicron. Celui-ci sera mis à jour ultérieurement lorsque nous aurons plus de données spécifiques à ce variant. » (Ancil et Massicotte, 2021, p. 5)

Malgré l'effort de récupérer les données et les résultats les plus valides, dans un contexte de crise et d'émergence de nouvelles données, toutes les vérités deviennent incertaines et sujettes à être invalidées dans les jours suivant leur publication. La chercheuse française en communication, Ghislaine Chartron, note à cet égard « les difficultés croissantes d'évaluations dans les revues scientifiques » et globalement des « évaluations trop rapides » dans le contexte de la crise de la Covid-19 (Chartron, 2022, p. 299). L'urgence de la situation liée aux cas d'hospitalisation et de décès qui se multiplient oblige ainsi les expert.es à l'INSPQ à faire preuve de ce que Block et Vindrola-Padros appellent « l'improvisation du care<sup>32</sup> » (Block et Vindrola-Padros, 2021). Les travailleur.ses de la santé, d'après les autrices, doivent s'ajuster à la rapidité de la Covid-19 : « devoir improviser à la vitesse ou à l'échelle exigée par la Covid-19<sup>33</sup> » (Block et Vindrola-Padros, 2021, p. 307). Cette analyse peut également s'appliquer, par analogie, aux expert.es en santé publique au sein de l'INSPQ. Bien que leur rôle se situe en amont du soin clinique, iels ont été contraint.es, dans le contexte de la crise, d'abandonner des pratiques de production de savoir fondées sur une rigueur méthodologique, au profit de démarches plus rapides, improvisées, afin de répondre aux impératifs de l'urgence :

Comme le délai entre la collecte de données et la publication des résultats était, dans la plupart des cas, très court, cela explique probablement pourquoi la quasitotalité des études que nous avons recensées a utilisé des méthodes de collectes rapides plutôt que des mesures validées, qui sont plus complexes à utiliser (Bergeron et Durette, 2021, p. 23).

---

<sup>32</sup> « improvisation of care ». Block, Ellen et Vindrola-Padros, Cecilia. (2021). Making Do. Covid-19 and the improvisation of care in the UK and US. Dans Lenore Manderson, Nancy J. Burke et Ayo Wahlberg, *Viral Loads. Anthropologies of urgency in the time of Covid-19* (p. 303-323). UCL Press. Ma traduction.

<sup>33</sup> « having to improvise at the speed or scale that Covid-19 required ». Ibid. Ma traduction.

Avant la crise, les résultats qui n'étaient pas suffisamment soutenus par des données concluantes restaient en suspens, ils n'étaient pas considérés, sinon ils l'étaient, mais avec circonspection. C'était le cas, par exemple, de la légifération concernant le droit du fumer du cannabis à l'extérieur. Les auteur.ices préféraient être en mesure de « décrire objectivement l'état de la situation » avant de recommander l'imposition de sanctions (Chapados *et al.*, 2019, p. 11). Dans le contexte de la crise, alors que le « temps » de récupérer des données valides se faisait rare, les interventions rapides étaient priorisées. En effet, en conclusion d'un article, après avoir soumis de nombreuses recommandations, les expert.es avouaient l'éphémérité probable des résultats avancés : « Une mise à jour de ce document pourrait être nécessaire lorsque des informations plus précises parviendront sur les caractéristiques des vaccins autorisés au Canada » (Comité sur l'immunisation du Québec, 2021a, p. 33). Julia Fleischer, chercheuse allemande en science politique qui s'est intéressée à la question du temps en période de crise, explique d'ailleurs que « la nature générale de compression temporelle issue de la crise est souvent invoquée pour réduire le temps disponible pour certaines activités<sup>34</sup> » (Fleischer, 2013, p. 322). Les résultats rapportés par les professionnel.les de l'INSPQ sont alors devenus, en plus grande proportion qu'avant la crise, ouvertement incertains. En somme, la gouvernance s'est déplacée. Elle a également influencé le format des publications.

Alimenté par l'urgence de conduire et de sauver la population, le format de publication des articles de l'INSPQ s'est métamorphosé. Des documents de type « recommandations », « recommandations intérimaires », « avis scientifique intérimaire », « document intérimaire », « rapport rapide d'analyse » ont commencé à apparaître pendant la crise. La construction de ces documents diffère sensiblement des publications publiées avant la crise. La méthodologie n'est pas mentionnée ou mise en annexe, les articles sont plus courts, les problématiques moins argumentées, la table des matières n'est pas incluse et il arrive que des documents ne contiennent que des recommandations. Matériellement, ce nouveau format de publication s'inscrit dans une transformation plus large de la gouvernance de l'INSPQ. Ces nouveaux types de publications remodelent les modalités de production du savoir en santé publique, en accélérant sa circulation et en l'orientant plus souvent vers l'action. Les publications ne s'adressent plus seulement aux décideur.ses afin d'approfondir les connaissances : « La collection TOPO vise à éclairer les choix

---

<sup>34</sup> « The general time-compressing nature of critical events is often argued to reduce the time available for certain activities ». Fleischer, Julia. (2013). Time and Crisis. *Public Management Review*, 15(3), 313-329. Ma traduction.

des intervenants et des décideurs impliqués dans la promotion des saines habitudes de vie » (Blouin, 2014, p. 1). En contexte de crise, les publications poursuivent désormais l'objectif d'orienter dans l'urgence les comportements à risque à des fins d'assurer la santé de la population. Les nouveaux formats de publication s'ajustent en ce sens à l'urgence, en accélérant et en simplifiant la production de savoir. C'est à travers cet ajustement que s'opère une reconfiguration de la gouvernamentalité, dans laquelle l'accélération et la simplification du savoir deviennent des instruments de pouvoir, soit des outils de conduite des conduites en situation d'urgence sanitaire.

L'accélération de la production scientifique dans le discours de l'INSPQ et, conjointement, le manque de temps, ont aussi eu pour effet de privilégier les risques associés à la Covid-19. La comparaison entre les interventions associées aux habitudes de vie et celles associées à la Covid-19 dans le discours de l'INSPQ, avant et pendant la crise, révèle deux faits surprenants. Tout d'abord, pendant la crise, les publications portant sur les habitudes de vie ne suivent pas le même régime d'urgence que ceux portant sur la Covid-19. Les recommandations en matière d'habitudes de vie ne sont généralement pas prises dans l'urgence, il arrive même qu'elles soient absentes des publications. On ne retrouve également pas les transformations citées plus tôt (absence de méthodologie, de justification, seule présence de recommandations, etc.). Par conséquent, ce contraste met en évidence une hiérarchisation des risques, où l'urgence issue de la Covid-19 conduit à une priorisation des risques qui y sont associés, au détriment des enjeux liés aux habitudes de vie. Cette observation fait écho à ce qui a été analysé dans le système de santé français pendant la pandémie. Fabrice Cercleron, soignant français, rapportait les résultats d'une enquête nationale notant que « 60 % des personnes qui vivent avec une maladie chronique ou un handicap déclarent avoir dû renoncer à des soins » au début de la pandémie (Cercleron, 2023, p. 48). Si une pareille étude avait été faite au Québec, il y aurait fort à parier que nous rencontrerions des résultats similaires. Le gouvernement du Québec avait d'ailleurs « annoncé que pas moins de 140 000 patients attendaient d'être opérés dans la province à cause des délestages successifs imposés par la pandémie » (Lacoursière *et al.*, 2021). À travers cette première observation, il est possible d'avancer que les risques associés à la Covid-19 ont été priorisés face aux autres types de risque dans le contexte d'urgence sanitaire. Et ce, dans tout le système de santé, tant dans les hôpitaux que dans le discours de l'INSPQ.

Ensuite, la seconde observation, plus limitée, témoigne du pouvoir structurant de la crise sur la manière dont les problèmes de santé sont abordés. Didier Fassin explique que le langage de la crise, soit le fait d'édifier un événement sanitaire en crise, « permet à l'évènement et à la réponse qui lui est apportée d'échapper à l'ordre normal des choses : des décisions littéralement extraordinaires peuvent alors être prises, s'inscrivant dans une forme d'état d'exception » (Fassin, 2021, p. 349). Dans cette mesure, une importante capacité décisionnelle est mise à la disposition d'expert.es en santé publique, et dans tous domaines connexes, afin de trouver des solutions à la crise : vaccins, passeport vaccinal, confinement, etc. Dans mon corpus, aucun enjeu ayant affecté la santé humaine depuis 2003, soit la date de publication de la plus vieille publication du corpus, n'a suscité une attention aussi soutenue. Le phénomène de la crise, et son effet structurant, représenterait-il la seule explication possible à cela ? En termes de mortalité annuelle, les maladies associées au tabagisme, selon les données de l'OMS (OMS, 2023), rivalisent pourtant avec celles attribuées à la Covid-19. Cette observation soulève une question centrale : à partir de quand un enjeu de santé publique se transforme-t-il en crise ? Si ce n'est pas la mortalité ou l'hospitalisation qui peuvent expliquer qu'un enjeu de santé devienne crise, alors quoi ?

## 4.2 Transformation de la gouvernamentalité

Les interventions recommandées par l'INSPQ pendant la pandémie de la Covid-19 ont fait écho à l'urgence de contrôler le « prendre soin » de soi. Au niveau de la forme, de la quantité et de la précision des mesures, une coupure claire s'est introduite dans le discours de l'institut. De plus, de nouveaux enjeux communicationnels ont été soulevés en matière de gouvernance populationnelle. Enfin, les rhétoriques de l'autonomie et de la responsabilité ont été mobilisées dans les articles, mettant en lumière des enjeux abordés dans la revue de littérature au premier chapitre. Dans l'ensemble, il est possible d'affirmer qu'une transformation de la gouvernamentalité du « prendre soin » de soi a eu lieu dans le discours de l'INSPQ.

### 4.2.1 La forme des mesures de santé publique

Une première transformation s'est exercée dans la forme des recommandations de santé publique. Certaines interventions proposées dans les articles sont entrées dans ce que je nomme un « contrôle renforcé ». Ce contrôle renforcé marque un recul de la confiance des expert.es en santé publique envers l'autonomie, auparavant valorisée, du « prendre soin » de soi. La manière dont la population

surveillance et maintient son état de santé se retrouve limitée. Il devient alors parfois nécessaire de s'assurer que l'individu prend bien soin de lui, se maintient en santé et ne porte pas avec lui le virus. La vérification de la température corporelle illustre bien ce propos. Il a été recommandé dans un article sur les transports collectifs de « faire vérifier leur [les passagers] température corporelle » avant d'entrer dans l'avion (Bolduc *et al.*, 2021, p. 11). Outre le fait qu'une telle mesure n'existait pas avant la pandémie, celle-ci individualise et personnalise chaque individu, dont le corps doit passer sous la loupe minutieuse du thermomètre. Leur autonomie est alors immédiatement remise en doute. Cette mesure autorise un pouvoir de surveillance sur les autres, qui individualise chaque individu comme potentiel vecteur dangereux de la Covid-19. Je reviendrai dans le cinquième chapitre sur cette idée de dangerosité. Bref, cette mesure met en évidence une perte de confiance envers le « prendre soin » de soi. En raison de l'indiscernable pénétration du coronavirus dans le corps, les citoyen.nes ne sont parfois pas conscient.es de leur état de santé, d'où le besoin de le découvrir pour eux.

Par ailleurs, la non-reconnaissance de l'autonomie du « prendre soin » de soi passe aussi par une « obligation » de respecter certaines consignes sanitaires, comme la distanciation sociale ou toutes autres mesures : « Le port d'un masque de qualité n'est pas exigé lors des activités reliées au travail réalisées dans l'eau. Cependant, la distanciation physique de 2 mètres doit être respectée », « Les usagers en général doivent suivre les consignes gouvernementales concernant le port du couvre-visage ou du masque [...]. De plus, ils ne doivent pas porter le couvre-visage ou le masque dans l'eau » (Huppé et Huot, 2021b, p. 5). Le philosophe canadien Tom Sorell explique d'ailleurs que l'autonomie est privilégiée lorsqu'elle ne présente aucun risque pour la santé (Sorell, 2023, p. 18). En temps normal, la vie privée permettrait donc de mener une vie autonome, fondée sur la liberté de choix. Toutefois, l'introduction dans la vie privée d'une forme de surveillance, comparable à celle qui se retrouve dans les articles de l'INSPQ, transgresse l'autonomie. En contexte de pandémie, cette surveillance est en effet nécessaire à la santé de la population. Elle tend à imposer des mesures qui réduisent l'autonomie, mais augmentent les chances de sortir de la pandémie : « Toutes ces obligations violent la vie privée, mais sont imposées dans le but de maximiser les chances de sauver des vies et de prévenir toutes conséquences graves que pourrait subir la

population face au coronavirus<sup>35</sup> » (Sorell, 2023, p. 19). Certaines nouvelles mesures sanitaires recommandées par l'institut de santé publique deviennent ainsi des obligations qui s'insèrent dans la vie privée, modifiant le « prendre soin » de soi, et que la population doit respecter, malgré elle.

Le renouvellement d'une surveillance appliquée au corps occupe une grande place dans le « contrôle renforcé ». Il existe des mesures qui ne sont pas « obligatoires », mais qui s'inscrivent tout de même dans le contrôle renforcé. Ces conduites rendent propice la surveillance de nouveaux comportements à adopter. Dans un article portant sur le garage de mécanique automobile, l'hygiène des mains fait ainsi place à une surveillance intensive :

Tous les travailleurs devraient minimalement pouvoir se laver les mains à l'arrivée et au départ du travail, après avoir touché des surfaces fréquemment touchées (interrupteurs, poignées de porte, micro-ondes, rampes d'escalier, etc.), avant et après les pauses et les repas, lors du passage aux toilettes, à l'entrée et à la sortie des ascenseurs. (Groupe de travail SAT-COVID-19, 2021, p. 3).

Dans tel cas, l'hygiène des mains se redéveloppe de manière à assurer la santé des employé.es à l'intérieur du garage automobile. Ce faisant, elle devient un outil de vigilance qui permet la surveillance des comportements à adopter : à travers des stations de gel hydroalcoolique, par exemple.

Le contrôle renforcé se distance du contrôle par l'environnement, propre au contexte d'avant-crise. La disparition d'une partie de l'autonomie, l'imposition de conduites obligatoires et l'augmentation de la surveillance en matière de santé sont les trois principaux facteurs du changement. Prenons l'exemple de la « sécurité des élèves du primaire lors des déplacements à pied et à vélo entre la maison et l'école » (Burigusa *et al.*, 2011). Les auteur.ices y recommandent la « sécurisation du quartier », la « sécurisation des trajets scolaires », la « sécurisation des abords de l'école », etc. (Burigusa *et al.*, 2011, p. 61-62). Le contrôle s'établit dans un tel cas par l'environnement. C'est à travers l'environnement que se conduit le « prendre soin » de soi, soit en assurant la sécurité du transport des élèves entre l'école et la maison. Pendant la pandémie, le contrôle s'effectue sur le corps de la population : hygiène des mains, couvre-visage, distanciation physique, il est visible,

---

<sup>35</sup> « All of these obligations are privacy-violating, but are imposed for the sake of maximizing the chances of saving life and the prevention of the worst of Covid illness for the largest number ». Sorell, Tom. (2023). *Pandemic Population Surveillance: Privacy and Life-Saving*. Dans Kevin Macnish et Adam Henschke (dir.), *The Ethics of Surveillance in Times of Emergency* (1<sup>re</sup> éd., p. 15-29). Oxford University PressOxford. Ma traduction.

donc potentiellement surveillable et vise directement l'autonomie de la personne à « prendre soin » d'elle-même. Tom Sorell avance la logique selon laquelle la vie autonome a perdu du terrain lors de la pandémie. La vie privée, ou vie autonome, porte en elle un degré de fonctionnement biologique nécessaire, dont la biomédecine, ou la santé publique, a pour objectif de maintenir (Sorell, 2023, p. 19). Il résume cette idée dans ce passage : « l'autonomie dépend de la vie privée une fois que les conditions médicales de survie et de capacité sont réunies<sup>36</sup> » (Sorell, 2023, p. 19). La vie privée autonome serait néanmoins considérée comme un bien inférieur à la capacité biologique normale (Sorell, 2023, p. 19). C'est ce qui expliquerait que, dans un contexte d'urgence pandémique, la capacité biologique normale, soit d'avoir un corps en santé, serait ainsi privilégiée au-dessus de la capacité d'autonomie :

La vie privée est un bien moins fondamental que la capacité fournie par le fonctionnement biologique normal, et plus un bien est fondamental, plus la priorité est donnée à chaque personne de le garantir en cas d'urgence pandémique. En ce sens, la protection de la vie prime sur la protection de la vie privée lorsque ces deux éléments entrent en conflit<sup>37</sup>. (Sorell, 2023, p. 19)

Bref, le contrôle renforcé, soit la diminution de l'autonomie, l'apparition de mesures obligatoires et l'augmentation de la surveillance, s'inscrit dans un contexte d'urgence où la santé de la population ne peut plus être seulement contrôlée par l'environnement. La vie de la population est trop fragilisée, ce qui légitime ce changement de paradigme :

Si les violations de la vie privée sont inévitables dans le temps disponible, elles semblent alors véritablement justifiables dans le sens où infliger le moindre de deux préjudices lorsqu'il n'y a pas d'autre option disponible est justifiable<sup>38</sup> (Sorell, 2023, p. 19-20)

Il est à noter que le concept de contrôle renforcé que je m'efforce de conceptualiser est un bricolage conceptuel. Il n'est certainement pas parfait, car certaines mesures de santé publique passent à

---

<sup>36</sup> « autonomy depends on privacy once the medical conditions for survival and being an agent with capacity have been met. ». Sorell, Tom. (2023). *Pandemic Population Surveillance: Privacy and Life-Saving*. Dans Kevin Macnish et Adam Henschke (dir.), *The Ethics of Surveillance in Times of Emergency* (1<sup>re</sup> éd., p. 15-29). Oxford University PressOxford. Ma traduction.

<sup>37</sup> « Privacy is a less basic good than capacity provided by normal biological functioning, and the more basic a good is, the more priority is given to each person securing it in a pandemic emergency. In this sense, the protection of life takes precedence over privacy protection when they conflict. Ibid. Ma traduction.

<sup>38</sup> « If the privacy violations are unavoidable in the time available, then they seem genuinely justifiable in the sense that inflicting the lesser of two harms when there is no other option available is justifiable ». Ibid. Ma traduction.

travers les mailles du concept, comme la réduction de « la limite légale du taux d'alcool permis pour conduire un véhicule automobile au Québec à 50 mg/100 ml » (Blais et Maurice, 2010). Toutefois, son caractère heuristique permet d'opérer une certaine transformation entre les recommandations dans le discours de l'INSPQ quant au « prendre soin » de soi avant et pendant la crise sanitaire.

#### 4.2.1.1 La restriction par défaut

Un quatrième, et dernier facteur, du contrôle renforcé, mais qui s'insère dans les trois premiers, est la « restriction par défaut ». À travers les interventions que les auteur.ices de l'INSPQ recommandent se dessine une propension à la restriction. Par défaut ou volontaire, la restriction du « prendre soin » de soi est davantage légitimée dans le discours de l'INSPQ en temps de crise. Le contexte d'urgence, de rapidité et la nécessité de trouver des solutions aux problèmes peuvent en être la cause. C'est en effet ce qui est avancé dans cette citation : « Étant donné les informations encore limitées sur plusieurs aspects du SRAS-CoV-2 et de la COVID-19, il apparaît actuellement justifié de recommander des mesures plus strictes par précaution. » (Caron *et al.*, 2020, p. 1). Pour n'en nommer qu'une seule, nous pouvons penser à la recommandation du passeport sanitaire :

le Comité conclut que, du point de vue de l'éthique, le passeport immunitaire est justifiable en tant que mesure complémentaire et temporaire permettant un retour plus rapide à la vie normale en attendant l'atteinte de l'immunité collective, mais que ses bénéfices ne sont que légèrement plus importants que ses inconvénients (Comité d'éthique de santé publique, 2021, p. 10).

Autrement, le chercheur australien en éthique, Adam Henschke, rattache la dimension restrictive des mesures sanitaires à l'imprévisibilité, et, conjointement la dangerosité, de chaque individu à porter en soi le virus :

Les maladies infectieuses se transmettent d'une personne à une autre, des individus innocents peuvent représenter une menace pour d'autres individus innocents... La restriction des libertés et les atteintes à la vie privée et à la confidentialité peuvent être nécessaires pour promouvoir le bien public<sup>39</sup> (Henschke, 2023, p. 154)

---

<sup>39</sup> « infectious diseases are spread from person to person, innocent individuals can present a threat to other innocent individuals . . . Restrictions of liberty and incursions of privacy and confidentiality may be necessary to promote the public good' ». Henschke, Adam. (2023). The Dynamics of Public Health Ethics: Covid-19 and Surveillance as

En ce qu'il est une mesure individuelle qui restreint l'autonomie et la liberté de déplacement, le passeport immunitaire exemplifie bien ce que Henschke avance. Les individus sont dangereux les uns pour les autres, le coronavirus est difficilement contrôlable, dans cette mesure, il est légitime de restreindre la liberté pour prioriser la santé de la population.

La dimension restrictive des mesures sanitaires a pris une place importante dans le discours de l'INSPQ pendant la crise. Alors que, dans l'arène politique, le vocabulaire militaire était mobilisé pour caractériser la situation d'urgence et de crise : « Combat, bataille, lutte, guerre, menace, ennemi, c'est une question de vie ou de mort » (Baillargeon, 2020). À l'INSPQ, il est possible de mettre en lumière un vocabulaire de la criminalité dans le traitement restrictif du « prendre soin » de soi : « l'utilisation de chiens renifleurs pour détecter les symptômes compatibles avec la COVID » (Bolduc *et al.*, 2021, p. 10); « Personne sous investigation » (Caron *et al.*, 2020, p. 3); « enquêter les cas » (Caron *et al.*, 2020, p. 3); « les cas confirmés sont signalés » (Caron *et al.*, 2020, p. 3); « éclairage adéquat et surveillance par des agents de sécurité » (Gagné *et al.*, 2021, p. 7); « l'accès à l'extérieur est permis » (Groupe de travail SAT-COVID-19, 2020, p. 5); « registre des déplacements » (Groupe de travail SAT-COVID-19, 2020, p. 6). L'introduction de ce vocabulaire marque encore une fois l'apparition de recommandations bien plus restrictives pendant la pandémie.

#### 4.2.2 Quantité et précision des conduites

En relation avec le point précédent, les conduites recommandées par l'INSPQ pendant la crise ont non seulement augmenté, mais elles se sont également précisées à des domaines jusqu'alors jamais étudiés auparavant dans le cadre de l'institut. De nombreux articles témoignent de ce changement. Par exemple, l'INSPQ a publié un papier portant uniquement sur le nettoyage et la désinfection des surfaces (Comité Covid-19 en santé environnementale, 2021), ou un autre sur l'eau potable pendant la crise du coronavirus (Huppé et Huot, 2021a). Des gestes, autrement des plus ordinaires : jeter un mouchoir dans une poubelle munie d'un sac (Comité Covid-19 en santé environnementale, 2021, p. 7) et qualifier la qualité de l'eau au Québec sont alors remis en question. Sans grande surprise, l'urgence sanitaire a mis de l'avant de nouveaux risques, les risques se sont ainsi

---

*Justifiable but Abnormal.* Dans Kevin Macnish et Adam Henschke (dir.), *The Ethics of Surveillance in Times of Emergency* (1<sup>re</sup> éd., p. 150-166). Oxford University Press/Oxford. Ma traduction.

multipliés et propagés. Les sociologues anglaises Siân Beynon-Jones, Emily Grabham et Nadine Hendrie expliquent en effet comment l'incertitude généralisée liée à la pandémie a mis de l'avant des réponses soudaines de santé publique (Beynon-Jones *et al.*, 2023, p. 383). Soudainement, donc rapidement et de manière inattendue, les mesures de santé publique ont transformé « la temporalité de la vie quotidienne, remodelé les rythmes quotidiens et créé chaos et incertitude<sup>40</sup> » (Beynon-Jones *et al.*, 2023, p. 383). Une interviewée voyait ces nouvelles mesures comme étant « partout<sup>41</sup> » (Beynon-Jones *et al.*, 2023, p. 384). À travers la soudaineté des mesures de santé publique s'est profilé une gouvernementalité qui s'exerce dans les plus petits détails de la vie quotidienne. À des fins de contrôle du moindre risque et pour ne laisser envisager aucun doute sont publiés plusieurs articles qui s'attaquent à des enjeux de santé publique qui n'auraient, avant la crise, jamais été l'objet de tels questionnements.

Le confinement a modifié les habitudes de vie de l'ensemble de la société québécoise. Amir Ghahfarokhi et ses collègues, chercheur.es en sciences médicales, expliquent qu'avant la pandémie, les habitudes de vie étaient déjà l'objet de nombreuses maladies (Ghahfarokhi *et al.*, 2024, p. 2). Cependant, la crise aurait non seulement réintroduit ces enjeux, mais elle en aurait fait surgir d'autres en réponse aux défis posés par le confinement et la transmission du virus. L'amélioration des habitudes de vie pendant la pandémie serait en effet bénéfique pour la santé mentale et le corps physique : maladies cardiovasculaires, système immunitaire, etc. (Ghahfarokhi *et al.*, 2024, p. 2). C'est dans cette logique que sont publiés des articles portant sur l'alimentation (Bergeron et Durette, 2021), l'activité physique (Burigusa *et al.*, 2020), mais aussi la qualité du sommeil (Durette *et al.*, 2021), l'utilisation sécuritaire des parcs (Comité en promotion et prévention, 2020b) et la consommation d'alcool chez les personnes âgées (Bergeron *et al.*, 2020a). Le confinement représente donc un facteur qui permet d'expliquer l'apparition de nouvelles conduites précises concernant les habitudes de vie de la population.

Conjointement à la précision des mesures se dessine une augmentation des recommandations de santé publique. Cela fut noté plus tôt, pendant la crise, les expert.es à l'INSPQ ont fait beaucoup

---

<sup>40</sup> « the time of everyday life, reshaping daily rhythms, and creating chaos and uncertainty ». Beynon-Jones, Siân, Grabham, Emily et Hendrie, Nadine. (2023). 'The rules are all over the place': Mass Observation, time, and law in the COVID-19 pandemic. *Journal of Law and Society*, 50(3), 369-391. Ma traduction.

<sup>41</sup> « All over the place » Ibid. Ma traduction.

plus de recommandations qu'avant la crise. Les articles de type « document intérimaire », « avis scientifiques intérimaires », « recommandations intérimaires », etc. en sont témoins. À l'intérieur de ces articles, se trouve une gouvernance qui mélange précision et quantité. Dans un article sur les lieux de baignade, les recommandations portent sur la « distanciation et l'hygiène », l'« accès au vestiaire », les « goulots d'étranglement », l'« entretien de l'eau », l'« entretien des espaces et des surfaces », la « location et prêt d'objet », et bien plus (Huppé et Huot, 2021b, p. 6-9). Le « prendre soin » de soi entre alors dans une logique qui augmente et précise sa gouvernance à des dimensions dans lesquelles il n'avait encore jamais été explicitement conduit.

Dans ce même ordre d'idée, les statistiques étaient souvent mobilisées afin d'assurer une surveillance précise de l'épidémiologie de la Covid-19 et de son effet sur la population québécoise. L'utilisation de la base de données « Trajectoire de santé publique » (Huot *et al.*, 2022, p. 2), la quantification de la protection assurée par les mesures de prévention, comme le port du couvre-visage (Ancil et Massicotte, 2021, p. 6) ou la vaccination (De Wals *et al.*, 2022, p. 10) ou encore la quantification des décès et des hospitalisations associées à la maladie à coronavirus 2019 (Comité sur l'immunisation du Québec, 2021a, p. 7) sont des exemples de la présence importante du chiffre dans le discours de l'INSPQ. Didier Fassin parle de « vérité du chiffre » : selon l'auteur, les chiffres, munis de leur propre vérité, ont créé un espace de représentation de la crise de la Covid-19 propre à leur forme (Fassin, 2021, p. 341-342). La vérité procurée par les chiffres a ainsi légitimé une gouvernementalité précise et permanente. La dangerosité du virus, mise en exergue par les chiffres, légitime alors une gouvernance qui s'étend jusqu'à l'intimité des individus : « la probabilité qu'une personne s'infecte dépend du nombre de personnes avec lesquelles elle est en contact [...] de leur degré d'intimité » (Comité sur les mesures populationnelles, 2020, p. 2). En effet, d'après Fassin, la vérité issue des chiffres a mis de l'avant des « projections à partir desquelles les experts ont conseillé les princes et ces derniers ont pris des décisions engageant leurs pays respectifs dans des politiques contraignantes et coûteuses. » (Fassin, 2021, p. 343).

Pour terminer, les conduites recommandées par les auteur.ices de l'INSPQ se sont ainsi transformées, non seulement au niveau de la forme, mais elles se sont également précisées et ont augmenté en nombre. Des domaines qui n'auraient autrefois jamais été remis en question, comme la qualité de la ventilation, le dépôt de mouchoirs, ou encore les achats pour la maison : « Une seule personne par ménage s'occupe de faire les achats » (Comité sur les mesures populationnelles, 2020,

p. 3), ont alors fait l'objet d'une gouvernementalité précise qui n'admettait aucun doute. Un groupe a d'ailleurs été sujet, au cours de la pandémie, de conduites encore plus strictes et précises : il s'agissait des travailleur.ses de la santé.

#### 4.2.3 La conduite des travailleur.ses de la santé

Nommé.es nos « anges gardiens » pendant la pandémie au Québec, les travailleur.ses de la santé ont subi, dans le discours de l'INSPQ, une gouvernementalité particulièrement impérieuse par rapport aux autres groupes sociaux. Étant en contact étroit avec des personnes atteintes de la Covid-19 ou considérées comme vulnérables, les conduites qui leur sont adressées sont d'autant plus sévères. En effet, selon le Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ), « l'application rigoureuse de l'ensemble des niveaux de la hiérarchie des mesures de contrôle en matière de lutte contre la transmission de la COVID-19 dans les milieux de soins. » (Anctil et Massicotte, 2021, p. 1) est d'une importance majeure. Les comportements des travailleur.ses de la santé sont alors examinés attentivement, en comparaison aux autres travailleur.ses. Plusieurs résultats documentent à cet égard la transmission du virus dans le cercle des travailleur.ses de la santé :

la majorité de la transmission chez les TdeS des milieux de soins se fait principalement lors des contacts non protégés prolongés, que ce soit avec des patients ou des collègues ou dans la communauté [...] le nombre de contaminations observées parmi les TdeS a diminué de façon concomitante avec l'amélioration du respect des mesures préventives (Anctil et Massicotte, 2021, p. 8).

À un certain degré, la conduite des travailleur.ses de la santé tend à les dépersonnaliser : iels n'existent alors qu'à travers leur fonction professionnelle. En effet, le rapport que ces individus entretiennent avec les autres, même à l'extérieur du milieu de travail, est également encadré par des exigences sanitaires : « La distanciation physique doit également être respectée par tous les travailleurs de la santé qu'ils soient à l'extérieur du milieu de travail ou lors de contacts avec les collègues » (Comité sur les infections nosocomiales du Québec, 2020, p. 2). Cette mesure implique indirectement que leur identité personnelle devienne secondaire face aux devoirs qui leur sont imposés dans leur service. Frances Shaw, Renae Fomiatti, Adrian Farrugia et Suzanne Fraser,

chercheur.es australien.nes en santé et société, parlent d'une perte du « sens de l'autre<sup>42</sup> » dans le rapport patient.e-soignant.e pendant la pandémie de la Covid-19. Les auteur.ices prennent l'exemple du « telehealth », soit le processus selon lequel les soins sont délivrés par télécommunication. Dans le contexte québécois, cette même dynamique peut être observée dans les mesures d'isolement et d'exclusion visant autant les patient.es que les soignant.es infecté.es par la Covid-19. La distanciation induite par les dispositifs sanitaires a alors contribué à dépersonnaliser les travailleur.ses de la santé dans leur relation aux malades, ainsi que dans leur rapport à ell.eux-mêmes.

Pour conclure, nous pouvons nous questionner à savoir quelles sont les conditions de possibilité d'un « prendre soin » de soi en milieu de soin pendant la crise de la Covid-19 ? D'une part, en présence d'une population vulnérable ou de patient.es atteint.es de la Covid-19, les risques augmentent. Dans le premier groupe, les décès sont plus probables, dans le second, les chances de transmission du coronavirus augmentent. À mesure que les risques augmentent, la gouvernance s'intensifie (elle devient plus précise, plus abondante et elle prend une forme plus restrictive), dans une volonté de maîtriser l'imprévisible et d'éliminer les sources potentielles de danger. Enfin, en fonction de la présence, plus ou moins grande des risques, l'autonomie du « prendre soin » de soi s'assujettit à des règles extérieures. Ainsi, dans un milieu de soin fortement exposé aux risques, le personnel soignant perd une partie de son autonomie quant à la gestion de son propre « prendre soin » de soi, à la hauteur des risques, car il doit se soumettre à des mesures sanitaires qui exercent une contrainte sur lui.

#### 4.2.4 Le contrôle par les biais cognitifs

En période de renversement des habitudes quotidiennes, il est difficile de s'imaginer comment se conduira seule la population. Rentrera-t-elle dans un régime anémique dépourvu de régulation sociale où les besoins en papiers de toilette et cannes de conserve seront plus importants que l'attention portée aux mesures de santé publique ? Le sociologue canadien Seth Abrutyn, s'est posé la question « comment les collectivités génèrent-elles de la solidarité et se protègent-elles des

---

<sup>42</sup> « sens of the other ». Shaw, Frances, Fomiatti, Renae, Farrugia, Adrian et Fraser, Suzanne. (2023). Proper distance in the age of social distancing: Hepatitis C treatment, telehealth and questions of care and responsibility. *Sociology of Health & Illness*, 45(1), 19-36. Ma traduction.

menaces qui pèsent sur le collectif<sup>43</sup> » (Abrutyn, 2024, p. 741). L’auteur explique en effet que les désastres majeurs ont souvent pour conséquence un bouleversement de la solidarité et de la cohésion sociale, issu du désagrégement rapide des repères (Abrutyn, 2024, p. 742-743). C’est dans cette mesure qu’on retrouve dans plusieurs articles de l’INSPQ, pendant la crise, le besoin de reconstruire la cohésion sociale : « Favoriser la cohésion sociale, l’appartenance à la communauté et la participation sociale » (Gagné *et al.*, 2021, p. 9).

La cohésion sociale, la résilience communautaire, le sentiment d’appartenance, la solidarité, la collaboration, la confiance envers les institutions dominantes en santé, et bien plus encore : voilà des compétences comportementales qui sont valorisées dans le corpus en période de crise. En effet, le désastre sanitaire et social les remet en doute, alors qu’elles représentent des outils majeurs quant à l’amélioration de la santé populationnelle. Elles font partie des « conditions [qui] influencent le processus d’adoption de comportements désirés » (Bergeron *et al.*, 2020b, p. 3). Considérées comme de véritables enjeux de santé publique dans le discours de l’INSPQ, ces nombreuses compétences ont fait parties intégrantes des logiques de gouvernementalité pendant la pandémie. La question de comment conduire la population de manière à ce qu’elle collabore et respecte les conduites sanitaires émises s’imposait : « La lutte aux infections à la COVID-19 repose en bonne partie sur la collaboration des personnes et le respect des recommandations émises par les instances de santé publique » (Bergeron *et al.*, 2020b, p. 3). C’est ainsi que les expert.es à l’INSPQ ont mis au point une stratégie communicationnelle concernant la promotion et le maintien des comportements désirés pendant la pandémie (Bergeron *et al.*, 2020b). Alors qu’aucunes stratégies communicationnelles pour modifier les comportements de la population n’ont été mentionnées dans mon corpus de l’avant-crise, Béa Arruabarrena, chercheuse française en science de l’information et de la communication, parle d’une révolution paradigmatique datant des années 2000 (Arruabarrena, 2022, p. 269). La transformation des conduites par une stratégie de communication s’appuyant sur les biais cognitifs de la population serait néanmoins passée « d’un stade exploratoire à un stade industriel » pendant la crise (Singler, 2020, dans Arruabarrena, 2022, p. 270). Béa Arruabarrena explique que les « dispositifs info-communicationnels de type

---

<sup>43</sup> « how do collectives generate solidarity and protect against threats to the collective? ». Abrutyn, Seth. (2024). Disintegration in the Age of COVID-19: Biological Contamination, Social Danger, and the Search for Solidarity. *American Behavioral Scientist*, 68(6), 740-759. Ma traduction.

comportementaliste à des fins d'influence de masse » introduisent une nouvelle forme de gouvernementalité en régime démocratique (Arruabarrena, 2022, p. 266-267). Dans cette nouvelle logique, le « prendre soin » de soi change de forme : plutôt que de viser l'environnement, ou encore le corps des individus, ce sont leurs biais cognitifs qui sont l'objet de contrôle. Cette méthode est néanmoins restée marginale à l'intérieur de l'INSPQ.

Béa Arruabarrena cite plusieurs techniques sophistiquées de contrôle des comportements, qui se retrouvent dans le discours de l'INSPQ, la plus flagrante étant « la communication faisant appel à la peur » (Arruabarrena, 2022, p. 61). La peur se conceptualise comme un motif de changement des comportements. Elle serait un facteur de stress efficace à la prise en compte des dangers et mènerait la population à une écoute plus attentive des consignes provenant des institutions dominantes en santé. Arruabarrena parle néanmoins d'une peur de l'autre. Les auteur.ices de l'INSPQ s'opposent à ce type de peur et priorisent plutôt une « peur dite “fonctionnelle” [qui] peut favoriser l'adoption des comportements recommandés, une peur trop importante peut s'avérer nuisible » (Bergeron *et al.*, 2020b, p. 8).

#### 4.2.4.1 Le « retour à une vie normale »

La rhétorique d'un « retour à une vie normale » est abondamment mobilisée dans la littérature du parcours des malades (Liebzeit *et al.*, 2019; Spence *et al.*, 2023). Elle implique un processus de transition, d'un état biologique anormal, induit par un événement majeur sur sa santé, à un état biologique normal, capable de fonctionner normalement. D'ailleurs, le fonctionnement normal est défini comme « étant capable de contribuer et de s'engager dans tous les aspects (sociaux, productifs et physiques) de sa vie<sup>44</sup> » (Liebzeit *et al.*, 2019, p. 707). Dans le cas contraire, perdre son état de santé normal aurait pour résultat l'apparition de « nouvelles restrictions sur l'engagement et les contributions des participants à la vie familiale, communautaire ou

---

<sup>44</sup> « being able to contribute to and engage in all aspects (social, productive, and physical) of their life. ». Liebzeit, Daniel, Bratzke, Lisa, Boltz, Marie, Purvis, Suzanne et King, Barbara. (2019). Getting Back to Normal: A Grounded Theory Study of Function in Post-hospitalized Older Adults. *The Gerontologist*, 60(4), 704-714. Ma traduction.

professionnelle<sup>45</sup> » (Liebzeit *et al.*, 2019, p. 707). Ces analyses peuvent être appliquées à la gouvernamentalité du « prendre soin » de soi dans le discours de l'INSPQ pendant la pandémie.

Le « retour à une vie normale » (Comité sur l'immunisation du Québec, 2021a, p. 1) a servi d'incitation au respect des mesures de santé publique dans le discours de l'INSPQ pendant la pandémie. Il est entré dans la gouvernance par le contrôle des biais cognitifs que je nommais plus tôt. Il marque ainsi un rapport nouveau à l'incitatif, qui n'existait pas avant la crise. Dans un autre ordre d'idées, en incitant un retour à une vie normale, les auteur.ices de l'INSPQ affirment l'anormalité de la situation. Cette attestation implique, comme l'expliquaient Daniel Liebzeit et ses collègues plus haut, la légitimation de « nouvelles restrictions ». C'est dans cette mesure que sont normalisées des consignes sanitaires strictes à des fins d'un retour à la véritable normalité : « le bien-être physique et psychologique qui pourrait être engendré par un retour à la vie normale est non négligeable à la suite des mois de privation provoqués par des consignes sanitaires strictes » (Comité d'éthique de santé publique, 2021, p. 5).

Pour terminer, les auteur.ices de l'INSPQ font également appel à l'autonomie et à la responsabilité, conceptualisées à certaines reprises comme des compétences comportementales, dans la démarche de gouvernance. Une responsabilité et une autonomie saines permettraient en effet aux individus de faire les « bons » choix quant à la manière de « prendre soin » d'eux-mêmes. C'est précisément ce qui est évoqué dans cette citation :

Le principe d'autonomie en santé publique est étroitement lié à l'importance de développer chez les individus et les communautés le sens des responsabilités face à leur propre santé et à celles des autres [...] le soutien de l'autonomie des jeunes contribue à rendre une intervention plus acceptable et stimulante aux yeux de ceux-ci et facilite ainsi l'adoption d'un comportement désiré (Gamache *et al.*, 2021, p. 3)

L'incitation à ces deux types de comportement révèle néanmoins plusieurs enjeux sur lesquels je prendrai le temps de revenir dans le prochain point.

---

<sup>45</sup> « new restrictions on participants' engagement in and contributions to family, community, or work life. » Ibid. Ma traduction.

#### 4.2.5 Autonomisation et responsabilisation

Comme je l'ai montré au premier chapitre, l'autonomie et la responsabilité sont deux grandes capacités auxquelles devraient aspirer les citoyen.nes contemporain.es dans la littérature. Nikolas Rose dessine un portrait très clair de ce qui est attendu de la conduite des individus dans la culture occidentale :

Le soi doit être un être subjectif, il doit aspirer à l'autonomie, il doit s'efforcer de s'épanouir personnellement dans sa vie terrestre, il doit interpréter sa réalité et son destin comme une question de responsabilité individuelle, il doit trouver un sens à son existence en façonnant sa vie par des actes de choix<sup>46</sup> (Rose, 1996, p. 151)

À la toute fin du 20<sup>ème</sup> siècle et au début du 21<sup>ème</sup>, cette définition du.de la citoyen.ne contemporain.e était largement acceptée dans les *governmentality studies*. Dans le cadre plus précis de la santé publique, l'autonomie et la responsabilité sont également favorisées. Les deux chercheur.es en sciences sociales, Brian Brown et Sally Baker, notent à cet égard que, dans les programmes de santé publique, les individus sont « façonnés en tant qu'individus capables d'auto-contrôle<sup>47</sup> » (Brown et Baker, 2012, p. 49). Iels seraient ainsi suffisamment autonomes afin de se maintenir en vie et responsables de suivre les consignes sanitaires qui leur sont recommandées.

La promotion de ces capacités est également perceptible dans le discours de l'INSPQ. D'une part, à travers la conduite des conduites, les chercheur.ses souhaitent améliorer l'autonomie des individus : « diffuser une information qui améliore les capacités d'agir », ou encore « il faut tendre vers des mesures et des politiques qui redonnent peu à peu une place à l'autonomie » (Bergeron *et al.*, 2020b, p. 2, 14). D'un autre côté, il arrive qu'iels fassent confiance au « choix » des individus en matière de santé : mettre « en place des environnements propices aux choix sécuritaires et en

---

<sup>46</sup> « The self is to be a subjective being, it is to aspire to autonomy, it is to strive for personal fulfillment in its earthly life, it is to interpret its reality and destiny as a matter of individual responsibility, it is to find meaning in existence by shaping its life through acts of choice ». Rose, Nikolas. (1996). *Governing enterprising individuals*. Dans *Inventing our Selves: Psychology, Power, and Personhood* (1<sup>re</sup> éd., p. 150-168). Cambridge University Press. Ma traduction.

<sup>47</sup> « shaped as a self-monitoring individual ». Brown, B. J. et Baker, Sally. (2012). *Enlisting, measuring and shaping the individual in healthcare policy and practice*. Dans *Responsible Citizens: Individuals, Health and Policy under Neoliberalism* (1<sup>re</sup> éd.). Anthem Press. Ma traduction.

rendant accessible des informations utiles, crédibles et transparentes » (Gamache *et al.*, 2021, p. 4). La responsabilité comme capacité personnelle est alors valorisée.

Cependant, à quelques reprises pendant la crise, ces deux valeurs ont été laissées de côté ou reconceptualisées, remettant en cause la littérature des *governmentality studies*. En effet, en contexte de crise, en plus d'imposer des conduites restrictives, limitant par le fait même la capacité d'autonomie, cette dernière perd en importance. Dans le cas de la recommandation du passeport vaccinal, par exemple, la santé de la population : « le bien-être physique et psychologique qui pourrait être engendré par un retour à la vie normale [...] [et la réduction des] impacts socioéconomiques causés par certaines des mesures sanitaires » (Comité d'éthique de santé publique, 2021, p. 5), vaut alors plus que la valeur d'autonomie : « le respect de l'autonomie pourrait toutefois entrer en contradiction avec l'exigence de détenir le passeport » (Comité d'éthique de santé publique, 2021, p. 5). Toutefois, dans un « souci de non-malfaisance » (Comité d'éthique de santé publique, 2021, p. 5), l'autonomie a été reconceptualisée de manière à légitimer la mesure. En limitant le passeport à certains lieux non essentiels, les auteur.ices jugeaient que la mesure n'entravait pas l'autonomie puisque l'accès à ces lieux ne dépendait pas d'une « survie économique » (Comité d'éthique de santé publique, 2021, p. 5). Il est néanmoins possible de soutenir que limiter l'accès à un lieu, qu'il soit essentiel ou non, constitue en soi une mesure hétéronome.

En second lieu, la responsabilité s'est aussi transformée. Moins célébrée comme capacité du.e du citoyen.ne contemporain.e, elle a été reconceptualisée comme une tâche collective, vitale à la réussite des mesures sanitaires et à la santé de la population : « les travailleurs ont la responsabilité d'appliquer les mesures qui les concernent. Lorsqu'appliquées intégralement, l'ensemble des mesures proposé ci-dessous est considéré maximal pour réduire la transmission du SRAS-CoV-2 » (Groupe de travail SAT-COVID-19, 2022a, p. 2). Ainsi, la santé de la population est devenue d'une certaine manière un objectif commun dont chaque individu avait la responsabilité de maintenir. La responsabilité individuelle à « prendre soin » de soi se serait mutée en une responsabilité collective à « prendre soin » des autres. Les chercheurs australiens en philosophie éthique, Seumas Miller et Marcus Smith, expliquent que la perte d'une partie de notre autonomie n'était en contexte de crise qu'une incidence sur la responsabilité collective de sauver la population :

L'idée d'une responsabilité collective de la part des individus de subir conjointement certains coûts, par exemple, la perte du droit à la vie privée, en faveur d'un bien collectif (éliminer ou contenir la propagation de la Covid-19) est au cœur de toutes ces stratégies [sanitaires] efficaces<sup>48</sup> (Miller et Smith, 2023, p. 47)

Bref, l'autonomie et la responsabilité, comprises avant la crise et dans la littérature comme des capacités individuelles, ont été transformées pendant la crise. Minimisée et reconceptualisée, l'autonomie est passée seconde devant la santé de la population. La responsabilité individuelle, elle, s'est collectivisée, ce n'était non plus au nom d'un soi qu'on était responsables de notre santé, mais encore une fois, au nom de la population.

#### 4.3 Conclusion

L'analyse du discours de l'INSPQ pendant la crise me permet finalement d'affirmer une transformation dans la gouvernance du « prendre soin » de soi pendant la crise sanitaire de la Covid-19. Le format théorique des articles s'est remodelé, de manière à rendre les articles scientifiques plus accessibles à l'ensemble de la population. Dans le contexte d'urgence, la production de ces articles a d'ailleurs accéléré, ce qui a fait en sorte de modifier à une autre échelle la gouvernance. En effet, la gouvernance des conduites s'est modifiée au niveau de la forme, de la précision et de la quantité. La conceptualisation du « contrôle réactif » permettait, entre autres, de mettre en lumière une plus grande surveillance adressée au corps biologique. Or, cette focalisation est tributaire du type de crise, à savoir une crise sanitaire provoquée par un virus respiratoire. On peut ainsi avancer que la transformation de la gouvernance du « prendre soin » de soi lors de la Covid-19 dans le discours de l'INSPQ est contingente, à certains égards, au fait que la crise ait été issue d'un virus respiratoire. De nouveaux enjeux communicationnels ont d'ailleurs jailli, remettent en question la manière de gouverner la population. Enfin, les capacités de l'autonomie et de la responsabilité se sont reconceptualisées pour le bien de tous.tes. Confronté.es au besoin de sauver la population, les citoyen.nes québécois.es ont perdu une partie de leur

---

<sup>48</sup> « the idea of a collective responsibility on the part of individuals to jointly suffer some costs, e.g., loss of privacy rights, in favour of a collective good (eliminating or containing the spread of Covid-19) lies at the heart of all such effective strategies ». Miller, Seumas et Smith, Marcus. (2023). Combating Covid-19: Surveillance, Autonomy, and Collective Responsibility. Dans Kevin Macnish et Adam Henschke (dir.), *The Ethics of Surveillance in Times of Emergency* (1re éd., p. 47-59). Oxford University PressOxford. Ma traduction.

autonomie et sont devenus responsables, non plus seulement d'eux-mêmes, comme avant la crise, mais de tout le collectif.

La première partie du « pendant » la crise portait sur le contenant et le contenu, soit sur les articles scientifiques et leurs recommandations, ainsi que sur leur contexte d'urgence. Dans la seconde partie, je maintiendrai mon étude au niveau des recommandations de santé publique, mais en poussant un peu plus loin l'analyse aux dimensions de la subjectivité et de la vérité scientifique, de la santé mentale et de l'individu dangereux et du stigmaté. Je m'éloignerai ainsi de l'examen immédiat des interventions, afin d'étudier les implications de ces interventions sur la population.

## **CHAPITRE V**

### **PENDANT LA CRISE, DEUXIÈME PARTIE : COMPLEXIFICATION DES DYNAMIQUES DE GOUVERNEMENTALITÉ**

Dans le chapitre précédent, j'ai analysé comment s'est contextualisée et déployée la gouvernementalité du « prendre soin » de soi dans son sens le plus strict. J'ai donc étudié la manière dont l'INSPQ a guidé les comportements liés à la santé biologique dans son discours. Des remarques concernant la forme, la quantité et la précision des mesures sanitaires, le contrôle qui en résultait et leur effet sur l'autonomie et la responsabilité citoyenne ont alors permis de donner une image convaincante du portrait du « prendre soin » de soi en temps de crise. Cette première partie représentait en quelque sorte le squelette de l'examen de la gouvernementalité du « prendre soin » de soi, pendant la crise.

Dans cette seconde partie, l'objectif est de mettre de la chair autour de l'os. L'analyse proposée complexifiera la gouvernementalité du « prendre soin » de soi dans le discours de l'INSPQ. Elle mettra de l'avant des thématiques qui ont émergé dans le corpus de publications, pendant la crise, afin de rendre le portrait du « prendre soin » de soi, tel qu'il a été conduit, plus complet. Il s'agira alors moins de conceptualiser la gouvernementalité comme un mouvement vertical, mais plutôt comme un concept à partir duquel prennent racine de nombreuses thématiques, depuis le discours de l'INSPQ, qui s'inscrivent dans mon objet principal d'étude, soit le « prendre soin » de soi.

#### **5.1 Sujet et vérité**

La crise sanitaire de la Covid-19 a laissé place à ce que Michel Foucault aurait pu nommer un « jeu de vérité ». Le jeu de vérité est, d'après l'auteur, un moment dans l'histoire dans lequel entrent en friction différentes vérités à propos d'un même sujet : « Le jeu de la vérité est toujours, par rapport au domaine où il s'exerce, un évènement historique singulier, un évènement, à la limite improbable par rapport à ce dont il parle » (Foucault, 2014b, p. 224). Un système de savoir, en l'occurrence le savoir biomédical dans mon travail, s'impose alors comme vrai, et rend difficilement légitime d'autres formes de savoir, comme le savoir expérientiel. Il n'existerait donc pas de vérité « pure » ou « objective », mais des dynamiques complexes de rapports de pouvoir qui produisent des vérités à l'intérieur des institutions. Ces jeux de véridiction, nous explique Frédéric Gros, « ont des effets

de réalité, ou mieux encore des effets de subjectivation » (Gros, 2014, p. 318). La bataille des jeux des vérités qui se contredisent, qui deviennent vraies, puis qui sont évacuées, « constituent la réalité historique à partir de laquelle se construit l'expérience que le sujet a de lui-même » (Gros, 2014, p. 318). Le.la citoyen.ne se subjectivise donc en fonction de ce qui fait vérité dans la construction de son réel.

Michel Foucault reprend à Platon l'étude du « souci de soi », plus général encore que le « prendre soin » de soi, sur lequel porte ce travail, dans la mesure où il n'implique pas que la santé, et en fait une « histoire du souci de soi-même » (Foucault, 2014b, p. 300). L'analyse du souci de soi-même a pour finalité l'étude de la subjectivité. En effet, le travail fait sur soi-même instaure un « rapport à soi-même », muni de ses effets de savoir (Foucault, 2014b, p. 300). Le souci de soi-même implique toujours un rapport à la vérité, car « on ne peut pas se soucier de soi, sans connaître » (Foucault, 2001, p. 1532). D'après l'auteur, on ne se soucie de soi qu'à travers le souci de vérité (Foucault, 2001, p. 1542). À des degrés plus précis en santé, le « prendre soin » de soi implique ainsi nécessairement une forme de vérité, à partir de laquelle on s'assure de « bien » prendre soin de soi. D'ailleurs, toute la culture occidentale tournerait « autour de cette obligation de vérité, qui a pris tout un tas de formes différentes » (Foucault, 2001, p. 1542).

Ce court exposé avait pour objectif théorique de mettre de l'avant la pertinence de la problématisation de la relation entre vérité et subjectivité, effectuée par Michel Foucault, à l'intérieur du discours de l'INSPQ, pendant la pandémie. En contexte de crise, où tout le monde devient sa.on propre soignant.e, les savoirs effluent. Cela laisse place à un jeu de vérité. Dans le discours de l'INSPQ, deux, voire trois canaux précis de savoir émergent : le savoir expert, celui que la santé publique défend, puis le savoir non-expert, soit celui qui provient de la population, et qui se mêle parfois aux « théories conspirationnistes » (Comité en promotion et prévention, 2020a, p. 10). Comme je l'expliquais plus tôt, ces différents savoirs subjectivent les individus, c'est à partir de ceux-ci qu'ils construisent leurs expériences et leur compréhension de l'évènement pandémique et sanitaire. Les auteur.ices au sein de l'INSPQ problématisent ces savoirs en élevant au rang de « vérité scientifique » leur propre savoir et en réduisant les autres formes de savoir. Selon Michel Foucault, la problématisation est « l'ensemble des pratiques [...] qui fait entrer quelque chose dans le jeu du vrai et du faux et le constitue comme objet pour la pensée » (Foucault, 2001, p. 1489). Cette problématisation du « vrai » et du « faux » est perceptible dans la citation qui suit, où le

savoir de la population est réduit au rang d'opinion, tandis que la savoir expert est hissé un rang au-dessus :

Il est primordial, en démocratie, de préserver l'émergence d'opinions diverses, de critiques et de désaccords afin de permettre le débat public. Toutefois, celui-ci ne devrait pas, idéalement, nuire ou décrédibiliser l'action gouvernementale et les messages de la santé publique (Bergeron *et al.*, 2020b, p. 6).

La conduite des individus repose sur l'adhésion à des savoirs reconnus comme vrais. Autrement dit, pour que la gouvernance du « prendre soin » de soi fonctionne, elle doit se fonder sur des vérités. Dans cette mesure, les expert.es à l'INSPQ contrôlèrent le « prendre soin » de soi de la population par la prédominance de la vérité scientifique, comme seule forme de vérité valide. Michel Foucault pose la question « Comment l'expérience qu'on peut faire de soi-même et le savoir qu'on s'en forme ont-ils été organisés à travers certains schémas ? » (Foucault, 2001, p. 1032). L'élément de réponse qui me permettrait de répondre à cette question est d'après Foucault « les techniques de soi » (Foucault, 2001, p. 1032). En répondant rapidement à la question, il est possible d'avancer que les conduites recommandées par l'INSPQ (les techniques de soi) organisent le savoir qu'on se fait de soi-même, ce qui conduit la manière dont on prend soin de soi.

Michel Foucault affirme à ce sujet que « la vérité est conçue essentiellement comme un système d'obligation » (Foucault, 2014b, p. 15). C'est cette conception de la vérité comme obligation que Marcelo Otero reprend lorsqu'il souligne qu'il est pratiquement impossible d' « éviter de se conduire à des degrés variables comme des sujets moraux de nos actions par rapport aux orientations proposées, voire imposées par les régimes de savoir et les stratégies de pouvoir » (Otero, 2021, p. 187). Dans cette perspective, la vérité dite experte, celle qui est produite par l'INSPQ, s'affiche comme vraie et objective, elle cadre le réel et s'édifie comme seule vérité. Ce faisant, elle impose, telle une obligation, sa propre perspective sur la réalité. C'est à ce titre que la chercheuse en sciences sociales, Monica Greco, à propos des maladies médicalement inexpliquées, explique que les professionnel.les en santé « utilisent leur savoir pour façonner le problème » (Greco, 2017, p. 111). La vérité experte disqualifie ainsi la lecture non-experte du réel, issue de l'expérience profane, qui ne détient pas le pouvoir, au sens foucaldien, d'être édifée comme vérité objective : elle acquiert plutôt une dimension subjective, elle est réduite au rang d'opinion.

Maintenir un statut privilégié à la vérité experte permet d'assurer une gouvernamentalité homogène à partir du discours de la santé publique.

Dans une logique de contrôle de la vérité, comme outil permettant le contrôle de la santé de la population, le savoir expérientiel est souvent discrédité face à la vérité experte. C'est ce qui pourrait expliquer que les expert.es à l'INSPQ, dans mon corpus, tendent généralement à éviter les données autorapportées (savoir expérientiel), qui relèvent de la subjectivité, afin de privilégier celles qui se sont insérées dans un cadre scientifique (vérité experte) de récupération des données, associées à un caractère objectif. Dans un article concernant la détresse des travailleur.ses atteint.es de la Covid-19, les auteur.ices signalent par exemple un biais potentiel lié à la nature autorapportée des données, mais celui-ci est nuancé par l'utilisation de modèles théoriques valides scientifiquement pour les recueillir : « D'abord, les expositions et les manifestations sont autorapportées, mais les biais devraient être limités puisque les questions sont issues de modèles théoriques reconnus internationalement depuis de nombreuses années et utilisés dans des enquêtes nationales » (Pelletier *et al.*, 2021, p. 32).

L'auto-test, par l'entremise du test de dépistage par réaction en chaîne de la polymérase (test PCR), illustre également la prééminence accordée à la vérité scientifique sur le savoir expérientiel en matière de diagnostic de son propre corps. Le test PCR a commencé à être distribué à la population au moment où est apparu le variant Omicron du SRAS-CoV-2. Ce variant, à l'origine de l'une des plus importantes vagues de la Covid-19 dans le monde, a été si virulent qu'il « a entraîné rapidement un dépassement de la capacité des laboratoires à offrir des tests » (De Wals *et al.*, 2022, p. 2). En conséquence, les tests rapides de détection ont été distribués à la population, tel qu'on le lit dans une publication de l'INSPQ (De Wals *et al.*, 2022, p. 2). La responsabilité du dépistage a donc été transférée à la population, par l'usage individuel du test PCR. Véritable paradoxe, le test PCR est un outil biomédical issu de la vérité experte, mais dont l'utilisation relève d'un savoir expérientiel : comment le manœuvrer, interpréter le résultat et agir en fonction du celui-ci ? Les sociologues australien.nes, Alan Petersen et Kiran Pienaar mettent en exergue cette tension entre vérité biomédicale et savoir expérientiel au sein du test PCR : « on attribue aux citoyens la responsabilité de l'autogestion des risques, sans la certitude nécessaire à la mise en œuvre du

diagnostic<sup>49</sup> » (Petersen et Pienaar, 2024, p. 254-255). En effet, puisqu'il est, dans son essence, un objet biomédical, le savoir nécessaire à la lecture et à la confirmation du résultat devrait lui aussi être issu du savoir biomédical. En outre, les auteur.ices expliquent que plusieurs facteurs peuvent faire en sorte que le résultat du test PCR soit faussé : un défaut de l'appareil, une mauvaise utilisation de l'usager, les incertitudes liées au virus, ou encore l'auto-diagnostic par les symptômes avant même de se faire tester, ou la peur d'être stigmatisé et privé de certaines libertés, peuvent nuire au jugement de l'usager (Petersen et Pienaar, 2024, p. 245, 246, 252). Le test PCR met ainsi en évidence une tension dans le processus de diagnostic de soi : entre la vérité scientifique qui détient le pouvoir de dire vrai, et le savoir expérientiel qui ressent le corps, mais qui ne possède pas ce pouvoir. Comment, alors, dire vrai sur soi ? Comment prendre soin de soi, dans un contexte où la vérité sur notre propre corps ne nous appartient pas ? Petersen et Pienaar parlent d'une « bio-citoyenneté liminale<sup>50</sup> » afin de décrire ce.tte citoyen.ne qui se retrouve dans un état d'incertitude entre la responsabilité d'observer ses symptômes et de gérer son propre corps, que j'associe au savoir expérientiel, et la difficulté à s'autodiagnostiquer, résultant de l'absence de vérité scientifique, seule vérité permettant d'effectuer un diagnostic fiable.

## 5.2 « Prendre soin » de sa santé mentale

Le « prendre soin » de soi passe également par le prendre soin de sa santé mentale. Raison d'ailleurs pour laquelle j'emploie le « soi », plutôt que le « corps » dans le mémoire. Il est néanmoins nécessaire d'accorder une section entière à la santé mentale uniquement, car son gouvernement s'est avéré bien différent de celui du « corps biologique », dans le discours de l'INSPQ. Avant cela, je prendrai le temps de revenir sur la conceptualisation de la santé mentale dans le corpus de l'avant et du pendant.

Dans l'entièreté du corpus, il existe deux principales approches à la santé mentale. Dans la première, la santé mentale est conceptualisée comme l'absence de trouble de santé mentale. D'après Corey Keyes, sociologue américain, et Gerben J. Westerhof, chercheur néerlandais en

---

<sup>49</sup> « citizens are ascribed responsibility for self-managing risk without the diagnostic certitude required for its fulfilment. ». Petersen, Alan et Pienaar, Kiran. (2024). Competing realities, uncertain diagnoses of infectious disease: Mass self-testing for COVID-19 and liminal bio-citizenship. *Sociology of Health & Illness*, 46(S1), 242-260. Ma traduction.

<sup>50</sup> « liminal bio-citizenship ». Ibid. Ma traduction.

psychologie, la santé mentale a en effet longtemps été définie comme l'absence de troubles psychiques, comme l'anxiété ou la dépression (Westerhof et Keyes, 2010, p. 110). C'est ce qu'on retrouve dans certaines publications de l'avant crise et du pendant la crise : « Des concentrations élevées en THC sont associées à des risques accrus de problèmes de santé mentale notamment la survenue de psychose ou le développement d'un trouble de l'usage » (Chapados *et al.*, 2019, p. 5); « une détérioration de la santé mentale durant la pandémie expliquerait en partie les changements alimentaires observés » (Bergeron et Durette, 2021, p. 10). Dans ces exemples, la santé mentale est abordée à partir de problèmes plus larges, qui ont des effets sur elle, et dont la solution passe par l'absence de trouble, plutôt que par l'ajout ou la présence d'un bien-être, point d'appui de la seconde approche.

La deuxième conception de la santé mentale se fonde sur la définition qu'en fait l'OMS depuis 2004 :

La santé mentale correspond à un état de bien-être mental qui nous permet d'affronter les sources de stress de la vie, de réaliser notre potentiel, de bien apprendre et de bien travailler, et de contribuer à la vie de la communauté (OMS, 2022).

À partir de la publication de cette définition, la santé mentale cesse d'être associée à la maladie mentale et devient un état de bien-être. La rhétorique de la « promotion » est alors mobilisée : il ne s'agit plus seulement de prévenir la détérioration de la santé mentale, mais de favoriser son développement, et la hisser comme un objectif à atteindre. Cette seconde approche introduit une distinction fondamentale entre deux logiques : d'un côté, le « retrait » de facteurs nuisibles afin de prévenir un trouble, de l'autre, « l'ajout » d'éléments favorables pour améliorer le bien-être mental. C'est précisément cette opposition qui marque la différence entre la première et la deuxième approche. L'idée d'un « ajout » d'une intervention en santé mentale afin d'améliorer le bien-être populationnel est perceptible dans cette citation de l'INSPQ :

il semble encore plus important d'intégrer une approche populationnelle à la santé mentale et au mieux-être mental dans le cadre des interventions courantes en santé, et d'investir pour renforcer les capacités de la main-d'œuvre et des organisations en matière de promotion de la santé mentale et du mieux-être mental des populations (Mantoura, 2022, p. 5)

Les différentes temporalités (avant, pendant) ne sont d'ailleurs pas à l'origine du changement d'approches. Dans l'avant, l'approche de la santé mentale positive était déjà bien établie : « La santé mentale est ainsi décrite en termes positifs plutôt qu'en fonction de la présence ou de l'absence d'un trouble mental » (Roberge et Déplanche, 2017, p. 11). L'opposition des deux approches se retrouve davantage dans la manière dont est utilisé l'enjeu de la santé mentale. En effet, lorsque la santé mentale est employée dans le cadre d'un enjeu de santé : suicide, cannabis, qualité du sommeil, c'est l'approche des troubles qui est mobilisée. La santé mentale est alors problématique et il s'agit de retirer les facteurs de risque qui la détériore. Toutefois, lorsque la santé mentale n'est pas greffée à d'autres enjeux de santé, elle se rapporte à la deuxième conception : la promouvoir afin d'augmenter le bien-être de la population. En somme, la santé mentale, lorsqu'elle est connectée à d'autres enjeux de santé, apparaît plutôt comme un facteur additionnel de risque au problème originel : l'apparition de troubles de santé mentale est un risque supplémentaire qui augmente le besoin de préoccupation en matière de santé publique.

### 5.2.1 Distinction des recommandations entre santé mentale et santé biologique

La gouvernance de la santé mentale et de la santé biologique a été différente pendant la crise de la Covid-19, dans le discours de l'INSPQ. C'est pour cette raison que dans cette section j'oppose les deux. La santé biologique, étant étroitement associée à la mortalité et à la viralité du virus, car le corps biologique étant le seul hôte possible, a subi une gouvernance assez exceptionnelle qui était documentée dans le chapitre précédent. La santé mentale, envisagée comme un état, pourtant fortement menacée pendant la pandémie, surtout chez les populations vulnérables (Horney, 2023, p. 2), sans qu'elle ait été écartée, a été l'objet de conduites bien moins contraignantes.

On observe dans le corpus que les auteur.ices à l'INSPQ se retrouvent dans une situation difficile : comment protéger la santé physique et la santé mentale de la population, alors que les mesures proposées pour ce faire sont antagonistes ? En effet, les mesures, comme le confinement, la distanciation sociale, ou encore la limitation du nombre de contacts, ont pour objectif la santé physique de la population, mais peuvent avoir des effets nuisibles sur la santé mentale :

Ces mesures ont entraîné des perturbations sur la vie quotidienne et elles sont susceptibles d'avoir un impact sur la santé et le bien-être, en particulier pour les populations vulnérables, défavorisées ou qui

vivent dans des milieux urbains où l'espace public est plus limité (Comité en promotion et prévention, 2020b, p. 3).

À l'opposé, les lieux qui sont l'objet de ces mesures sont souvent considérés comme « pouvant favoriser la santé et le bien-être de la population » (Comité en promotion et prévention, 2020b, p. 3). Les mesures sanitaires ont néanmoins été priorisées face à ces lieux. Le soutien de la santé mentale, dans le discours de l'INSPQ, passe ainsi plutôt par la reconnaissance du problème et par des solutions subsidiaires :

L'isolement et les répercussions économiques associées à la pandémie provoquent des bouleversements certains sur la santé mentale des personnes [...] les messages [de santé publique] devraient permettre de reconnaître les conséquences psychosociales de la pandémie et l'existence des services de soutien et d'assistance offerts. Cette reconnaissance peut se faire, par exemple, en rappelant qu'il est normal de ressentir de la tristesse, du désarroi, de l'inquiétude, de la peur ou de la colère, et en guidant les personnes vers les ressources appropriées, incluant les ressources communautaires (Bergeron *et al.*, 2020b, p. 7).

Mise à part la reconnaissance du problème, l'importance accordée à la solution de l'enjeu de la santé mentale semble en effet beaucoup moins marquée vis-à-vis celui du corps biologique. Dans mon corpus « Covid-19, pendant », près de l'entièreté des articles proposent des recommandations qui visent la protection de la santé biologique : recommandation du port du masque (Perron *et al.*, 2022a), l'utilisation de barrières physiques à l'intérieur des voitures (Maurice, 2020), recommander la vaccination complète en milieu de travail rapproché (Groupe de travail SAT-COVID-19, 2022a), et encore plus. Cependant, en matière de santé mentale, les recommandations sont différentes : il arrive que les expert.es ne recommandent rien dans l'immédiat, afin de laisser place à une réflexion plus approfondie sur les options possibles. Cette posture se reflète, par exemple, dans l'affirmation suivant : « Toutefois, la charge de travail demeure un enjeu de taille, complexe à évaluer et à modifier, pour lequel des réflexions en profondeur du système de la santé et son organisation seront probablement nécessaires » (Pelletier *et al.*, 2021, p. 33). Cette patience ne représente pas la gouvernance de la santé biologique telle qu'elle était adressée dans le chapitre précédent.

À d'autres occasions, les individus eux-mêmes sont encouragés à être à l'origine de leur propre bien-être : « utiliser l'autonomisation, l'amélioration des compétences et les processus participatifs pour planifier, mettre en œuvre et évaluer les interventions en matière de PSMEMP [promotion de la santé mentale et du mieux-être mental des populations] »; « Mobiliser des approches axées sur le développement des communautés pour renforcer la responsabilité et les capacités en matière

de PSMEMP »; « Le renforcement de ces capacités de la santé publique viserait à permettre aux populations concernées de faire elles-mêmes la promotion de la santé » (Mantoura, 2022, p. 27-28).

On pourrait certes argumenter en faveur d'une moins grande importance accordée à la santé mentale en période de crise, mais la différence de la gouvernance se situe davantage au niveau de la forme des conduites recommandées. Autrement dit, la santé mentale demeure un enjeu central, mais, étant perçue comme moins immédiatement à risque que la santé biologique, elle fait l'objet de mesures de santé publique moins contraignantes, qui sont plus orientées vers l'agentivité et la responsabilisation individuelle. Bref, dans le discours de l'INSPQ, pendant la crise, il y a une séparation qui s'est opérée entre la santé biologique et la santé mentale au niveau de la gouvernance. Dans le cas de la santé biologique, pendant la crise, on contraignait les corps à adopter certaines conduites, tandis que, dans le cas de la santé mentale, on autonomisait les individus à s'en sortir.

### 5.2.2 Responsabilisation et santé mentale

Nous avons vu, vers la fin du chapitre précédent, qu'en matière de santé biologique, l'autonomie individuelle avait été quelque peu reconceptualisée. Elle était valorisée dans le discours de l'INSPQ, sauf quand elle allait à l'encontre des mesures sanitaires. Dans le cas du passeport vaccinal, par exemple, la vaccination était favorisée à l'autonomie individuelle, à des fins de prioriser la santé collective. Les citoyen.nes avaient donc perdu une partie de leur autonomie face à la responsabilité collective de sauver la population. Dans cette mesure, la responsabilisation et l'autonomisation individuelle, que j'abordais dans le premier chapitre, avaient été écartées. Cependant, à l'échelle de la santé mentale, la conclusion est toute autre. Dans le discours de l'INSPQ, les citoyen.nes sont invité.es à prendre des mesures adéquates afin d'assurer leur propre santé mentale.

Dans mon corpus, les gouvernances de la santé biologique et de la santé mentale se rapportent à une échelle de grandeur ou à une entité. Pendant la crise, la santé biologique est intrinsèquement associée aux autres, à la population :

il s'avère essentiel que les organisations concernées mettent en place un ensemble de mesures préventives et de contrôle de la COVID-19 favorisant la sécurité des utilisateurs et le maintien de leur intérêt pour ce mode de déplacement. (Bolduc *et al.*, 2021, p. 2).

La santé biologique appelle à des mesures normatives et collectives de contrôle, imposées par des institutions afin de protéger le corps populationnel dans son ensemble. La santé biologique devient donc un devoir populationnel, auquel les individus sont amenés à défendre, par le port du masque, par exemple. Le rapport à la santé mentale est quant à lui attribué à soi, ou à une communauté unie, qui repose sur la participation active, volontaire et sur l'autogestion. Cela est perceptible dans l'article « COVID-19 : la résilience et la cohésion sociale des communautés pour favoriser la santé mentale et le bien-être » :

Susciter la participation, l'engagement citoyen et communautaire : favoriser la participation citoyenne dans le processus de déconfinement; impliquer les communautés qui cumulent des facteurs de vulnérabilités dans la recherche de solutions non stigmatisantes et appropriées à leur situation; partager et mettre en valeur les initiatives citoyennes ainsi que celles des groupes communautaires (Comité en promotion et prévention, 2020a, p. 2)

On retrouve également cette idée d'une santé mentale individualisée et active dans un article rédigé par des chercheuses québécoises en anthropologie et en médecine :

En ces temps incertains, au lieu de mettre en place des actions collectives pour la santé mentale, le gouvernement mise sur les efforts individuels : on encourage les individus à « chercher de l'aide », s'ils en sentent le besoin, ou de « ne pas rester isolés » (Lajeunesse *et al.*, 2022, p. 6)

Lorsqu'on conduit le « prendre soin » de sa santé biologique, la gouvernance est extériorisée à l'échelle de la population, tandis que, lorsqu'on conduit le « prendre soin » de sa santé mentale, la gouvernance est individualisée à des personnes ou à une communauté.

Je fais également le constat d'une certaine individualisation et responsabilisation de la santé mentale à travers l'analyse du matériau dans le discours de l'INSPQ. Comme il en a été question plus tôt dans le chapitre, les données autorapportées issues de la santé biologique sont associées à un savoir subjectif, jugé non-expert, et sont généralement, pour cette raison, autant que mon corpus me permet de l'affirmer, écartées de l'analyse. Cependant, en matière de santé mentale, le savoir expérientiel, également associé à un savoir subjectif, est accueilli et légitimé. Dans l'étude « Covid-19 : Pandémie et travail en 2021 », les chercheur.es ont transmis des sondages à des milliers d'individus portant sur leurs comportements et leurs sentiments quant à leur travail. Iels ont alors

considéré leur savoir en matière de risques psychosociaux : « sentiment d'être isolé et la perte de l'esprit d'équipe » et le sentiment que « leur charge de travail avait augmenté » (Dionne *et al.*, 2022, p. 10-11). Dans une autre étude, iels demandaient aux participant.es une auto-évaluation des risques psychosociaux concernant, par exemple, leur « niveau d'exigence psychologique », leur « niveau de reconnaissance », leur « conciliation travail et vie personnelle », et bien plus (Pelletier *et al.*, 2021, p. 22). Ces exemples illustrent la place centrale accordée au savoir expérientiel en matière de santé mentale, à l'opposé du traitement accordé à ces mêmes données lorsqu'il est question de santé biologique. Puisque les expert.es valorisent les données subjectives dans les publications sur la santé mentale, un glissement s'effectue dans lequel la santé mentale est individualisée : elle est de la responsabilité des individus. Ce déplacement vers le savoir expérientiel participe à une logique où la santé mentale devient avant tout une affaire personnelle, dépendant de la capacité de chacun à reconnaître ses émotions, à demander de l'aide, ou à adopter les bons comportements. Dans ce cadre, la gouvernance de la santé mentale s'aligne sur une éthique de la responsabilité individuelle.

Pour conclure, la santé mentale a été perçue différemment dans le discours de l'INSPQ. Lorsqu'elle était associée à un enjeu de santé, elle était définie par l'absence de trouble. Toutefois, dans d'autres études en promotion de la santé mentale, elle était associée à une perspective plus positive qui s'ancre dans la définition qu'en a faite l'OMS en 2004. Une fois la santé mentale définie, nous avons vu qu'une séparation s'était opérée entre la santé biologique et la santé mentale pendant la crise de la Covid-19. La gouvernance de ces deux thématiques était en effet bien distincte. La santé mentale, au lieu d'être l'objet de mesures sanitaires coercitives et populationnelles, a été autonomisée à l'individu. Moins un devoir populationnel, comme dans le cas de la santé biologique, la santé mentale s'est maintenue comme un devoir individuel. L'individu est alors devenu un agent de son propre changement en matière de santé mentale, détenteur de vérité quant à son esprit, sans que ce soit le cas pour son corps. Le « prendre soin » de soi écope alors d'une définition contraire lorsqu'il porte sur la santé mentale ou la santé physique.

Des recommandations se rapportant à l'autonomie des individus, comme dans le cas de la santé mentale, n'ont pas été aussi nombreuses dans le discours de l'INSPQ pendant la Covid-19 en matière de santé biologique. L'une des pistes d'explication se trouve dans une nouvelle conception de l'individu en temps de crise. Peu de conduites se basant sur l'autonomie de l'individu sont en

effet recommandées, car celui-ci est devenu intimement dangereux pour lui-même et pour les autres. L'individu était en tout temps suspect de détenir ou de transmettre le virus. Des degrés de dangerosité se sont d'ailleurs introduits dans le discours, rendant les étrangères ou les « conspirationnistes » encore plus vitalement dangereux pour la population.

### 5.3 Une nouvelle normalité

La vie en elle-même, lors de la crise sanitaire de la Covid-19, s'est redécouverte dans toute sa précarité. L'impuissance de nos corps à combattre le virus et parfois même à en dépérir a forcé les autorités sanitaires à transformer notre quotidien. Un « nouveau normal<sup>51</sup> » (Petersen et Pienaar, 2024, p. 255) s'est alors imposé. Ce nouveau normal est composé d'une éthique sanitaire rigoureuse dans laquelle la conception du corps s'est modifiée. L'attention portée à son propre corps doit être plus rigoureuse, son « prendre soin » de soi aussi, ultimement à des fins de sauver la population de la Covid-19. Un portrait d'une nouvelle « normalité » se trace alors rapidement. Inexorablement, la marge se déplace aussi. Cela fait en sorte de créer de nouveaux « marginaux », ou de nouveau « déviants » sur la scène politique et sanitaire nationale.

La gouvernance du « prendre soin » de soi dans le discours de l'INSPQ repose en partie sur un outil essentiel que j'ai encore peu abordé, soit la norme sociale. Howard S. Becker, célèbre sociologue américain connu pour ses travaux sur la norme et la déviance, entre autres, indique que les « normes sociales définissent des situations et les modes de comportement appropriés à celles-ci : certaines actions sont prescrites (ce qui est « bien »), d'autres sont interdites (ce qui est « mal ») » (Becker, 2020, p. 25). La norme sociale indique donc ce qui est normal et ce qui ne l'est pas, et conduit les individus à adopter des comportements associés à ce qui est construit comme « normal ». Les sociologues Didier Fassin et Dominique Memmi expliquent d'ailleurs que les « technologies de gouvernement » mobilisent des « jeux de normalisation douce » à des fins de « transformation des représentations et des comportements » liées au corps (Fassin et Memmi, 2004, p. 10). Dans le corpus, la norme sociale est associée à un moyen de conduire les conduites : « Le respect des recommandations émises par les instances de santé publique peut être soutenu par

---

<sup>51</sup> « new normal ». Petersen, Alan et Pienaar, Kiran. (2024). Competing realities, uncertain diagnoses of infectious disease: Mass self-testing for COVID-19 and liminal bio-citizenship. *Sociology of Health & Illness*, 46(S1), 242-260. Ma traduction.

une communication qui met en valeur des normes sociales favorables à la santé » (Bergeron *et al.*, 2020b, p. 9). Les expert.es en santé publique à l'INSPQ s'appuient sur la pression sociale qui découle des normes sociales afin d'orienter la population vers des conduites désirées :

dans le contexte de la pandémie de COVID-19, le fait de percevoir que les autres partagent les mêmes valeurs que soi (p. ex. la responsabilité, la sécurité et l'entraide) est susceptible de susciter un sentiment d'interdépendance qui peut être crucial pour favoriser l'engagement dans des efforts collectifs prolongés (Bergeron *et al.*, 2020b, p. 9).

D'anciennes normes sociales se sont réactualisées et de nouvelles sont apparues. Ça a été le cas, par exemple, du lavage des mains. L'hygiène des mains a toujours été mobilisée comme un moyen efficace à la prévention de la transmission de germes indésirables et des infections. Cependant, en période de crise, cette conduite s'est largement réactualisée dans le discours de l'INSPQ. En effet, plus qu'avant la crise, l'hygiène des mains est devenue l'une des principales conduites recommandées dans l'ensemble des articles scientifiques : des campagnes de vaccination, aux conversations en ligne dans la population, jusqu'à l'utilisation des climatiseurs lors des vagues de chaleur (Comité sur l'immunisation du Québec, 2021b ; Gagnon *et al.*, 2023 ; Potvin et Leclerc, 2021). Sur les trente-sept articles du corpus du « pendant », une vingtaine recommandent le lavage des mains. La recommandation des solutions hydroalcooliques (Comité sur les mesures populationnelles, 2020, p. 4) a également fait réintégrer dans le paysage sanitaire une nouvelle manière « normale » de se laver les mains. Dans d'autres situations, ce sont des comportements, anciennement tolérés, qui font désormais l'objet d'une interdiction, ou encore de déviance. Des expert.es dans mon corpus ont, par exemple, recommandé l'interdiction du flânage dans le hall d'entrée des installations de baignade publique (Huppé et Huot, 2021b, p. 8). Ainsi, non seulement le contrôle sanitaire s'est réactualisé pendant la crise, mais, en plus, il s'est construit sous la forme de normes sociales qui ont imprégné le corps et la manière de « prendre soin » de soi.

### 5.3.1 Corps suspecté, corps dangereux ?

L'une des particularités de la Covid-19 réside dans sa capacité à se transmettre rapidement, et ce, sans provoquer de symptômes apparents (asymptomatique). Le rejet des données subjectives autorapportées, tel qu'observé dans mon corpus, pourrait d'ailleurs y être étroitement lié. Un individu peut, en effet, être porteur du virus et être contagieux, sans le savoir : « toute personne peut être infectée par la COVID-19, et ce, même sans le savoir » (Comité sur les mesures

populationnelles, 2020, p. 2). La normalisation de l'infection à la Covid-19, dont on ne peut parfois pas en sentir les symptômes, a fait en sorte de rendre l'individu, et plus précisément le corps, suspect et dangereux pour soi et pour les autres.

Dans l'avant-crise, les enjeux de santé étaient en majeure partie évalués par la proportion de la population qui en était activement à risque : « près de 1,4 million de Québécois âgés de 18 ans et plus affirmaient faire usage de tabac en 2013-14, ce qui représente environ 22 % de la population adulte du Québec » (Bergeron et Tremblay, 2018, p. 3). Les auteur.ices se fondaient alors sur ce chiffre afin de proposer des mesures sanitaires à la hauteur des risques identifiés. Les mesures statistiques proportionnelles sont également beaucoup utilisées en temps de crise pour évaluer la transmission de la Covid-19. Pourtant, à travers les conduites que les auteur.ices de l'INSPQ recommandent, se dégage un certain risque populationnel : tout le monde est possiblement dangereux. Il ne s'agit plus de modifier l'environnement pour réduire les comportements à risque, comme c'était le cas pour le tabagisme avant la crise, mais d'imposer à l'ensemble de la population des mesures sanitaires strictes, instaurant une nouvelle normalité sanitaire. Cette normalité est, entre autres, le fruit des multiples incertitudes liées à la Covid-19, dont sa forme asymptomatique. Tous.tes les citoyen.nes deviennent ainsi suspect.es d'être porteur.ses du virus. Les expert.es parlent d'ailleurs désormais de « cas suspecté » (Groupe de travail SAT-COVID-19, 2022a, p. 7). C'est à cet égard que la philosophe française Barbara Stiegler explique que, pendant la pandémie, « chaque individu est suspect (d'être malade) » (Stiegler, 2021, p. 10).

António Guterres, le secrétaire général des Nations Unies pendant la pandémie, déclarait en mars 2020 que « notre monde fait face à un ennemi commun. Nous sommes en guerre avec un virus » (ONU Info, 2020). À la lumière des mesures sanitaires recommandées, il demeure cependant essentiel de s'interroger : le véritable ennemi est-il le virus, ou bien le corps lui-même ? Le criminologue anglais, Lambros Fatsis, et la philosophe anglaise, Melayna Lamb, prouvent d'ailleurs qu'au Royaume-Uni, les autorités sanitaires « ont traité la population comme si elle était le virus<sup>52</sup> » (Fatsis et Lamb, 2022, p. 1). Trop fragile et précaire face à la viralité et à la dangerosité du virus, le corps est assujéti à des mesures sanitaires : confiné, distancé, masqué, mis en

---

<sup>52</sup> « treated the public as the virus ». Fatsis, Lambros et Lamb, Melayna. (2022). Introduction. Dans *Policing the pandemic : How public health becomes public order* (p. 1-8). Bristol University Press. Ma traduction.

quarantaine, vacciné, et plus encore. Force est de constater que, pendant la crise, le corps est l'hôte et le transmetteur de « l'ennemi commun ». Tous les corps doivent être protégés des corps dangereux. À l'ère où la suspicion règne, tout le monde devient ainsi un potentiel danger. Suspectés, les corps discréditables peuvent, en cas de positivité au virus, se révéler discrédités.

### 5.3.2 Corps malade, corps stigmatisé ?

Erving Goffman, sociologue américain reconnu, entre autres, pour son travail sur le stigmat, le définit comme « un attribut qui jette un discrédit profond » (Goffman, 1975, p. 13). Le stigmat, étant essentiellement relationnel, est une marque, connue des autres, les « normaux.les », qui stigmatise sa.on porteur.se et qui le.la rend donc « différent des autres membres de la catégorie des personnes qui lui est ouverte [...] qui à l'extrême fait de lui quelqu'un d'intégralement mauvais, ou dangereux, ou sans caractère » (Goffman, 1975, p. 12). Intimement associés au concept de norme sociale, les individus stigmatisés sont essentiellement « déviants » et peuvent faire l'objet d'une exclusion. Les chercheurs français Patrick Peretti-Watel et Jean-Paul Moatti notent que l'évocation d'enjeux de santé publique par les autorités sanitaires peut parfois contribuer à la stigmatisation des individus concernés (Peretti-Watel et Moatti, 2009, p. 35). Les auteur.ices à l'INSPQ le reconnaissent également :

Le passeport immunitaire pourrait également mettre en cause la valeur d'équité à différents égards, tout d'abord en causant des situations de stigmatisation ou encore de discrimination envers les personnes qui n'en possèdent pas, créant ainsi des catégories de personnes au statut différent (Comité d'éthique de santé publique, 2021, p. 6).

Dans plusieurs articles pendant la crise, les recommandations frôlaient l'enjeu du stigmat et de l'exclusion. Cela a été le cas, entre autres, du retour au travail des travailleur.ses essentiel.les : les groupes de travailleur.ses étaient catégorisés et priorisés en fonction de leur statut vaccinal et de la possible présence du virus dans leur organisme (Perron *et al.*, 2022b, p. 5). Pendant la crise dans le discours de l'INSPQ, la condition corporelle a été centrale dans les mécanismes de catégorisation sociale. Le corps, plutôt que l'individu dans toute sa complexité, apparaissait comme principal vecteur de risque sur lequel s'orientaient les mesures sanitaires. La capacité d'une personne à participer à la vie collective, notamment à travailler sur le lieu de travail, ne relevait plus uniquement de sa volonté et de son sens des responsabilités, mais de l'évaluation biomédicale de son corps : statut vaccinal, résultat de dépistage, exposition à un cas contact, présence ou absence

de symptômes, etc. Dans une publication, les auteur.ices recommandaient, par exemple, l'établissement d'étapes de priorisation du retour des travailleur.ses en isolement. La citation qui suit présente les facteurs à considérer pour l'étape 1a :

retour après 5 jours d'isolement complétés (jour 6 après le dernier contact avec le cas), avec un résultat négatif de test de dépistage la journée du retour, des travailleurs ayant reçu 3 doses de vaccin depuis au moins 7 jours ou ceux ayant fait la COVID-19 depuis le 20 décembre 2021 (Perron *et al.*, 2022b, p. 3).

Le corps devenait ainsi un outil de pouvoir, dont les caractéristiques déterminaient l'accès à certains espaces. Dans ce contexte, le corps malade, ou suspecté d'être malade, est devenu un attribut pouvant jeter un discrédit sur la personne malade : l'empêcher de retourner au travail ou d'accéder à certaines activités, par exemple. Dans une publication, les expert.es recommandaient à cet égard que les navires de croisière disposent de « moyens d'isoler, de manière adéquate, les personnes infectées à bord ou de se doter de plans d'évacuation de ces personnes en concertation avec les autorités locales concernées » (Bolduc *et al.*, 2021, p. 10). Les sociologues australien.nes Alan Petersen et Kiran Pienaar expliquent effectivement que les individus avec certains traits biologiques (un corps malade ou suspecté d'être malade dans mon cas) pouvaient être « stigmatisés et/ou exclus de certains droits [de citoyenneté] et/ou sujets d'une surveillance accrue<sup>53</sup> » pendant la crise (Petersen et Pienaar, 2024, p. 246).

La recommandation de l'exclusion des individus suspectés ou confirmés d'être atteints de la Covid-19 était d'ailleurs chose courante pendant la crise : « Les contacts de cas qui présentent un risque élevé et modéré doivent s'isoler à domicile pour 14 jours après la dernière exposition » (Caron *et al.*, 2020, p. 4); « S'assurer que le travailleur prenne ses repas et ses pauses seul dans une pièce fermée et bien ventilée ou isolée des autres travailleurs » (Perron *et al.*, 2022b, p. 4). Par l'exclusion des malades, suspectés ou confirmés, les mesures de santé publique exerçaient une séparation biologique des « normaux » et des malades, pouvant être qualifiés de *bio-others*. Ces derniers étaient exclus de la norme en fonction de leur condition biologique. Pour penser cette dynamique, j'emprunte, avec précaution, le concept de *bio-others* à Jennifer C. H. Sebring, chercheuse en santé communautaire. L'autrice l'utilise pour désigner « ceux qui sont construits comme inférieurs (ou

---

<sup>53</sup> « stigmatised and/ or excluded from certain citizenship rights and/or subject to increased surveillance ». Petersen, Alan et Pienaar, Kiran. (2024). Competing realities, uncertain diagnoses of infectious disease: Mass self-testing for COVID-19 and liminal bio-citizenship. *Sociology of Health & Illness*, 46(S1), 242-260. Ma traduction.

complètement effacés) par le discours scientifique et médical<sup>54</sup> » dans le contexte des dynamiques entre personnel soignant et communauté trans (Sebring, 2021, p. 1953). Dans mon étude, les *bio-others* ne sont ni inférieurs ni effacés du discours scientifique et médical. Toutefois, ils sont temporairement exclus de la sphère publique, leur condition corporelle justifiant cette exclusion, au nom de la santé de la population.

Dans les prochaines parties, j’aborderai le cas de trois groupes précis qui sont administrés selon des logiques de gestion spécifiques fondées sur leur appartenance sociale. Dans cette mesure, cette gestion différenciée est associée à un processus de stigmatisation. En effet, sur la base de leur appartenance sociale (stigmat), ils sont implicitement construits dans le discours de l’INSPQ comme étant « dangereux » (Goffman, 1975, p. 12), que ce soit pour eux-mêmes, ou pour l’ensemble de la population. Il est néanmoins nécessaire de rappeler que les expert.es à l’INSPQ reconnaissent l’enjeu du stigmat et favorisent des mesures qui ne le reproduisent pas : « Favoriser un climat d’ouverture non stigmatisant où les jeunes peuvent exprimer leurs craintes, leurs questionnements et leurs besoins » (Gamache *et al.*, 2021, p. 8);

la valeur de non-malfaisance exige de prendre en compte les conséquences potentiellement négatives de la promotion de certaines normes sociales. [...] plutôt que de promouvoir la dénonciation, on suggère d’opter pour un message positif et encourageant, qui s’assure d’être le plus inclusif possible (Bergeron *et al.*, 2020b, p. 9).

### 5.3.3 Exclusion et *bio-others* : trois groupes stigmatisés pendant la crise

#### 5.3.3.1 Les « conspirationnistes »

Je l’ai rapidement abordé dans le premier chapitre : puisque la gouvernance (pouvoir de gouverner) ne peut s’appuyer que sur des individus libres, la conduite des conduites implique toujours la possibilité de résistance (Foucault, 2001, p. 1044,1056). Tel que Frédéric Gros l’explique, le gouvernement des uns sur les autres se réalise « avec l’aide de savoirs » (Gros, 2017, p. 84). Ce faisant, on gouverne, et on résiste à la gouvernance, par des formes de savoir : « des formes données de subjectivité, ou des savoirs déterminés, pourront jouer comme résistances à certaines procédures de gouvernementalité » (Gros, 2017, p. 84). D’après la sociologue Srila Roy, la notion de contre-

---

<sup>54</sup> « to refer to those who are constructed as inferior (or completely erased) through scientific and medical discourse ». Sebring, Jennifer C. H. (2021). Towards a sociological understanding of medical gaslighting in western health care. *Sociology of Health & Illness*, 43(9), 1951-1964. Ma traduction.

conduite, développée par Michel Foucault, est intimement liée aux concepts de « souci de soi » et de « techniques de soi » : « la contre-conduite agit comme un pont entre les dimensions politiques (collectives) et éthiques (individuelles) de la résistance<sup>55</sup> » (Roy, 2023, p. 356-357). Bref, la contre-conduite et la résistance à la gouvernance sont des conduites qui s'inscrivent dans le « prendre soin » de soi et qui se fondent sur des formes de savoir.

La résistance aux mesures sanitaires, discursive et comportementale, est au cœur du processus de stigmatisation du groupe auquel sont associées les théories « conspirationnistes ». Discursive, car ce groupe s'appuie sur de fausses informations, et comportementale, étant donné le refus de respecter certaines règles de santé publique, tel qu'on peut le lire dans une publication de l'INSPQ : « De fait, la confusion semée par la désinformation et les théories conspirationnistes entrave la confiance du public envers les institutions, nuit à l'adoption de comportements sanitaires adéquats » (Comité en promotion et prévention, 2020a, p. 10). Dans un autre article, les chercheur.ses faisaient l'inventaire des conséquences de la désinformation sur les réseaux sociaux : « Parmi les internautes ayant commenté cette publication, certains affirmaient que les risques de la vaccination étaient trop importants comparativement aux bénéfices et d'autres qualifiaient même le vaccin d'« expérimental ». » (Gagnon *et al.*, 2023, p. 3). Ces exemples illustrent une résistance au savoir biomédical qui s'appuie sur une autre forme de rationalité. Celle-ci n'est d'ailleurs pas valide scientifiquement, mais repose sur une « cohérence interne » et « fait sens » dans la communauté qui la partage (Morin *et al.*, 2024, p. 20). Pour cette raison, les théories conspirationnistes ne sont pas des opinions sans fondement, mais plutôt un système de sens structurant, qui propose une lecture du réel en opposition aux savoirs institutionnalisés.

Gabriela Capurro et ses collègues, chercheuses canadiennes en sciences de la santé, empruntent à un journaliste canadien l'idée d'un « devoir civique<sup>56</sup> » que représenterait le respect des directives de santé publique pendant la pandémie, comme la distanciation sociale, le port du masque, la

---

<sup>55</sup> « counter-conduct acts as a bridge between the political (collective) and ethical (individual) dimensions of resistance » Roy, Srila. (2023). Feminist politics and neoliberal governmentality: from co-option to counter-conduct. Dans William Walters et Martina Tazzioli (dir.), *Handbook on Governmentality* (p. 353-368). Edward Elgar Publishing. Ma traduction.

<sup>56</sup> « civic duty ». Capurro, Gabriela, Jardine, Cynthia G., Tustin, Jordan et Driedger, Michelle. (2022). Moral panic about “covidots” in Canadian newspaper coverage of COVID-19. *PLoS ONE*, 17(1), 1-15. Ma traduction.

vaccination, etc. (Capurro *et al.*, 2022, p. 5). Pour Milica Stilinovic et ses collègues, chercheur.ses australien.nes dans le domaine des médias, cell.eux qui bafouent ce devoir civique « sont considérés comme des menaces à la santé publique et à l'ordre moral lui-même<sup>57</sup> » (Stilinovic *et al.*, 2024, p. 37). En somme, puisque la résistance exercée par les « conspirationnistes » s'oppose au « devoir civique » et qu'ils représentent donc une menace à l'ordre sanitaire, leur statut et leur lecture du réel sont disqualifiés de l'espace public, dans le discours de l'INSPQ.

Reproduite dans les médias, cette méfiance à l'égard des théories conspirationnistes se mue en une méfiance à l'égard d'un groupe de personnes : « Le deux tiers des non-vaccinées adhèrent à une certaine vision complotiste, selon une étude » (Radio-Canada, 2022); « une personne sur cinq adhère à des thèses complotistes » (Péloquin, 2020), etc. À l'INSPQ, il arrive que des groupes soient associés à ces idées : « des communautés dites “anti-science” ou “anti-vaccins” » (Gagnon *et al.*, 2022, p. 24). En reprenant les idées d'Erving Goffman, cette méfiance peut être associée à une certaine stigmatisation qui a trait aux « tares du caractère » qui « prennent l'aspect d'un manque de volonté, de passions irrépressibles, ou antinaturelles, de croyances égarées et rigides, de malhonnêteté » (Goffman, 1975, p. 14). Ainsi, sur le fondement de « croyances égarées et rigides », les expert.es à l'INSPQ, tout comme la sphère publique, identifient un groupe (« non-vaccinés », « anti-science »), tout en les considérant comme « dangereux » (Goffman, 1975, p. 12) (« les théories conspirationnistes entravent la confiance du public envers les institutions ») (Comité en promotion et prévention, 2020a, p. 10) envers la population. En somme, à travers la disqualification d'un groupe, associé aux thèses conspirationnistes, se cristallise une forme de stigmatisme qui justifie l'exclusion sociale et symbolique de ce groupe.

### 5.3.3.2 Les étranger.ères

Replié sous ses propres frontières pendant la crise, le Québec, comme plusieurs autres pays occidentaux, a érigé une défense stricte face à ce qui venait de l'extérieur. La menace posée par la Covid-19, dépassant les frontières, a, dans certains cas « encouragé des valeurs associées au

---

<sup>57</sup> « Those who flout these rules are cast as threats to public health and the moral order itself. ». Stilinovic, Milica, Swaleh, Zain et Lumby, Catharine. (2024). The 'crazies' are panicking. Dans Morena Tartari, Cosimo Marco Scarcelli et Cyrus Rinaldi, *Folk Devils and Moral Panics in the COVID-19 Pandemic* (1<sup>re</sup> éd., p. 32-47). Routledge. Ma traduction.

nationalisme et à la xénophobie par des politiciens populistes qui blâmaient les “autres”<sup>58</sup> » (Gugushvili et Mckee, 2022, p. 17) Les sociologues Alexi Gugushvili et Martin Mckee nomment, par exemple, l’usage du terme « virus chinois » par Trump, qui a eu des effets violents sur les communautés d’Asie de l’Est aux États-Unis (Gugushvili et Mckee, 2022, p. 17). En effet, la transmission mondiale du virus, d’après des chercheuses canadiennes en santé, représentait non seulement un risque majeur en termes de santé publique, mais participait également à la construction des « autres », les étranger.ères, comme étant intrinsèquement risqués (Bombak *et al.*, 2023, p. 501). Dans cette mesure, les étranger.ères, sur la base de leur appartenance sociale à un groupe, ont été stigmatisés comme une population dangereuse pour le bien-être de tous.tes. C’est ce qu’affirme le sociologue anglais Carlo Caduff : pendant la pandémie, « les gens sont encouragés à habiter le monde avec la peur des “corps étrangers” et des “ennemis invisibles”<sup>59</sup> » (Caduff, 2020, p. 478).

Dans le discours de l’INSPQ, la stigmatisation des étranger.ères s’est manifestée par la rigueur des mesures sanitaires à leur égard. Dans le cas des travailleur.ses étranger.ères temporaires exempté.es de la quarantaine fédérale (TETEQ), une surveillance rigoureuse de leurs faits et gestes était recommandée. Un degré assez élevé de surveillance devait être mis en place par les entreprises qui recevaient ces travailleur.ses étranger.ères. Les expert.es à l’INSPQ recommandaient, par exemple, « de dresser une liste des TETEQ [que l’entreprise] accueillera et de la transmettre aux autorités sanitaires » (Groupe de travail SAT-COVID-19, 2020, p. 2). Ou encore, d’engager une personne qui aura la charge de surveiller ces individus :

Celle-ci aura la responsabilité de coordonner les déplacements, de s’assurer que les besoins de base sont comblés, du respect des consignes de distanciation, d’hygiène, de l’accessibilité en tout temps à une personne-ressource pouvant communiquer dans la langue du TETEQ et de la surveillance quotidienne des symptômes. Ce coordonnateur ne devrait jamais être à moins de deux mètres du TETEQ (Groupe de travail SAT-COVID-19, 2020, p. 3)

---

<sup>58</sup> « encouraged nationalism and xenophobia, with populist politicians blaming “others” ». Gugushvili, Alexi et Mckee, Martin. (2022). The COVID-19 pandemic and war. *Scandinavian Journal of Public Health*, 50(1), 16-18. Ma traduction.

<sup>59</sup> « People are [...] encouraged to inhabit the world with fear of “foreign bodies” and “invisible enemies” ». Caduff, Carlo. (2020). What Went Wrong: Corona and the World after the Full Stop. *Medical Anthropology Quarterly*, 34(4), 467-487. Ma traduction.

À travers ces recommandations, le.la TETEQ devient un individu dangereux à part entière. Malgré l'absence de symptômes et le dépistage par TAAN qui s'avère négatif, le.la travailleur.se étranger.ère représente un risque pour la santé publique. Ainsi, l'extériorité du corps de l'étranger.ère incarne le danger. C'est dans cette mesure que les chercheur.ses canadien.nes en études migratoires Ayelet Shachar et Aaqib Mahmood affirment que le corps, en soi, est devenu une frontière pendant la pandémie : « le corps deviendra notre ticket d'entrée (ou à l'inverse, ce qui nous marquera pour le refus d'entrée) à mesure que les frontières biométriques étendront leur portée<sup>60</sup> » (Shachar et Mahmood, 2021, p. 140).

Une comparaison peut être avancée avec « l'interdiction de voyager<sup>61</sup> » (Chávez, 2018, p. 117) des migrant.es séropositif.ves, documentée par Karma R. Chávez pendant l'épidémie du SIDA aux États-Unis. D'ailleurs, bien que les modes d'infection du VIH et la Covid-19 diffèrent, les deux maladies infectieuses incarnent une même menace sociale : le franchissement des frontières nationales fait circuler le virus et représente un danger pour les populations intra-nationales. Dans le cas du VIH, l'interdiction d'entrée dans le pays reposait d'une part, sur la crainte d'infecter les corps de la population et, de l'autre, était issue d'aprioris racistes, considérant les étranger.ères comme des maladies (Chávez, 2018, p. 119). Pendant la pandémie, l'autorisation d'entrée sur le territoire par le gouvernement fédéral a fait en sorte de renverser « l'interdiction de voyager » des migrant.es par une interdiction de se déplacer sans surveillance, dans le discours de l'INSPQ : « L'accès à l'extérieur est permis, pour permettre de prendre l'air seul, mais uniquement sur le terrain du lieu d'hébergement »; « Un registre des déplacements du TETEQ doit être complété à chaque fois que celui-ci se présente dans les lieux de travail » (Groupe de travail SAT-COVID-19, 2020, p. 5-6). Bref, tel que l'explique Chavez, « bien que les immigrants ne soient pas des citoyens, eux et leurs conditions biologiques sont peut-être soumis à un examen plus minutieux que ceux des

---

<sup>60</sup> « the body will become our ticket of admission (or conversely, what marks us for denial of entry) as biometric borders expand their reach. ». Shachar, Ayelet et Mahmood, Aaqib. (2021). Der Körper als Grenze: Eine neue ÄraThe Body as the Border: A New Era (version 1.0). *Historical Social Research*, 46, 124-150. Ma traduction.

<sup>61</sup> « Travel ban ». Chávez, Karma R. (2018). The Necropolitical Functions of Biocitizenship: The Sixth International AIDS Conference and the U.S. Ban on HIV-Positive Immigrants. Dans Kelly E. Happe, Jenell M. Johnson et Marina Levina (dir.), *Biocitizenship: the politics of bodies, governance, and power* (p. 117-132). New York University Press. Ma traduction.

personnes ayant un statut de citoyenneté légale<sup>62</sup> » (Chávez, 2018, p. 118). En temps de crise sanitaire, les frontières se déplacent ainsi aux corps biologiques des individus. Ce faisant, les étrangers deviennent intérieurement plus dangereux, en raison de l'étrangeté de leur corps, ce qui participe à une surveillance plus accrue, par les autorités sanitaires, et inévitablement à une stigmatisation de leur existence.

#### 5.3.3.3 Les jeunes

Dans les médias, les jeunes ont été représentés comme une population qui ne respectait pas les mesures sanitaires. C'est cette perception qui est partagée par des jeunes dans le discours de l'INSPQ :

au début de la crise sanitaire, les jeunes ont souvent été pointés du doigt pour ne pas respecter les mesures préventives. [...] Cinq [jeunes] répondant(e)s ont dit avoir ressenti une certaine injustice par rapport à cela, notamment lorsqu'ils étaient ciblés dans les médias (Dionne *et al.*, 2021, p. 5).

Les jeunes relativisent d'ailleurs cette désignation, expliquant que

la responsabilité de la situation est partagée par tous les groupes d'âge : « je pense que dans chaque tranche d'âge, il y a du monde qui est plus conformiste aux règles et il y en a d'autres qui le sont moins » (Dionne *et al.*, 2021, p. 5).

L'INSPQ se positionne à l'encontre de cette représentation : « Il est également primordial de ne pas véhiculer l'idée que les comportements non conformes aux recommandations sont attribuables à un groupe en particulier (p. ex. les jeunes, les personnes âgées actives) » (Bergeron *et al.*, 2020b, p. 10). Pourtant, comme peu d'autres groupes sociaux, des mesures qui ne s'appliquent qu'aux conduites des jeunes sont recommandées, comme s'ils étaient en soi une population à risque :

les adolescents et les jeunes adultes tendent à se trouver dans des contextes où il pourrait leur être plus difficile de limiter les contacts [...] comme les jeunes ont une plus grande probabilité de présenter des formes asymptomatiques de la maladie et de percevoir qu'elle comporte peu de risque pour leur santé, ils pourraient se montrer moins attentifs à chacun des gestes qu'ils posent dans ces contextes (Gamache *et al.*, 2021, p. 3).

---

<sup>62</sup> « Although immigrants are not citizens, they and their biological conditions are placed under perhaps more scrutiny than those with legal citizenship status » Ibid. Ma traduction.

Tel que mentionné dans le troisième chapitre, les jeunes sont intrinsèquement considérés comme une population vulnérable. Il serait ainsi plus difficile pour eux de limiter les contacts, de percevoir les risques pour leur santé et ils seraient également moins attentifs aux gestes qu'ils posent. Dans la littérature secondaire, l'enfance est considérée comme « un temps d'éducation, qui doit favoriser les apprentissages et le processus de maturation et précéder l'insertion dans le domaine participatif de la vie publique » (Perrot, 2019, p. 85). Dans son étude sur les jeunes exilés en France, la sociologue française Adeline Perrot met en lumière la dynamique de minorisation dans laquelle est insérée cette population, face aux attentes élevées dont elle est l'objet. Dans la perspective des intervenant.es associatif.ves, les jeunes doivent être conduits « vers l'autonomie, tout en relevant d'une tutelle ou d'une responsabilité légale » (Perrot, 2019, p. 88). Perrot considère ce besoin de tutelle comme un « processus de minorisation », selon lequel cette population ne serait pas encore assez développée pour atteindre une réelle autonomie (Perrot, 2019, p. 88). Cette représentation de la jeunesse est étroitement associée à celle que l'INSPQ présente des jeunes adultes. D'une part, sur la base d'obstacles sociaux, voire biologiques, leur autonomie est remise en question, comme en témoigne la dernière citation longue. De l'autre, c'est le seul groupe à faire l'objet d'un article entier sur la modification de leur comportement, ce qui se rapporte à une forme de minorisation : *Les interventions pour optimiser l'adoption de nouveaux comportements chez les jeunes en contexte de pandémie de COVID-19*. Le traitement différencié des jeunes et leur stigmatisation dans les médias renvoient au stigmatisme tribal (Goffman, 1975, p. 14), puisque le groupe social est en quelque sorte perçu comme inférieur aux autres groupes, les adultes, dans mon cas. Le discrédit à l'égard de ce groupe prend ainsi la forme d'une certaine minorisation.

Mobiliser le concept du stigmatisme dans le discours de l'INSPQ pendant la crise sanitaire a permis de mettre en lumière trois groupes distincts qui en font l'objet. À travers le prisme du stigmatisme, il est ainsi possible d'éclairer trois cas marginaux de gouvernance du « prendre soin » de soi. D'abord, dans le cas des « conspirationnistes », les informations qu'ils partagent sont réduites à de fausses informations, à des fins d'atténuer le mouvement. Ensuite, pour ce qui est des étrangères, une surveillance bétonnée leur est imposée. Enfin, les jeunes sont visés par une volonté de modifier leur comportement, principalement sur la base de leur statut de « jeunes ».

## 5.4 Conclusion

Les thématiques de la vérité et de la subjectivité, de la santé mentale et enfin de la normalisation et de la stigmatisation m'ont offert l'opportunité de complexifier la gouvernementalité du « prendre soin » de soi dans le discours de l'INSPQ. Bien que ce soit depuis la perspective de la santé publique, il est néanmoins possible d'affirmer que la gouvernementalité n'est finalement pas qu'un mouvement rectiligne qui se déplace du haut vers le bas. La gouvernementalité est plutôt sinueuse et propice à la résistance ou à l'émergence de discours qui y résistent. Le savoir expérientiel représente dans cette démarche une autre lecture du réel qui ne peut être placée sur le même pied d'égalité que la vérité scientifique, si cette dernière souhaite poursuivre sa conduite des conduites. Dans un autre ordre d'idée, il n'était pas possible d'aborder le « prendre soin » de soi, sans discuter de la santé mentale. Laquelle, s'est avérée tout à fait opposée à la santé biologique en matière de gouvernance. Enfin, la normalisation d'un nouveau paysage sanitaire a mis en exergue une nouvelle manière de concevoir le corps comme étant intrinsèquement dangereux. Derrière la normalisation du corps dangereux, la gouvernance du « prendre soin » de soi s'est avérée plutôt différente pour certains groupes, résultant en des formes distinctes de stigmatisation.

Le prochain chapitre représentera finalement l'opportunité d'évaluer comment se sont manifestés tous ces changements dans l'après-crise. Est-ce que la crise n'était finalement qu'une situation exceptionnelle qui n'a laissé derrière elle aucune trace ? Ou, a-t-elle laissé dans son sillage une nouvelle manière de « prendre soin » de soi ?

## **CHAPITRE VI**

### **APRÈS LA CRISE : RUPTURES ET CONTINUITÉS DANS LA GOUVERNANCE DU « PRENDRE SOIN » DE SOI**

Dans la société québécoise, l'après-crise a été marquée par un assouplissement des mesures sanitaires. Appuyé par un taux suffisamment élevé de vaccination et d'immunité collective, l'assouplissement n'est pas sans rappeler les deux années de transformations sociales, économiques et culturelles. Plusieurs effets résiduels ont effectivement imprégné l'après-crise : l'explosion du télétravail, de l'enseignement en ligne et de la livraison de repas à domicile, par exemple. Dans le cadre de ce chapitre, je prendrai le temps d'observer comment s'est construit le « prendre soin » de soi dans l'après crise. Y a-t-il eu des effets résiduels provenant de la crise qui pénètrent aujourd'hui dans la manière dont les expert.es à l'INSPQ gouvernent le « prendre soin » de soi ?

Le climat des recommandations sera contextualisé en y abordant successivement diverses thématiques et leurs origines dans le discours : avant, pendant et après la crise. Les thématiques de la fin des recommandations, de la santé mentale, de la vulnérabilité, des mesures structurelles et agentiques et de la ruine des milieux de soin seront alors explorées. Ces thématiques ont été les plus populaires dans mon corpus de l'après-crise et permettront de dresser un portrait du « prendre soin » de soi après la crise, tel qu'il apparaît dans le discours de l'INSPQ.

#### **6.1 Le déclin des recommandations**

L'observation la plus frappante de la lecture des articles de l'après-crise est la disparition des recommandations de santé publique. Avant la crise, la recommandation de mesures sanitaires était déjà une pratique courante. Lors de la crise, cette pratique a explosé. Pendant plus de deux ans, les auteur.ices à l'INSPQ proposaient des recommandations qui avaient pour finalité la conduite de diverses conduites : port du masque, distanciation sociale, confinement, passeport immunitaire, lavage des surfaces, etc.

Soudainement, les recommandations disparaissent et les conclusions des articles prennent une tout autre forme. D'abord, les publications disponibles sur le site de l'INSPQ et celles dans le corpus portant sur les « habitudes de vie » sont en grande majorité des rapports de recherche, d'étude ou

d'analyse, des synthèses des connaissances, des documents synthèses et résumé et quelques mémoires s'y sont glissés. Ces quatre types de publications n'ont pas pour finalité la publication de recommandations. Les trois premiers s'inscrivent dans la recherche et le développement des connaissances à propos d'enjeux de santé. L'INSPQ définit le rapport de recherche, d'étude ou d'analyse comme un : « écrit présentant les résultats d'une étude, d'une recherche ou d'une analyse sur une question d'intérêt pour la santé publique » (INSPQ, 2024b, p. 17); la synthèse des connaissances tel un : « écrit présentant une synthèse des connaissances scientifiques disponibles sur une question pertinente à la santé publique » (INSPQ, 2024b, p. 14); et le document synthèse et résumé comme un « écrit synthétisant ou résumant une ou des productions scientifiques » (INSPQ, 2024b, p. 19) . Pour ce qui est du mémoire, le document a pour objectif d'exprimer « la position officielle de l'INSPQ dans le cadre d'une commission parlementaire ou consultation publique » (INSPQ, 2024b, p. 21). Il peut parfois contenir des recommandations. C'est le cas du mémoire : « Pour un meilleur encadrement des produits de vapotage », dans lequel les auteur.ices ajoutent des propositions au « Règlement d'application de la Loi concernant la lutte contre le tabagisme » (Gamache *et al.*, 2023, p. 2). Toutefois, c'est un cas exceptionnel qui ne se produit pas ailleurs dans la strate « Habitudes de vie, après la crise ».

En somme, les expert.es évitent généralement de recommander des mesures de santé publique. Alors que nous pourrions affirmer que l'une des principales directives avant et pendant la crise était de recommander, après la crise, il s'agit principalement d'informer. Les conclusions des publications reposent désormais sur des commentaires à l'égard de la littérature scientifique étudiée. Dans certains cas, ces commentaires proposent de nouveaux angles et pistes de recherche. C'est notamment le cas dans une publication portant sur l'utilisation des écrans en contexte scolaire : « Ce cadre [le référent EKIP] apparaît également comme un outil pertinent pour réconcilier les objectifs et les orientations du milieu de la santé et de l'éducation relativement à l'utilisation des écrans en contexte scolaire » (Ferguson et Lemétayer, 2023, p. 39). Afin de soutenir l'élaboration d'éventuelles recommandations de santé publique, de nouvelles avenues sont mises de l'avant pour étudier le problème des écrans. D'autres commentaires, quant à eux, se présentent sous la forme d'une évaluation des recommandations déjà proposées dans la littérature :

« Les interventions [analysées dans la littérature] visaient trois types d'environnement (physique, économique et amélioration de l'offre). [...] Des interventions environnementales misant sur la

participation sociale des aînés seraient tout de même pertinentes dans le contexte de favoriser l'adoption de saines habitudes alimentaires. » (Maltais, 2023, p. 28)

À la lumière de cette citation, on peut avancer que la santé publique, sur la scène internationale, conduit bel et bien les conduites. En comparaison, les auteur.ices à l'INSPQ commentent ces conduites, plutôt que d'en recommander. Enfin, les commentaires les plus fréquents notent un manque de connaissance à l'égard d'un défi émergent :

Bien que la prévention des VACS [violence à caractère sexuel] soit de plus en plus documentée et qu'elle soit un enjeu préoccupant au Québec, il existe encore peu d'information concernant la manière d'aborder conjointement les VACS et l'alcool dans une perspective de prévention (Fréchette et Poitras, 2024, p. 33).

Il est possible d'avancer deux hypothèses, étroitement liées l'une à l'autre, qui permettraient d'expliquer l'effacement des recommandations dans le discours de l'INSPQ : l'érosion de la confiance envers la santé publique après la crise, et l'absence de données probantes. Premièrement, plusieurs auteur.ices dans la littérature scientifique soulèvent l'enjeu d'une érosion de la confiance envers la santé publique après la crise. Or, avant de pouvoir recommander des conduites, la santé publique doit pouvoir s'appuyer sur une légitimité fondée sur la confiance de la population. Sans cette assise, sa capacité d'agir se trouve considérablement fragilisée. Les chercheur.ses norvégien.nes en santé publique Helge Skirbekk et ses collègues expliquent en effet que, sans cette confiance, « la population est moins susceptible de suivre les consignes officielles en matière de santé<sup>63</sup> ». La pandémie de la Covid-19 a néanmoins été le théâtre d'une polarisation politique qui a fragilisé la confiance de la population envers l'État et la santé publique (Kerr *et al.*, 2021, p. 7). John Kerr et ses collègues, chercheur.ses américain.es en psychologie et en sciences politiques, démontrent qu'aux États-Unis, la confiance à l'égard de la santé publique pendant la pandémie était inséparable de l'affiliation politique : les personnes qui votent à droite étaient alors moins en faveur de la gouvernance qui a eu lieu pendant la crise (Kerr *et al.*, 2021, p. 7).

Encore dans le contexte américain, l'anthropologue américain Charles L. Briggs argumente aussi en faveur d'une érosion de la confiance de la population à l'endroit de la santé publique. L'auteur blâme, entre autres, une mauvaise communication entre la science biomédicale et la population

---

<sup>63</sup> « the public is less likely to follow official health advice ». Skirbekk, Helge, Magelssen, Morten et Conradsen, Stein. (2023). Trust in healthcare before and during the COVID-19 pandemic. *BMC Public Health*, 23(1), 863. Ma traduction.

qu'il exprime sous le concept de la « biocommunicabilité ». La communication du savoir portant sur le corps biologique auprès de la population profane serait en effet à l'origine de l'érosion : « la biocommunicabilité est à l'origine de cette érosion massive de la confiance aux États-Unis dans le discours de la santé publique concernant la Covid-19<sup>64</sup> » (Briggs, 2024, p. 6). Briggs nomme aussi la forme contraignante des mesures sanitaires comme une autre explication de l'érosion de la confiance envers la santé publique :

J'argumente que les demandes des professionnels en santé publique [...] d'adopter la position passive et confiante qui soutient le modèle d'autorité biomédicale de la biocommunicabilité ont mis en péril la viabilité du discours de la santé publique sur la Covid-19<sup>65</sup> (Briggs, 2024, p. 164)

Briggs explique finalement que des deux côtés de l'échiquier politique, des boucs émissaires ont été identifiés. Du point de vue de la droite, c'était le directeur de l'Institut national des allergies et maladies infectieuses (NIAID), Anthony Fauci, qui était blâmé, perçu comme autoritaire et incohérent (Briggs, 2024, p. 162). Tandis que de la gauche, Donald Trump était tenu responsable pour s'être opposé aux mesures de santé publique, s'être méfié de la science et avoir été à la tête du pays avec les plus hauts taux d'infections, d'hospitalisation et de décès liés à la Covid-19 dans le monde (Briggs, 2024, p. 162).

Dans le contexte québécois, une analyse similaire pourrait être avancée. La professeure québécoise en épidémiologie, Erin Strumpf, parle également d'une « perte de confiance du public envers la santé publique » (Desautels, 2024). La chercheuse associe, par exemple, cette perte de confiance à la chute du financement en promotion de la santé et en prévention des maladies au Québec en 2024. La polarisation et la politisation de la pandémie, la mauvaise biocommunicabilité entre la science biomédicale et la population et la contrainte exercée par les mesures sanitaires, sont dans cette perspective des voies qui me permettraient de creuser dans cette théorie d'une érosion de la confiance. Dans le discours de l'INSPQ, la perte de confiance à l'égard de la santé publique s'observe à travers le besoin « d'acceptabilité sociale ». Dans quelques publications, nous

---

<sup>64</sup> « biocommunicability lies behind this massive erosion in trust in the United States in covid-19 public health discourse » Briggs, Charles L. (2024). *Incommunicable: Toward Communicative Justice in Health and Medicine*. Duke University Press. Ma traduction.

<sup>65</sup> « I argue that demands by public health professionals [...] [to] fully embrace the passive, trusting position that sustains the biomedical-authority model of biocommunicability jeopardized the viability of covid-19 public health discourse. » Ibid. Ma traduction.

retrouvons en effet ce nouveau concept qui n’existait pas dans mon corpus avant ou pendant la crise. Les auteur.ices à l’INSPQ doivent désormais mesurer le degré d’acceptabilité sociale avant de conduire les conduites : « Acceptabilité des risques et proposition d’options d’intervention : pour des décisions éclairées » (Laplane *et al.*, 2024, p. 11); « pour éclairer le processus décisionnel, d’autres dimensions sont à documenter pour chaque intervention analysée, notamment [...] l’acceptabilité sociale » (Bergeron *et al.*, 2024, p. 2).

En outre, considérant le lien paragouvernemental que détient l’INSPQ au Ministre de la Santé et des Services sociaux : « l’Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) a été mandaté par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) » (Ferguson et Lemétayer, 2023, p. 10). Il semble que l’INSPQ a été transformé en bouc émissaire, comme le directeur de la santé publique aux États-Unis, Anthony Fauci (Briggs, 2024, p. 162). Et ce, pour des décisions qui, faut-il le rappeler, n’ont finalement jamais été prises par l’Institut. Ce serait alors ce qui justifierait l’absence de recommandations à travers des mandats qui ne sollicitent plus la présence de recommandations.

Deuxièmement, en lien avec l’érosion de la confiance, il est possible d’avancer l’hypothèse que le ministre de la Santé et des Services sociaux exige désormais des chercheur.es à l’INSPQ des preuves plus solides pour appuyer leurs résultats et recommandations. C’est ce qui expliquerait qu’à plusieurs reprises dans le corpus, les données présentées par les auteurs s’avèrent insuffisantes afin d’exposer des recommandations. C’est le cas dans cette étude qui étudie les comportements alimentaires des adultes de 50 à 69 ans, nouvellement considérés comme une population vulnérable : « il semble y avoir un manque de connaissances entourant les interventions environnementales visant à améliorer l’alimentation des personnes âgées de 50 à 69 ans » (Maltais, 2023, p. 27). Dans une autre publication, le faible nombre de recommandations à l’égard de l’enjeu des écrans en milieu scolaire dans la littérature de la santé publique rend difficile la synthèse des connaissances : « cette synthèse des connaissances permet de constater le faible nombre de publications énonçant des recommandations en lien avec les risques sur la santé de l’utilisation des écrans en milieu scolaire » (Ferguson et Lemétayer, 2023, p. 39).

Au final, l’impossibilité de recommander des mesures sanitaires semble donc se traduire par un manque de preuves probantes. En effet, l’insuffisance d’information empêche les auteur.ices de développer des conclusions ou des recommandations concluantes :

De plus, l'absence d'études incluant des personnes âgées de 50 à 69 ans met en évidence le besoin de nouvelles études avant de pouvoir émettre des conclusions robustes dans le contexte de prévention des troubles cognitifs (Maltais, 2023, p. 30)

Pour conclure, l'après-crise dans le corpus des « habitudes de vie » est marquée par l'absence de recommandations. Les périodes de l'avant et du pendant la crise recommandaient au contraire, dans la plupart des publications, des mesures de santé publique. De la « recommandation » de conduites, on est passé dans l'après-crise à « l'information » d'enjeux de santé. Cette transformation dans le paysage sanitaire peut être associée à l'érosion de la confiance à l'égard de la santé publique, ainsi qu'à une demande accrue de preuves solides pour confirmer les résultats et appuyer des recommandations.

## 6.2 Étude de la santé mentale

Le contexte de l'après-crise a permis à Jennifer A. Horney, épidémiologiste américaine, de souligner les effets de la pandémie sur la santé mentale. Horney a analysé comment, en fonction de son statut (socioéconomique, exposition au virus, âge, genre, occupation professionnelle, orientation sexuelle, vulnérabilité, lieu de résidence, etc.), la santé mentale des individus est inégalement affectée (symptômes de dépression, d'anxiété, de choc post-traumatique, idées suicidaires, peur, panique, troubles liés à la consommation de substances, stress, détresse psychologique, etc.) (Horney, 2023).

Les effets documentés de la pandémie de la Covid-19 sur la santé mentale pendant la crise se sont réfléchis sur l'après-crise. Dans le discours de l'INSPQ, la thématique de la santé mentale a en effet été encore plus démocratisée qu'elle l'était pendant la crise. Les enjeux qui sont étudiés se rapportent nettement plus à la santé mentale que pendant la crise. Les expert.es abordent, entre autres, la sédentarité, les écrans, l'alimentation, certaines populations marginalisées, les violences à caractère sexuel (VACS). Et ce, en soulignant les effets que ces enjeux ont sur la santé mentale : « La sédentarité semble avoir un effet négatif sur la santé mentale en général » (Pigeon, 2023, p. 6); « leur utilisation [des écrans] s'accompagne de différents risques pour la santé, notamment physique, psychosociale et développementale. » (Ferguson et Lemétayer, 2023, p. 3); « Les femmes autochtones ont une prévalence plus élevée [...] des problèmes de santé mentale » (Bergeron, 2024, p. 4). Les soucis de santé mentale apparaissent, dans ces cas, comme des effets néfastes ajoutés à l'enjeu principalement étudié. Dans cette mesure, l'étude du « prendre soin » de soi, à travers

l'examen d'enjeux de santé précis, associe de plus en plus le corps et l'esprit à un tout commun : le soi. Les effets qu'a un enjeu de santé sur le corps biologique sont alors souvent inséparables des effets que ce même enjeu aura sur la santé mentale, et vice-versa.

Contrairement à ce que j'ai observé au cinquième chapitre, la gouvernance des conduites liées à la santé biologique et à la santé mentale ne diffère pas après la crise dans la strate « Habitudes de vie, après ». En effet, les enjeux liés aux habitudes de vie, qu'ils soient davantage centrés sur le corps biologique ou la santé mentale, ne donnent lieu à aucune recommandation. En ce sens, les deux types de conduite ne font pas l'objet d'un processus de gouvernementalité : aucune conduite n'est orientée, ni en lien avec le corps, ni en lien avec l'esprit. Le « prendre soin » de soi demeure néanmoins une thématique centrale dans le discours de l'INSPQ. Les auteur.ices étudient des problématiques qui s'appliquent au « prendre soin » de soi des individus : sédentarité, usage d'opioïdes, consommation alimentaire, vapotage, etc. Le « prendre soin » de soi dans le discours de l'INSPQ, en matière de santé biologique ou de santé mentale, n'est donc pas différent dans l'après-crise.

Pour terminer, tel que je l'ai observé pendant la crise, dans l'après-crise, les données autorapportées en matière de santé mentale sont également considérées dans les analyses. Les expert.es à l'INSPQ les mobilisent à des fins de répondre aux questions soulevées dans les publications et pour présenter des conclusions. Dans une publication qui étudie le mieux-être des femmes autochtones après la pandémie, l'autrice mobilise, par exemple, des données autorapportées : « tous les effets sont autorapportés, et ce, principalement lors de sondages ou d'enquêtes en ligne. Ces données reflètent des effets diversifiés, rendent compte de contextes et sont utiles à la prise de décisions » (Bergeron, 2024, p. 13). L'autrice ne recommande néanmoins pas en fonction de ce type de données. Elles seront plutôt utiles à d'éventuelles prises de décisions. Par ailleurs, la confiance à l'égard des données autorapportées marque une certaine valorisation de l'autonomie citoyenne en matière de santé mentale. Dans la publication portant sur le bien-être des femmes autochtones, une santé mentale saine s'exprime par la responsabilité et l'autonomie à « prendre soin » de soi et à exercer d'autres tâches liées à la communauté :

D'un point de vue individuel, certaines se sont senties habilitées en tant que femmes à prendre des décisions concernant leur santé. Elles ont pris conscience de leur résilience en se tenant occupées, en

fréquentant le territoire, en gérant plusieurs responsabilités personnelles et familiales ou en faisant preuve d'humour (Bergeron, 2024, p. 11)

Ainsi, malgré l'absence de recommandations, l'autonomisation et la responsabilisation du « prendre soin » de sa santé mentale s'est prolongée après la crise.

### 6.3 La vulnérabilité comme levier de gouvernance

Tout au long des trois temporalités de l'étude, avant, pendant et après la crise, la thématique de la vulnérabilité a maintenu la même définition. Toutefois, la gouvernance de la vulnérabilité, c'est-à-dire la conduite de la manière dont les populations vulnérables « prennent soin » d'elles-mêmes, s'est modifiée pendant la crise, avant de revenir à son état pré-crise, après la crise.

Tout d'abord, avant, pendant et après la crise, les auteur.ices à l'INSPQ rapprochaient étroitement la vulnérabilité de la notion de risque : la vulnérabilité implique un déséquilibre en termes de risque sur lequel il faille agir. Par le recours à la notion de vulnérabilité, les expert.es en santé publique identifient donc un groupe dont l'exposition à un enjeu de santé publique précis est supérieure à la moyenne. Cette conceptualisation sert à légitimer des interventions de santé publique ciblées. Léa Gamache et ses collègues, expert.es à l'INSPQ, justifient par exemple un meilleur encadrement des produits de vapotage, en raison des risques auprès de la population des jeunes adultes : « L'intérêt des adolescents et des jeunes adultes non-fumeurs pour un produit ayant un potentiel de toxicité et qui augmente les risques de s'initier au tabagisme justifie un encadrement plus serré » (Gamache *et al.*, 2023, p. 13). C'est en ce sens que le sociologue français Marc-Henry Soulet explique que souligner la vulnérabilité a pour effet d'appeler à l'action :

la dimension structurelle de la vulnérabilité appelle, sur le plan des politiques d'action publique, une double direction d'action : une direction envers les structures et une direction envers les individus, pour renforcer leur capacité à agir à partir d'eux-mêmes (Soulet, 2022, p. 24).

Vers la fin de cette dernière citation, Soulet souligne le caractère structurel et agentique des politiques d'action publique, censées renforcer la capacité d'agir des individus. Considérant la capacité d'agir comme finalité des interventions de santé, l'auteur trace une frontière nette entre la vulnérabilité et la dépendance :

les personnes qui se trouvent vulnérabilisées ont la capacité d'agir. Sinon, ce seraient des dépendants, des dominés, des assujettis, ce seraient des victimes, or ce n'est pas cela que l'on veut signifier quand on parle de personnes vulnérables (Soulet, 2022, p. 20).

D'après l'auteur, les politiques de santé publique, qu'elles soient structurelles ou agentiques, devraient fournir à l'individu vulnérable les moyens de sortir de sa propre vulnérabilité. Un individu dépendant ne pourrait donc pas échapper de sa vulnérabilité. À en suivre ce raisonnement, personne ne serait véritablement dépendant, autrement dit, toute personne exposée à un risque serait, par définition, vulnérable. L'analyse de Soulet laisse ainsi en suspens une problématique : si toute exposition au risque devient une manifestation de la vulnérabilité, alors qu'advient-il des formes plus profondes de domination, c'est-à-dire, des enjeux marqués par un plus haut degré de risque ? La définition que proposent les auteur.ices à l'INSPQ de la notion de vulnérabilité permet de pallier cette limite.

Dans les trois temporalités du corpus, les auteur.ices appliquent une séparation entre les populations à risque, possédant une capacité d'agir, et les populations vulnérables, dépendantes d'interventions de santé publique. L'accessibilité aux jeux de hasard et d'argent représente par exemple un enjeu pour la population : « L'étude révèle que l'initiation au jeu des répondants est influencée par la présence des établissements dans leur milieu de vie, mais surtout par l'entremise de leurs proches, un déterminant courant de l'initiation » (Paradis et Papineau, 2024, p. 31). La proximité sociale et physique représente donc un risque en matière d'initiation aux jeux de hasard et d'argent pour toute la population. Toutefois, pour certaines personnes, vulnérables en raison de leur historique de jeu, de leur statut socio-économique, de leur besoin de passer le temps, etc., la proximité aux jeux de hasard et d'argent représente un risque plus élevé sur lequel il faille agir selon l'INSPQ. Cette population vulnérable apparaît alors dépendante des interventions de santé publique : « une réduction de la densité des établissements de jeu serait susceptible de réduire les habitudes et les problèmes de jeu des personnes vulnérables (Paradis et Papineau, 2024, p. 33).

De plus, plutôt que de s'appliquer à « tout le monde », en suivant la logique de Soulet, la vulnérabilité, dans le discours de l'INSPQ, s'étend à certains groupes en relation avec un enjeu précis de santé publique : « les enfants seraient plus vulnérables à ces conséquences » (Fournier, 2024, p. 3); « plus de 80 % des personnes âgées de 50 ans et plus sont en dessous des recommandations en matière de consommation de fruits et légumes » (Maltais, 2023, p. 7). Pour

conclure sur la définition que fait l'INSPQ de la vulnérabilité, elle représente un groupe auquel les risques de subir les conséquences d'un enjeu de santé publique sont plus élevés que la moyenne. Pour cette raison, l'identification d'un groupe vulnérable représente un appel à l'action, sans quoi la vulnérabilité se maintiendrait.

Ensuite, les données récupérées dans l'après-crise permettent néanmoins de confirmer que la gouvernementalité de la vulnérabilité a écopé d'une conception différente pendant la crise. D'une part, les populations vulnérables, définies comme des populations exposées à un risque supérieur à la moyenne, étaient encore mobilisées dans le discours de l'INSPQ: « Ces mesures ont entraîné des perturbations sur la vie quotidienne et elles sont susceptibles d'avoir un impact sur la santé et le bien-être, en particulier pour les populations vulnérables, défavorisées » (Comité en promotion et prévention, 2020b, p. 3). Cependant, bien que certaines populations étaient plus vulnérables que d'autres, l'ensemble de la population a tout de même été considérée comme vulnérable. C'est d'ailleurs la diminution de la vulnérabilité populationnelle face à la Covid-19 qui a légitimé le retrait des mesures sanitaires et qui a marqué la fin de la crise :

Le statut de l'immunité contre le SRAS-CoV-2 au Québec (en fonction du taux de vaccination et du nombre d'infections antérieures chez les usagers et les travailleurs de la santé), qui permet de considérer une grande proportion de la population comme étant moins vulnérable aux décès, aux complications ou à la survenue d'un tableau clinique sévère (Richard, 2023a, p. 3);

« L'évolution de la pandémie et la situation épidémiologique actuelle de la COVID-19 au Québec permettent certains assouplissements au niveau des recommandations » (Bigras *et al.*, 2023, p. 4). La vulnérabilité d'une population permet de légitimer des mesures plus strictes. C'est le cas dans les milieux de soin, où la vulnérabilité est encore intrinsèque : « Les mesures dans les milieux de soins peuvent toutefois être plus strictes qu'en communauté, étant donné la vulnérabilité de certaines clientèles » (Richard, 2023a, p. 3).

Pendant la crise, une dualité s'est donc imposée en matière de vulnérabilité : « ciblée » et « populationnelle ». Alors que la vulnérabilité « populationnelle » justifiait des mesures sanitaires plus strictes à l'égard de toute la population. La vulnérabilité « ciblée », celle qui était déjà présente avant la crise, a mis en lumière une surveillance et un contrôle bien plus marqué des populations déjà vulnérables :

Il semble cependant prudent de recommander que les enfants qui portent un masque soient supervisés lors de leur activité physique et que les personnes qui vivent avec une maladie pulmonaire ou cardiovasculaire, ainsi que les personnes âgées, consultent leur médecin avant d'entreprendre une activité physique d'intensité élevée avec un masque (Laberge, 2021, p. 7).

La vulnérabilité « ciblée » a également mis de l'avant de nouveaux groupes vulnérables, comme « les personnes [...] immunosupprimées » (Comité sur les mesures populationnelles, 2020, p. 2). C'est à cette vulnérabilité que l'INSPQ est revenu après la crise. L'institut ne considérait plus la population entière comme vulnérable, ce qui a mis un frein aux mesures sanitaires strictes et à la crise en elle-même.

Cela me permet donc d'avancer que la gouvernementalité évolue différemment en fonction de la présence d'une population vulnérable. Elle s'appuie sur la vulnérabilité comme un outil incitatif permettant de légitimer des conduites, parfois plus strictes, parfois exigeant un plus haut degré de surveillance. En somme, la vulnérabilité met en lumière un contrôle et une gouvernance plus importante auprès de populations dépendantes d'interventions pour leur bien personnel. C'est dans cette mesure que le « prendre soin » de soi des populations vulnérables apparaît comme nécessitant l'intervention de la santé publique afin d'atteindre subséquemment un meilleur état de santé.

#### 6.4 Mesures structurelles et agentiques

Sans qu'elles soient recommandées, les mesures de types structurelles et agentiques sont simultanément discutées dans la littérature de l'INSPQ après la crise. Les mesures structurelles, comme agentiques ont pour objectif le changement des comportements des individus visés. Elles avaient été définies dans le chapitre 3 : les mesures structurelles « ont comme objectif de modifier l'environnement dans lequel les populations vivent, soit les conditions collectives de vie des individus » (Bergeron *et al.*, 2024, p. 6). Les mesures agentiques quant à elle, mettent à la disposition des individus de l'information « comme les campagnes publicitaires ou éducationnelles. Ces mesures sont dites hautement agentiques, puisqu'elles reposent sur la capacité du bénéficiaire de l'intervention à mobiliser ses ressources personnelles pour faire un choix sain » (Bergeron *et al.*, 2024, p. 6). Dans le cas des mesures agentiques, l'individu est considéré comme prenant part de manière active aux changements de comportements souhaités. Le choix de l'individu, comme acteur, est à la base du changement de comportement. Tandis que dans le cas

des mesures structurelles, l'individu occupe plutôt une part passive des mesures, moins sujet, il est l'objet de mesures qui modifient son environnement, sur lequel il ne détient aucun contrôle.

Avant la crise, les mesures préconisées s'appuyaient sur l'environnement (structurelles). Bien que de nombreuses recommandations de types agentiques aient été proposées, comme des campagnes médiatiques et éducationnelles en matière de prévention du tabagisme, les mesures structurelles comme celles-ci ont toujours été priorisées : l'« augmentation des taxes », une « politique interdisant le tabagisme pour tous, dans la cour, sur les terrains et autour des écoles », ou encore « amender la loi pour interdire l'usage du tabac dans tous les lieux publics intérieurs » (Lalonde *et al.*, 2004, p. 109). Les mesures qui s'appuient sur l'environnement témoignent en effet souvent d'un plus haut taux de faisabilité et de qualité de la preuve, selon les expert.es à l'INSPQ (Lalonde *et al.*, 2004, p. 109). De plus, ces professionnel.les notent aussi que les mesures agentiques « ont davantage tendance à augmenter les inégalités sociales de santé » (Bergeron *et al.*, 2024, p. 7).

Comme le documente le quatrième chapitre, le type de mesures recommandées s'est significativement transformé pendant la crise. Le dualité structurelle / agentique n'était alors plus au cœur des préoccupations. Les mesures recommandées s'inscrivaient plutôt dans ce que j'ai désigné comme un « contrôle renforcé ». Ce nouveau contrôle combine la restriction des mesures structurelles (à travers des lois, par exemple, donc des mesures selon lesquelles l'individu avait un rôle passif) et l'individualité des mesures agentiques (dans la mesure qu'elles s'appuient sur l'individu lui-même). Le contrôle renforcé représente donc des mesures restrictives qui s'appuient sur l'individu. Les expert.es recommandaient alors des mesures comme « la limitation du nombre de contacts en personne », « la distanciation physique », « l'étiquette respiratoire incluant le port du couvre-visage », et bien plus (Comité sur les mesures populationnelles, 2020, p. 2).

Dans l'après-crise les types de mesures préconisées par les expert.es attestent d'un retour aux interventions structurelles privilégiées avant la crise. Car, rappelons-le, l'INSPQ ne recommande plus de mesures sanitaires, en ce qui concerne le corpus des « habitudes de vie ». Les expert.es approuvent ou condamnent plutôt les mesures qu'ils recensent dans la littérature. Les mesures qui sont ratifiées s'appuient la plupart du temps sur l'environnement : « Les comportements individuels doivent être soutenus par des stratégies environnementales liées aux environnements économique, social, physique et politique pour maximiser l'adoption de saines habitudes

alimentaires dans la population » (Maltais, 2023, p. 11); ou encore « la mise en place d'environnements favorables à la santé de la population peut contribuer à l'utilisation équilibrée des écrans [...] sans que la responsabilité ne soit uniquement sur les individus » (Fournier, 2024, p. 16). En outre, comme dans l'avant-crise, certaines interventions agentiques sont soutenues par l'INSPQ : « Le référent ÉKIP accorde une grande importance au développement de compétences personnelles et sociales (Ferguson et Lemétayer, 2023, p. 36);

Les résultats des trois études en question suggèrent qu'une approche individualisée et empathique est une avenue prometteuse pour agir sur des facteurs individuels associés aux risques d'être victimes de VACS chez des étudiantes en ayant déjà vécu. Par exemple, le programme évalué par Clinton-Sherrod et ses collègues mobilise l'approche « d'auto-assistance » (self-help approach) qui repose sur l'autonomisation des participantes, et qui mise sur les capacités individuelles d'action pour susciter des réflexions personnelles sur leurs habitudes de consommation (Fréchette et Poitras, 2024, p. 31).

Les mesures agentiques sont néanmoins moins nombreuses à être validées par les expert.es par rapport aux mesures structurelles.

## 6.5 Les milieux de soin en ruine

Un seul élément résiste à ce qui est abordé depuis le début du chapitre : les milieux de soin. Ils faisaient face pendant la crise à des recommandations nettement plus restrictives que les autres groupes de la population. La gouvernementalité de ces milieux isolés, frôlant l'anachronisme dans une temporalité post-crise, souligne le statut sanitaire distinct de cell.eux qui côtoient encore de près le coronavirus. Si la crise est disparue, la Covid-19 et les mesures sanitaires rigides pour la contrôler, elles, ne le sont pas tout à fait. Les raisons qui motivent cette gestion encore hétéronome, malgré les quelques assouplissements, sont les mêmes que pendant la crise : « la démarche s'inscrit dans un processus de gestion de risque visant à optimiser l'utilisation des ressources disponibles, et ce, tout en assurant la sécurité de la population. » (Richard, 2023b, p. 1);

une recrudescence importante des cas de COVID-19, une augmentation de la transmissibilité du SRAS-CoV-2, ou un fardeau accru pour les milieux de soins entraîneraient possiblement un retour vers le port universel du masque dans ces milieux (Richard, 2023a, p. 6).

Le concept de ruine offre l'opportunité de voir comment se sont développés les milieux de soin après la crise. Barbara Stiegler et François Alla en France, parlent d'un « champ de ruines » afin de les décrire (Stiegler et Alla, 2022, p. 9). Il est possible d'établir un diagnostic similaire dans le

contexte québécois. Les années de coupes budgétaires dans le domaine de la santé (Contandriopoulos, 2008, p. 35) additionnées à l'émergence du virus les ont laissés en état de ruine (manque de lits d'hôpital, manque de personnel, manque d'équipement, éclosions en milieu de soin, priorisation des cas de Covid-19, etc.). Néanmoins, la ruine, qui signifie la fin d'un cycle, peut être porteuse de nouvelles opportunités. Dans son livre « Le champignon de la fin du monde », l'anthropologue Anna Tsing explique comment certaines forêts, laissées en « ruine » par l'exploitation capitaliste du bois, ont fait naître le matsutaké, champignon rare et prisé (Tsing, 2017). Pour l'autrice, la ruine devient alors cet espace de création de nouveaux horizons, après la crise. Peut-être le parallèle entre les forêts de matsutaké et le système de santé est-il trop flou ? Il reste que la ruine ne représente pas qu'une fin, mais également le début d'une nouvelle normalité en termes de gouvernance du « prendre soin » de soi. La crise deviendra-t-elle inexorable aux milieux de soin ? La crise se matérialiserait en effet par une gestion dorénavant plus systématisée, plus codée en fonction des contextes sanitaires. Ce qui se développe dans le corpus de l'après-crise semble en effet diriger les milieux de soin en ce sens.

Dans la période étudiée, il n'y a pas qu'une seule formule qui dicte la conduite des conduites. Ce sont des formes distinctes de gouvernementalités du « prendre soin » de soi qui s'échafaudent, se cumulent, disparaissent, réapparaissent dans un mouvement non linéaire. Ce désordre met en évidence une certaine précarité dans les milieux de soin après la crise au Québec. Ces milieux représentent des espaces enclavés, comme des vitrines, où la crise persiste encore. Dans les prochaines pages, je reviendrai sur deux formes différentes de gouvernementalité du « prendre soin » de soi dans les milieux de soin qui traduisent finalement la persistance de la crise. La gouvernementalité s'applique à la population qui fréquente ces milieux : les usagers et les travailleur.ses de la santé (TdeS).

Les deux formes de gouvernementalité relèvent chacune de facteurs contextuels singuliers : condition biologique des usagers ou des TdeS (vulnérable, asymptomatique contact, symptomatique, confirmé, test TAAN faible positif, etc.), contexte épidémiologique et évolution du virus de la Covid-19 ou d'autres virus respiratoires. Plus les risques augmentent, plus les mesures sont restrictives.

La première forme de gouvernementalité représente ce qui semble aujourd’hui « la norme » dans les milieux de soin. Elle est marquée par un haut degré de vigilance à toutes formes d’infections virales, mais moins restrictive et offre une plus grande marge de décisions aux TdeS ainsi qu’aux établissements. À travers cette première forme, les expert.es recommandent d’implanter de nouvelles et d’anciennes conduites au sein des milieux de soin afin de limiter le plus possible l’éclosion de maladies respiratoires infectieuses : « Les "Gestes pour limiter la transmission des maladies respiratoires infectieuses" en communauté doivent être appliqués en milieux de soins également, à moins que des mesures plus strictes ne soient exigées » (Richard, 2023a, p. 6). On retrouve ces « gestes » sur le site du Gouvernement du Québec : « surveiller vos symptômes »; « assurez-vous que votre vaccination est à jour »; « couvrez votre visage »; « toussiez dans votre coude »; « faites l’hygiène des mains »; « appliquez des mesures d’hygiène bien reconnues »; « aérez bien vos maisons » (Gouvernement du Québec, 2025).

Une fois ces normes sanitaires implantées et respectées par les milieux de soin, le contrôle sanitaire des maladies respiratoires infectieuses leur est réservé. Les établissements peuvent alors faire le choix d’imposer des consignes plus strictes, comme le port du masque : « Les établissements peuvent prendre la décision d’instaurer le port du masque médical en prévention selon l’épidémiologie locale ou dans certaines circonstances particulières » (Richard, 2023a, p. 5);

Lorsque l’impact de ces facteurs diminue, comme lors de la fin de la saison de circulation des virus respiratoires, l’établissement devrait évaluer la situation de façon régulière et pourrait cesser d’exiger le port universel du masque dans son milieu (Richard, 2023a, p. 6).

Dans ces circonstances, certaines décisions sanitaires peuvent être prises de manière autonome par les TdeS et doivent être respectées par les établissements : « Lorsque le port universel du masque n’est pas recommandé, le choix individuel de le porter doit être respecté » (Richard, 2023a, p. 4).

La deuxième forme de gouvernementalité, la plus restrictive, accorde également une plus grande autonomie aux TdeS que pendant la pandémie. En effet, les pratiques de « l’auto-surveillance des symptômes » et de « l’auto-isolément » sont plus courantes : « un TdeS exposé doit respecter certaines mesures telles que l’auto-surveillance des symptômes, le port du masque ou l’auto-isolément, et se soumettre à des tests lorsqu’il développe des symptômes compatibles avec la COVID-19 » (Bigras *et al.*, 2023, p. 2). Elles soulignent un certain pouvoir capacitaire à

comprendre son corps et à « prendre soin » de soi. Cette seconde forme s'éloigne ainsi de la rigueur des mesures pendant la crise de la Covid-19 qui était appliquée aux TdeS, même à l'extérieur du milieu de travail, tel qu'on le recommandait en 2020 : « La distanciation physique doit également être respectée par tous les travailleurs de la santé, qu'ils soient à l'extérieur du milieu de travail ou lors de contacts avec les collègues » (Comité sur les infections nosocomiales du Québec, 2020, p. 2). L'état de santé biologique des TdeS est d'ailleurs un facteur qui est considéré dans l'élaboration des mesures sanitaires. Un.e travailleur.se immunosupprimé.e sera l'objet, par exemple, de mesures plus strictes qu'un.e TdeS immunocompétent.e<sup>66</sup> : 14 à 21 jours d'isolement pour la.le premier.er s'il est un cas confirmé de Covid-19, alors que la.le second.e ne sera retiré.e du travail que pour 4 à 6 jours, en fonction du test de dépistage (Bigras *et al.*, 2023, p. 8).

Cette forme émerge lorsqu'un.e TdeS « développe des symptômes compatibles avec la COVID-19 ou que le milieu de soins est en situation d'éclosion » (Bigras *et al.*, 2023, p. 2). Le retrait du travail, le port obligatoire du masque ou l'auto-isolement au travail sont les mesures les plus strictes adressées à certain.es TdeS qui présentent un haut taux de risque : cas confirmé, test de dépistage faible positif, exposition au virus, présence de symptômes associés à la Covid-19, etc. L'auto-isolement au travail se compose de mesures plutôt hétéronomes : « respecter strictement les mesures de prévention et contrôle des infections »; « ne pas serrer les mains ou faire des accolades avec autrui »; « maintenir une distance de 2 mètres et plus avec les autres TdeS », etc. (Bigras *et al.*, 2023, p. 10).

En outre, l'autonomie accordée aux TdeS, en termes de « prendre soin » de soi semble plus grande que celle attribuée aux usagers. En termes de surveillance, les TdeS sont jugés aptes à évaluer leur propre état de santé et à identifier les symptômes associés à la Covid-19 qui pourraient apparaître, comme en témoigne cette recommandation : « Favoriser l'autosurveillance des symptômes chez tous les TdeS » (Richard, 2023b, p. 4). La surveillance des usagers ne se fonde néanmoins pas sur

---

<sup>66</sup> D'après la Société canadienne du cancer, l'immunosuppression désigne une réduction de la « capacité du système sanitaire à combattre les infections et les maladies ». <https://cancer.ca/fr/cancer-information/resources/glossary/i/immunosuppression>. L'immunocompétence désigne la capacité du système immunitaire à les combattre.

leur propre jugement. Au contraire, les TdeS doivent rester en tout temps vigilant.es et les isoler s’iels suspectent la présence d’une maladie infectieuse (Richard, 2023b, p. 4).

La deuxième forme de gouvernementalité représente un prolongement de la première. Lorsque le risque d’éclosion d’une maladie respiratoire infectieuse émerge, une seconde forme de gouvernementalité est introduite. Ce faisant, des mesures plus restrictives sont recommandées, telles que le retrait du lieu de travail, l’auto-isolément au travail et le port obligatoire du masque. En somme, le « prendre soin » de soi des TdeS écope d’un plus haut taux d’autonomie et de responsabilité après la crise. Le.la TdeS est responsable de surveiller son état de santé et d’appliquer les conduites restrictives nécessaires s’iel ressent des symptômes associés à la Covid-19. En raison de leur proximité au coronavirus, les milieux de soin sont les seuls éléments dans le discours de l’INSPQ, dans le corpus, qui font encore l’objet de recommandations. La crise, moins globalisée que pendant la pandémie, est désormais en quelque sorte occasionnelle et enclavée aux milieux de soin lorsqu’une maladie infectieuse menace de surgir.

## 6.6 Conclusion

Après la crise, la gouvernementalité du « prendre soin » de soi dans le discours de l’INSPQ s’est manifestée différemment des contextes qui l’ont précédée. L’après-crise est une période complexe, car elle ne suit pas une suite linéaire. Nous retrouvons en effet des éléments qui n’existaient qu’avant la crise, comme la conception de la vulnérabilité, ou encore la priorisation des mesures structurelles. L’interruption de ces composants traduit finalement l’exceptionnalité de la crise qui marque leur fin et leur recommencement. La crise a également laissé dans son sillage de nouvelles dimensions : la perte de confiance envers la santé publique et l’absence de recommandations qui en a découlé, la démocratisation de l’étude de la santé mentale et la persistance de la crise dans les milieux de soin, comme nouvelle normalité. À travers ces transformations, la gouvernementalité du « prendre soin » de soi a été affectée à plusieurs niveaux. Hors des milieux de soin, la gouvernementalité a disparu. En effet, la recommandation de conduites s’est effacée pour céder la place à l’information de nouveaux enjeux. Seuls les milieux de soin sont encore l’objet de conduites des conduites, en raison de leur proximité avec la Covid-19, comme facteur de risque légitimant l’intervention de la santé publique.

Plus de deux ans après la fin de la crise, il demeure légitime de se demander si celle-ci est réellement derrière nous. La gouvernamentalité des milieux de soin me laisse perplexe à ce sujet. L'étude de l'après-crise en 2025 offre donc la possibilité de tracer un certain portrait de la gouvernamentalité du « prendre soin » de soi en relation à la crise qui l'a précédée. Toutefois, nous ne pouvons pas nous contenter de cette analyse, compte tenu de la rapidité avec laquelle une crise peut évoluer. D'autres études seront donc nécessaires afin de suivre l'évolution des crises sanitaires dans les systèmes de soin et inexorablement dans la conduite du « prendre soin » de soi de la population.

## CONCLUSION

Dans ce mémoire, j'ai exploré l'univers du discours de l'Institut national de santé publique du Québec, à travers ses publications scientifiques, comme un théâtre où se déploient des formes de gouvernementalité qui s'appliquent précisément à la manière dont les membres de la population « prennent soin » d'eux-mêmes. La conduite de la santé s'est illustrée à partir de divers objets d'étude : les recommandations, les enjeux et les populations étudiés, la rhétorique mobilisée, l'organisation des publications, etc. Elle s'est également manifestée à travers de nombreux thèmes : les risques, la vulnérabilité, l'autonomie et la responsabilité, le contrôle, les normes, le savoir, la santé mentale, et plus encore. En somme, j'ai mené mon étude de manière à comprendre comment la conduite de la santé de la population a évolué avant, pendant et après la crise sanitaire de la Covid-19 dans le discours de l'INSPQ.

Dans les *governmentality studies*, les auteur.ices avancent, depuis la fin du 20<sup>e</sup> siècle, une représentation de l'individu qui semblait en discordance avec la réalité, telle que je l'avais vécue, lors de la crise sanitaire de la Covid-19. Dans le premier scénario, l'individu contemporain serait l'incarnation et le résultat du néolibéralisme : régime politique qui se caractérise par une diminution drastique de l'interventionnisme étatique et par une « conception du marché, centrée sur la concurrence » (Dardot et Laval, 2010, p. 153). En l'absence de soutien étatique, l'individu serait donc amené à devenir responsable et autonome dans toutes les sphères de sa vie, y compris en ce qui a trait à sa santé. Nikolas Rose explique à ce sujet que l'entreprise individuelle et l'autonomie seraient les deux grandes capacités du/de la citoyen.ne contemporain.e (Rose, 1996, p. 151). Sarah Nettleton retrace même la transformation de la conception de l'individu dans le discours de la santé publique, qui aurait :

contribué à la reconfiguration de l'individu, ou du sujet, anciennement relativement « docile », il était un récipient passif de conseils et de soins de santé et aujourd'hui il possède les capacités de se contrôler soi-même, de se responsabiliser, de se rationaliser et de faire de sa vie une entreprise<sup>67</sup> (Nettleton, 1997, p. 213-214).

---

<sup>67</sup> « have contributed to the reconfiguration of the individual, or subject, from being a relatively 'docile', passive recipient of advice and health care to one who possesses the capacity for self-control, responsibility, rationality and enterprise ». Nettleton, Sarah. (1997). *Governing the risky self: how to become healthy, wealthy and wise*. Dans Robin Bunton et Alan Petersen (dir.), *Foucault, Health and Medicine* (p. 231-246). Routledge. Ma traduction.

Pendant la crise de la Covid-19, selon mes aprioris de citoyen l'ayant vécu, l'individu semblait plutôt avoir réintégré la première conception évoquée dans la précédente citation. Les mesures sanitaires, telles que le confinement, la distanciation physique obligatoire, le couvre-feu, la quarantaine, le port du masque obligatoire, ou encore, le passeport vaccinal, ont configuré l'individu comme un « sujet » « relativement docile », « un récipient passif de conseils et de soins de santé » (Nettleton, 1997, p. 213). Moins autonome et responsable de prendre les bonnes décisions afin d'assurer sa santé, l'individu semblait plutôt assujéti à des mesures sanitaires qui exigeaient de lui qu'il change la manière qu'il avait de « prendre soin » de lui. La problématique de mon mémoire est née de cette rupture entre la conception de l'individu mobilisée dans les *governmentality studies* et celle qui s'est manifestée pendant la crise sanitaire au Québec. L'élément central de cette discontinuité réside dans la manière dont l'individu assure sa santé, autrement dit, comment il « prend soin » de lui-même. Le « prendre soin » de soi dans le premier cas serait un acte essentiellement autonome, alors que, dans le second, il découlerait de consignes sanitaires hétéronomes, rendant ainsi l'individu assujéti aux consignes sanitaires.

J'ai ensuite précisé mon analyse à la santé publique, en la concevant comme un dispositif de gouvernance en matière de santé populationnelle, et je me suis posé la question : *En quoi la santé publique a transformé la conduite de la santé de la population dans le contexte de la crise sanitaire de la Covid-19 au Québec ?* Recourir au concept de gouvernementalité, telle une « grille d'analyse » des relations de pouvoir (Foucault, 2004a, p. 192), m'offre, d'une part, la possibilité d'inscrire mon étude dans le champ des *governmentality studies* et de répondre de manière épistémologiquement valide à la problématique qui a initialement émergée de cette littérature. En mobilisant ce concept, je m'assure donc, non seulement, de problématiser le domaine d'étude, mais aussi de le faire évoluer dans un nouveau contexte social et politique. D'autre part, la gouvernementalité, définie par Foucault comme « la manière dont on conduit la conduite des hommes » (Foucault, 2004a, p. 192), m'offre une prise sur le « prendre soin » de soi. La gouvernementalité reconstitue le cheminement du pouvoir dans la conduite des techniques de soi. En d'autres mots, le concept permet de retracer le processus de gouvernance à travers lequel des individus se subjectivent et transforment leur soi (par la psychothérapie, la confession, l'écriture sur soi, ou encore par le « prendre soin » de soi). Le « prendre soin » de soi, comme technique de subjectivité, s'avère en ce sens une conduite que la gouvernementalité permet de capter.

Afin de pouvoir traiter empiriquement cette problématique, j'ai analysé près d'une centaine de publications scientifiques publiées par l'Institut national de santé publique du Québec. L'analyse de ce matériau, divisé en trois périodes (avant, pendant et après la crise), m'a donné les moyens d'observer comment la gestion de la santé de la population a évolué dans le discours de l'INSPQ.

D'abord, l'élément central sur lequel repose la gouvernance de l'INSPQ avant la crise, mais aussi pendant et après, est le risque. La lecture du risque informe sur la dangerosité d'une problématique et a pour finalité la reconnaissance d'une préoccupation sanitaire en enjeu de santé publique. À partir du moment qu'un objet, comme l'étatisation des jeux d'argent sur Internet (Papineau, 2010), représente une menace pour la santé de la population, cette problématique sera éclaircie, en mettant en lumière les facteurs de risque qui lui sont propres, comme l'accessibilité, l'augmentation de la fréquence de jeu, un faux sentiment de contrôle, la possibilité pour les jeunes de jouer, etc. Par ailleurs, les populations et les enjeux étudiés, ainsi que les intervenants mobilisés, mettent en exergue une expansion de la santé publique, à travers une exacerbation des risques. La prolifération des risques a entraîné un élargissement du champ d'action de la gouvernance. Désormais, des objets comme l'influence des politiques agroalimentaires (Gervais, 2011), ou encore l'intoxication volontaire par médicaments accessibles sans ordonnance (Dubé *et al.*, 2016) sont pris en charge par l'INSPQ. Bref, la santé publique, en l'occurrence l'INSPQ, ne se réduit plus à certains enjeux de santé, elle prend de l'expansion, à travers les phénomènes de médicalisation du social et de la politisation des risques pour la santé, entre autres, et travaille sur une diversité d'enjeux et de populations, qui n'étaient anciennement pas considérés dans le champ de la santé publique.

Le second axe central de l'avant-crise est l'intervention par l'environnement. Cette observation m'a permis de tracer une première rupture avec la littérature en sciences sociales exposée dans le premier chapitre. J'ai démontré que les auteur.ices établissaient trop souvent de liens concrets et définitifs entre la gouvernance des institutions, d'un côté, et les individus, de l'autre, sans revenir sur ce qui matérialise l'influence du premier sur le second. Ils avancent alors que les individus sont responsabilisés et autonomisés en matière de santé, sans montrer comment. L'analyse du discours de l'INSPQ m'a permis de mettre en lumière l'importance de l'environnement comme point d'appui de la gouvernance, à partir duquel, donc, l'INSPQ conduit le « prendre soin » de soi. Les mesures sur l'environnement modifient l'environnement dans lequel les individus baignent, sans porter directement sur les individus. On propose, par exemple, d'adopter une politique de

fixation du prix par verre d'alcool standard, et d'ajuster le format des boissons, de manière à réduire les risques d'intoxication aiguë à l'alcool chez les jeunes (April *et al.*, 2018, p. 3). Les auteur.ices à l'INSPQ partent de la prémisse que l'individu est la victime d'un environnement risqué, qui lui est défavorable. Iels ne responsabilisent donc jamais l'individu. Toutefois, en matière de promotion de la santé et de prévention des maladies, la responsabilisation et l'autonomisation paraissent comme des résultats souhaités. En effet, les deux types de gouvernance ont pour objectif de réduire les risques, en amont. Elles sont donc des incitations indirectes à suivre des consignes de santé publique et prétendent ainsi développer des réflexes responsables de la part des individus. En somme, la conduite du « prendre soin » de soi par l'environnement aspire concrètement à transformer l'environnement risqué, et pas l'individu. Néanmoins, la promotion et la prévention, outils de la gouvernance par l'environnement, incitent indirectement à une responsabilisation et autonomisation citoyenne, tout en passant sous silence celles et ceux qui souffrent d'un manque d'autonomie, comme les personnes âgées en CHSLD pendant la pandémie.

Pendant la crise, le discours de l'INSPQ a été empreint d'urgence. Les publications étaient rédigées dans l'urgence, ce qui rendait les résultats incertains pour deux raisons : la nouveauté des enjeux sanitaires (l'émergence de variants qui possédaient leurs propres caractéristiques, par exemple) et le retrait de certains critères de validité scientifique (qui, autrement, ralentissaient le processus de résultat). Le format des publications a été altéré par l'urgence. De nouveaux types de publication sont apparus (recommandations intérimaires, document intérimaire, etc.) et l'organisation des articles s'est simplifiée (moins d'arguments, articles plus courts, etc.). Enfin, alors que les publications portant sur la Covid-19 pullulaient, ceux portant sur tout autre enjeu de santé ralentissaient, ce qui m'a amené à affirmer que les risques associés à la Covid-19 étaient priorisés pendant la pandémie.

La gouvernamentalité a également été affectée par l'urgence. Les mesures recommandées, qui constituent l'objet principal de la gouvernance, ont évolué en trois étapes : sur le plan de la forme, du nombre et de la précision. Avant la crise, la gouvernance reposait en majeure partie sur l'environnement, mais, pendant la crise, elle a privilégié des mesures restrictives et individualisées. Une nouveauté dans le discours a également imprégné la gouvernance : le contrôle par les biais cognitifs. Les auteur.ices s'appuyaient sur des compétences comportementales, comme le sentiment d'appartenance et la solidarité, ou encore sur le « retour à la vie normale », afin d'inciter

la population à respecter les consignes sanitaires. Enfin, l'autonomie et la responsabilité, les deux grandes capacités de l'individu contemporain (Rose, 1996, p. 151), d'après les *governmentality studies*, ont été à quelques endroits promues dans le discours de l'INSPQ, et à d'autres, invisibilisées ou reconceptualisées. La responsabilité, par exemple, s'est transformée. Moins célébrée comme capacité du.e citoyen.ne contemporain.e, elle a été reconceptualisée comme une tâche collective, vitale à la réussite des mesures sanitaires et à la santé de la population.

L'analyse du discours de l'INSPQ pendant la crise a fait émerger plusieurs concepts, lesquels complexifient la gouvernance du « prendre soin » de soi et révèlent des dynamiques sous-jacentes. L'analyse sociologique du savoir et de la vérité a révélé un rapport de domination entre la vérité experte et le savoir expérientiel. En ce sens, les données issues du savoir expérientiel, soit les données autorapportées, étaient systématiquement écartées dans le discours de l'INSPQ. Les symptômes, pour leur part, se situaient dans un flou entre la capacité à sentir son corps et la difficulté à s'autodiagnostiquer sans la vérité experte. Concernant la santé mentale, deux approches ont été mobilisées : la santé mentale, comme l'absence de troubles psychiques et la santé mentale comme état de bien-être. La première approche était utilisée lorsqu'elle était greffée à un enjeu de santé plus large, afin d'ajouter au risque initial, le risque de détériorer la santé mentale. La deuxième approche était utilisée pour promouvoir la santé mentale. Les interventions portant sur la santé mentale se distinguaient également de celles sur la santé physique. La gouvernance de la santé mentale était attribuée à soi, ou à une communauté, et reposait sur la participation active et sur l'autogestion. Tandis que la santé physique appelait à des mesures normatives et collectives de contrôle, imposées par des institutions, afin de protéger la santé biologique populationnelle. Enfin, un nouveau portrait de la normalité s'est introduit dans le discours de l'INSPQ. La normalisation de l'infection à la Covid-19, ainsi que son caractère parfois asymptomatique ont fait en sorte de rendre tout individu suspect et potentiellement dangereux : discréditable et parfois stigmatisé. La condition corporelle a ainsi été centrale dans les mécanismes de catégorisation sociale. Trois groupes ont finalement fait l'objet d'une gouvernance différente en raison du danger qu'ils représentaient : les conspirationnistes, les étrangers et les jeunes.

L'après-crise se distingue par la disparition des recommandations, un phénomène que j'explique selon deux théories : l'érosion de la confiance envers la santé publique et le besoin émergent de développer des preuves probantes afin de proposer des recommandations. J'ai ensuite profité de

l'après-crise pour revisiter certains thèmes abordés dans les chapitres précédents et évaluer leur évolution dans le discours : la santé mentale, la vulnérabilité, les mesures sur l'environnement et sur les individus, et les travailleur.ses de la santé. Pour ce qui est de la santé mentale, elle a bénéficié d'une plus grande importance dans le discours. Elle est mentionnée plus fréquemment, et les données autorapportées sont désormais reconnues comme des sources légitimes dans son intervention. La vulnérabilité, étudiée également avant la crise, est une caractéristique qui est associée à certaines populations dont le degré de risque face à un enjeu de santé est plus élevé que la moyenne. Elle impliquait donc, avant, pendant et après la crise, une gouvernance plus soutenue et apparaissait comme un facteur de légitimité aux interventions recommandées. L'après-crise est également caractérisée par un « retour » à la gouvernance structurelle qui s'appuie sur l'environnement. Les mesures de type agentique, qui s'appuient sur l'individu et qui ont fait surface pendant la crise, sont encore partiellement présentes, mais beaucoup moins soutenues. Enfin, la gestion des milieux de soin représentait un cas marginal, tant pendant qu'après la crise. En raison de la proximité des travailleur.ses de la santé avec le virus et les populations vulnérables, ces milieux ont fait, et continuent de faire, l'objet de mesures sanitaires restrictives.

En résumé, le « prendre soin » de soi n'est pas une notion figée dans le discours de l'INSPQ. Il s'agit d'un objet complexe et pluriel, qui se construit, et se gouverne, différemment selon plusieurs facteurs : le contexte dans lequel il s'inscrit (dans l'urgence, dans les milieux de soin), le type de santé auquel il correspond (santé physique, santé mentale), le savoir mobilisé (vérité experte, savoir expérientiel), les populations concernées (les populations vulnérables, les conspirationnistes, les étranger.ères), les moyens utilisés pour le contrôler (par l'environnement, par les biais cognitifs, par des mesures sanitaires restrictives et agentiques), ou encore par des principes sous-jacents qui le régissent (responsabilisation individuelle ou collective, autonomisation). Pour comprendre l'évolution du « prendre soin » de soi dans le discours de l'INSPQ, il est essentiel de considérer ces multiples éléments.

La plus grande limite de mon travail réside certainement dans le pouvoir de gouvernance accordé à l'INSPQ, ainsi que dans le manque de prise en compte des réactions des individus face à celui-ci. D'une part, j'ai montré que les expert.es en santé publique à l'INSPQ conduisaient plutôt « indirectement » les conduites, car l'Institut reçoit les demandes du ministre de la Santé et des Services sociaux, et c'est ce dernier qui a le dernier mot sur l'application des mesures. D'autre part,

j'ai aussi expliqué que la gouvernementalité intégrait la résistance dans le cheminement du pouvoir de conduite. Cependant, j'ai peu abordé cette résistance dans mon travail, à l'exception du savoir expérientiel, qui réagit en quelque sorte à l'imposition du savoir scientifique, et des conspirationnistes, groupe conceptuel qui s'est érigé en réaction aux mesures rigoureuses de santé publique. Ce faisant, mon analyse de la gouvernementalité reste, en pratique, limitée. Interroger la population et les expert.es à l'INSPQ aurait permis d'enrichir et de nuancer davantage le portrait de la gouvernance du « prendre soin » de soi pendant la crise de la Covid-19.

## RÉFÉRENCES

- Abrutyn, Seth. (2024). Disintegration in the Age of COVID-19: Biological Contamination, Social Danger, and the Search for Solidarity. *American Behavioral Scientist*, 68(6), 740-759.
- Agence de la santé publique du Canada. *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé : Une conférence internationale pour la promotion de la santé*. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/sante-population/charte-ottawa-promotion-sante-conference-internationale-promotion-sante.html>
- Arruabarrena, Béa. (2022). Gouverner par la communication comportementale en temps de crise. Dans Laurent Cappelletti, Pascale Heurtel et Stéphane Lefebvre (dir.), *Crise de la connaissance et connaissance de la crise* (p. 266-278). EMS Editions.
- Ayo, Nike. (2012). Understanding health promotion in a neoliberal climate and the making of health conscious citizens. *Critical Public Health*, 22(1), 99-105. <https://doi.org/10.1080/09581596.2010.520692>
- Baillargeon, Stéphane. (2020, 18 juillet). *En «guerre» contre la COVID? Le Devoir*. <https://www.ledevoir.com/culture/582658/covidiomes-en-guerre-contre-la-covid>
- Beck, Ulrich. (2008). *La société du risque: sur la voie d'une autre modernité* (Laure Bernardi, trad.). Flammarion.
- Becker, Howard S. (2020). Le double sens de « outsider ». Dans *Outsiders : Étude de la sociologie de la déviance* (Jean-Pierre Briand et Jean-Michel Chapoulie, trad., p. 25-42). Métailié.
- Beynon-Jones, Siân, Grabham, Emily et Hendrie, Nadine. (2023). 'The rules are all over the place': Mass Observation, time, and law in the COVID-19 pandemic. *Journal of Law and Society*, 50(3), 369-391. <https://doi.org/10.1111/jols.12446>
- Block, Ellen et Vindrola-Padros, Cecilia. (2021). Making Do. Covid-19 and the improvisation of care in the UK and US. Dans Lenore Manderson, Nancy J. Burke et Ayo Wahlberg (dir.), *Viral Loads. Anthropologies of urgency in the time of Covid-19* (p. 303-323). UCL Press.
- Bombak, Andrea, Wong, Angie, Balcom, Sarah et Parker, Barbara. (2023). Risky Others: Covid-19 Reconstitutions of Risk, Governance, and Stigmatization of Bodies. *Studies in Social Justice*, 17(3), 495-514. <https://doi.org/10.26522/ssj.v17i3.4030>
- Boursier, Valentina, Gioia, Francesca, Musetti, Alessandro et Schimmenti, Adriano. (2023). COVID-19-related fears, stress and depression in adolescents: The role of loneliness and relational closeness to online friends. *Journal of human behavior in the social environment*, 33(2), 296-318.
- Bracken, Michael B. (2013). Risk. Dans *Risk, Chance, and Causation* (p. 35-50). Yale University Press. <https://www.jstor.org/stable/j.ctt32bxq3.7>

- Brandt, Allan M. (2007). *The cigarette century: the rise, fall, and deadly persistence of the product that defined America*. Basic Books.  
<https://hdl.handle.net/2027/heb06648.0001.001>
- Briggs, Charles L. (2024). *Incommunicable: Toward Communicative Justice in Health and Medicine*. Duke University Press. <https://doi.org/10.1515/9781478059240>
- Brown, B. J. et Baker, Sally. (2012). Individualism, neoliberalism and the imperatives of personal governance. Dans *Responsible Citizens: Individuals, Health and Policy under Neoliberalism* (1<sup>re</sup> éd.). Anthem Press. <https://doi.org/10.7135/UPO9780857289131>
- Brown, Wendy. (2003). Neo-liberalism and the End of Liberal Democracy. *John Hopkins University Press*, 7(1).
- Brown, Wendy. (2004). Néo-libéralisme et fin de la démocratie. *Vacarme*, 29(4), 86-93.  
<https://doi.org/10.3917/vaca.029.0086>
- Brown, Wendy, Chatterjee, Partha, Rose, Nikolas, Tazzioli, Martina et Walters, William. (2023). Governmentality: a conversation with Wendy Brown, Partha Chatterjee and Nikolas Rose. Dans William Walters et Martina Tazzioli (dir.), *Handbook on Governmentality* (p. 113-135). Edward Elgar Publishing. <https://doi.org/10.4337/9781839108662.00014>
- Bureau-Point, Eve et Hermann-Mesfen, Judith. (2014). Les patients contemporains face à la démocratie sanitaire: Introduction au dossier. *Anthropologie et Santé*, (8), 1-18.  
<https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.1342>
- Burrows, Roger, Nettleton, Sarah et Bunton, Robin. (1995). Sociology and health promotion. Dans Robin Bunton, Sarah Nettleton et Roger Burrows (dir.), *The sociology of health promotion: critical analyses of consumption, lifestyle and risk* (p. 1-9). Routledge.
- Caduff, Carlo. (2015). Casualties of Contagion. Dans *The Pandemic Perhaps* (1<sup>re</sup> éd., p. 82-103). University of California Press. <https://www.jstor.org/stable/10.1525/j.ctv1wxr7v.8>
- Caduff, Carlo. (2020). What Went Wrong: Corona and the World after the Full Stop. *Medical Anthropology Quarterly*, 34(4), 467-487. <https://doi.org/10.1111/maq.12599>
- Callard, Felicity et Perego, Elisa. (2021). How and why patients made Long Covid. *Social Science & Medicine* (1982), 268, 1-5. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113426>
- Capurro, Gabriela, Jardine, Cynthia G., Tustin, Jordan et Driedger, Michelle. (2022). Moral panic about “covidiot” in Canadian newspaper coverage of COVID-19. *PLoS ONE*, 17(1), 1-15. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0261942>
- Carpenter, Sara et Mojab, Shahrzad. (2017). Youth, Policy, and Research. Dans Sara Carpenter et Shahrzad Mojab (dir.), *Youth as/in Crisis* (p. 1-9). Sense Publishers.  
[https://doi.org/10.1007/978-94-6351-098-1\\_1](https://doi.org/10.1007/978-94-6351-098-1_1)

- CBC. (2022, 12 décembre). Montreal region could see spike in COVID-19 hospitalizations over holidays, INSPQ says. *CBC News*. <https://www.cbc.ca/news/canada/montreal/montreal-inspq-hospitalizations-1.6683266>
- Cercleron, Fabrice. (2023). Regard de soignant, regard de citoyen à propos de la pandémie Covid-19. *Kinésithérapie, la Revue*, 23(253), 46-52. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2022.10.007>
- Chartron, Ghislaine. (2022). Covid-19 et science ouverte, premiers reculs. Dans Laurent Cappelletti, Pascale Heurtel et Stéphane Lefebvre (dir.), *Crise de la connaissance et connaissance de la crise* (p. 289-305). EMS Editions.
- Chávez, Karma R. (2018). The Necropolitical Functions of Biocitizenship: The Sixth International AIDS Conference and the U.S. Ban on HIV-Positive Immigrants. Dans Kelly E. Happe, Jenell M. Johnson et Marina Levina (dir.), *Biocitizenship: the politics of bodies, governance, and power* (p. 117-132). New York University Press.
- Conrad, Peter. (2007). *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. Johns Hopkins University Press.
- Contandriopoulos, André-Pierre. (2008). La réforme du système de santé : un enjeu de société. *Santé, Société et Solidarité*, 7(2), 31-40. <https://doi.org/10.3406/oss.2008.1284>
- Dardot, Pierre et Laval, Christian. (2010). *La nouvelle raison du monde: essai sur la société néolibérale*. la Découverte.
- Desautels, Katrine. (2024, 28 août). *La perte de confiance envers la Santé publique soulève des inquiétudes*. Le Devoir. <https://www.ledevoir.com/societe/sante/818866/perde-confiance-envers-sante-publique-souleve-inquietudes>
- Desrosiers, Georges. (1984). Histoire de la santé publique au Québec.pdf. *Canadian Journal of Public Health*, 359-363.
- Dias, Bárbara L. C. V. et Deluchey, Jean-François Y. (2020). The “Total Continuous War” and the COVID-19 Pandemic: Neoliberal Governmentality, Disposable Bodies and Protected Lives. *Law, Culture and the Humanities*, 1-18. <https://doi.org/10.1177/1743872120973157>
- Ehrenreich, Barbara et English, Deirdre. (2018). *Sorcières, sages-femmes et infirmières: une histoire des femmes et de la médecine*. Les éditions du remue-ménage.
- Fassin, Didier. (1996). *L'espace politique de la santé: essai de généalogie*. Presses universitaires de France.
- Fassin, Didier. (2007). La biopolitique n'est pas une politique de la vie. Dans Marcelo Otero (dir.), *Michel Foucault: sociologue ?* (p. 35-48). Presses de l'Université de Montréal.

- Fassin, Didier. (2008). *Faire de la santé publique*. Presses de IEHESP.  
<https://doi.org/10.3917/ehesp.fass.2008.01>
- Fassin, Didier. (2021). *Les mondes de la santé publique \_ Excursions anthropologiques (Cours au collège de France 2020-2021)*. Éditions du Seuil.
- Fassin, Didier. Sciences sociales par temps de crise - Didier Fassin. Collège de France.  
[https://youtu.be/ulpCDnZqnZI?si=TJ-X1XRzIRJ6bOr\\_](https://youtu.be/ulpCDnZqnZI?si=TJ-X1XRzIRJ6bOr_) 3 avril 2023.
- Fassin, Didier et Memmi, Dominique. (2004). Le gouvernement de la vie, mode d'emploi. Dans Didier Fassin et Dominique Memmi (dir.), *Le gouvernement des corps* (p. 9-33). Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales.  
<https://doi.org/10.4000/books.editionsehess.1482>
- Fatsis, Lambros et Lamb, Melayna. (2022). Introduction. Dans *Policing the pandemic : How public health becomes public order* (p. 1-8). Bristol University Press.
- Fleischer, Julia. (2013). Time and Crisis. *Public Management Review*, 15(3), 313-329.  
<https://doi.org/10.1080/14719037.2013.769852>
- Fontanet, Arnaud. (2019). L'épidémiologie ou la science de l'estimation du risque en santé publique : Leçon inaugurale prononcée au Collège de France le jeudi 31 janvier 2019. Dans *L'épidémiologie ou la science de l'estimation du risque en santé publique : Leçon inaugurale prononcée le jeudi 31 janvier 2019*. Collège de France.  
<https://doi.org/10.4000/books.cdf.8273>
- Foucault, Michel. (1976). *La volonté de savoir*. Gallimard.
- Foucault, Michel. (1984). *Histoire de la sexualité. 3: Le souci de soi*. Gallimard.
- Foucault, Michel. (2001). *Dits et écrits, II. 1976-1988*. Gallimard.
- Foucault, Michel. (2004a). *Naissance de la biopolitique*. Éditions du Seuil.
- Foucault, Michel. (2004b). *Sécurité, territoire et population*. Gallimard.
- Foucault, Michel. (2012). *Du gouvernement des vivants*. Éditions du Seuil.
- Foucault, Michel. (2014a). *Histoire de la sexualité. 3: Le souci de soi*. Gallimard.
- Foucault, Michel. (2014b). *Subjectivité et vérité: cours au Collège de France, 1980-1981*. EHESS Gallimard Seuil.
- Foucault, Michel. (2014c). *Surveiller et punir*. Gallimard.
- Gagnon, France, Bergeron, Pierre et Fortin, Jean-Paul. (1999). Le champ contemporain de la santé publique. Dans Bégin Clermont, Pierre Bergeron, Pierre-Gerlier Forest et Vincent Lemieux (dir.), *Le système de santé québécois. Un modèle en transformation* (p. 229-258). Presses de l'Université de Montréal.

- Gerbet, Thomas. (2022, 30 septembre). Dans l'ombre, la firme McKinsey était au cœur de la gestion de la pandémie au Québec. *Radio-Canada Info*. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1920666/mckinsey-quebec-covid-legault-gestion-pandemie>
- Ghahfarokhi, Amir Hosein Shahroukh, Ghosn, Batoul, Surkan, Pamela J., Akhondzadeh, Shahin et Azadbakht, Leila. (2024). The association between the dietary behavior, diet quality, and lifestyle scores with anthropometric indices and happiness levels among university students. *BMC Nutrition*, 10(1), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s40795-024-00917-y>
- Gilligan, Carol. (1993). *In a different voice: psychological theory and women's development*. Harvard University Press.
- Girard-Bossé, Alice. (2021, 30 septembre). Étude menée au Québec: Une excellente efficacité vaccinale, selon l'INSPQ. *La Presse*, COVID-19. <https://www.lapresse.ca/actualites/covid-19/2021-09-30/etude-menee-au-quebec/une-excellente-efficacite-vaccinale-selon-l-inspq.php>
- Goffman, Erving. (1975). *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*. Les Éditions de Minuit.
- Got, Claude. (2016). Le risque. Dans François Bourdillon, Gilles Brückner et Didier Tabuteau (dir.), *Traité de santé publique* (p. 19-25). Lavoisier.
- Gouvernement du Québec. (2025). *Gestes pour limiter la transmission des maladies respiratoires infectieuses*. Gouvernement du Québec. <https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/prevention-des-accidents-des-lesions-et-des-maladies/gestes-limiter-transmission-maladies-respiratoires-infectieuses>
- Greco, Monica. (2017). Pragmatics of explanation: Creative accountability in the care of 'medically unexplained symptoms'. *The Sociological Review*, 65(2\_suppl), 110-129. <https://doi.org/10.1177/0081176917710425>
- Gros, Frédéric. (2014). Situation du cours. Dans *Subjectivité et vérité : cours au Collège de France, 1980-1981*. EHESS Gallimard Seuil.
- Gros, Frédéric. (2017). *Michel Foucault*. Presses Universitaires de France.
- Gugushvili, Alexi et Mckee, Martin. (2022). The COVID-19 pandemic and war. *Scandinavian Journal of Public Health*, 50(1), 16-18. <https://doi.org/10.1177/1403494821993732>
- Henschke, Adam. (2023). The Dynamics of Public Health Ethics: Covid-19 and Surveillance as *Justifiable but Abnormal*. Dans Kevin Macnish et Adam Henschke (dir.), *The Ethics of Surveillance in Times of Emergency* (1<sup>re</sup> éd., p. 150-166). Oxford University Press Oxford. <https://doi.org/10.1093/oso/9780192864918.003.0010>
- Horney, Jennifer A. (2023). *COVID-19, Frontline Responders and Mental Health: A Playbook for Delivering Resilient Public Health Systems Post-Pandemic*. Emerald Publishing Limited. <https://doi.org/10.1108/978-1-80262-115-020231001>

- INSPQ. (2022, 5 octobre). *Ligne du temps COVID-19 au Québec*. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/covid-19/donnees/ligne-du-temps>
- INSPQ. (2024a). *Qui sommes-nous? | INSPQ*. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/institut/qui-sommes-nous>
- INSPQ. (2024b). *Typologie des produits et services* [Guide en soutien aux équipes]. Institut national de santé publique du Québec.
- INSPQ. (2025, 10 janvier). *Qui sommes-nous? | INSPQ*. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/institut/qui-sommes-nous>
- Jeanpierre, Laurent. (2007). Une sociologie foucaldienne du néolibéralisme est-elle possible ? Dans Marcelo Otero (dir.), *Michel Foucault : sociologue ?* (vol. 38, p. 87-111). Presses de l'Université de Montréal.
- Katz, Amy S., Hardy, Billie-Jo, Firestone, Michelle, Lofters, Aisha et Morton-Ninomiya, Melody E. (2020). Vagueness, power and public health: use of 'vulnerable' in public health literature. *Critical Public Health*, 30(5), 601-611. <https://doi.org/10.1080/09581596.2019.1656800>
- Keck, Frédéric. (2013). L'OMS et ses sentinelles. De la grippe pandémique à la grippe aviaire: Commentaire. *Sciences sociales et santé*, 31(4), 65. <https://doi.org/10.3917/sss.314.0065>
- Keck, Frédéric. (2016). Biopolitique des sentinelles. *Le moment du vivant*. Presses Universitaires de France. <https://www.cairn.info/le-moment-du-vivant--9782130592631-page-311.htm>
- Kerr, John, Panagopoulos, Costas et Van Der Linden, Sander. (2021). Political polarization on COVID-19 pandemic response in the United States. *Personality and Individual Differences*, 179, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.110892>
- Kirlin, John. (2020). COVID-19 Upends Pandemic Plan. *The American Review of Public Administration*, 50(6-7), 467-479. <https://doi.org/10.1177/0275074020941668>
- Lacoursière, Ariane, Touzin, Caroline et Bilodeau, Émilie. (2021, 27 janvier). Les victimes du délestage: Des soins reportés, des vies écourtées. *La Presse*, COVID-19. <https://www.lapresse.ca/actualites/covid-19/2021-01-27/les-victimes-du-delestage/des-soins-reportes-des-vies-ecourtees.php>
- Lajeunesse, Alizée, Liv, Annie, Dussault-Desrochers, Lauréanne et Gomez Garcia, Sara Isabel. (2022). La construction sociale du soin au Québec révélée par la pandémie : quatre réflexions critiques et anthropologiques sur les inégalités, les vulnérabilités et les souffrances multidimensionnelles exacerbées par la COVID-19. *Frontières*, 33(1), 1089345ar. <https://doi.org/10.7202/1089345ar>
- Lalonde, Marc. (1974a). *A New Perspective on the Health of Canadians : A Working Document* (Government of Canada). <https://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>

- Lalonde, Marc. (1974b). *Nouvelle perspective de la santé des canadiens : Un document de travail* (Gouvernement du Canada). <https://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-fra.pdf>
- Lamy, Jérôme. (2014). Les sources libérales de la biopolitique. *Cahiers d'histoire. Revue d'histoire critique*, (123), 57-72. <https://doi.org/10.4000/chrhc.3509>
- Larose-Hébert, Katharine, Jacob, Jean-Daniel, Métras, Alexandre et del Barrio, Lourdes Rodriguez. (2020). Un Portrait Du Dispositif Construisant L'expérience Des Personnes Psychiatisées. Dans Katharine Larose-Hébert (dir.), *Le silence sur nos maux* (1<sup>re</sup> éd., p. 7-44). Presses de l'Université du Québec. <https://doi.org/10.2307/j.ctvvb7m2k.9>
- Lascoumes, Pierre. (2002). Construction sociale des risques et contrôle du vivant. Dans Marie-Odile Carrère, Dominique Thouvenin, Bernard David, François Eisinger, André Lienhart et Yves Matillon (dir.), *Soigner sans risques?* (1<sup>re</sup> éd). Presses universitaires de France.
- Liebezeit, Daniel, Bratzke, Lisa, Boltz, Marie, Purvis, Suzanne et King, Barbara. (2019). Getting Back to Normal: A Grounded Theory Study of Function in Post-hospitalized Older Adults. *The Gerontologist*, 60(4), 704-714. <https://doi.org/10.1093/geront/gnz057>
- Lorenzini, Daniele. (2023). Foucault, governmentality, and the techniques of the self. Dans William Walters et Martina Tazzioli (dir.), *Handbook on Governmentality* (p. 22-37). Edward Elgar Publishing. <https://doi.org/10.4337/9781839108662.00008>
- Lynteris, Christos et Poleykett, Branwyn. (2018). The Anthropology of Epidemic Control: Technologies and Materialities. *Medical Anthropology*, 37(6), 433-441. <https://doi.org/10.1080/01459740.2018.1484740>
- Mackenbach, Johan P. (2020). *A History of Population Health: Rise and Fall of Disease in Europe*. BRILL. <https://doi.org/10.1163/9789004429130>
- Malterud, Kirsti, Dirk Siersma, Volkert et Dorrit Guassora, Ann. (2016). Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power. *Qualitative Health Research*, 26(13), 1753-1760.
- Martuccelli, Danilo. (2004). Figures de la domination: *Revue française de sociologie*, Vol. 45(3), 469-497. <https://doi.org/10.3917/rfs.453.0469>
- McMakin, Deborah, Ballin, Amy et Fullerton, Diana. (2023). Secondary trauma, burnout, and teacher self-care during COVID19: A mixed-methods case study. *Psychology in the Schools*, 60(5), 1442-1458.
- Miller, Seumas et Smith, Marcus. (2023). Combating Covid-19: Surveillance, Autonomy, and Collective Responsibility. Dans Kevin Macnish et Adam Henschke (dir.), *The Ethics of Surveillance in Times of Emergency* (1<sup>re</sup> éd., p. 47-59). Oxford University PressOxford. <https://doi.org/10.1093/oso/9780192864918.003.0004>
- Morelle, Aquilino et Tabuteau, Didier. (2023). *La Santé publique* (vol. 4e éd.). Presses Universitaires de France.

- Morin, David, Bédard, Sylvain, Carignan, Marie-Ève et Daxhelet, Marie-Laure. (2024). L'adhésion à la pensée conspirationniste dans le contexte de la pandémie de COVID-19 au Québec. *Politique et Sociétés*, 43(3), 13-40. <https://doi.org/10.7202/1111454ar>
- Morrison, Howard. (2013, 16 décembre). *Épidémiologie*. l'Encyclopédie Canadienne. <https://www.thecanadianencyclopedia.ca/fr/article/epidemiologie>
- Nettleton, Sarah. (1997). Governing the risky self: how to become healthy, wealthy and wise. Dans Robin Bunton et Alan Petersen (dir.), *Foucault, Health and Medicine* (p. 231-246). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203005347-23>
- Nettleton, Sarah et Bunton, Robin. (1995). Sociological critiques of health promotion. Dans Robin Bunton, Sarah Nettleton et Roger Burrows (dir.), *The sociology of health promotion: critical analyses of consumption, lifestyle and risk* (p. 41-58). Routledge.
- Noël-Hureaux, Elisabeth. (2015). Le care : un concept professionnel aux limites humaines ? *Recherche en soins infirmiers*, 122(3), 7-17. <https://doi.org/10.3917/rsi.122.0007>
- OMS. (2020, 27 avril). *COVID-19 – Chronologie de l'action de l'OMS*. <https://www.who.int/fr/news/item/27-04-2020-who-timeline---covid-19>
- OMS. (2022, 17 juin). *Santé mentale : renforcer notre action*. Organisation mondiale de la Santé. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- OMS. (2023, 31 juillet). *Tabac*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
- ONU Info. (2020, 19 mars). *Covid-19 : face à une crise sans précédent, le chef de l'ONU appelle à affronter ensemble un ennemi commun*. L'actualité mondiale : Un regard humain. <https://news.un.org/fr/story/2020/03/1064482>
- Otero, Marcelo. (1999). *Du psychanalysme à l'impératif de l'adaptation: un nouveau mode de régulation des conduites des sujets. Une analyse de trois revues québécoises de psychologie de 1977 à 1997* [Université de Montréal].
- Otero, Marcelo. (2021). *Foucault sociologue. Critique de la raison impure*. Presses de l'Université du Québec.
- Péloquin, Tristan. (2020, 24 octobre). Sondage CROP: Une personne sur cinq adhère à des thèses complotistes. *La Presse*, COVID-19. <https://www.lapresse.ca/actualites/covid-19/2020-10-24/sondage-crop/une-personne-sur-cinq-adhere-a-des-theses-complotistes.php>
- Peretti-Watel, Patrick et Moatti, Jean-Paul. (2009). *Le principe de prévention: le culte de la santé et ses dérives*. Seuil.
- Perrot, Adeline. (2019). Une infantilisation inévitable ? : La réversibilité de l'âge chez les jeunes exilés en France. *Genèses*, n° 114(1), 75-95. <https://doi.org/10.3917/gen.114.0075>

- Petersen, Alan. (1997). Risk, governance and the new public health. Dans Alan Petersen et Robin Bunton (dir.), *Foucault, Health and Medicine*. Routledge.
- Petersen, Alan et Pienaar, Kiran. (2024). Competing realities, uncertain diagnoses of infectious disease: Mass self-testing for COVID-19 and liminal bio-citizenship. *Sociology of Health & Illness*, 46(S1), 242-260. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.13694>
- Petryna, Adriana. (2003). *Life exposed: biological citizens after chernobyl*. Princeton University Press.
- Poliquin, Hélène. (2021). Significations et représentations du prendre soin de soi à la confluence de l'intersubjectivité, des techniques de soi et de la gouvernementalité des vivants. *Aporia*, 13(1), 69-77. <https://doi.org/10.18192/aporia.v13i1.5291>
- Radio-Canada. (2021, 4 août). L'INSPQ recommande de revenir à la règle des deux mètres au travail. *Radio-Canada*, Zone Santé. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1814052/distanciation-sociale-sante-publique-covid-deux-metres>
- Radio-Canada. (2022, 27 janvier). Le deux tiers des non-vaccinés adhèrent à une certaine vision complotiste, selon une étude. *Radio-Canada*. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1857656/complot-covid-vaccin-universite-sherbrooke>
- Rail, Geneviève. (2016). La violence de l'impératif du bien-être. Bio-Autres, missions de sauvetage et justice sociale: *Staps*, (112), 83-99. <https://doi.org/10.3917/sta.hs01.0083>
- Revue Canadienne de Santé Publique. (1996). Le caractère unique de la santé publique. *Canadian Public Health Association*, 87(1), 133-136.
- Rey, Lynda. (2022). L'organisation mondiale de la santé et l'irruption de la crise. Dans Robert Bernier, Stéphane Paquin et François Audet (dir.), *Gouverner en temps de pandémie: L'État québécois face à la crise* (1<sup>re</sup> éd.). Presses de l'Université du Québec. <https://doi.org/10.2307/j.ctv2ks6wfv>
- Rosa, Hartmut. (2013). *Social acceleration: a new theory of modernity*. Columbia University Press.
- Rose, Nikolas. (1996). Governing enterprising individuals. Dans *Inventing our Selves: Psychology, Power, and Personhood* (1<sup>re</sup> éd., p. 150-168). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511752179>
- Rose, Nikolas et Novas, Carlos. (2007). Biological Citizenship. Dans Aihwa Ong et Stephen J. Collier (dir.), *Global Assemblages* (1<sup>re</sup> éd., p. 439-463). Wiley. <https://doi.org/10.1002/9780470696569.ch23>
- Rose, Nikolas S. (2007). *Politics of life itself: biomedicine, power, and subjectivity in the twenty-first century*. Princeton University Press.

- Roy, Srila. (2023). Feminist politics and neoliberal governmentality: from co-option to counter-conduct. Dans William Walters et Martina Tazzioli (dir.), *Handbook on Governmentality* (p. 353-368). Edward Elgar Publishing. <https://doi.org/10.4337/9781839108662.00031>
- Salin, Pascal. (2000). *Libéralisme*. Odile Jacob. <https://shs.cairn.info/liberalisme--9782738108098-page-9>
- San Marco, Jean-Louis. (2016). 7. Promotion de la santé et prévention des maladies. Dans François Bourdillon, Gilles Brücker et Didier Tabuteau, *Traité de santé publique* (p. 43-53). Lavoisier. <https://doi.org/10.3917/lav.bourd.2016.01.0068>
- Sebring, Jennifer C. H. (2021). Towards a sociological understanding of medical gaslighting in western health care. *Sociology of Health & Illness*, 43(9), 1951-1964. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.13367>
- Shachar, Ayelet et Mahmood, Aaqib. (2021). Der Körper als Grenze: Eine neue ÄraThe Body as the Border: A New Era. *Historical Social Research*, 46, 124-150. <https://doi.org/10.12759/HSR.46.2021.3.124-150>
- Shah, Nayan. (2018). Feeding Hunger-Stricking Prisoners : Biopolitics and Impossible Citizenship. Dans Kelly E. Happe, Jenell M. Johnson et Marina Levina (dir.), *Biocitizenship: the politics of bodies, governance, and power* (p. 155-177). New York University Press.
- Sorell, Tom. (2023). Pandemic Population Surveillance: Privacy and Life-Saving. Dans Kevin Macnish et Adam Henschke (dir.), *The Ethics of Surveillance in Times of Emergency* (1<sup>re</sup> éd., p. 15-29). Oxford University PressOxford. <https://doi.org/10.1093/oso/9780192864918.003.0002>
- Soulet, Marc-Henry. (2022). Vulnérabilité et prévention : de quelques enjeux sociologiques. Dans Maryse Bonnefoy, Marie-Christine Colombo, Cécile Garrigues et Pierre Suesser (dir.), *Quelle prévention universelle et ajustée à la vulnérabilité ?* (p. 15-28). Éditions Érès.
- Spence, Naomi J., Russell, David, Bouldin, Erin D., Tumminello, Christa M. et Schwartz, Tatum. (2023). Getting back to normal? Identity and role disruptions among adults with Long COVID. *Sociology of Health & Illness*, 45(4), 914-934. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.13628>
- Stiegler, Barbara. (2021). *De la démocratie en pandémie: santé, recherche, éducation*. Gallimard.
- Stiegler, Barbara et Alla, François. (2022). *Santé publique année zéro*. Gallimard.
- Stilinovic, Milica, Swaleh, Zain et Lumby, Catharine. (2024). The ‘crazies’ are panicking. Dans Morena Tartari, Cosimo Marco Scarcelli et Cyrus Rinaldi (dir.), *Folk Devils and Moral Panics in the COVID-19 Pandemic* (1<sup>re</sup> éd., p. 32-47). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003453222-4>

- Suckert, Lisa. (2022). Eine Neuordnung der Zeit? Zum Verhältnis von Zeitlichkeit, Kapitalismus und Staat im Zeichen der Pandemie. *Berliner Journal für Soziologie*, 32(1), 123-152. <https://doi.org/10.1007/s11609-022-00466-w>
- Tabuteau, Didier. (2012). Santé et politique en France: *Recherche en soins infirmiers*, N° 109(2), 6-15. <https://doi.org/10.3917/rsi.109.0006>
- Tanti-Hardouin, Nicolas. (2013). *La Liberté au risque de la santé publique*. Les Belles Lettres.
- Tsing, Anna Lowenhaupt. (2017). *Le champignon de la fin du monde: sur la possibilité de vivre dans les ruines du capitalisme* (Philippe Pignarre, trad.). les Empêcheurs de penser en rond-la Découverte.
- Villet, Richard, Dégos, Laurent, Rouëssé, Jacques, Huriet, Claude, Triboulet, Jean Pierre, André, Aurengo, Daniel, Couturier, Laurent, Degos, Claude, Huriet, Daniel, Jaeck, Luc, Montagnier, Bernard, Nordlinger, Henri, Rochefort, Jacques, Rouëssé, Pierre, Triboulet Jean, Éric, Vivier, Jean-Claude, Beani, Jean-Yves, Blay, Hugues, Duffau, ... Hélène, Sancho-Garnier. (2018). Retour à la vie « normale » après traitement d'un cancer. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 202(3-4), 521-535. [https://doi.org/10.1016/S0001-4079\(19\)30299-7](https://doi.org/10.1016/S0001-4079(19)30299-7)
- Wainwright, David. (2008). *A Sociology of Health*. SAGE Publications Ltd. <https://doi.org/10.4135/9781446213575>
- Westerhof, Gerben J. et Keyes, Corey L. M. (2010). Mental Illness and Mental Health: The Two Continua Model Across the Lifespan. *Journal of Adult Development*, 17(2), 110-119. <https://doi.org/10.1007/s10804-009-9082-y>

## BIBLIOGRAPHIE DU CORPUS

### Habitudes de vie, Avant

- April, Nicole, Paradis, Catherine, Maurice, Aurélie, Niquette, Manon, Cyr, Claude et Morin, Réal. (2018, 13 mars). *Intoxications aiguës à l'alcool et boissons sucrées alcoolisées* [Avis scientifique]. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2360>
- Bergeron, Pascale et Tremblay, Michèle. (2018, 29 juin). *Interventions et mesures pour favoriser le renoncement au tabac chez les populations défavorisées sur le plan socioéconomique* [Synthèse des connaissances]. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2420>
- Blais, Étienne et Maurice, Pierre. (2010, 16 février). *Réduction de la limite d'alcool permise dans le sang pour la conduite d'un véhicule automobile* [Avis scientifique]. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/1054>
- Blais, Étienne et Sergerie, Diane. (2018, 14 mai). *Antidémarrreur éthylométrique et conduite avec les facultés affaiblies: efficacité des programmes et recommandations pour en maximiser l'impact* [Avis scientifique]. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2394>
- Blouin, Chantal. (2014, 11 mars). *L'impact économique de l'obésité et de l'embonpoint* [Document synthèse et résumé]. Institut National de Santé Publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/1786>
- Burigusa, Guillaume, Lavoie, Michel, Maurice, Pierre, Hamel, Denis et Duranceau, Alexandra. (2011, 5 juillet). *Sécurité des élèves du primaire lors des déplacements à pied et à vélo entre la maison et l'école au Québec*. [Avis scientifique]. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/1243>
- Chapados, Maude, Montreuil, Annie, Gagnon, François, Morin, Réal, Dubé, Pierre-André., Levasseur, Marie-Eve et Poirier, Alain. (2019, 13 février). *Projet de loi 2: Loi resserrant l'encadrement du cannabis* [Mémoires]. Institut National de Santé Publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2503>
- Comité d'éthique de santé publique. (2019, 17 juillet). *Avis sur le Plan national de surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants - Volet: Activité physique* [Avis éthique]. Institut National de Santé Publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2547X>
- Cortin, Valérie, Dionne, Marc et Laplante, Lise. (2016, 14 mars). *La gestion des risques en santé publique au Québec: Cadre de référence* [Cadre de référence]. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2106>

- Dubé, Pierre-André., Gagné, Dominique, Légaré, Gilles, Maurice, Pierre, Panneton, Anne-Claire, Gagné, Mathieu, Bouchard, Louise Marie et Chartrand, Élise. (2016, 10 mai). *Prévention des intoxications volontaires par médicaments accessibles sans ordonnance: avis* [Avis scientifique]. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2117>
- Gervais, Catherine. (2011, 7 novembre). *L'influence des politiques agroalimentaires à caractère économique sur l'alimentation et le poids: avis scientifique* [Avis scientifique]. Institut national de santé publique Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/1343>
- Hamel, Denis, Nolin, Bertrand et Tremblay, Benoit. (2019, 30 mai). *Étude des blessures subies au cours de la pratique d'activités récréatives et sportives au Québec en 2015-2016* [Rapport de recherche, d'étude ou d'analyse]. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2525>
- Lalonde, Monique, Heneman, Bernard et Laguë, Johanne. (2004, 13 décembre). *La prévention du tabagisme chez les jeunes*. [Avis scientifique]. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/324>
- Légaré, Gilles. (2003, 15 janvier). *Trottinettes et traumatismes, un problème à surveiller* [Rapport de recherche, d'étude ou d'analyse]. Institut National de Santé Publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/132>
- Papineau, Élisabeth. (2010, 9 février). *Enjeux de santé publique reliés à l'étatisation des jeux d'argent sur Internet* [Avis scientifique]. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/1055>
- Roberge, Marie-Claude et Déplanche, Florence. (2017, 14 août). *Synthèse des connaissances sur les champs d'action pertinents en promotion de la santé mentale chez les jeunes adultes (2283)* [Synthèse des connaissances]. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2283>
- Tremblay, Michèle et Poirier, Hélène. (2012, 11 janvier). *Le tabagisme, un fléau de santé publique des professionnels de la santé engagés* [Avis d'expert]. Institut National de Santé Publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/1387>

#### Habitudes de vie, Pendant

- Bergeron, Amélie et Durette, Gabrielle. (2021, 15 décembre). *L'alimentation d'adultes québécois et canadiens en contexte de pandémie de COVID-19* [Synthèse des connaissances]. Institut National de Santé Publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3180-alimentation-adultes-contexte-pandemie-covid19>
- Bergeron, Caroline D., April, Nicole et Morin, Réal. (2020a, 24 septembre). *Mesure de prévention - La consommation d'alcool chez les personnes âgées au Québec (2682)* [Synthèse des connaissances]. Institut national de santé publique Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2682>

- Burigusa, Guillaume, Gauthier, Annie, Maheu, Cinthia, Pigeon, Étienne et Robitaille, Éric. (2020, 27 octobre). *Mesures pour soutenir la pratique d'activités physiques en contexte de pandémie COVID-19* (3070) [Document intérimaire]. Institut National de Santé Publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3070-pratique-activite-physique-covid19>
- Burigusa, Guillaume et Maurice, Pierre. (2021, 17 mars). *Projet de règlement modifiant le Règlement sur la sécurité des piscines résidentielles* [Mémoires]. Institut National de Santé Publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2737>
- Comité en promotion et prévention. (2020a, 1<sup>er</sup> juin). *COVID-19 : la résilience et la cohésion sociale des communautés pour favoriser la santé mentale et le bien-être* (3016) [Document intérimaire]. Institut National de Santé Publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3016-resilience-cohesion-sociale-sante-mentale-covid19>
- Comité en promotion et prévention. (2020b, 10 juillet). *Covid-19 : Utilisation sécuritaire des parcs et espaces verts urbains en contexte de déconfinement graduel* (3042) [Synthèse rapide des connaissances]. Institut national de santé publique Québec. <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3043-utilisation-parcs-espaces-verts-covid19.pdf>
- Comité sur l'immunisation du Québec. (2021b, 7 janvier). *Fin de la campagne de vaccination contre l'influenza pour la saison 2020-21* (3096) [Avis d'expert]. Institut National de Santé Publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3096-fin-campagne-vaccination-influenza>
- Durette, Gabrielle, Gonzalez-Sicilia, Daniela, Lemétayer, Fanny, Paquette, Marie-Claude et Pigeon, Étienne. (2021, 10 mai). *Habitudes de vie, qualité du sommeil et préoccupation à l'égard du poids en contexte de COVID-19 : portrait de la situation et pistes d'action* [Rapport rapide d'analyse]. Institut National de Santé Publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3133-habitudes-vie-sommeil-poids-covid19>
- Galarneau, Chantal et Gagnon, Sylvie. (2022, 16 août). *Prévention et traitement de la carie dentaire chez les enfants de 0 à 4 ans en contexte de santé publique : analyse de l'efficacité de quatre pratiques cliniques* (2990) [Synthèse rapide des connaissances]. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2990>
- Leclair, Véronique, Bergeron, Caroline D., April, Nicole et Morin, Réal. (2020, 24 septembre). *Limites de consommation d'alcool à faible risque recommandées - La consommation d'alcool chez les personnes aînes au Québec* (2681) [Synthèse des connaissances]. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2681>
- O'Neil, Sébastien et Tremblay, Michèle. (2020, 1<sup>er</sup> septembre). *Les interventions de renoncement au tabac chez les fumeurs présentant des troubles mentaux ou des troubles liés à l'utilisation de substances* (2689) [Synthèse des connaissances]. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2689>

St-Louis, Ariane. (2022, 30 mai). *Des lieux pour vieillir en bonne sante* (2864) [Cadre de référence]. Institut National de Santé Publique du Québec.  
<https://www.inspq.qc.ca/publications/2864>

#### Covid-19, Pendant

Anctil, Geneviève et Massicotte, Josée. (2021, 26 décembre). *SRAS-CoV-2 : Avis du CINQ sur la protection respiratoire des travailleurs de la santé dans les milieux de soins* (2189) [Avis scientifique intérimaire]. Institut National de Santé Publique du Québec.  
<https://www.inspq.qc.ca/publications/3189-protection-respiratoire-travailleurs-milieux-soins-covid>

Bergeron, Odile, Côté, Karina, Gamache, Léa, Gauthier, Annie, Lévesque, Julie, Poitras, Dave, Boivin, Maxime et St-Pierre, Julie. (2020b, 1<sup>er</sup> décembre). *COVID-19 : Stratégies de communication pour soutenir la promotion et le maintien des comportements désirés dans le contexte de la pandémie* (3026) [Synthèse rapide des connaissances]. Institut National de Santé Publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3026-strategies-communication-promotion-comportements-covid19>

Bolduc, Louis-Simon, Ponce, Gabriela et Poulin, Patrick. (2021, 8 septembre). *COVID-19 : Atténuation des risques de transmission dans les transports collectifs* (3159) [Rapport rapide d'analyse]. Institut National de Santé Publique du Québec.  
<https://www.inspq.qc.ca/publications/3159-attenuation-risque-transmission-transports-collectifs>

Brousseau, Nicholas, Kiely, Marilou, Gilca, Vladimir, Guay, Maryse, De Serres, Gaston, Sauvageau, Chantal, Gilca, Rodica et De Wals, Philippe. (2020, 8 mai). *Les activités de vaccination en période de pandémie de COVID-2019 - Version 2.0 du 6 mai 2020* [Avis scientifique]. Institut National de Santé Publique du Québec.  
<https://www.inspq.qc.ca/publications/avis-ciq-covid-2019-2020-166>

Caron, Stéphane, Denis, Geoffroy et Villeneuve, Jasmin. (2020, 28 juillet). *COVID-19 : Mesures de prévention en milieu de travail : recommandations intérimaires* (2911) [Document intérimaire]. Institut National de Santé Publique du Québec.  
<https://www.inspq.qc.ca/publications/2911-mesures-milieu-travail-covid19>

Comité Covid-19 en santé environnementale. (2021, 14 juin). *COVID 19 : Nettoyage et désinfection de surfaces* (3054) [Synthèse rapide des connaissances]. Institut National de Santé Publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3054-nettoyage-desinfection-surfaces-covid19>

Comité d'éthique de santé publique. (2021, 1<sup>er</sup> avril). *Avis sur les passeports immunitaires* [Avis éthique]. Institut National de Santé Publique du Québec.  
<https://www.inspq.qc.ca/publications/3123-avis-passeport-immunitaire-covid19>

Comité sur les infections nosocomiales du Québec. (2020, 21 septembre). *Regard du CINQ sur la : Revue systématique de la littérature scientifique avec méta-analyse sur l'efficacité des méthodes barrière pour protéger contre la COVID-19 dans les environnements de travail*

- et personnels* (3059) [Avis d'expert]. Institut National de Santé Publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3059-regard-cinq-meta-analyse-efficacite-methodes-barrieres-covid19>
- Comité sur les mesures populationnelles. (2020, 22 mai). *COVID-19 : Mesures sanitaires recommandées pour la population générale* (30) [Document intérimaire]. Institut National de Santé Publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3008-mesures-sanitaires-population-generale-covid19>
- Comité sur les mesures populationnelles (Covid-19). (2020, 27 avril). *Immunité de groupe et retour des enfants à l'école et à la garderie* (2983) [Document intérimaire]. Institut National de Santé Publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2983-immunite-groupe-covid19>
- Comité sur l'immunisation du Québec. (2021a, 7 avril). *Avis préliminaire sur les groupes prioritaires pour la vaccination contre la covid-19 au Québec* [Avis scientifique intérimaire]. Institut National de Santé Publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3085-groupes-prioritaires-vaccination-covid>
- De Wals, Philippe, Gilca, Rodica, De Serres, Gaston, Brousseau, Nicholas, Quach-Thanh, Caroline et Guay, Maryse. (2022, 24 mars). *Stratégie vaccinale contre la COVID-19 à préconiser au Québec en 2022 et pertinence d'une 2e dose de rappel pour certains groupes vulnérables* (3207) [Avis scientifique intérimaire]. Institut National de Santé Publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3207-2e-dose-rappel-covid>
- Dionne, Maude, Dubé, Ève et Pelletier, Catherine. (2021, 23 juillet). *COVID-19 – Pandémie et mesures préventives* (3150) [Rapport rapide d'analyse]. Institut National de Santé Publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3150-pandemie-mesures-preventives>
- Dionne, Maude, Dubé, Ève, Rochette, Louis, Tessier, Mélanie et Anassour-Laouan Sidi, Elhadji. (2022, 17 janvier). *COVID-19 – Pandémie et travail en 2021* (3195) [Rapport rapide d'analyse]. Institut National de Santé Publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3195-pandemie-travail>
- Gagné, Dominique, Bergeron, Odile, Côté, Karina et Racicot, Justine. (2021, 12 juillet). *Mesures à mettre en place pour favoriser le sentiment de sécurité en contexte de pandémie de COVID-19 et de déconfinement partiel* (3147) [Synthèse rapide des connaissances]. Institut National de Santé Publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3147-sentiment-securite-pandemie-et-deconfinement-covid19>
- Gagnon, Dominique, Dubé, Ève et Pelletier, Catherine. (2022, 10 février). *Aperçu des conversations en ligne durant la pandémie de la COVID-19 de mars à décembre 2020: veille médiatique* [Veille scientifique]. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3198-aperçu-conversation-en-ligne-covid-19>

- Gagnon, Dominique, Dubé, Ève et Pelletier, Catherine. (2023a, 4 juillet). *Aperçu des conversations en ligne durant la pandémie de la COVID-19 en 2021* [Rapport de recherche, d'étude ou d'analyse]. Institut National de Santé Publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3345>
- Gagnon, Dominique, Dubé, Ève et Pelletier, Catherine. (2023b, 4 juillet). *Infodémie et vaccination contre la COVID-19 au Québec — Aperçu des conversations en ligne de mars à octobre 2022* (3346) [Rapport d'évaluation]. Institut National de Santé Publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3346-vaccination-conversations-en-ligne-mars-octobre-2022>
- Gamache, Léa, Lessard, Stéphanie, Gauthier, Annie et Boivin, Maxime. (2021, 11 janvier). *Les interventions pour optimiser l'adoption de nouveaux comportements chez les jeunes en contexte de pandémie de COVID-19 : synthèse rapide de connaissances* (3101) [Synthèse rapide des connaissances]. Institut National de Santé Publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3101-interventions-adoptions-comportements-jeunes-covid19>
- Groupe de travail SAT-COVID-19. (2020, 27 octobre). *Travailleurs étrangers temporaires exemptés de la quarantaine fédérale* (3071) [Recommandations intérimaires]. Institut National de Santé Publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3071-travailleurs-etranagers-temporaires-quarantaine-covid19>
- Groupe de travail SAT-COVID-19. (2021, 19 septembre). *Garage de mécanique automobile - Mesures rehaussées* (2945) [Recommandations intérimaires]. Institut National de Santé Publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2945-garages-mecanique-covid19>
- Groupe de travail SAT-COVID-19. (2022a, 17 juin). *Hiérarchie des mesures de contrôle en milieu de travail* (3022) [Recommandations intérimaires]. Institut National de Santé Publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3022-hierarchie-mesures-controle-milieus-travail-covid19>
- Groupe de travail SAT-COVID-19. (2022b, 19 juillet). *Recommandations générales pour les milieux de travail, hors milieux de soins - Mesures additionnelles* (3144) [Recommandations intérimaires]. Institut National de Santé Publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3144-recommandations-milieus-travail-palier-alerte-covid19>
- Groupe de travail SAT-COVID-19. (2022c, 25 février). *Travailleurs étrangers temporaires - Informations pratiques pour les employeurs* (3072) [Recommandations intérimaires]. Institut National de Santé Publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3072-travailleurs-etranagers-temporaires-employeurs-covid19>
- Huot, Caroline, Anctil, Geneviève, Blackburn, Manon, Deceuninck, Geneviève, Lévesque, Martine, Martin, Richard, Perron, Stéphane, Ripoché, Marion, Sauvageau, Chantal et Zhou, Zhou. (2022, 13 janvier). *COVID-19 : Transmission extérieure* (3187) [Rapport

- rapide d'analyse]. Institut National de Santé Publique du Québec.  
<https://www.inspq.qc.ca/publications/3187-transmission-exterieure>
- Huppé, Vicky et Huot, Caroline. (2021a, 7 mai). *COVID-19 : Eau potable* (3003) [Synthèse rapide des connaissances]. Institut National de Santé Publique du Québec.  
<https://www.inspq.qc.ca/publications/3003-eau-potable-qr-covid19>
- Huppé, Vicky et Huot, Caroline. (2021b, 27 mai). *COVID-19 : Lieux de baignade* (3004) [Synthèse rapide des connaissances]. Institut National de Santé Publique du Québec.  
<https://www.inspq.qc.ca/publications/3004-lieux-baignade-qr-covid19>
- Laberge, Caroline. (2021, 6 avril). *COVID-19 : Port du masque ou du couvre-visage lors de la pratique d'une activité physique d'intensité modérée à élevée* (3028) [Synthèse rapide des connaissances]. Institut National de Santé Publique du Québec.  
<https://www.inspq.qc.ca/publications/3128-masque-activite-physique>
- Mantoura, Pascale. (2022, 3 octobre). *Les rôles de la santé publique en matière de promotion de la santé mentale et du mieux-être mental des populations* [Rapport de recherche, d'étude ou d'analyse]. Institut National de Santé Publique du Québec.  
<https://www.inspq.qc.ca/publications/3239>
- Maurice, Pierre. (2020, 14 mai). *COVID-19 : Propositions quant à l'utilisation de cloisons à l'intérieur des voitures* (3001) [Document intérimaire]. Institut National de Santé Publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3001-utilisation-cloisons-voitures-covid19>
- Parisien, Natasha et Richard, Chantal. (2021, 8 janvier). *Position du Cinq sur le document Transmission du SRAS-CoV-2 : constats et proposition de terminologie* (3100) [Avis d'expert]. Institut National de Santé Publique du Québec.  
<https://www.inspq.qc.ca/publications/3100-position-cinq-transmission-sras-cov-2-constats-terminologie-covid19>
- Pelletier, Mariève, Carazo, Sara, Jauvin, Nathalie, Talbot, Denis, De Serres, Gaston et Vézina, Michel. (2021, 4 mai). *Étude sur la détresse psychologique des travailleurs de la santé atteints de la COVID-19 au Québec durant la deuxième vague pandémique* [Rapport de recherche, d'étude ou d'analyse]. Institut National de Santé Publique du Québec.  
<https://www.inspq.qc.ca/publications/3135-detresse-psychologique-travailleurs-sante-atteints-covid19>
- Perron, Stéphane, Caron, Stéphane, Pelletier, Mariève, Denis, Geoffroy, Lajoie, Élisabeth et Sassine, Marie-Pascale. (2022a, 9 février). *Covid-19 : Aide à la décision concernant le N95 pour les travailleurs hors milieux de soins* (3202) [Document intérimaire]. Institut National de Santé Publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3203-aide-decision-N95-travailleurs-hors-milieux-soins>
- Perron, Stéphane, Denis, Geoffroy, Caron, Stéphane, Pelletier, Mariève et Hudson, Patricia. (2022b, 7 janvier). *Travailleurs essentiels (hors milieux de soins) en isolement : considérations pour un retour au travail devancé dans un contexte de rupture de services*

- (3191) [Recommandations intérimaires]. Institut National de Santé Publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3191-travailleurs-essentiels-retour-devance-covid19>
- Potvin, Stéphanie et Leclerc, Jean-Marc. (2021, 9 juin). *COVID-19 : Utilisation des climatiseurs et des ventilateurs électriques lors des vagues de chaleur* (3034) [Synthèse rapide des connaissances]. Institut National de Santé Publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3034-climatiseurs-ventilateurs-milieux-scolaires-garde-camps-jour-covid19>
- Habitudes de vie, Après
- Bergeron, Amélie, Paquette, Marie-Claude et Lessard, Stéphanie. (2024, 5 juin). *Mesures visant à réduire la consommation de boissons sucrées et promouvoir la consommation d'eau : leurs effets potentiels sur les inégalités sociales de santé* (3343) [Synthèse des connaissances]. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3343>
- Chapados, Maude, Désy, Michel, Senay, Marie-Hélène, Gagnon, François et Gamache, Jean-Bernard. (2023, 24 octobre). *L'impact sanitaire des méfaits liés à l'usage d'opioïdes au Québec* (3411) [Mémoires]. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3411>
- Djennah, Soumia et Maheux Dubuc, Florence. (2023, 23 mai). *Stratégies de distribution des autotests du VIH : comment joindre les populations prioritaires?* (3218) [Revue rapide]. Institut national de santé publique Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3318>
- Ferguson, Yan et Lemétayer, Fanny. (2023, 24 novembre). *Analyse des recommandations en matière de réduction des risques sur la santé associés à l'utilisation des écrans en contexte scolaire* [Synthèse des connaissances]. Institut National de Santé Publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3425>
- Fournier, Catherine. (2024, 14 juin). *Jeunes, santé et écrans: soutien à l'action en contextes autochtones* (3485) [Document synthèse et résumé]. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3485>
- Fréchette, Marianne et Poitras, Dave. (2024, 15 juillet). *Les violences à caractère sexuel en contexte de consommation d'alcool : les effets de programmes de prévention en milieux collégiaux et universitaires* (3508) [Synthèse des connaissances]. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3508>
- Gamache, Léa, Laguë, Johanne, Marchand, Axelle, Montreuil, Annie, Paccalet, Thomas, Gamache, Jean-Bernard, Tremblay, Pierre-Yves, Chapados, Maude et Durocher, Élyse. (2023, 5 juin). *Pour un meilleur encadrement des produits de vapotage - Commentaires sur le Projet de règlement modifiant le Règlement d'application de la Loi concernant la lutte contre le tabagisme* [Mémoires]. Institut National de Santé Publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3338>

Laplante, Lise, Goulet, Joric et Bolduc, Louis-Simon. (2024, 30 juillet). *Gestion des risques liés aux urgences et aux sinistres chimiques au Québec : outil de prise en charge de la période critique* (3504) [Rapport de recherche, d'étude ou d'analyse]. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3504>

Maltais, Mathieu. (2023, 24 novembre). *Interventions environnementales favorables à l'adoption de saines habitudes alimentaires chez les personnes de 50 ans et plus vivant dans la communauté* [Synthèse rapide des connaissances]. Institut National de Santé Publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3421>

Paradis, Isabelle et Papineau, Élisabeth. (2024, 13 mars). *Accessibilité physique aux jeux de hasard et d'argent : influence sur la santé et les habitudes des joueurs* (3465) [Rapport de recherche, d'étude ou d'analyse]. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3465>

Pigeon, Étienne. (2023, 27 mars). *Réduire la sédentarité : une nouvelle cible d'action en promotion de la santé* (3287) [Document synthèse et résumé]. Institut National de Santé Publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3287>

#### Covid-19, Après

Bergeron, Odile. (2024, 22 février). *Effets de la pandémie de COVID 19 sur la santé et le mieux être des femmes Autochtones au Canada* (3430) [Synthèse rapide des connaissances]. Institut national de santé publique Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3430>

Bigras, Maude, Boulais, Annick, Richard, Chantal et Villeneuve, Jasmin. (2023, 16 mai). *SRAS-CoV-2 : Gestion des travailleurs de la santé en milieux de soins* (3141) [Recommandations intérimaires]. Institut National de Santé Publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3141-covid-19-gestion-travailleurs-sante-milieux-soins>

Bigras, Maude, Doggui, Radhouene, Geagea, Hany, Gourdeau, Marie, Longtin, Yves, Padet, Lauriane, Massicotte, Josée et Anctil, Geneviève. (2022, 19 décembre). *SRAS-CoV-2 : Assises scientifiques soutenant les recommandations sur les mesures de prévention et contrôle des infections* (3278) [Document synthèse et résumé]. Institut National de Santé Publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3278-assises-scientifiques-mesures-prevention-contrôle-infections-COVID-19>

Braën-Boucher, Caroline et Roberge, Marie-Claude. (2024, 11 janvier). *Santé mentale et troubles mentaux courants en contexte de pandémie de la COVID-19: état des lieux : synthèse des connaissances* (3438) [Synthèse des connaissances]. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3438>

Brousseau, Nicholas, Kiely, Marilou, Defay, Fannie et Carazo, Sara. (2024, 20 mars). *Vaccination contre la COVID-19 : recommandations pour le printemps 2024* (3471) [Avis scientifique intérimaire]. Institut national de santé publique Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3471>

- Brousseau, Nicholas et Rouleau, Isabelle. (2023, 9 novembre). *Simplification du calendrier de vaccination contre la COVID-19 pour les personnes non vaccinées* (3418) [Avis scientifique]. Institut National de Santé Publique du Québec.  
<https://www.inspq.qc.ca/publications/3418-simplification-calendrier-vaccination-COVID-19-non-vaccinees>
- De Serres, Gaston. (2023, 2 février). *Administration de doses de rappel du vaccin contre la COVID-19 : recommandations pour l'hiver et le printemps 2023* (3284) [Avis scientifique intérimaire]. Institut National de Santé Publique du Québec.  
<https://www.inspq.qc.ca/publications/3284-doses-rappel-vaccin-covid-19-hiver-printemps-2023>
- Desjardins, Fanny. (2024, 19 mars). *SRAS-CoV-2 : Mesures de prévention et contrôle des infections pour le nouveau-né exposé à la COVID-19 en milieu de soins* (3281) [Recommandations intérimaires]. Institut national de santé publique Québec.  
<https://www.inspq.qc.ca/publications/3281-prevention-controle-infections-nouveau-ne-milieu-soins-COVID-19>
- Richard, Chantal. (2023a, 18 décembre). *SRAS-CoV-2 : Port universel du masque et autres mesures sanitaires en milieux de soins en fonction de l'évolution de la pandémie et du contexte épidémiologique* (3308) [Avis scientifique intérimaire]. Institut National de Santé Publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3308-port-universel-masque-autres-mesures-sanitaires-milieux-soins>
- Richard, Chantal. (2023b, 16 mai). *SRAS-CoV-2 : Principes généraux de prévention et contrôle des infections en période de circulation du SRAS-CoV-2* (3279) [Recommandations intérimaires]. Institut National de Santé Publique du Québec.  
<https://www.inspq.qc.ca/publications/3279-principes-generaux-prevention-controle-infections-sras-COVID-19>