

Comment faire de la santé publique avec des mots Une rhétorique à l'œuvre

Article
original

Didier Fassin

Ecole des Hautes-études en Sciences sociales. Université Paris 13

Résumé :

La santé publique est souvent présentée comme une idéologie totalisante du contrôle social ou comme l'utopie irréalisée d'une cité saine. C'est qu'on la juge sur les discours plutôt que sur les faits, sans toutefois en saisir la réalité rhétorique. Or, aussi loin que l'on remonte dans l'histoire de la santé publique, on ne peut qu'être frappé par la permanence et la rémanence d'un questionnement sur sa définition, d'une affirmation d'un territoire sans limites et d'une construction narrative de sa propre histoire. La promotion de la santé apparaît ainsi comme le dernier d'une succession d'avatars où l'invocation d'une radicale nouveauté apparaît paradoxalement comme un éternel retour de la rhétorique. Que la santé publique ne soit pas tout entière dans ses déclarations, mais qu'elle se manifeste aussi dans ses actions, nul ne songerait à le nier. Mais on ne saurait pour autant s'exempter d'une étude des mots qui lui tiennent parfois lieu d'actes.

Mots clefs : Santé publique, promotion de la santé, histoire de la santé, rhétorique.

Introduction

Suivant en cela la voie ouverte par Michel Foucault autour du « bio-pouvoir » (1976) puis de la « gouvernementalité » (1994), la critique de la santé publique s'est principalement engagée sur le terrain de la mise en cause du contrôle social qu'elle exercerait sur les corps et sur les conduites. A l'horizon historique de ce procès, le célèbre et monumental ouvrage de Johannes Peter Frank, publié entre 1779 et 1790 sous l'intitulé *System einer vollständigen medicinischen Polizey*. Ainsi formulée par le professeur viennois, la « police médicale » apparaît comme une technologie à la fois bienveillante et totalitaire inscrivant au plus profond des individus l'ordre moral des sociétés modernes.

L'avènement de la nouvelle discipline, au XIX^e siècle, semble d'ailleurs marquer le triomphe d'un dispositif politique dont le Prospectus du premier numéro des *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, en 1829, fait une véritable « science du gouvernement » intervenant sur les désordres sociaux bien au-delà du seul domaine de la maladie. De ce processus, l'aboutissement serait ainsi, au XX^e siècle, « le rêve pan-sanitaire » dénoncé par Ivan Illich (1975) et « l'idéologie de la santé » condamnée par Petr Skrabanek (1995). Comment ne pas voir alors dans une « nouvelle santé publique » (Ashton et Seymour 1988) se réclamant du mot d'ordre de la « promotion de la santé » (Kickbusch 1986) le dernier avatar de cette entreprise d'imposition d'une « nouvelle moralité »,

pour reprendre les termes d'Alan Petersen et Deborah Lupton (1996)? L'empire de la santé s'étendrait ainsi inéluctablement sous couvert du discours néo-hygiéniste.

Une telle inquiétude, pour respectable qu'elle soit, ne laisse toutefois pas de surprendre. Mesuré à l'aune des problèmes qui se posent aux sociétés dans ce domaine, le pouvoir sanitaire paraît en effet si modeste. Le cas français est, à cet égard, exemplaire (Dab, 1993; Setbon, 1993, Ramsey, 1994; Morelle, 1996). Si l'on se tourne du côté des *institutions*, la santé publique apparaît comme le parent pauvre de l'action publique: secrétariat d'Etat sous tutelle d'un grand ministère et peu prisé des hauts fonctionnaires, délégation municipale de second ordre et aux moyens réduits là où elle existe, département académique relégué loin derrière les spécialités cliniques dans les hiérarchies du monde hospitalo-universitaire. Si l'on se penche plutôt sur les *réalisations*, la santé publique semble marquée par le double sceau de la modestie et de l'inefficacité: l'affaire dite du sang contaminé a servi d'illustration paradigmatique de cette faiblesse constitutionnelle; mais c'est la plupart des actions, tant au niveau national que local, que l'on pourrait relire à la lumière de cette expérience traumatisante. De cette réalité assez éloignée de la représentation que l'on s'en fait généralement, j'ai proposé de rendre compte, à partir d'une série d'enquêtes menées dans l'espace local des villes françaises (Fassin, 1998). À la lumière de ces expériences, on peut être tenté, en adaptant un concept de sociologie des organisations, de parler plutôt de *gouvernementalité limitée* (Fassin, 2000a). Mais si la situation est telle, d'où vient alors que la santé publique ait pu être considérée et le soit encore volontiers, comme une « idéologie envahissante et totalisante » (Aïach, 1994) ou comme une « utopie contrariée » (Murard et Zylberman 1996)? Pourquoi, en somme, lui faire le crédit d'une menace ou d'un idéal dont on ne retrouve guère, dès lors que l'on étudie les faits que les discours recouvrent, la traduction?

Ce décalage tient à ce que l'on a toujours sous-estimé la dimension rhétorique de la santé publique. Du moins est-ce la thèse que j'avance ici. Si l'on est parfois pris de vertige lorsque l'on confronte ce que la santé publique dit et fait, on aurait tort de voir comme un défaut de jeunesse

ou un accident de parcours l'écart qui existe entre l'immensité des ambitions et la discrétion des accomplissements, entre l'exigence des normes et le laxisme des agents. Bien au contraire: la santé publique est dans cet écart. La prendre au pied de la lettre de ses déclarations d'intention, soit pour dénoncer son empire (thèse de l'idéologie), soit pour vilipender ses carences (thèse de l'utopie), c'est manquer le fait qu'elle se constitue précisément en se mettant en discours et se déploie concrètement à travers des arrangements. On peut dire ainsi que la santé publique s'élabore toujours *entre rhétorique et pragmatique* (Fassin, 2000b). Or, si l'on commence à disposer d'un ensemble de travaux décrivant la seconde de ces dimensions¹, en revanche, la première demeure peu explorée. C'est à engager cette exploration que je voudrais m'employer ici. À prendre au sérieux la santé publique comme « pratique discursive », au sens où l'entend Michel Foucault (1989) dans son Cours au Collège de France de 1970-1971: « Les pratiques discursives, écrit-il, se caractérisent par la découpe d'un champ d'observation, par la définition d'une perspective légitime pour le sujet de connaissance, par la fixation de normes pour l'élaboration des concepts et des théories... Elles prennent corps dans des ensembles techniques, dans des institutions, dans des schémas de comportement, dans des types de transmission et de diffusion, dans des formes pédagogiques qui à la fois les imposent et les maintiennent ». Et il ajoute qu'elles « ne coïncident pas forcément avec ce que l'on a convenu d'appeler des sciences ou des disciplines, bien que leurs délimitations puissent être parfois provisoirement les mêmes ». Tel semble être le cas précisément pour la santé publique. Je me propose de le montrer en m'intéressant plus particulièrement à trois aspects cruciaux de ce travail de construction rhétorique: le problème de la définition, la question des limites et la mise en récit tout en m'appuyant sur une partie des textes qui jalonnent son histoire: articles, manuels, traités, manifestes.

Que l'on ne se méprenne pas sur le sens de mon propos. Je ne néglige pas les efforts de tous ces agents qui, depuis au moins deux siècles, tentent d'améliorer le sort de leurs concitoyens et même de l'humanité entière. Je prétends seulement éclairer, de manière évidemment partielle, une dimension occultée de leur activité

qui consiste à produire des énoncés sur ce qu'est ou devrait être la santé publique, production dont il n'existe guère d'équivalent dans le monde de la médecine, ni, en tout cas sous cette forme, dans les milieux de la politique. De même, je ne sous-estime pas les évolutions et les ruptures qui se produisent dans une histoire où les écrits cherchant à en rendre compte ne manquent pas. Je m'efforce seulement de révéler, au-delà des transformations de paradigmes itérativement annoncées, des permanences et des rémanences qui passent fréquemment inaperçues, tant les prescriptions sur le changement tendent à se substituer aux descriptions de ce qui change. Autrement dit, l'analyse cherche moins à faire la critique de la promotion de la santé en tant que projet ou même dans ses réalisations que de *l'inscrire dans un récit* dont on peut penser qu'il en dit aussi long sur ce qu'est la santé publique que ne le fait l'inventaire de ses actions.

Pour mieux comprendre la perspective que j'adopte, s'impose ici le parallèle avec celle que prend Michel Foucault (1976: 16-20) dans son histoire de la sexualité et qui sert de point de départ à sa théorie du bio-pouvoir. A l'hypothèse répressive communément admise, selon laquelle le sexe aurait été, plus particulièrement au cours des deux derniers siècles, dissimulé, dénié, interdit — pour le juriste —, refoulé — selon le psychanalyste —, le philosophe oppose l'insatiable discours à la fois sur le sexe et sur sa répression: «La question que je voudrais poser n'est pas: pourquoi sommes-nous réprimés, mais pourquoi disons-nous avec tant de passion, tant de rancœur contre notre passé le plus proche, contre notre présent et contre nous-mêmes, que nous sommes réprimés? Par quelle spirale en sommes-nous arrivés à affirmer que le sexe est nié, à montrer ostensiblement que nous le cachons, à dire que nous le taisons?». Dans le cas qui nous intéresse ici, il s'agit probablement moins d'une «volonté de savoir» que d'une volonté d'agir. La question n'en est pas moins semblable: pourquoi la santé publique ne peut-elle exister que dans cet incessant discours sur elle-même, que ce soit pour affirmer un programme toujours plus ambitieux ou pour dénoncer ses propres insuffisances? Formuler cette interrogation, c'est se garder de prendre la proie pour l'ombre ou, plus précisément, c'est mettre au cœur de l'analyse ce qui en est généralement le point aveugle:

la production de discours par la santé publique sur elle-même. C'est considérer ces discours non comme des bavardages, qu'ils semblent parfois, mais comme des faits méritant l'attention.

La santé publique est, pour beaucoup, dans ses états d'âme et, quelles que soient les intentions généreuses et novatrices de ses défenseurs, la promotion de la santé en est encore un signe. La Charte d'Ottawa, par laquelle elle se présente au monde en 1986, est un discours, tout comme l'était avant elle la Déclaration d'Alma Ata. Se voulant refondation des principes régissant l'ordre sanitaire, elle se paie littéralement de mots, au sens où elle vise moins un accomplissement de faits qu'une énonciation de principes dont la généralité et l'ambition rendent toute mise en œuvre secondaire par rapport à la grandeur des idéaux défendus. Ce qui permet aux auteurs de conclure: «Les participants de la conférence sont fermement convaincus que, si les gens de tous milieux, les organismes non gouvernementaux, les associations bénévoles, les gouvernements, l'Organisation mondiale de la santé et toutes les autres instances concernées s'unissent pour lancer des stratégies de promotion de la santé conformes aux valeurs morales et sociales inhérentes à cette Charte, la santé pour tous, d'ici l'an 2000, deviendra une réalité». On ne saurait mieux exprimer qu'il s'agit d'abord et avant tout d'une rhétorique: que la date annoncée soit aujourd'hui échu n'ajoute qu'une cruelle démonstration *a posteriori* à ce qui paraissait évident *a priori*, à savoir que la promotion de la santé demeure une affaire de mots que l'épreuve des faits ne remet pas en cause. Comment comprendre, sinon, que l'on puisse affirmer, par exemple, que «le grand principe directeur menant le monde, les régions, les nations et les communautés est le besoin d'encourager les soins mutuels, de veiller les uns sur les autres et sur notre milieu naturel» et que «cela exige l'accès illimité et permanent aux informations sur la santé, aux possibilités de santé et à l'aide financière», sauf à en faire «une promotion des idées» les plus consensuelles? Nul ne s'étonnera, dès lors, du succès de telles chartes, plébiscitées par les organismes internationaux autant que par les collectivités locales pour ce qu'elles témoignent à bon compte de la bienveillance des responsables sanitaires. Mais on aurait tort d'y voir une réalité inédite: l'histoire de la santé

publique est façonnée par une succession répétitive de ces déclarations d'intention. C'est à repérer dans les écrits de ses promoteurs ces itérations que je voudrais ici m'employer.

L'obsession de la définition

Qu'est-ce que la santé publique? La question n'est pas nouvelle. En 1928, elle faisait déjà l'objet d'un Symposium de l'Association américaine de santé publique²: «La définition de la santé publique n'est pas un simple problème de vocabulaire, écrivent les initiateurs de cette réflexion collective. Elle est fondamentale au plan conceptuel. La réponse n'est toutefois pas aussi simple que l'usage constant de ce terme pourrait le laisser supposer». En guise de réflexion préparatoire, quelques spécialistes éminents sont sollicités par courrier. L'un d'eux répond, excédé: «Votre lettre me demandant une définition de la santé publique m'a mis dans tous mes états. Je suis désolé de ne pouvoir vous répondre maintenant et, d'ailleurs, personne ne se soucierait de ma définition. Lorsque les chaleurs reviendront et que je pourrai réfléchir un peu plus librement, je vous ferai peut-être quelque chose». D'autres récusent le principe même de l'enquête, au nom des banalités et des évidences qu'elle ne peut pas manquer de produire: «Je suis systématiquement opposé aux définitions de quelque sorte que ce soit, sauf pour des mots simples, car les définitions limitent notre champ par des généralités dénuées de sens». On va jusqu'à mettre en garde les auteurs: «Les définitions sont des choses dangereuses. Je me souviens d'une sur la santé, formulée par une autorité. Elle disait à peu près ceci: La santé est une condition du corps qui peut seulement exister lorsque tous les organes du corps sont dans un état de bonne santé». Nonobstant ces avertissements, la plupart des professionnels interrogés se livrent avec zèle à l'exercice.

À la lecture des treize contributions «positives» de ce Symposium, on peut certes reconnaître avec l'éditeur qu'entre les diverses définitions, «les similitudes sont plus grandes que les différences». Mais on peut également relever des inflexions, des divergences, des dissonances même, qui ne sont pas moins révélatrices

d'enjeux réels que l'exercice académique révèle. Pour en rendre compte, partons de ce constat d'évidence, que l'éditeur donne comme la première raison de la difficulté à définir l'expression de santé publique: «Deux mots la composent». L'observation est moins triviale qu'il n'y paraît il semble donc opportun de prendre chacun des deux termes pour dévider le fil des définitions.

Le plus constant et le plus significatif des lieux communs à ces énoncés est l'affirmation que la santé publique se préoccupe de santé au moins autant que de maladie: plutôt qu'à prémunir contre les pathologies, elle sert à promouvoir le bien-être. Dans les mots d'un médecin du département de Santé publique de l'Etat du Tennessee: «La pratique de la santé publique est l'effort organisé pour éliminer la maladie, élever le niveau de santé et allonger la durée de vie. Son domaine d'activité ne concerne pas seulement les causes et les conditions de la maladie, mais également les causes et les conditions de la santé. Pour ce qui est des causes et des conditions de la maladie, cette activité est essentiellement préventive, alors qu'en ce qui concerne les causes et les conditions de la santé, elle doit être de nature productive». Plus radicalement, son collègue de l'Etat de New York ne parle que «de mesures adaptées et pratiques visant à la préservation de la vie et à l'amélioration de la santé physique et mentale», sans mentionner la maladie et ajoute que «la médecine curative ne doit pas être incluse dans les activités de santé publique», sauf, précise-t-il, en cas d'urgence ou lorsqu'il n'y a pas suffisamment de structures de soins. Il s'agit aussi de définir des limites.

Au-delà de la maladie, valeur négative, qu'il faut combattre et même éradiquer, c'est la santé, valeur positive, qu'il faut défendre — mieux encore: produire. Si la médecine traite les malades, la santé publique s'occupe aussi et surtout de l'homme sain. Ce qu'exprime avec emphase le directeur général de l'Association américaine de la Santé de l'enfant: «Quelqu'un a récemment défini l'hygiène comme suit: «L'hygiène vise à rendre la croissance plus parfaite, la vie plus forte, l'usure moins rapide, la mort plus lointaine». La santé publique embrasse la connaissance des sciences dont l'application à la vie et à l'environnement humains a pour objectif

d'influencer favorablement l'état de santé de la communauté dans son ensemble et qui fournissent les conditions optimales grâce auxquelles les buts de l'hygiène pourront atteindre un certain degré de réalisation»³. Il n'est plus question ici de maladie, mais de santé, de croissance, de vie, et si sont évoquées l'usure et la mort, c'est pour la première, en tant que processus physiologique qu'il faut ralentir et pour la seconde, en tant que réalité ontologique qu'il s'agit de retarder. Le pathologique a disparu.

Les bénéfices attendus de la santé publique sont toujours à la fois qualitatifs et quantitatifs. Il s'agit d'état de santé et d'espérance de vie. Il faut maintenir la santé mais aussi accroître les potentialités du corps, préserver la vie tout en allongeant sa durée. Ces bénéfices trouvent ainsi une double inscription temporelle : le présent, à travers le bien-être amélioré, et le futur, grâce à la longévité accrue. Selon un professeur de santé publique de l'Université de Yale : «La santé publique est ce qui développe et conserve la santé et allonge la vie au moyen d'activités de la communauté organisées pour assurer un assainissement de l'environnement, un contrôle des maladies transmissibles, le dépistage et la prévention des maladies et l'éducation du public aux principes d'une vie saine». Mais l'avenir est aussi porté aux générations suivantes par l'hérédité. Pour ce médecin du département de Santé publique de l'Université de l'Ohio : «La santé publique est la philosophie, l'art et la science de l'hygiène dans son acception la plus large appliquée aux groupes d'êtres humains. L'hygiène implique la production et le maintien du bien-être, l'accroissement des potentiels, la prévention des maladies et la perpétuation eugénique de la race». Il est le seul à évoquer ce thème. Le fait vaut d'être noté, tant l'eugénisme est partie intégrante de l'histoire de la santé publique.

Si la santé, quoique l'on ne s'interroge guère sur ce que signifie ce terme, est revendiquée par tous comme le bien que doit défendre la santé publique, en revanche, la détermination de la dimension publique semble plus hésitante⁴. L'adjectif indique en effet aussi bien le collectif s'opposant à l'individuel, que l'administratif se différenciant du libéral. La plupart des définitions mettent en avant le premier de ces deux

sens, avec toutefois, là encore, des inflexions significatives. Une infirmière surintendante de Boston se montre sur ce point didactique : «Si la définition de public est «ce qui appartient au peuple» ou «ce qui est pertinent pour une nation, un état ou une communauté», et si la santé est «une condition normale du corps et de l'esprit», alors la santé publique est le résultat des efforts pour atteindre et maintenir le maximum de santé pour chaque individu à travers l'effort de tous». C'est la société au service de chacune de ses parties.

La taille du collectif paraît toutefois plus qu'une question quantitative. Considérons les deux définitions suivantes. La première est donnée par un médecin de l'Université de Colombie britannique : «La santé publique est la science et l'art de la vie physique humaine à l'intérieur de groupes de personnes». La seconde est proposée par l'éditorialiste de la *Revue canadienne de santé publique* pour qui «la santé publique est l'hygiène et l'assainissement appliqués aux individus en masse (l'expression est en français)». Toute une différence existe entre, d'un côté, l'approche communautaire, fondée sur une intervention de proximité et, à cette époque, en plein essor aux Etats-Unis à travers notamment le mouvement des centres de santé, et de l'autre, la campagne de prévention menée à grande échelle, sur un modèle plus traditionnel illustré depuis plus d'un siècle par la vaccination⁵. Sans doute ne faut-il pas trop durcir le trait autour de ces distinctions de mots qui ne recouvrent pas nécessairement d'importantes différences de pratiques. Il n'en reste pas moins que la question de l'échelle de l'action de santé publique apparaît, dès ces premières définitions, comme un enjeu que tend à gommer l'éditeur lorsqu'il note simplement dans son «résumé» que les objectifs de la santé publique «se réalisent au niveau de l'individu et des groupes sociaux»⁶. Il ne fait d'ailleurs que s'approprier le consensus qui se dessine alors autour d'une intervention auprès des personnes pour agir efficacement sur la collectivité.

Mais ce sont parfois les dimensions réglementaire et institutionnelle que suggère le qualificatif public. Ainsi, pour le médecin inspecteur du département de santé de l'Etat de New York, «le champ de la santé publique comprend deux fonctions : premièrement, l'organisation et l'application par les responsables

sanitaires de la législation de la santé publique ; et deuxièmement, la promotion, par la coopération entre les agences officielles et non officielles, de mesures adaptées et pratiques de préservation de la vie». La collaboration des secteurs public et privé apparaît ainsi dans plusieurs définitions : dans ce pays libéral et fédéral, la santé publique ne saurait être une affaire d'Etat et, en ce début de siècle, le rôle des associations dans son développement demeure fondamental. Dans un sens plus général enfin, l'adjectif peut évoquer à la fois le droit de tous et la responsabilité de chacun, comme pour cet officier de santé du comté de Los Angeles qui voit dans la mise en oeuvre de la santé publique « non pas un acte de charité, mais l'accomplissement des obligations de la démocratie dans le cadre de la Constitution ». C'est sur le terrain de la philosophie morale et politique que l'on se trouve maintenant.

Une question demeure toutefois sans réponse claire : celle du statut de la santé publique. Est-elle une discipline scientifique ? Est-elle une pratique administrative ? Comme c'est le cas pour la médecine — et la plupart des auteurs sont d'ailleurs des médecins — on préfère ne pas trancher. Reprenant une formule utilisée dans plusieurs citations et sans paraître plus s'embarasser de doutes identitaires que de précautions épistémologiques, l'éditeur conclut ainsi la discussion : « La santé publique est à la fois une science et un art »⁷. L'affaire semble donc entendue.

Dans cette présentation des résultats de l'enquête de l'Association américaine de santé publique⁸, j'ai gardé pour la fin la très célèbre définition de Charles-Edward Amory Winslow, initialement publiée dans la revue *Science* en 1920, puis reprise dans le Symposium de 1928 et si souvent citée encore aujourd'hui dans les manuels de santé publique : « La santé publique est la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et de promouvoir la santé et l'efficacité physiques à travers les efforts coordonnés de la communauté pour l'assainissement de l'environnement, le contrôle des infections dans la population, l'éducation de l'individu aux principes de l'hygiène personnelle, l'organisation des services médicaux et infirmiers pour le diagnostic précoce et le traitement préventif des pathologies, le développement des dispositifs sociaux qui assureront à chacun un niveau

de vie adéquat pour le maintien de sa santé »⁹. On ne s'étonnera pas de rencontrer dans cette définition nombre d'éléments relevés de manière éparse dans les citations précédentes, tant son auteur a joué un rôle influent dans la diffusion des principes de ce qu'il appelait « la campagne de santé publique moderne ». On remarquera cependant que, si les formules sur les dimensions collective de l'hygiène publique et individuelle de l'hygiène privée ont fait florès dans l'enquête de l'Association américaine de santé publique, en revanche, on ne trouve quasiment nulle trace de la dernière proposition concernant la politique sociale. Peut-être l'échec des institutions américaines de santé publique dans leur tentative de mise en place aux États-Unis d'un système de protection sociale, auquel on pouvait peut-être encore croire au début des années vingt, mais qui se trouvait définitivement enterré à la fin de la décennie, est-il trop cuisant dans l'esprit des protagonistes (Duffy, 1992). L'omission n'en est pas moins significative.

Cette étude, réalisée en 1928 auprès de spécialistes tentant de répondre à la question : Qu'est-ce que la santé publique ? inaugure une longue tradition. Définir deviendra un exercice obligé pour tous ceux qui écriront par la suite sur la discipline. Quand bien même il s'en défendrait selon le classique procédé rhétorique du « cela va sans dire », aucun auteur de traité, préfacier de manuel, introducteur de numéro spécial de revue n'échappe à cette loi de la définition¹⁰. Non que les définitions diffèrent tellement. À comparer celles du Symposium et celles qui se sont multipliées depuis, on serait tenté de dire que tout y était — ou presque. La justification de cette obsession ne se situe alors pas dans des avancées significatives que l'Organisation mondiale de la santé, en 1973, ou l'Institut de médecine américain, en 1988, apporteraient à cette définition¹¹. En fait, comme le montrent les allers et retours entre le débat de l'Association américaine de santé publique et les ouvrages contemporains de cette discipline — entre le texte et les notes —, plutôt que des transformations profondes de la manière d'énoncer ce qu'est la santé publique, qui ne change guère, en fait, au cours du siècle écoulé, il faudrait distinguer trois phénomènes : des permanences dans les éléments structurants de la définition ; des inflexions dans le temps, souvent discontinues,

sur des éléments plus accessoires; des divergences à chaque époque entre des groupes sociaux et entre des cultures nationales.

Insister sur les permanences ne signifie pas nier le travail de l'histoire. Le temps de la santé publique n'est pas plus qu'un autre immobile. En effectuant ce bref détour historique, il s'agit plutôt de repérer un double régime de régularités sociologiques que met en évidence le Symposium de l'Association américaine de santé publique. D'une part, il exprime une série d'interrogations et de certitudes, de tensions et d'ambiguïtés que l'on retrouvera dans toute l'histoire ultérieure et qui porte sur ce que l'on peut appeler la question des limites: se définir, c'est, par rapport à des domaines connexes, affirmer un espace autonome. D'autre part, il manifeste une manière d'exister dans l'énonciation de ce que l'on est, dans la description et dans la prescription, dans la surenchère et dans la polémique. L'obsession de la définition est ainsi à la fois une épreuve identitaire à travers l'interrogation sur soi qu'elle appelle à chaque fois et une construction d'identité à partir de ces pratiques discursives qu'elle entretient.

De cette épreuve et cette construction, les hésitations sur la manière même de se désigner témoignent à l'envi. Nulle discipline, médicale ou non, ne peut porter à son actif une aussi longue liste de dénominations: si la santé est publique, elle peut aussi être collective, communautaire, familiale, de l'homme même; l'hygiène, on l'a vu, se décline en publique d'abord, mais également en privée, sociale, individuelle, constructive; sollicitée elle aussi, la médecine devient, selon les cas, politique, sociale, préventive, préservatrice et, bien sûr, publique; et puis il y a la police médicale ou encore sanitaire, et la salubrité publique; ceci est sans compter les multiples champs d'application de la santé et de l'hygiène — santé urbaine, hygiène mentale, santé scolaire, hygiène industrielle, etc. — ni les options politiques qui tendent rapidement pourtant à devenir candidates à des appellations officielles — soins de santé primaires, éducation pour la santé, promotion de la santé. La question de la désignation ne doit pas être traitée à la légère. Elle ne l'est d'ailleurs pas par les agents qui font

la santé publique. Que de pages, que de mots pour différencier les supposées spécialités, pour se désigner soi-même en se démarquant des autres, c'est-à-dire ceux d'avant ou ceux d'à-côté. La chose n'est pas facile et, dans la multiplication de distinctions subtiles dont les implications pratiques n'apparaissent pas à l'évidence, dans les contradictions entre des définitions d'un même terme et les similitudes dans les caractérisations d'expressions différentes, on a du mal à dépasser le niveau de la rhétorique. «Comment s'autoriser d'une science à cheval sur de grands mots qui n'avaient ni queue ni tête! C'étaient des rapiécages sans nombre, des nouveautés même, elles pullulaient. Mais de s'accorder sur leur signification, il n'était pas possible. Signe d'un embarras certain, on les eût plutôt dites parfaitement interchangeables», s'étonnent Lion Murard et Patrick Zylberman (1996: 70)¹². Ces distinctions, aujourd'hui encore, suscitent intérêt et débat.

La santé publique n'est pas la santé communautaire, expliquent Stéphane Tessier et ses collaborateurs (1996) qui les opposent terme à terme, la première étant « collective et administrative », la seconde étant plutôt « locale et participative ». Pourtant écrivait Jean Rochon (1976), l'un de ses grands promoteurs, « la santé communautaire, souvent confondue avec les termes santé publique, médecine préventive, désignerait une même réalité ». En Amérique latine, ni l'un ni l'autre de ces deux termes n'ont grâce aux yeux des tenants d'une approche critique qui, comme Jaime Breilh (1979), ne voient dans la médecine communautaire qu'une nouvelle police médicale au service du capitalisme et dans la santé publique qu'une administration étatique également liée au capital. Et si, au Québec, Benoît Gaumer (1995) soutient que l'expression santé publique a été « bannie du langage public depuis la révolution tranquille » et remplacée par « le concept de santé communautaire », faut reconnaître que c'est au contraire à sa légitimation que l'on a assisté en France, au cours des dernières années¹³. Dernier en date d'une longue série, le vocable de « promotion de la santé » appelle lui aussi ses jeux de définition dont la Charte d'Ottawa donne un aperçu d'autant plus remarquable que, tout en se voulant en rupture profonde avec le passé, il renoue avec des thèmes déjà éprouvés: la promotion

de la santé est « processus » mettant en avant un « concept positif » (contre les représentations négatives de la maladie) et « visant le bien-être » (plutôt que simplement les modes de vie sains).

Ne se cache-t-il pas, cependant, derrière ce ballet rhétorique une véritable question sémantique, qui permettrait alors de dégager des différenciations conceptuelles, voire sociologiques ? C'est ce que suggère Matthew Ramsey (1994) : « L'histoire sémantique des noms pour le champ de la santé publique, pour lequel il n'existe aucun label universellement accepté, demeure à écrire, mais les implications de ce vocabulaire changeant méritent d'être gardés à l'esprit ». Au-delà de la question des appellations, c'est en effet celle du domaine qu'elles sont censées désigner qui se trouve posée — et donc de ses contours.

Un territoire sans limites

Une discipline sans frontières. Ainsi la santé publique en vient-elle toujours à se penser. Pour peu qu'elle soit amenée à définir son domaine de prérogatives, c'est quasiment sans y mettre de bornes. D'ailleurs, le bien-être de l'humanité et ses déterminants, dès lors que l'on commence à penser sa mission en ces termes, peuvent-ils être parcimonieusement circonscrits¹⁴ ? Ce refus des limites n'est pas, on le devine, sans poser de problèmes, tant dans le rapport à soi que dans la relation aux autres.

Au commencement, tout semblait pourtant facile. Si l'on remonte à ce moment que les historiens considèrent généralement comme fondateur pour la santé publique européenne, l'épidémie de peste qui frappe en 1348 les villes de l'Italie du nord, les choses étaient alors simples¹⁵. Dans l'urgence, on crée un dispositif ad hoc pour faire face à la situation de crise et on le fait disparaître une fois le danger sanitaire écarté. A Venise, un comité de trois sages est constitué ; à Florence, des agents sont nommés ; à Milan, un fonctionnaire proche du souverain se trouve chargé du dossier. Il s'agissait avant tout de mettre en oeuvre rapidement des mesures de quarantaine des navires, d'isolement des malades, de cordons sanitaires autour des villes touchées par le fléau. Une affaire

d'ordre public en somme, traitée de manière administrative et policière tout à la fois. La médecine n'y est pas conviée. Tout au plus fait-on appel à une célébrité de la faculté pour apporter son expertise externe ou appointe-t-on un médecin légiste pour vérifier les causes de décès. Cette santé publique-là n'a pas d'état d'âme.

Un changement intervient lorsque les conseils de santé deviennent des structures permanentes. La récurrence des poussées épidémiques conduit en effet les grandes villes italiennes à se doter, à la fin du XV^e et au début du XVI^e siècles, d'un dispositif permettant non seulement de lutter contre le fléau, mais également de prendre, entre deux irruptions de la maladie, les mesures adéquates de prévention. La création d'une administration sanitaire stable, directement rattachée aux plus hautes instances du pouvoir, dont ses membres émanent d'ailleurs le plus souvent, exige la définition de nouvelles fonctions : d'une part, les agents désignés dans ces positions doivent justifier d'une activité, y compris en « période salubre », selon l'expression d'une ordonnance milanaise ; d'autre part, les missions qui leur sont confiées sont si vastes et si imprécises, puisqu'il s'agit de « préserver la ville de toute infection », comme on le lit dans un autre document officiel du grand-duché, qu'elles laissent la place aux interprétations les plus extensives. La culture néo-hippocratique de l'époque, avec son air corrompu et ses vapeurs pestilentielles, invite d'ailleurs à des actions d'envergure¹⁶. Erreur scientifique salutaire, pourrait-on dire en l'entendant au sens strict, tant cette idée fautive sur la transmission des infections va entraîner de mesures utiles en termes d'assainissement urbain. Car, sous couvert de prévention de l'épidémie, les conseils de santé vont s'immiscer dans tous les domaines de la vie publique et même, dans certains cas, privée. Leur contrôle s'exerce sur les denrées alimentaires sur les marchés, les réseaux d'évacuation des eaux, l'élimination des ordures, la propreté des rues, l'hygiène des maisons, l'hôtellerie, la prostitution, la mendicité et même... la communauté juive.

Dès lors, la situation se complique. Ces autorités sanitaires qui prétendent imposer une « police médicale » ne sont guère populaires¹⁷. Au point, d'ailleurs, que les règlements les instituant prévoient que les personnes

désignées à ces fonctions par les pouvoirs publics n'auront pas le droit de se dédire. Les tensions se manifestent avec le pouvoir ecclésiastique, à l'occasion de l'interdiction des rassemblements religieux pendant les poussées épidémiques. Les conflits éclatent surtout avec les commerçants que les taxes et les quarantaines pénalisent dans leurs échanges. Compte tenu des mesures draconiennes imposées aux villes touchées par la peste, chaque flambée épidémique s'accompagne d'une réduction de l'activité économique, notamment dans les manufactures textiles, et une augmentation du chômage qui affecte tout particulièrement les milieux populaires. Pour éviter — pas toujours avec succès — les émeutes, le pouvoir politique renforce son appareil répressif, tout en s'efforçant de contenir les problèmes d'emploi par l'ouverture de chantiers publics. L'ordre sanitaire ne peut régner qu'au prix d'un renforcement constant du rôle policier et économique de l'Etat. Mais surtout, la santé publique commence à apparaître en contradiction avec l'intérêt public. Mieux protégés de la peste peut-être, les citadins pauvres meurent maintenant de famine. À force de se prémunir contre la maladie, c'est la survie même de la population que l'on met en péril. Redoutable dilemme qui conduit certains fonctionnaires italiens à desserrer l'étau des cordons sanitaires autour des villes. Et qui, dès lors, pose plus largement la question des limites de l'intervention dans ce domaine.

Où doit s'arrêter l'empire de la santé publique? Jusqu'où peut-on aller au nom du bien-être tel qu'il est défini par les principes de l'hygiène? L'interrogation est récurrente dans l'histoire. Plus exactement, c'est la société qui, de manière réitérée, la pose à ses spécialistes de santé publique, car ces derniers ont rarement tendance à établir d'eux-mêmes des bornes au domaine qu'ils définissent¹⁸. Si les conseils de santé italiens et leurs prérogatives parfois exorbitantes ont disparu avec la peste, c'est sous l'influence des Lumières qu'à la fin du XVIII^e siècle, l'hygiène prend le relais, plus particulièrement en Allemagne, en Angleterre et en France. Mais le projet est cette fois bien différent. D'administration civile, la santé publique devient philosophie morale. Il ne s'agit plus seulement de faire reculer une épidémie. « Il faut que l'hygiène aspire à perfectionner la nature humaine en général », annonce Cabanis en 1802

(cité par Vigarello 1993: 185). Vaste programme! repris d'ailleurs par la plupart des hygiénistes de la première moitié du siècle, dans leurs traités et leurs revues. « L'hygiène publique s'occupe de l'homme en société, et le considère aussi comme une espèce. Religion, gouvernement, moeurs et coutumes, institutions, relations d'homme à homme et de peuple à peuple, tout cela est de son ressort. Elle touche, en un mot, à toutes les faces de notre existence sociale », écrit encore Rameaux en 1839 (cité par Ackerknecht 1986: 197). C'est là une permanence du discours de la santé publique. Près d'un siècle et demi plus tard, dans l'avant-propos de leur manuel de santé publique, Gernez-Rieux et Gervois (1976: 5) écrivent encore: « Débordant le cadre traditionnel de la médecine individuelle, elle s'intéresse aujourd'hui à tout ce qui assure ce « droit à la santé » qu'a officiellement proclamé l'Organisation des nations unies. Son objet n'est plus seulement la protection de l'homme contre la maladie; il s'étend à l'étude de tous les facteurs qui, sur le plan social, national et international, lui permettent d'atteindre ce parfait équilibre physique, intellectuel et moral auquel il a droit ». La surenchère dans le discours utopique, dans l'élargissement des horizons, dans l'extension des territoires pose des problèmes à la fois de science et de stratégie. Dans la seconde moitié du XIX^e siècle, des voix s'élèvent contre les confusions et les dangers de cet expansionnisme incontrôlé. Bouchardat (cité par Ackerknecht, 1986:193): « Si au début du siècle, nous avons tenté de tout faire entrer dans l'hygiène, il nous faut maintenant laisser de côté un grand nombre de détails superflus ou indémontrables. Avant que l'hygiène fût entrée dans cette ère nouvelle, tous les auteurs s'efforçaient d'élargir son domaine. C'était là un programme illimité ». Et Jules Rochard (1897: 3): « Jusqu'ici, l'hygiène s'en est allée un peu à l'aventure, sans se soucier de respecter le terrain d'autrui. On ne lui en a pas su mauvais gré; mais il serait imprudent de compter infiniment sur cette tolérance. Le moment est venu pour elle de s'affirmer et de poser ses bornes ». Rigueur et réalisme imposent des limites.

A moins que, dans l'histoire, celles-ci ne se soient imposées d'elles-mêmes, et pas toujours sans heurts. « Ecrasée entre l'administration de la santé et la profession médicale, masquée par les développements spectaculaires de la recherche

biologique, la Santé publique se veut un ensemble de savoirs et de savoirs-faire», écrit Jean-Claude Henrard (1990). Dans le rapport du Haut comité de la santé publique (1994), document officiel dont il est l'un des auteurs, sa formule est reprise sous une forme pacifiée et en caractères minuscules: «La santé publique est un ensemble de savoirs et de savoirs-faire qui se situent entre l'administration de la santé et l'exercice de la profession médicale». En adoptant une perspective un peu plus large, on pourrait dire que la santé publique est sans cesse tenue de se définir par rapport au politique et à la médecine. Par rapport au politique, dans la mesure où elle prétend intervenir sur l'action publique en matière de santé, et singulièrement infléchir les décisions; par rapport à la médecine, à laquelle elle est liée par des raisons historiques et par leur objet commun. Les relations avec l'un et l'autre se présentent de manière distincte. À l'évidence, la santé publique est plus proche de la médecine: la grande majorité de ceux qui, encore aujourd'hui, se réclament de ce domaine, sont médecins; la discipline elle-même s'enseigne principalement dans les facultés ou les écoles de médecine; plus généralement, la socialisation des professionnels de ce secteur s'effectue dans des milieux médicaux. À l'inverse, le monde politique semble méconnaître des spécialistes de santé publique: très rares sont ceux qui détiennent une formation en science politique; souvent, c'est sur le tas qu'ils découvrent le fonctionnement des institutions et les circuits de la décision. Il existe cependant un point commun aux rapports que la santé publique a développés avec la médecine et la politique. C'est le double déficit exprimé de manière récurrente à leur égard — déficit d'efficacité et de crédit — qui, dans la relation de pouvoir qui les lie, la place toujours en position de dominée et en situation de se légitimer.

Mais au fait, où loge la santé publique? À force de se définir extensivement, elle semble s'échapper à elle-même. C'est son indéfinition pratique qui finalement lui sert de définition théorique. Plus exactement, entre un amont dans lequel elle se perd et un aval duquel elle veut s'extirper, elle ne semble pas toujours très bien savoir où elle est. Cette métaphore géographique de l'amont et de l'aval, dont le premier terme est d'ailleurs beaucoup plus souvent cité, est certainement l'une des clés de

compréhension de la santé publique. Dans le modèle de la prévention à trois étages, le niveau primaire, qui consiste à intervenir sur la population supposée en bonne santé pour l'empêcher de devenir un jour malade, est une quête toujours plus en amont dans l'explication des maladies et donc dans les principes de l'action. C'est pourtant sans compter le fait qu'il y a toujours « en aval, le Vieux Destin »¹⁹. Dans cet exercice de reflux toujours plus haut vers l'amont, assurément, les textes sur la promotion de la santé dont la Charte d'Ottawa, placent la barre très haut en « définissant la santé comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut, d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins, et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci ». D'où la récurrence, ensuite, des termes indiquant le « dépassement » des frontières traditionnelles de la santé et le caractère « illimité » du domaine ou des acteurs qu'elle implique. Mise en espace singulière en ce qu'elle implique que la santé publique tende toujours « vers l'infini, et au-delà ». Lui correspond une non moins remarquable mise en histoire.

La mise en récit

La santé publique parle. D'elle-même, de la société, de l'homme. C'est d'abord en tant que discours qu'elle existe. Elle se définit et elle se raconte. Désignation de son domaine, roman de sa genèse, récit de son histoire: elle se dit. Mais aussi bien, elle décrit et elle prescrit. État des corps, distribution des maladies, énoncé de règles: elle dit le monde. Discours à l'intention de soi et à l'intention des autres.

Le fait paraît singulier. Si on rapproche la santé publique du domaine de l'activité sociale duquel elle s'est progressivement et partiellement émancipée, on constate que la médecine se fait. La santé publique, elle, se dit. Elle doit, pour exister, tenir un discours sur elle-même. Non qu'elle n'agisse pas. Mais, d'une part, elle s'énonce toujours avant d'agir (que l'on relise les textes où elle s'expose comme pratique) et, d'autre part, elle annonce souvent beaucoup plus qu'elle n'agit (que l'on compare ses définitions programmatiques et ses productions effectives). Dans la paraphrase austinienne qui donne son

titre à cet article, c'est l'expression anglaise qui a été retenue. S'agissant de sa traduction française, on serait plutôt tenté de la formuler de manière négative : quand dire, c'est ne pas faire²⁰. Certes, il existe des interventions efficaces de santé publique, des agents activement engagés dans ces interventions et des réalisations que l'on peut mettre au crédit des unes et des autres. À l'inverse, il semble évident que les médecins cliniciens s'interrogent eux aussi sur leurs pratiques, même si l'urgence et la nécessité reprennent rapidement le dessus.

Mais ce qui est caractéristique de la santé publique et la distingue des autres domaines d'activité par lesquelles se manifestent les biopolitiques, c'est l'inflation du discours, son débordement sur l'action, au point que l'on ne sait plus très bien si l'on est dans le discours ou dans l'action, ou si le premier n'est qu'une forme de la seconde, dans le cas de l'éducation pour la santé notamment. Même si elle creuse des égoûts, organise des vaccinations, dépiste des cancers, dératise ou désinfecte, ce qui constitue une part importante de son activité, c'est dans son projet intellectuel et moral qu'elle est au cœur d'elle-même, dans cette « promotion des idées » par laquelle est supposée passer la « promotion de la santé ». Ces opérations techniques font partie de sa routine, souvent de ses obligations réglementaires. La noblesse du métier est ailleurs. Elle se situe dans une intention abstraite rendue publique avant de devenir une intervention concrètement mise en œuvre. D'où les frustrations qu'elle provoque parmi certains de ses membres lorsqu'ils se trouvent confrontés à la difficulté de transformer des mots en faits. D'où les impatiences qu'elle suscite chez ceux auxquels elle a affaire et qui déclarent souvent vouloir moins de discours et plus d'action.

Cette propension rhétorique n'est assurément pas récente. Elle remonte à cette période de mise en discours du monde qui se produit à la fin du XVIII^e et au début du XIX^e siècles, précisément lorsque la santé publique — qui ne porte pas encore ce nom, puisque l'on parle surtout alors d'hygiène publique, mais aussi de médecine politique — se constitue avec la double ambition d'être une discipline scientifique et une philosophie morale. Jusqu'alors, elle se limitait essentiellement à une application technique et

à une pratique administrative : il s'agissait de mettre en œuvre des mesures d'isolement, de contrôle, de surveillance, d'assainissement, selon des protocoles généralement simples, appuyés par des dispositifs plus ou moins contraignants. La santé publique relevait de la gestion urbaine, impliquant des problèmes d'ordre et de salubrité publics. Elle était une activité concrète répondant à des impératifs politiques classiques. Avec l'émergence de l'hygiène publique, cette dimension administrative et technique ne disparaît pas. Bien au contraire, elle va s'enrichir de connaissances et de technologies nouvelles. Mais cette dimension appliquée et cet aspect pratique de la santé publique vont entrer dans sa routine sans éclat et sans gloire, quotidienne et nécessaire, tandis que s'affirmera la prétention à une réforme scientifique et morale, à un progrès dans la civilisation porté par ce double objectif.

Nulle part cette ambition n'est mieux exprimée que dans le « Prospectus » du premier numéro des *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, en 1829. Dans un balancement rhétorique entre le projet scientifique et le programme moral, ce manifeste hygiéniste qui en assure l'ouverture, proclame : « L'hygiène publique, qui est l'art de conserver la santé aux hommes réunis en société, est appelée à recevoir un grand développement et à fournir de nombreuses applications au perfectionnement de nos institutions. C'est elle qui observe les variétés, les oppositions, les influences des climats, et qui en apprécie les effets ; qui constate et éloigne toutes les causes contraires à la conservation et au bien-être de l'existence ; enfin qui avise à tous les moyens de salubrité publique... Mais elle a devant elle encore un autre avenir dans l'ordre moral. De l'investigation des habitudes, des professions, de toutes les nuances des positions sociales, elle déduit des réflexions et des conseils qui ne sont pas sans action sur la force et la richesse des états. Elle peut par son association à la philosophie et à la législation, exercer une grande influence sur la marche de l'esprit humain. Elle doit éclairer le moraliste et concourir à la noble tâche de diminuer le nombre d'infirmités sociales. Les fautes et les crimes sont les maladies de la société qu'il faut travailler à guérir ou, tout au moins à diminuer ; et jamais les moyens d'intervention ne seront plus puissants que quand ils puiseront leur mode d'action dans

les révélations de l'homme physique et intellectuel, et que la physiologie et l'hygiène prêteront leurs lumières à la science du gouvernement». Curieux mélange, que l'on retrouve à la même époque dans la religion saint-simonienne et dans la philosophie comtienne, de science et de morale — on serait tenté de dire de positivisme scientifique et de positivisme moral. Mélange qui a la vie dure et que l'on trouve exprimé presque dans les mêmes termes par les spécialistes de la santé publique jusqu'à une période récente. Plus qu'à ses prétentions philosophiques cependant, il faut s'intéresser à son argumentaire, à cet art de se présenter au monde sur un mode prophétique ou incantatoire qui est loin d'avoir disparu²¹. La santé publique s'annonce en même temps qu'elle s'énonce. Elle est un discours performatif à usage public. C'est en se disant aux hommes qu'elle se produit — dans le double sens de représentation et de fabrication. Dans cette production, un élément rhétorique tient une place à part : le récit de la discipline.

Le trait le plus récurrent est à cet égard l'invocation de la révolution permanente. L'histoire que raconte d'elle-même la santé publique constitue, manifeste après manifeste, le récit d'une perpétuelle recréation. Chaque époque se définit comme dépassement de la précédente. Tout nouvel ouvrage se doit de s'affirmer sur la table rase du passé. L'invention de la santé publique apparaît ainsi comme une thématique récurrente de sa jeune histoire²². À lire la plupart des auteurs, on a le sentiment que le moment où ils écrivent est un moment où se dessine un changement radical dans le cours de la discipline. «La santé publique, dans notre culture occidentale, semble être à la croisée des chemins. Depuis un siècle, elle s'est préoccupée principalement de ces vieilles menaces du déficit dans les besoins métaboliques de base et de la compétition avec les bactéries. Dans cette bataille contre la malnutrition et l'infection, la santé publique a eu des succès spectaculaires. Aujourd'hui, les désordres métaboliques, les désordres mentaux, désordres de l'excès plutôt que du manque, se sont accrus à mesure que les autres déclinaient, et avec eux nous nous trouvons moins en position de lutter», énonce le conférencier britannique invité d'un forum sur la santé publique à l'Université de Harvard en 1957. Quelques décennies plus tard, pour Jean-Claude Henrard (1990), la santé publique

est encore et toujours «à la croisée des chemins».

Dans cette autocélébration de la créativité de la santé publique, l'histoire semble s'être encore accélérée au cours de la période récente²³. Qu'on en juge par le message adressé en 1990 par le directeur exécutif de l'Association américaine de santé publique aux membres réunis pour la 118^e Rencontre annuelle de cette vénérable institution. Le programme était, cette année-là, significativement intitulé : «Forger le futur : les objectifs de santé pour l'an 2000»²⁴. S'attachant plus particulièrement dans sa conférence à montrer la «renaissance de la prévention depuis les années soixante-dix», il en énumère les étapes suivantes : 1974, le célèbre rapport *A New Perspective on the Health of Canadians*, du ministre canadien de la Santé, Marc Lalonde ; 1974, *Forward Plan for Health*, plan quinquennal du département américain de la Santé ; 1976, *Prevention and Health: Everybody's business*, le livre blanc du Parlement britannique ; 1977, *WHO Global Strategy Health for All by the Year 2000*, déclaration de l'Assemblée mondiale de la Santé en faveur des soins de santé primaires ; 1978, *Recommendations for a National Strategy for Disease Prevention* du Centre sur les maladies transmissibles d'Atlanta ; 1979, *Model Standards*, document de l'Association américaine de santé publique pour le développement de services de santé orientés vers la communauté ; 1979, *Healthy People*, rapport du Surgeon General américain. Ceci, en se limitant apparemment au monde anglo-saxon, et surtout aux États-Unis, au risque de ne pas citer, par exemple, les *Propositions pour une politique de prévention*, rapport au ministre français de la Santé en 1982, et en oubliant de manière significative la Charte d'Ottawa sur la promotion de la santé. Dans sa conclusion, le conférencier commente le nouveau texte *Healthy People 2000* qui, en 672 pages, définit les nouveaux objectifs de la santé publique pour les années quatre-vingt-dix. Il en fait trois critiques : premièrement, d'être trop vague, «nous dépeignant la «cité d'émeraude» sans jamais nous en montrer le chemin» ; deuxièmement, de surestimer la responsabilité individuelle, alors que «dans une large mesure, la santé dépend d'environnements politique, social, culturel, économique et physique» ; troisièmement, de consacrer le désengagement des pouvoirs publics qu'il met en parallèle avec

la tendance «du gouvernement à blâmer les victimes en prêchant les changements de modes de vie individuels». À lire ces critiques de la politique américaine de santé publique pour l'an 2000, on se prend à penser à certains débats du début du siècle et même du siècle précédent. Plutôt qu'une révolution permanente, la santé publique ne serait-elle alors qu'un éternel retour ?

En fait, derrière ces récurrences, deux récits peuvent être distingués²⁵. Le premier se présente comme un récit continu, celui d'un progrès, d'une amplification. C'est ce qui sous-tend par exemple les discours de Jules Rochard (1897: 1-18) à la fin du siècle dernier ou, plus récemment, de Ch. Gernez-Rieux et M. Gervois (1971: 5-6). Pour ceux-ci, quatre étapes se succèdent: l'hygiène individuelle, qui remonte à Hippocrate et s'intéresse aux modes de vie; l'hygiène publique, tout aussi ancienne, mais que les découvertes de Lavoisier puis de Pasteur vont rendre plus efficace; l'hygiène sociale, plus précisément datée, commençant au début du XX^e siècle avec l'ouverture du premier dispensaire antituberculeux par Calmette et se généralisant ensuite à l'ensemble des fléaux dits sociaux; enfin, l'hygiène constructive, la plus jeune, apparaissant après la seconde guerre mondiale sous l'impulsion des Nations Unies, qui tend à élever les potentiels de santé des individus. Les auteurs voient cette évolution comme une «extension sans cesse renouvelée du domaine de l'hygiène». La seconde version fait apparaître des ruptures, dont la principale est celle que l'auteur promet sous le nom de «nouvelle santé publique». Les deux moments où cette appellation auto-contrôlée s'est imposée sont le début du siècle—et l'expression est surtout restée aux États-Unis, avec comme principal historiographe et promoteur Charles-Edward Amory Winslow (1984/1923)—et à partir des années soixante-dix—et l'on parle surtout du Canada avec le rapport de Marc Lalonde en 1974 et de la Grande-Bretagne avec l'expérience de la banlieue de Liverpool rapportée par Ashton et Seymour (1988). Le découpage historique diffère évidemment selon les narrateurs. Pour Winslow, on compte quatre moments historiques: d'abord «les temps obscurs», jusqu'à la fin du XVIII^e siècle; puis «le grand éveil sanitaire», pendant la plus grande partie du XIX^e siècle, plus particulièrement en Angleterre avec Chadwick; ensuite

«l'âge d'or de la bactériologie», à partir des découvertes de Pasteur qui ouvrent une ère scientifique; enfin «la nouvelle santé publique», dont «le trait dominant est l'éducation de l'individu aux principes de l'hygiène personnelle»²⁶. Pour Ashton et Seymour, le temps semble s'être resserré et il n'y a plus que trois périodes historiques: la première naît avec le «mouvement de santé publique» britannique au XIX^e siècle; la seconde correspond, à partir de 1930 environ, à un «affaiblissement de la santé publique» lié à la transition épidémiologique, la découverte des sulfamides faisant régresser les maladies infectieuses, point fort de la santé publique, cependant que les affections chroniques en expansion favorisent le développement de l'hôpital; la troisième correspond, dans les années soixante-dix, à l'apparition de la «nouvelle santé publique», avec notamment la politique de «promotion de la santé»²⁷. Evidemment, à comparer les deux conceptions du déroulement de la santé publique, la continue et la discontinue, on serait tenté de voir, d'un côté, l'histoire traditionnelle des sciences, de l'autre, la théorie kuhnienne des révolutions scientifiques²⁸. Ce serait toutefois passer un peu vite sur le fait que, quelle que soit leur qualité littéraire, ces récits, plutôt que des histoires de la discipline, demeurent des discours de légitimation dans lesquels le recours à tel modèle ou à tel découpage historique poursuit des objectifs tactiques plutôt que scientifiques.

Dans cette perspective, les zéloteurs de la promotion de la santé optent pour l'innovation radicale. Tout le discours s'exprime sur le mode de l'innovation, voire de la régénération (*new public health*) et de la rupture avec le passé, pour «entrer dans l'avenir» (*healthy future*). Une fois institué ce récit, il ne reste plus, comme le dit Nancy Milio (1991), qu'à «le mettre en pratique»... Ainsi en a-t-il toujours été des manifestes et des déclarations de la santé publique.

Conclusion

Considérée dans une perspective diachronique —qui, en l'occurrence, ne se substitue évidemment pas à un travail historiographique véritable—, un double régime de permanences historiques peut être relevé dans la rhétorique de la santé publique. D'une part, la récurrence de thèmes, d'interrogations, de polémiques. D'autre part, et peut-être est-ce là son trait le plus original, la constance du souci de s'énoncer, de se caractériser, de se délimiter. Son «indéfinition» perpétuelle n'est ainsi pas moins significative que son éternelle quête de définition, celle-ci trouvant en partie son explication dans celle-là.

Discipline réflexive, dira-t-on. Certes, et ceux qui la professent se considèrent parfois comme les intellectuels de la médecine, alors que certains de leurs collègues les perçoivent plutôt comme des discoureurs sans pratiques. Discipline paradoxale qui prétend tour à tour sauver le monde et révolutionner la pensée, mais qui le fait sur le mode rhétorique, sous la forme d'un énoncé performatif où ce qui est produit avant tout c'est la santé publique comme discours. Non que les enjeux ne soient réels et les problèmes sérieux, mais la santé publique semble souvent les traiter comme des objets de discussion plutôt que comme des problèmes appelant des solutions. Plus on s'éloigne de la mise en œuvre de solutions techniques codifiées comme l'assainissement ou les vaccinations, c'est-à-dire plus on entre dans ce que la santé publique revendique comme son essence, et plus la pratique discursive l'emporte sur l'intervention concrète. À s'efforcer de donner sens et matière à cette notion indéterminée qu'est

la santé, à vouloir se trouver toujours plus en amont des maladies, à tenter de maîtriser le social comme déterminant ultime et à prétendre même réformer l'homme, les spécialistes risquent de ne pouvoir se payer que de mots.

Les choses changent-elles à cet égard? Le rapport de la santé publique à son appareil rhétorique présente aujourd'hui une configuration intéressante. La tension qui existe, au sein de la santé publique, entre une conception technique fondée sur l'expertise, telle que la veille sanitaire, et un modèle humaniste renouant avec le social, comme la promotion de la santé, marque sans doute, dans le premier cas, une mise à distance de la rhétorique pour asseoir un programme plus serré et plus technique, et dans le second, une réappropriation de la rhétorique au service d'enjeux politiques plus larges et plus diffus. Cette polarisation du territoire de la santé publique entre ces deux référentiels ne conduit cependant pas à un état stable. L'atteste avec force l'irruption du dernier avatar de la rhétorique de la santé publique: le «principe de précaution». Initialement présenté comme un simple instrument de prise de décision, il tend de plus en plus à être pensé comme un outil complexe d'exercice de la citoyenneté. Pour beaucoup, il ne s'agit pas avant tout d'un concept technique, permettant de gérer de manière savante des situations d'incertitude, mais d'un dispositif politique, permettant de gouverner démocratiquement ces situations d'incertitude. Retour du débat public en contrepoint de l'expertise savante. La santé publique n'en aura donc jamais fini avec les mots —mais faut-il s'en plaindre? □

Notes

1—Pour la France, on peut se référer notamment, pour les politiques nationales, aux ouvrages de Monika Steffen (1996) et de Henri Bergeron (1999), ainsi qu'au numéro spécial de la Revue française de sociologie sur «Sida et action publique» coordonné par Philippe Urfalino (2000), et pour les politiques locales, aux livres de Michel Joubert (1993) et d'Olivier Borraz (1998), ainsi qu'au recueil d'études sur des expériences de ville que j'ai rassemblé (1998).

2—Une version synthétique en a été publiée dans «What is public health? A symposium», *American Journal of Public Health and The Nation's Health*, 1928, XVII, 1018-1021.

3—Cette version «positive» de la santé, s'opposant à la vision «négative» que constitue la maladie, deviendra l'un des fondements de la conception développée par les Nations Unies après la Seconde guerre mondiale. Usant d'un terme tombé en désuétude, Ch. Gernez-Rieux et M. Gervois (1976 : 6) parlent dans leur manuel de cette «hygiène constructive dont le but est d'élever le potentiel de santé». Dans une perspective historique longue, Georges Vigarello (1993) a montré que «ces exigences de mieux-être» s'inscrivent dans un projet culturel plus large.

4—Tel semble être encore le cas aujourd'hui. Alors directeur de l'Ecole nationale de la santé publique, Christian Rollet (1988) affirme que, dans la perception de la notion de santé publique par l'opinion, «le problème vient assurément de l'adjectif «publique» accolé à un concept familier, la santé».

5—Cette différence d'échelle est, aujourd'hui encore, traitée par des auteurs comme Jacques Monnier et ses collaborateurs (1980) ou Stéphane Tessier et ses corédacteurs (1996), comme une différence de nature importante, celle qui passe, pour eux, entre santé communautaire et santé publique.

6—C'est une position semblable que défend la Commission de santé publique de l'Inspection générale des Affaires sociales, dont Hélène Strohl (1988) est rapporteur général: «La santé publique ne s'oppose pas à la santé privée. Si elle concerne avant tout la gestion des problèmes de santé au niveau collectif, cela ne signifie pas qu'elle nie les particularismes du vécu et des besoins de chacun. Bien au contraire,

la satisfaction des besoins individuels est au cœur des préoccupations de la santé publique». Cette assertion est reprise par le Haut comité de la santé publique (1994: 18) dans son rapport. En revanche, Stéphane Tessier et ses corédacteurs (1996: 29) la définissent restrictivement comme «la discipline officielle de protection de la santé de la collectivité» et «l'approche collective et administrative des problèmes de santé d'une population», par opposition à «la relation individuelle entre soignant et soigné». De manière plus tranchée, André Lévy (1994:3) et son équipe écrivent qu'elle est «une discipline à part entière dont le but est la santé de la population et non celle de l'individu», ajoutant encore qu'elle «est au collectif ce que la médecine est à l'individu et va bien au-delà de celle-ci».

7—Cette double ambition demeure aujourd'hui et dans un ouvrage publié par l'Organisation mondiale de la santé, Nancy Milio (1991 : 7), professeur d'administration et de politique de santé de l'Université de Chapel Hill, qui est l'un des hauts-lieux de cette discipline, intitule sa contribution: «Faire de la santé publique: développer la science en apprenant l'art».

8—C'est elle que Jacques Monnier et ses collaborateurs (1980:3) utilisent pour définir la discipline, notant qu'elle «recouvre un domaine très vaste». William Dab (1993:21) la cite également, ajoutant qu'elle «reste, encore aujourd'hui une des meilleures, à défaut d'être la plus concise».

9—Comme ses collègues, Winslow écrit que la santé publique est une science et un art. Dans un texte postérieur (1923:1), il fait preuve de plus de circonspection en notant: «La santé publique n'est pas une discipline intellectuelle, mais un champ d'activité sociale. Elle inclut des applications de la chimie et de la bactériologie, de l'ingénierie et des statistiques, de la physiologie, de la pathologie et de l'épidémiologie, et dans une certaine mesure de la sociologie, et elle construit en s'appuyant sur ces sciences fondamentales un programme large de services communautaires». Elle est donc moins une science qu'un domaine d'application d'autres sciences. Elle est même peut-être moins un art qu'une technique avant tout orientée vers l'intérêt collectif.

10—Dans l'avant-propos d'un dossier d'une revue de médecine générale consacré à la santé publique, Dominique Jolly (1984), après avoir cité un numéro antérieur dans lequel les contributeurs « tentaient avec succès de définir le contenu de la discipline médicale de santé publique », ajoute : « Je ne reprendrai donc pas ces définitions », avant d'annoncer : « Je voudrais rappeler quelques caractéristiques importantes de cette discipline ». Suit une définition en bonne et due forme. Jacques Monnier et ses collaborateurs (1980 : 3-11) ne se contentent pas de définir la santé publique — en reprenant celles de Winslow et de l'Organisation mondiale de la santé — : ils la différencient longuement de la « santé de l'homme », de la « santé de la famille » et de la « santé de la communauté ». Hernán San Martín (1983 : 6-8), plus exhaustif encore, la distingue de la « santé communautaire », de la « médecine préventive », de la « médecine sociale » et de l'« épidémiologie », sans parler des « systèmes de services de santé » et du « système socio-écologique de la santé-maladie ».

11—Un comité d'experts réuni à Genève en 1973 (cité par Jacques Monnier et ses collaborateurs, 1980 : 9) propose la définition suivante : « On utilise aujourd'hui l'expression santé publique au sens large pour évoquer les problèmes concernant la santé d'une population, l'état sanitaire d'une collectivité, les services sanitaires généraux et l'administration des services de soins ». Dans un ouvrage intitulé *The Future of Public Health* publié en 1988, l'Institut de médecine des États-Unis (cité par Jonathan Mann 1997 : 17) définit la santé publique comme « l'effort réalisé pour créer les conditions qui permettent à la population de vivre en bonne santé ».

12—À cette question du « langage », ils consacrent tout un chapitre conclu par une notice sur l'histoire de la dénomination « police médicale » (1996 : 66-92). C'est que « le mot dénote l'apparition du thème, et l'effort de conceptualisation » et que « par suite, les crises de vocabulaires sont aussi des crises de la pensée ». Avec la santé publique, la matière ne leur manque pas.

13—Significativement, la plupart des institutions créées récemment l'incorporent dans leur nom : Haut comité de la santé publique, Réseau national de la santé publique, Ecole de santé publique à Nancy, UFR de santé publique à Bordeaux. Non seulement les professionnels l'utilisent en priorité à toute expression, mais également, fait plus remarquable,

les responsables politiques. Dans un entretien au Monde, le 10 mai 1993, le ministre délégué à la Santé, Philippe Douste-Blazy, ne recourt pas moins de neuf fois à la notion de « santé publique » pour indiquer ses projets dont « l'objectif principal est de mettre en place une véritable politique de santé publique ». Dans la bouche d'un membre d'un gouvernement libéral, c'est la preuve que l'adjectif n'a aujourd'hui, en France, aucune connotation idéologique particulière.

14—Pour Hernán San Martín (1983 : 2 et 6), « ce n'est pas la santé en soi qui est en question, c'est le bien-être de l'humanité » et « les états de santé, de maladie et même la mort sont d'origine sociale, c'est la structure des sociétés humaines, notamment les rapports de production et les modes de production, qui sont à l'origine des « risques » pour la santé ».

15—Le texte de référence est ici bien sûr le texte de Carlo Cipolla sur « L'origine et le développement des conseils de santé » (1976 : 11-66). On peut également se reporter aux chapitres « The Middle Ages » et « Mercantilism, Absolutism and the Health of the People » de l'histoire de la santé publique de George Rosen (1958 : 50-130) et aux développements sur « Le temps des épidémies » dans ma généalogie de l'espace politique de la santé (1996 : 231-243).

16—Comme l'écrit Georges Vigarello (1993 : 50 et 107), l'air est, en cette fin de la période médiévale, la principale cause de tous les maux et la peste s'impose, pour plusieurs siècles, comme le modèle de compréhension général des épidémies : « L'attention à l'air gagne en importance, dès la peste de 1348, pour devenir lentement dominante » ; ainsi, dans la période classique, « la conscience des dangers de l'air demeure au centre des défenses ».

17—L'expression « police médicale » est ici déplacée dans le temps. Sans vouloir retracer son histoire, on peut, avec George Rosen (1958), en situer le temps fort avec le caméralisme allemand à la fin du XVIII^e siècle et avec le monumental traité de Johann Peter Frank. L'expression fera cependant fortune au-delà des frontières du monde germanique, et notamment en France, comme le rappelle Matthew Ramsey (1994 : 104-105). Anachronique, la formulation n'est toutefois pas sans fondement dans l'Italie de la Renaissance, si l'on songe par exemple que la lutte contre la peste à Florence, avant d'être confiée à une structure permanente, revint, en 1448, à un bureau de police politique, les *Otto di Custodia*, et que le Sénat

de Venise donna autorité, en 1504, aux officiers de santé, les *Provveditori di Sanità*, pour arrêter, sanctionner et même torturer les contrevenants aux règlements de salubrité. Pour Carlo Cipolla (1976: 38), il n'est pas exagéré de parler à leur propos de « dictateurs sanitaires », selon une expression de l'époque.

18—Dans un chapitre de son histoire de la médecine américaine, intitulé précisément « Les frontières de la santé publique », Paul Starr (1982/1949: 180) affirme que « pour beaucoup, l'histoire de la santé publique est le relevé de ses luttes à propos des limites de son mandat ». Ce qui est lié à la manière même dont son domaine est extensivement défini: « Le maintien de la santé publique autorise —certains diraient: exige— de s'intéresser à presque tous les aspects de la vie. Les définitions à en perdre le souffle, proposées par certains des chefs de file de ce domaine, montrent jusqu'où peuvent aller les prétentions de sa juridiction ». Reprenant celle de Winslow, déjà citée, il ajoute: « Une conception aussi large —et aussi manifestement subversive—, si elle est prise au sérieux, est une invitation au conflit ».

19—Voir, dans leur recueil originalement intitulé *La prevalenza del cretino*, l'article de Fruttero et Lucentini (1988: 146-152) qui ironisent sur cette recherche « de remède en remède, de cause en cause, de responsabilités en responsabilités, toujours plus en amont ». Selon l'Organisation mondiale de la santé, la prévention se distingue en trois niveaux que rappellent Jacques Monnier et ses collaborateurs (1980: 14): « La prévention primaire comprend tous les actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population, donc à réduire le risque d'apparition de cas nouveaux. Elle fait appel à des mesures de prévention individuelle et collective et débouche inévitablement sur un programme très vaste d'amélioration de la qualité de la vie et de réforme des institutions sociales. La prévention secondaire comprend tous les actes destinés à diminuer la prévalence d'une maladie dans une population, donc à réduire la durée d'évolution de la maladie. Elle inclut le dépistage précoce et le traitement des premières atteintes. La prévention tertiaire comprend tous les actes destinés à diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récidives, donc à réduire au maximum les incapacités fonctionnelles consécutive à la maladie. Elle étend la prévention au domaine de la réinsertion ».

20—L'ouvrage de John Langshaw Austin porte l'intitulé: *How to do things with words* (Oxford University Press, Oxford, 1962). Dans la version française de Gilles Lane, il devient: *Quand dire, c'est faire* (Seuil, Paris, 1970), l'original étant conservé en sous-titre.

21—L'avant-propos du manuel de Gernez-Rieux et Gervois (1976) a des accents qui rappellent le « Prospectus » de 1829: « Les problèmes nouveaux qui se posent ne sont pas seulement d'ordre médical. Leur aspect est également éducatif, social, économique, technique. Leurs solutions ne pourront être trouvées que dans la coopération internationale. Alors qu'elle s'estompe, dans la mémoire infidèle des nations les plus privilégiées, l'angoisse des grands maux inhérents à la misère, à la famine, aux épidémies, à l'ignorance étreint encore, hélas, la majeure partie de l'humanité. La mission de l'hygiéniste en devient plus altruiste et son idéal plus élevé ».

22—Pour Charles-Edward Amory Winslow (1984/1923: 1), c'est déjà la santé publique en elle-même qui est « quelque chose de très nouveau dans l'histoire de la race humaine »

23—Même cette accélération n'est peut-être pas si nouvelle. Rochard (1897: 15) écrivait déjà au siècle dernier: « L'hygiène marche aujourd'hui d'un pas tellement rapide qu'il faut pour ainsi dire la saisir au vol pour en présenter un tableau exact et concordant ».

24—Homme de culture, William McBeath (1991) n'oublie pas de commencer son exposé par une référence à l'histoire en citant le *Regimen sanitatis*, manuscrit écossais en langue gaélique riche en préceptes d'hygiène et de santé écrit par un certain John McBeath, s'excusant toutefois: « Je suppose que l'on me trouvera l'esprit de clan de m'être référé au travail d'oncle John, mais après 400 ans, je constate qu'il ne serait sinon guère cité ».

25—Les auteurs français d'ouvrages de santé publique manifestent cependant un faible intérêt pour l'histoire, lui réservant au mieux quelques paragraphes: Gernez-Rieux et Gervois (1976), mais n'en traitant parfois pratiquement pas: Boyer (1973), Monnier et coll. (1980), San Martin (1983), Brücker et Fassin (1989), Lévy et coll. (1994), Tessier et coll. (1996), à la différence de leurs prédécesseurs, tel Rochard (1897). Les auteurs américains et britanniques semblent, eux, plus soucieux d'être les historiographes de leur discipline: chapitre de Fraser Brockington dans le Hobson (1969), développements dans la contribution de Paul Densen dans le Maxcy-Rosenau (1956), mais là encore leurs ancêtres étaient plus prolixes, notamment Winslow (1923).

26—Lion Murard et Patrick Zylberman (1996: 66) donnent cette dernière pour équivalente de «l'hygiène sociale à la française qui, désertant les choses pour les êtres, se détourne du milieu physico-chimique pour l'étude sociologique des personnes infectées en son sein». Benoît Gaumer (1995: 37) trouve, quant à lui, que «l'hygiène sociale, qui apparaît entre les deux guerres mondiales, n'est pas sans rappeler la médecine globale québécoise des années soixante-dix».

27—William McBeath (1991: 1564) présente une autre interprétation de la *New Public Health*. Non seulement elle ne serait pas née avec le rapport de Marc Lalonde, mais c'est précisément en opposition à l'excès d'intérêt porté par lui aux *life-styles*, qui avait conduit les politiques sanitaires à se focaliser sur la responsabilité individuelle, que s'est développée la « nouvelle santé publique », comme alternative accordant la priorité à la « participation active des populations ».

28—François Grémy et Antoine Bouckaert (1996) n'hésitent pas à recourir au modèle de Thomas Kuhn pour rendre plus convaincant leur argumentaire sur la nécessité d'un « nouveau paradigme ». Mais comme l'on est en France —et en Belgique— où la discipline n'est guère fringante, ce n'est pas à un passage d'une forme de santé publique à une autre qu'ils invitent le lecteur, mais tout simplement à une transition de la « médecine scientifique » à la « santé publique ». Quant à Jonathan Mann (1997), qui se réfère lui aussi à cette théorie et reconnaît implicitement ainsi à la discipline son caractère de science, il affirme que « la santé publique attend sans doute encore son Galilée ou son Copernic ».

Références

- Ackerknecht, E. (1986). *La médecine hospitalière à Paris (1794-1848)*. Paris: Payot.
- Aïach, P. (1994). «La prévention: une idéologie de progrès? *Agora. Ethique, médecine, société*, 30, 11-15.
- Ashton, J., & Seymour, H. (1988). *The New Public Health*. Milton Keynes GB: Open University Press.
- Austin, J. (1970). *Quand dire, c'est faire*, (1^{re} édition 1962). Paris: Seuil
- Bergeron, H. (1999). *L'Etat et la toxicomanie. Histoire d'une singularité française*, Paris: Presses Universitaires de France.
- Borraz, O. (1998). *Les politiques locales de lutte contre le sida. Une analyse dans trois départements français*. Paris: L'Harmattan.
- Boyer, J. (1973). *Précis d'hygiène et de médecine préventive*, (5^e édition). Paris: Baillière.
- Breilh, J. (1979). Community medicine under imperialism: A new medical police? *International Journal of Health Services*, 9, 5-24.
- Brücker, G., & Fassin, D. (1989). *Santé publique*. Paris: Ellipses.
- Cipolla, C. (1976). *Public health and the medical profession in the renaissance*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Dab, W. (1993). *La décision en santé publique. Surveillance épidémiologique, urgences et crises*. Rennes: Éditions de l'École nationale de santé publique.
- Duffy, J. (1992). *The sanitarians. A history of American public health*. Chicago: University of Illinois Press.
- Fassin, D. (1996). *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Fassin, D. (1998). *Les figures urbaines de la santé publique. Enquête sur des expériences locales*. Paris: La Découverte.
- Fassin, D. (2000a). *Les enjeux politiques de la santé. Etudes sénégalaises, équatoriennes et françaises*. Paris: Karthala.
- Fassin, D. (2000b). Au cœur de la cité salubre. La santé publique entre rhétorique et pragmatique. In: J.P. Dozon & D. Fassin (éds.), *Les cultures de la santé publique. Regards anthropologiques sur une discipline incertaine*. À paraître.
- Foucault, M. (1976). *La volonté de savoir*. Paris: Gallimard.
- Foucault, M. (1989). *Résumé des cours (1970-1982)*. Paris: Conférences, essais et leçons du Collège de France, Julliard.
- Foucault, M. (1994). *Dits et écrits (1980-1988)*. Paris: Gallimard.
- Frank, J.P. (1976). *System einer vollständigen medicinen Politzey*. Anglais. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Fruttero, C., & Lucentini, F. (1988). En aval, le vieux Destin. In: *La prédominance du crétin* (pp. 146-152). Arles: Arléa.
- Gaumer, B. (1995). Évolution du concept de santé publique dans quelques pays industrialisés du bloc occidental de la fin du XVIII^e siècle aux années 1970. *Ruptures. Revue transdisciplinaire en santé*, 2, 37-55.
- Gernez-Rieux, C., & Gervois, M. (1976). *Éléments de médecine préventive, santé publique et hygiène* (4^e édition). Paris: Flammarion.
- Grémy, F., & Bouckaert, A. (1996). *Santé publique et sida. Contribution du sida à la critique de la raison médicale*. Document ronéoté.
- Haut comité de la santé publique. (1994). *La santé en France. Rapport général*. Paris: La Documentation française.
- Henrard, J. C. (1990). La santé publique hier, aujourd'hui et demain. *Après-demain. Journal mensuel de documentation politique*, (1), 5-9.

- Hobson, (1969). *The theory and practice of public health* (3^e édition). Londres: Oxford University Press.
- Illich, I. (1975). *Némésis médicale. L'expropriation de la santé*. Paris: Seuil.
- Jolly, D. (1984). Avant-propos. *La Revue du Praticien*, 34, 471-476.
- Joubert, M. (1993). *Quartier, démocratie et santé*. Paris: L'Harmattan.
- Kickbusch, I. (1986) Health promotion, a global perspective. *Canadian Journal of Public Health*, 77, 321-327.
- Lévy, A., Cazaban, M., Duffour, J., & Jourdan R. (1994). *Santé publique*. Paris: Masson.
- Maxcy, K. F., & Rosenau, M. J. (1956). *Preventive medicine and public health* (9^e édition). New York: Appelton-Century-Crofts.
- Mann, J. (1997). *Santé publique et droits de l'homme*. Paris: Espace éthique, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris.
- McBeath, W. H. (1991). Health for all: A public health vision. *American Journal of Public Health*, 81, 1560-1565.
- Milio, N. (1991). Making healthy public policy, developing the science by learning the art. In: B. Badura & I. Kickbusch (Eds.), *Health promotion research. Towards a new social epidemiology* (pp. 7-28). Copenhagen: WHO Regional Publications, European Series n°37.
- Monnier, J., Deschamps, J. P., & Manciaux, M. (1980). *Santé publique, santé de la communauté*. Villeurbanne: SIMEP.
- Morelle, A. (1996). *La défaite de la santé publique*. Paris: Flammarion.
- Murard, L., & Zylberman P. (1996). *L'hygiène dans la République. La santé publique en France, ou l'utopie contrariée 1870-1918*. Paris: Fayard.
- Petersen, A., & Lupton, D. (1996). *The new public health. Health and self in the age of risk*. Londres: Sage.
- Ramsey, M. (1994). Public health in France. In: D. Porter (Ed.), *The history of public health and the modern state* (pp. 45-118). Londres: Wellcome Institute Series.
- Rochard, J. (1897). *Encyclopédie d'hygiène et de médecine publique* (8 volumes). Paris: Arthur Rousseau et Vigot frères.
- Rochon, J. (1976). *La santé communautaire dans le système régional des services de santé et des services sociaux*. Annuaire du Québec. Québec: Publications officielles du Québec.
- Rollet, C. (1988). Les Français et la santé publique. *Revue française des affaires sociales*, 1, 7-14.
- Rosen, C. (1958). *A history of public health*. New York: MD Publications.
- San Martín, H. (1983). *Santé publique et médecine préventive*. Paris: Masson.
- Setbon, M. (1993). *Pouvoirs contre sida. De la transfusion sanguine au dépistage: décisions et pratiques en France, Grande-Bretagne et Suède*. Paris: Seuil.
- Skrabaneck, P. (1995). *La fin de la médecine à visage humain*. Paris: Odile Jacob.
- Starr, P. (1982). *The social transformation of American medicine*. New York: Basic Books.
- Steffen, M. (1996). *The fight against AIDS. An international public policy comparison*. Grenoble: Presses universitaires de Grenoble.
- Strohl, H. (1988). *Rapport de la Commission de santé publique*. Paris: Inspection générale des affaires sociales, n° 880027.
- Tessier, S., Andreys, J. B., Ribeiro, M. A. (1996). *Santé publique et santé communautaire*. Paris: Maloine.
- Urfalino, P. (2000). Sida et action publique. *Revue française de sociologie*, 41, 3-157.
- Vigarello, G. (1993). *Le sain et le malsain. Santé et mieux-être depuis le Moyen Age*. Paris: Seuil.
- Winslow, C. E. A. (1923). *The evolution and significance of the modern public health campaign*. New Haven: Yale University Press.
- «Prospectus», *Annales d'Hygiène Publique et de Médecine Légale*, 1829, 1 (1): v-viii.
- «What is Public Health? A Symposium», *American Journal of Public Health*, 1928, XVIII, 1018-1021.
- «La charte d'Ottawa», *Territoires*, 1996, 365: 53-57.

Abstract

Public health is often described either as a totalitarian ideology of social control or as the unfulfilled utopian ideal of the healthy city. These outlooks persist because public health is judged on the basis of rhetoric rather than facts. Oddly enough though, the substance of the rhetoric is never truly recognised or understood. A perusal of the history of public health reveals the constant re-fuelling of three ever-present themes: efforts to define public health, the assertion that public health is a field without boundaries, and a narrative re-construction of its own history. In this context, health promotion can be construed as the most recent incarnation among a succession of metamorphoses wherein radical novelty is invoked yet, paradoxically, only a return to perennial rhetoric is achieved. All would agree that public health can not be understood solely through an analysis of words but must also be apprehended through an examination of its actions. A thorough scrutiny of the rhetoric of public health is however warranted because, in this field, words sometimes speak louder than actions.

Biographie

Anthropologue et médecin, Didier Fassin est professeur de sociologie à l'Université Paris 13 et Directeur d'études à l'École des Hautes études en sciences sociales de Paris. Il dirige le Centre d'études sur les enjeux contemporains en santé publique (CRESP). Il a travaillé en Afrique subsaharienne, en Amérique andine et en France sur les politiques de santé et sur les inégalités sociales de santé. Ses recherches portent actuellement sur les thèmes de l'immigration et de la ville, de la précarité et du sida, s'inscrivant dans un programme plus large d'anthropologie politique de la santé.