

CHAPITRE 3 / LES POLITIQUES DE SANTÉ PUBLIQUE

Henri Bergeron

in Olivier Borraz et al., Politiques publiques 2

Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P.) | « Académique »

2010 | pages 79 à 111

ISBN 9782724611489

Article disponible en ligne à l'adresse :

<http://www.cairn.info/politiques-publiques-2--9782724611489-page-79.htm>

!Pour citer cet article :

Henri Bergeron, « Chapitre 3 / Les politiques de santé publique », *in* Olivier Borraz et al., *Politiques publiques 2*, Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P.) « Académique », 2010 (), p. 79-111.

Distribution électronique Cairn.info pour Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P.).

© Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P.). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Chapitre 3 / LES POLITIQUES DE SANTÉ PUBLIQUE

Henri Bergeron

Quand l'on évoque le périmètre des politiques de santé, il est convenu de constater que ce sont le traitement curatif des pathologies et les institutions sanitaires qui se sont octroyés « la part du lion » en France. Protection des forces productives et combattantes et maintien de la cohésion sociale – le projet démocratique d'égalisation des conditions sociales étant au cœur de la formation des États providence (Ewald, 1986) – se sont en effet réalisés, au sortir de la deuxième guerre mondiale, principalement par le développement de la médecine curative, de la réduction des inégalités d'accès aux *soins* et par l'extension de la couverture solidaire de la population contre le risque maladie. Au point que l'on ait longtemps subsumé, improprement, par l'expression « politiques de santé » des actions visant plus volontiers la maladie et son traitement. Prenant acte de ces évolutions sélectives, la sociologie et la science politique se sont saisies de l'objet « politique de santé » pour analyser en priorité les transformations de ces politiques de la maladie et de la protection maladie, qu'il s'agisse de comprendre les dynamiques de leur développement dans le cadre de politiques économiques keynésiennes ou des formes récentes de leur contrôle et de leur régulation (Hassenteufel, 2007).

Dans le contexte d'un souci grandissant pour la maîtrise des dépenses de santé s'amorce cependant le renouvellement de politiques porteuses d'ambitions alternatives à celles des politiques curatives : les politiques de santé publique. Ces politiques ne sont guère nouvelles : la préoccupation des gouvernants pour les états de santé et le bien-être des populations qu'ils administrent remonte aussi loin que la Rome impériale (Fassin, 2008). L'hygiène publique, ce « savoir propre » et « autonome » par rapport à celui de la médecine (*ibid.*), constitué plus manifestement à partir du XVIII^e siècle, se fonde sur un projet statistique de connaissance de la population qui accompagne la naissance des États modernes (Desrosières, 1993). Il se distingue de la médecine qui s'attache au malade individuel et à sa maladie et revendique une approche populationnelle. Il vise,

en effet, à constituer « l'ensemble des vivants » en population (Foucault, 2004), ainsi saisie par ses états de santé, et fonde une « biopolitique » instituant les « phénomènes du vivant » dans l'ordre du savoir et de la politique. L'usage du terme « public » signe ainsi le caractère résolument politique de cet art et de cette science, en ce qu'il révèle l'existence d'un bien collectif (Fassin, 2000) et qu'il inscrit, peu ou prou, sa « production » (Fassin, 2008) dans la juridiction des autorités publiques.

Il n'est guère aisé de définir la santé publique ainsi qu'en attestent les débats récurrents qui ont mobilisé ses défenseurs les plus illustres quand ils cherchaient à discerner et spécifier les limites de son territoire et de ses attributs (Fassin, 2000). Pour nombre de professionnels du champ, les activités de santé publique couvrent un considérable éventail d'opérations, allant de l'amélioration de l'organisation des soins, en passant par la lutte contre les épidémies, jusqu'aux missions nouvelles de sécurité sanitaire. Nous prenons cependant ici le parti de nous concentrer sur les seules politiques préventives et d'éducation à la santé¹, en nous intéressant plus particulièrement aux savoirs et connaissances qui les inspirent tout autant qu'ils les travaillent.

Ces politiques préventives trouvent progressivement, à partir des années 1950, une nouvelle jeunesse à mesure que se développent les maladies chroniques dégénératives (cancers, maladies cardiovasculaires, etc.) et que régresse, grâce aux campagnes de vaccination et aux progrès des médicaments antibiotiques, la prévalence des maladies infectieuses (Berlivet, 2004). Le souci d'éviter ou de retarder la survenue de maladies dont le coût économique est considérable pour la collectivité n'est pas étranger à ce regain d'intérêt. Une attention nouvelle est en particulier portée à ces comportements individuels – comportements risqués – inducteurs, souvent au long cours, de pathologies (chroniques), et pour lesquelles la médecine curative est parfois bien mal équipée. Si la santé publique moderne reste attentive aux risques environnementaux, industriels ou médicaux ou à ceux liés à la survenue d'événements exceptionnels (catastrophes, épidémies, etc.) – tous ces risques conçus comme « exogènes » en dépit de leur nature anthropique (Borraz et Gilbert, 2008) –, elle s'intéresse, de manière croissante,

1. Nous ne traiterons donc pas, dans ce texte, des politiques et des dispositifs de sécurité sanitaire et de « gestion » des épidémies, en dépit d'une actualité brûlante (virus H1N1) ; cette thématique est déjà abordée, au minimum de manière incidente, dans les textes de Borraz et Gilbert sur les risques, et de Benamouzig et Besançon sur les agences dans le volume précédent de cet ouvrage (2008). Nous renvoyons également le lecteur à Benamouzig et Besançon (2005) et Buton (2006).

notamment dans les pays anglo-saxons (Davison et Davey, 1995), à ces risques dont les citoyens sont eux-mêmes les producteurs quand ils adoptent un « style de vie » spécifique (alcool, tabac, alimentation anormale, etc.).

Afin d'étudier ces « nouvelles » politiques de santé publique, nous nous intéresserons, pour commencer, à certains des savoirs singuliers qui irriguent leur conception et la fabrique de leurs instruments. Nous dessinerons, ensuite, les contours de quelques-unes des grandes évolutions politiques et institutionnelles qui marquent aujourd'hui le champ des politiques de santé publique. Ces deux parties nourrissent une ambition commune que nous présenterons en conclusion : contribuer à caractériser et à cerner le sens (signification et direction) des recompositions de l'action de l'État en matière de santé publique.

— Savoirs et la santé publique

Les politiques de santé ne peuvent guère plus se penser sans l'outillage conceptuel de l'économie (Benamouzig, 2005 ; Hassenteufel, 2007), et la santé apparaît, de ce point de vue, devenir « un bien comme les autres ». Elle semble, cependant et parallèlement, s'affirmer comme une valeur « supérieure », dont la mobilisation serait capable de générer nombre de mesures publiques : les enjeux sanitaires se sont immiscés, pour les colorer de leur encre particulière, dans la définition de nombreux problèmes publics. Certains auteurs, comme Fassin, postulent ainsi l'existence nouvelle d'une « biolégitimité », laquelle désigne une « reconnaissance supérieure accordée à la question du corps malade ou souffrant dans la gestion des affaires publiques ». La sanitisation de problèmes autrefois saisis et qualifiés sous un autre jour, résultant d'une « double opération de traduction du social dans le langage sanitaire et d'inscription de cette nouvelle réalité dans l'espace public » (Fassin, 1998, p. 14-15), n'est pas un processus nouveau ; de nombreux sociologues, depuis les travaux pionniers sur la médicalisation comme ceux de Conrad et Schneider, ont en effet tenté d'explorer ses dynamiques sociales et politiques, ainsi que les conséquences qu'elles engendrent dans les mondes de la santé. Il paraît cependant aujourd'hui exister à la fois un mouvement d'approfondissement du phénomène ancien de médicalisation de certains problèmes, en particulier privés (cf. les médicaments de confort, non pour traiter la maladie mais pour améliorer la qualité de vie) mais aussi un processus, plus diffus, de sanitisation de problèmes publics, qui engage des acteurs divers, bien au-delà de

la seule profession médicale, des dispositifs de soins et des industries pharmaceutiques. La « place croissante occupée par les questions du corps, de la santé et de la vie dans le gouvernement des hommes » (Fassin et Memmi, 2004, p. 10) manifeste ainsi une dimension essentielle de l'analyse de l'action publique : la sanitarisation constitue un mode privilégié de publicisation des problèmes sociaux (Buton, 2006), tout autant qu'elle contribue à la création de droits et à jeter les bases d'une citoyenneté nouvelle (Fassin et Memmi, 2004). Ce mode singulier de publicisation engage des savoirs et des connaissances particuliers que nous voudrions ici examiner.

L'épidémiologie

Les opérations de publicisation, dans le cas des politiques de santé publique, possède une langue dédiée et redoutable : l'épidémiologie. L'essor de l'épidémiologie comme discipline scientifique et comme idiome privilégié de construction des problèmes publics peut être considéré comme l'un des avatars du vaste mouvement de développement de ce que Rosenberg (2002) appellent les « instruments de précision » (microscopes, thermomètres, etc.) et par lesquels s'objectivent, se standardisent et sont surveillés les états biologiques et les maladies. L'épidémiologie se propose en effet d'étudier la fréquence et la distribution des maladies dans la population. Elle aspire également à pointer leurs principaux déterminants ou facteurs. L'épidémiologie moderne, en particulier dans les pays anglo-saxons, ne s'est parfaitement développée qu'à partir du moment où l'utilisation de catégories de maladies standardisées a été rendue possible (*ibid.*) et que se sont multipliées les enquêtes fondées sur la statistique mathématique et le calcul inférentiel (Berlivet, 2001).

En France, l'épidémiologie ne s'est pas d'emblée constituée en ressource cognitive au service des « causes » de santé publique. Au contraire, l'épidémiologie française revêt à ses débuts une forme singulière (Berlivet, 2001, 2005) : ses premiers défenseurs revendiquent un positionnement académique strict, au sein de l'Institut national d'hygiène, et demeurent faiblement connectés au monde professionnel de la santé publique. Cet isolement et ces revendications d'appartenance à la noble académie, expliquent, selon Berlivet, la faiblesse de l'institutionnalisation d'un autre type d'épidémiologie, très développé aux États-Unis, plus portée sur l'intervention et l'action. Il faudra, en fait, attendre les années 1980 pour que le monde de la santé publique et les autorités

sanitaires considèrent avec un intérêt nouveau le modèle alternatif d'une « épidémiologie d'intervention » que portent, sur le terrain, des médecins formés à la statistique mathématique (*ibid.*). À partir des années 1980, sur le fond d'une épidémie de sida naissante, se créent des organismes de nature diverse, comme l'Association pour le développement de l'épidémiologie de terrain, ou plus tard le Réseau national de santé publique (RNSP), qui vont bientôt former la base institutionnelle de la « diffusion de la culture épidémiologique » à la française, s'inspirant cependant des expériences américaines, et dont les missions de surveillance et d'alerte sont progressivement reconnues légitimes (Berlivet, 2005). Ce que l'on nomme aujourd'hui la « veille sanitaire » doit beaucoup à ces développements culturels et institutionnels, par lesquels, dans le cadre en particulier de l'Institut de veille sanitaire (InVS), sont désormais remplies des activités de statistique sanitaire, de suivi de la mortalité et de la morbidité, et de contribution à la lutte contre les épidémies (Buton, 2006).

Se constituent donc, au niveau national, mais aussi à l'échelon supranational (cf. plus loin) des dispositifs institutionnels et des « technologies cognitives » (Desrosières, 2004) ayant pour vocation « l'activation automatique » (Favre, 1992) de l'action publique. S'élabore également un savoir, d'une ampleur sans précédent, permettant l'identification des états de santé « anormaux » des populations et des facteurs de risques qui leurs sont associés. En particulier se découvre un vaste ensemble de comportements (usages de tabac, d'alcool, actes sexuels non protégés, etc.), ou d'états biologiques (hypertension, hyperlipidémie, etc.)², considérés comme des facteurs de risques pour certaines pathologies et qui renvoient, eux-mêmes, à une multitude d'autres facteurs de risques, de nature fort diverse : variables sociodémographiques ou culturelles, mais aussi dispositions à agir ou toutes sortes d'autres comportements (Peretti-Watel, 2004). La « démarche épidémiologique » cherche à étudier les variations d'un phénomène « en fonction de facteurs *modifiables* [...] pour déterminer sur quel facteur il faut jouer pour éradiquer le mal ». Mais elle le fait, souvent, en délaissant la « compréhension des phénomènes étudiés » : ce sont les exigences de l'action qui priment (*ibid.*, p. 106 et 108). En outre, l'approche a beau parfois s'afficher comme « environnementale » ou « écologique », elle fait cependant la part belle aux facteurs de risques *individuels* (*ibid.*). Et dans ce vaste éventail de

2. Eux-mêmes liés, au moins en partie, à des conduites individuelles.

facteurs individuels, les conduites des individus reçoivent une attention particulière : de variables dépendantes, elles se sont transformées en variables indépendantes sur laquelle il convient désormais d'intervenir (Armstrong, 2009). Alors que les symptômes et les signes cliniques de la médecine classique étaient plutôt « enfermés dans les corps », s'affirme une « médecine nouvelle de surveillance » qui s'intéresse plus volontiers à cet « espace extracorporel » que l'on désigne souvent par le vocable de « style de vie » (Armstrong, 1995).

Le savoir épidémiologique est ainsi propice à la constitution d'un nombre considérable de cibles (individuelles) pour l'action publique sanitaire : il permet d'isoler, dans le continuum des comportements, certaines conduites (ou états en partie déterminés par des comportements), dont on établit, sur la base de chiffres dignes de confiance, qu'ils sont passibles de l'intervention des autorités publiques. L'épidémiologie est finalement une des langues académiques privilégiées de l'imputation causale (Stone, 1989) des politiques de santé publique, tout autant qu'elle sert les projets de sanitarisation d'objets, autrefois saisis sous des augures différents.

La recherche biomédicale

La santé publique a acquis une certaine autonomie cognitive, sociale, et institutionnelle mais elle entretient cependant des liens serrés avec la recherche biomédicale, puisque la connaissance des caractéristiques biologiques de certaines maladies, de leur pathogénie et, dans certains cas, de leurs modes de transmission, ne laisse pas le dessein des politiques publiques indifférent. La stratégie de lutte contre la tuberculose se modifia ainsi grandement quand l'on attesta du caractère contagieux des tuberculeux et que l'on découvrit le bacille de Koch en 1882, bien qu'il fallut vaincre de nombreuses résistances pour installer les sanatoriums (Rosenberg, 1989). Toutes choses égales par ailleurs, la connaissance pathogénique influe donc sur la nature des solutions retenues et les responsabilités engagées : l'accent fut ainsi placé sur le changement des comportements individuels dans le cas de la syphilis, tandis que dans le cas du typhus ou du choléra, transmis par l'eau, l'on mobilisa les compétences de bactériologistes et d'ingénieurs civils, dans le cadre d'une coordination assumée par les autorités locales (*ibid.*).

S'il n'est pas possible ici d'évoquer l'importante contribution de la recherche biomédicale à la formation des politiques de santé publique, il faut cependant souligner que les activités de séquençage du génome

humain participent grandement à la constitution de nouveaux « facteurs de risques » : sont, en effet, désormais établies de nombreuses corrélations statistiques entre certaines variations génétiques et certaines pathologies (cancer du sein, maladie d'Alzheimer, etc.) ; et à cette vulnérabilité génétique peuvent être également associés certains comportements « potentialisateurs ». Ces avancées scientifiques tendent donc elles aussi à accentuer l'individualisation des déterminismes des risques de santé (Carricaburu et Ménoret, 2004), en attirant sélectivement l'attention sur la contribution décisive de facteurs biologiques à la survenue de maladies, mais aussi sur les conduites qui peuvent participer à les déclencher. Le rythme, la forme et l'utilisation de ces développements scientifiques dans le cadre des politiques de santé publique sont, en outre et de manière significative, façonnés par les institutions, pour une grande partie privées, qui financent la recherche, déposent des brevets, vendent et franchisent les tests et les interventions préventives (Aronowitz, 2006).

Il faut enfin insister sur les progrès de la compréhension plus fine des « événements moléculaires qui mènent à la maladie et surviennent des années avant qu'elle ne frappe » (Zerhouni, 2008, p. 90) : ces connaissances nouvelles devraient, en effet, permettre l'élaboration de stratégies préventives d'actions précoces, lesquelles viseront les individus et, dans certains cas, leurs conduites aux effets déclencheurs ou aggravants. Se dessinent ainsi les bases cognitives du développement d'une « médecine préemptive » (*ibid.*), qui contribuerait à empêcher, argumente-t-on, l'apparition de l'événement moléculaire responsable de l'induction de la maladie. Les politiques préventives de santé publique seraient finalement, pour certains spécialistes, l'avenir des politiques curatives de santé.

Les sciences sociales en action

Les mesures pour traiter d'un problème public suscitent parfois plus de controverses axiologiques, scientifiques et politiques que les processus de publicisation (Padioleau, 1977), bien que l'on sache qu'il est artificiel de séparer problèmes et solutions qui, en général, sont tenus dans une relation de production réciproque. Il n'est pourtant pas ici question de rendre compte de ces débats et des conclusions de la littérature qui s'y est intéressée. Nous aimerions plutôt nous pencher sur la manière dont les sciences sociales ont contribué aux campagnes d'information et d'éducation à la santé : si la recherche médicale et l'épidémiologie permettent l'identification des cibles de l'action publique, les sciences

sociales contribuent, elles, en effet, au *design* des instruments par lesquels ces cibles doivent être atteintes et travaillées. C'est là une occasion de réfléchir sur les représentations anthropologiques engagées par les instruments d'action publique et sur la contribution des sciences sociales à la formation/diffusion de ces représentations.

Les relations entre média et action publique – leur contribution, en amont (déclencheur) ou en aval (amplificateur), aux processus de publicisation – ont été amplement explorées par la littérature sur l'action publique, y compris sur les questions de santé. Il est peut-être plus original ici de s'intéresser aux médias comme technologies d'intervention sur les cibles des politiques publiques. Leur utilisation dans ce cadre n'est guerre nouvelle : il n'existe pas d'ouvrage d'histoire de la santé publique qui ne rende compte de l'utilisation du cinéma, de la radio, ou de l'affichage dans les stratégies d'« éducation sanitaire » comme on disait alors. Mais la conviction que les médias de masse, en particulier la télévision, ont un « pouvoir de transformation sociale » redoutable va habiter plus manifestement certains hauts fonctionnaires et hommes politiques à partir des années 1970 (Berlivet, 2004). À l'initiative de Simone Veil, il est, en effet, décidé de « moderniser » les modes par lesquels on s'adresse aux cibles de l'action publique préventive. Au sein du Comité français d'éducation pour la santé, l'éducation *sanitaire*, vilipendée pour sa dimension moralisatrice et « inculcatrice », véhiculant des messages centrés sur la peur de la maladie et servant un discours réputé « blâmer les victimes » (*ibid.*), se transforme en éducation pour la santé. Il est plutôt question, dans l'éducation pour la santé, de rendre les citoyens capables de trouver en eux-mêmes les ressources nécessaires, qui leur permettent de s'affranchir d'habitudes aux conséquences délétères pour leur propre santé.

Ce changement conceptuel signe une « perte d'autorité du discours hygiéniste » dans un contexte intellectuel de critique des ambitions disciplinaires et de contrôle social de la médecine (Berlivet, 2004). Il est, en outre, propice aux renouvellements des personnels au sein du CFES et au développement de collaborations plus serrées avec des individus rompus aux « études de motivation » et possédant des formations en sciences sociales, ainsi qu'avec les agences de communication, expertes dans la manipulation des techniques de persuasion sociale. S'élabore ainsi, au sein d'un organisme fortement dépendant de l'État, une véritable « ingénierie symbolique » de transformation des représentations sociales (*ibid.*). De nombreuses campagnes de prévention grand public et d'éducation pour la santé sont ainsi menées sur la base de ces savoirs,

qui doivent autant à la psychologie sociale qu'aux techniques de communication. Il s'agit de renforcer l'estime que les individus ont d'eux-mêmes et la confiance dans leurs capacités à s'autocontrôler (Berlivet, 2004). Adopter un style de vie « sain », c'est manifester sa capacité à être l'acteur (plus ou moins rationnel) de sa propre vie (*ibid.*). L'on sait pourtant la critique que d'autres sciences humaines et sociales, comme l'économie par exemple, apportent à ces conclusions : si l'on accepte que « l'utilité marginale d'un gain en espérance de vie aura tendance à décroître avec la richesse de l'individu » (Moatti *et al.*, 1993), on peut s'autoriser à conclure que les choix de comportements en faveur d'une meilleure santé sont d'autant plus difficiles à adopter qu'ils concernent une population défavorisée qui valorise plus volontiers l'acquisition d'autres biens, matériels ou symboliques. Plutôt que de considérer les individus adoptant des « styles de vie risqués » comme faisant montre d'un défaut d'autonomie et/ou de rationalité, certains chercheurs soutiennent au contraire qu'il est, dans certaines conditions, parfaitement rationnel de faire le choix autonome d'adopter des comportements risqués (*ibid.*).

Les sciences sociales ont également œuvré dans le cadre des campagnes de prévention contre le sida. L'action publique ira puiser dans le réservoir des recherches de sciences sociales celles qui ont fait des comportements individuels leur objet principal (Calvez, 2004). Existe ainsi une affinité élective entre des intérêts de politique publique centrés sur la transformation des comportements individuels et des « approches individualistes » qui sont censées étudier les ressorts de cette transformation (*ibid.*). Certes, note-t-il, certaines caractéristiques sociales des individus et de leur contexte sont considérées comme pertinentes dans ces études, en ce qu'elles peuvent rendre compte de la variabilité de la connaissance des risques et des comportements à risques et révéler les conditions propices à la prise de risque. Mais ces facteurs ne sont pas considérés « comme un niveau pertinent pour une prévention reposant sur une communication publique » (*ibid.*, p. 180). L'analyse se centre ainsi principalement sur l'individu, en même temps qu'elle « naturalise » le risque qu'elle reprend sans le questionner (*ibid.*). Dans un contexte où il était urgent de mettre les résultats de la recherche au service de la prévention (Steffen, 2000), l'ANRS, sur des critères autres que simplement épistémologiques et scientifiques, tendait ainsi à sélectionner des projets de sciences sociales partageant une conception individualiste et objectiviste des risques. C'est là l'une des explications possibles, selon Calvez, du faible volume des recherches portant sur les dynamiques sociales liées au sida, sur les inégalités sociales ou sur

«logiques collectives de ségrégation». Comme dans le cas des campagnes du CFES, la prévention centrée sur l'individu favorise le recours à des approches psychologiques, psychosociologiques ou économiques, portant prioritairement sur le niveau d'information, les croyances et les attitudes individuelles (cf. les enquêtes KAPB).

L'étude de ce type d'instrument révèle ainsi un « rapport gouvernant/gouverné » singulier (Lascoumes et Le Galès, 2004). L'autonomie des citoyens ou celle qu'ils sont supposés pouvoir recouvrer est, encore aujourd'hui, au principe de nombreuses actions de santé publique : le citoyen est perçu comme l'acteur, ou l'acteur en devenir, de sa propre transformation, transformations individuelles dont l'agrégation causera, argumente-t-on, la réduction des problèmes de santé publique. Prenant acte de l'inefficacité de l'utilisation exclusive des campagnes d'*information*³, les promoteurs des campagnes d'éducation pour la santé, équipées des théories psychosociologiques les plus récentes, troquent finalement une fiction atomiste pour une autre⁴ : celle d'individus dont il faut simplement accroître le niveau d'information, pour celle de citoyens dont il faut également travailler les attitudes, croyances et motivations, mais sans que celles-ci ne soient saisies dans les conditions socio-économiques et les « interdépendances sociales et [les] solidarités collectives » qui les modèlent (Calvez, 2004, p. 175) ; une fiction qui fait comme si les « styles de vie » pouvaient être conçus de manière plus ou moins indépendante des forces sociales et économiques qui les contraignent.

Reprenant les travaux de Foucault, Berlivet (2004) voit finalement dans ces grandes campagnes nationales, l'illustration de « dispositifs de sécurité » visant la « normalisation », dispositifs qu'il convient de distinguer des « disciplines » qui cherchent, elles, la « normation ». Il s'agit ainsi, non d'imposer, de l'extérieur, une norme décidée par une autorité ou un souverain, mais plus volontiers, de transformer, de l'intérieur, les représentations, attitudes ou croyances qui sont au principe des comportements à risques. Ces instruments cherchent « des prises symboliques » (*ibid.*) au sein même des représentations qu'ils veulent transformer. Au fondement de l'utilisation de ces instruments, la représentation d'un citoyen autonome, ou en passe de le devenir, à qui l'on

3. Lesquelles supposent qu'un acteur bien informé change, de manière rationnelle et mécanique, son comportement.

4. Il faut cependant souligner que les recherches psychologiques et psychosociologiques ont permis d'améliorer considérablement les pratiques préventives de terrain (Moatti et al., 1993).

ne peut simplement interdire d'accomplir des comportements qu'il considère comme relevant de son libre arbitre ; interdiction qui, ce n'est pas accessoire, menacerait, en outre, dans bien des cas, des intérêts économiques constitués. Implicitement ou explicitement, l'on suppose que le choix de la « bonne santé », du « bon style de vie » et l'abandon des comportements à risque, résulteront d'une autonomie recouvrée. La santé est, en cela, confirmée dans son statut de bien « évidemment » supérieur, et l'État, comme un opérateur de l'uniformisation « douce » de la hiérarchie des utilités individuelles. S'exprime ici finalement une tentative de concilier une représentation libérale et individualiste de ce que « sont » les citoyens, souverains, que Davison et Davey (1995) qualifient comme une *free market position*, avec les exigences étatiques de définition et de protection d'un bien public.

Les recompositions récentes de la santé publique française

La santé publique après les crises sanitaires

Il n'est pas possible de revenir en détail ici sur les transformations du rôle des malades et des associations de malades dans la formation des politiques de santé, après la survenue du sida, tant celles-ci font désormais partie du sens commun, au moins sociologique. L'on ne peut cependant comprendre précisément les reconfigurations récentes des politiques de santé publique sans porter à la connaissance du lecteur non spécialiste quelques traits significatifs.

Sur bien des sujets de santé publique, les acteurs privés, au premier rang desquels des associations loi 1901, mais aussi des entreprises commerciales (Bergeron *et al.*, 2009), ont précédé la décision publique. Aussi, l'élaboration des programmes publics doit plutôt être conçue comme une « opération de mise en sens » (signification et direction) d'initiatives éparpillées et non coordonnées. Les associations constituées autour d'une pathologie (tuberculose, cancer, etc.), leur participation, plus ou moins importante, plus ou moins assumée d'un point de vue politique, à la fabrique des politiques, et la délégation dont elles ont parfois bénéficié dans la mise en œuvre d'interventions ou programmes publics n'est pas nouvelle. Ce qui distingue le cas des mouvements de malades dans le cadre de l'épidémie de sida c'est, qu'agissant en amont d'une intervention étatique plus tardive, ils ont mis à l'épreuve, dans l'espace public, tous les pouvoirs : économique, politique, administratif

et en particulier, scientifique (Buton, 2005). Ils ont ainsi permis un mouvement profond de transformation du rôle des associations de patients dans la formation des politiques de santé et de santé publique. Des auteurs de sciences sociales (Barthe *et al.*, 2001) y ont vu le signe d'une contestation de la supériorité du discours scientifique, et l'occasion d'affirmer la légitimité de la contribution des « experts profanes » aux processus d'expertise. Dans un contexte de crise de confiance dans le système de soin, la lutte associative se situe désormais dans tous les « secteurs de la maladie » (Carricaburu et Ménoret, 2004), en particulier dans les instances des institutions sanitaires et auprès des pouvoirs publics. Elle ne vise plus seulement l'entraide entre malades et familles de malades (*ibid.*), l'action caritative et la collecte de fonds (Thiaudière, 2002). Comme l'a souligné Epstein (1996), en particulier aux États-Unis, de nombreux groupes construisent désormais leur identité sociale en relation avec une maladie ou un trouble, et assoient leurs revendications d'ordre politique sur la base de cette bio-identité.

La place nouvelle qu'ont prise les associations de malades ou de leurs proches, dans la gestion du système de soin et la fabrique des politiques doit ainsi beaucoup à la contestation qui s'est affirmée dans le cadre de la survenue de l'épidémie de sida. Ces transformations ont, de manière concomitante avec d'autres évolutions (médecine des preuves, rationalisation des soins, etc.) contribué à provoquer de profonds bouleversements des « formes politiques » de la médecine. Barbot (2007) pointe ainsi le passage, qui s'amorce dans les années 1980, entre ce qu'elle nomme « une tradition clinique paternaliste », caractérisée par la faible autonomie d'un patient soumis à l'autorité bienveillante du médecin, et ce qu'elle conçoit comme « une modernité thérapeutique participative ». Celle-ci suppose un patient autonome, capable d'estimer, sur la base des conseils et des informations que le médecin lui délivre en toute transparence et exhaustivité, ce qui lui sied. Le médecin se doit aujourd'hui d'obtenir le consentement, ainsi « éclairé », du patient, concernant une stratégie thérapeutique, désormais, « négociée » ou « partagée ». On ne peut manquer de souligner les affinités de sens qu'entretient ce nouveau modèle de la relation *curative* entre médecin et patient avec celui installé par les autorités publiques dans le cadre des relations *préventives* qu'elles nouent avec les cibles des campagnes d'information et d'éducation : les activités de curation et de prévention se composent finalement sur la base d'une figure similaire, celle d'un patient autonome, pour peu qu'il soit éclairé.

Ces évolutions des « formes politiques de la médecine » ont obtenu une reconnaissance juridique par l'adoption de la loi de mars 2002 sur

les droits de patients et la qualité du système de soin. Non seulement cette loi consacre un patient « pensant et libre » (Moutel *et al.*, 2003) doté de droits (à l'information, accès au dossier médical, etc.), mais elle redessine, en les approfondissant, les mécanismes par lesquels les représentants des patients peuvent contribuer à la gestion des établissements de soins et la formation des politiques de santé (publique). La création du Comité interassociatif sur la santé (CISS), en 1996, qui regroupe des associations de patients, jusqu'alors « enfermées » dans leur pathologie, et qui a largement contribué au dessin de la loi de 2002 (Barbot, 2007), signe également une transformation importante des médiations sociales entre, d'une part, État, profession médicale, caisses, etc., et patients, d'autre part : existe un acteur unifié qui peut faire valoir des positions irréductibles à la défense de singularités liées à une pathologie spécifique. C'est finalement à la constitution d'une « démocratie sanitaire », en écho à la démocratie sociale, qu'appellent de leurs vœux certains hommes politiques, hauts fonctionnaires, professionnels et les associations, bien que la question de l'équilibre des ressources et pouvoirs, et des modes d'arbitrages et d'intégration, dans ces « lieux de la participation », reste ouverte (Moutel *et al.*, 2003). L'étude de la mise en œuvre de ces dispositifs institutionnels, demeure, dans bien des cas, encore à mener.

Mais le paysage de la santé publique ne se recompose pas uniquement dans le champ associatif : résultant de la survenue de nombreuses crises, dont certaines avaient engagé la responsabilité d'associations de droit privé, est créé un large tissu d'agences sanitaires, aux missions principales de sécurité sanitaire, soumises à la tutelle de l'État (Benamouzig et Besançon, 2005) : l'autonomie et la démocratie (sanitaire) ne vont pas sans la garantie de la sécurité (sanitaire). Bénéficiant d'un triple mouvement d'ouverture des espaces scientifique, médical et administratif, la constitution de ce qui finalement s'affirme comme des « bureaucraties de second rang » (*ibid.*), et qui visait, en outre, le renforcement institutionnel de la santé publique, favorise, en réalité, la domination d'une de ses branches – la sécurité sanitaire (Bergeron et Nathanson, 2009). Elle contribue également à l'extension « paradoxale de la juridiction » de la médecine sur des sujets qui lui échappaient jusqu'alors, sans que le dialogue espéré avec les représentants de patients ne s'épanouisse parfaitement (Benamouzig et Besançon, 2005).

Au-delà de la direction substantive prise par ces évolutions, les liens plus serrés entre *politics* et *policy*, en particulier pendant les crises, les scandales et les affaires, la politisation des questions de santé, la création de nombreuses agences et les transformations des motifs et des

modes de participation des associations de patients, contribuent à la formation d'un champ de la santé publique institutionnellement plus diversifié, et plus complexe. Les politiques de santé, et de santé publique, ne dessinent plus un espace politique confiné qui les a « confisquées » pendant des décennies, mais, un territoire pour lequel le concept d'« action publique » est désormais particulièrement opératoire.

Évolutions récentes

Sur le fond de ces recompositions, a été passée une loi « relative à la santé publique », le 9 août 2004. Adoptée quelques jours plus tôt qu'une autre loi relative à l'assurance-maladie (13 août 2004⁵), cette loi a une valeur symbolique forte en ce qu'elle est la première loi explicitement intitulée « loi relative à la politique de santé publique » depuis celle adoptée, plus de cent ans auparavant, en 1902. Bien que le corpus des études sociologiques et de sciences politiques portant sur la mise en œuvre de cette loi soit encore modeste, l'analyse de son contenu et des réorganisations qu'elle appelle se relève être un marqueur intéressant de la transformation récente, sinon de l'action publique, au moins des conditions de l'exercice nouveau de la santé publique en France. Cette loi a une ambition principale : mettre l'approche préventive au cœur du paysage de la santé publique, dominée par les questions de sécurité sanitaire, et plus largement, au centre de la santé, qui consacre principalement la perspective curative. Élaborée par un petit cercle de fonctionnaires de la DGS et d'experts, la plupart formés dans les meilleures universités anglo-saxonnes de santé publique, et – ironie de l'histoire – adoptée finalement en réaction principale à une crise de sécurité sanitaire (la canicule de l'été 2003), cette loi affirme, haut et fort, la santé publique comme relevant des compétences de l'État⁶. Elle confirme également, dans le cadre d'une approche de plus en plus topologique des problèmes de santé (cf. la loi HPST), la régionalisation des politiques en la matière. La prévention et la promotion de la santé reçoivent, on s'en doute, une attention particulière, par la redéfinition,

5. Reproduisant ainsi un tropisme bien français consistant à déconnecter les réflexions sur la santé, la santé publique de celles menées sur l'assurance-maladie (Tabuteau, 2006).

6. Pour être précis, la responsabilité formelle de l'État en matière de santé publique est déjà contenu en filagramme dans la loi de santé publique de 1902 et a été par la suite consacrée « par une jurisprudence constante des juridictions administratives », tout comme cette responsabilité étatique est soulignée dans la loi sur le droit des patients de 2002 (Tabuteau, 2007).

en premier lieu, du rôle de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Cet établissement public administratif, placé sous la tutelle du ministre de la Santé, se voit ainsi doté de missions de mise en œuvre des programmes de santé publique que la loi définit également, d'expertise, de développement de l'éducation pour la santé, et de participation aux « situations urgentes et exceptionnelles ». Sans pouvoir ici se prévaloir de la force des résultats de recherches qui font autorité, comme dans le cas des campagnes du feu CFES, rien n'indique cependant que le modèle anthropologique sous-tendant les opérations de communication nationales se soit profondément modifié, comme nous le verrons.

Aux côtés des campagnes nationales, de nombreux instruments de politiques publiques sont désormais disponibles, comme l'illustre le cas des politiques de l'obésité et du surpoids. Le plan national « Nutrition santé » (2001), que la loi de 2004 va compléter, prévoit, ainsi, deux modes opératoires principaux : l'intervention sur la demande et l'intervention sur l'offre : 1) L'action par les prix, dont l'efficacité repose sur le principe d'élasticité de la demande, n'a pas été retenue (pour l'instant) comme une voie praticable : au-delà de l'existence d'intérêts économiques extrêmement vigilants et puissants, de nombreuses controverses scientifiques concernant les effets possibles de mesures visant à taxer les produits « obésogènes » ne sont pas encore résolues. En revanche de nombreuses autres actions sont désormais mises en œuvre : des initiatives pour améliorer la restauration scolaire ont été menées ainsi que des campagnes de prévention sur ce thème dans les écoles ; du matériel pédagogique et des guides de nutrition ont été conçus et une politique de coordination des différents acteurs de la prévention locale initiée ; un site internet a été rendu disponible et a été mis en place « un système de surveillance de la consommation alimentaire et de la situation nutritionnelle de la population » ; et bien sûr de vastes campagnes à destination du grand public sur les vertus du « bien manger » et du « bien bouger » ; 2) Du côté de l'offre, les mesures principales consistent dans le retrait des distributeurs automatiques des écoles et à créer des chartes de « bonnes conduites » que les industries et la filière agroalimentaires signent et s'engagent à suivre⁷, mais qui n'ont pas de caractère contraignant ; des restrictions publicitaires et des obligations d'insertion de messages de prévention dans les spots, ont également

7. Comme pour les citoyens, l'on compte sur l'adhésion, la participation et la responsabilisation des entreprises !

été décidées ; des expériences originales ont aussi cours afin de constituer des « équipements produit » aidant le consommateur à bien « choisir » (pastille de couleur différente, informations obligatoires, etc.). Il n'est pas ici question d'être exhaustif, mais de souligner qu'une grande partie de ces opérations reproduisent finalement, au niveau du supermarché ou de l'école par exemple, ce que la communication grand public cherche également à opérer : autonomiser le consommateur par l'information et l'action sur les signes, les attitudes, les croyances et les représentations.

La politique nationale de santé publique et d'éducation à la santé trouve des relais régionaux dans une nouvelle institution, les Groupements régionaux de santé publique (GRSP), dont le conseil d'administration est placé sous la présidence du préfet de région, et financé par des subventions d'État mais aussi, chose remarquable et nouvelle, par l'assurance-maladie. La création de cette institution est conçue comme une tentative de constituer un « déjà-là » institutionnel incarnant l'importance de la santé publique (Bergeron et Nathanson, 2009), quand les (à l'époque) futures Agences régionales de santé (prévues par la loi HPST, cf. le « schéma régional de prévention ») se créeront et intégreront les Agences régionales de l'hospitalisation. Dans une stratégie politique classique (cf. l'ANRS et le CNS dans le cas du sida), la création d'institutions nouvelles est ainsi (mais pas seulement) pensée sur le mode de l'action symbolique par laquelle l'institution marque l'importance (*ibid.*). Même si les politiques locales de prévention et l'éducation à la santé sont considérées comme devant être en partie élaborées et mises en œuvre par toutes sortes d'acteurs (non étatiques en particulier), l'État et ses représentants locaux sont au cœur du dispositif : les concepteurs de la loi font le diagnostic qu'il existe des forces vives sur le terrain et dans les administrations, mais que celles-ci sont dispersées, non coordonnées et qu'il convient de les faire exister dans un projet d'ensemble qui leur donnerait une cohérence et des buts communs. Il s'agit également d'approfondir le décroisement des politiques de santé publique, longtemps marquées par une profonde spécialisation thématique (sida, alcool, tabac, etc.) (Thiaudière, 2002) et par une division des financements entre l'assurance-maladie et l'État, et au sein même de l'État. Le GRSP, et le PRSP qu'il met en œuvre, sont finalement conçus comme un dispositif de pilotage d'actions éparpillées, qui, s'appuyant sur des techniques de management et d'ingénierie sociale (identification d'un « centre », mise en réseaux des acteurs, appels d'offres, etc.) comptent également transformer les attitudes et croyances des acteurs locaux en faveur d'une « culture de la santé publique ». Les collectivités locales,

et en particulier les conseils généraux peuvent participer au GRSP et y apporter leur contribution (financière), mais l'État reste aux commandes dans une politique de régionalisation de la santé publique qui relève plus manifestement de la déconcentration, que du « transfert décentralisateur » (Goudet, 2004).

La coordination des actions étatiques avec celles de l'assurance-maladie, celles des Conseils régionaux et celles des conseils généraux, ou encore avec les initiatives des municipalités, ayant compétence en matière de protection de l'hygiène et de la santé, et qui ont saisi l'importance des gains politiques que pouvait leur apporter un engagement sur les questions de santé publique (Bergeron *et al.*, 2009) n'est pas facile à assurer : on conçoit, en effet, combien les politiques locales de santé publique font jouer de multiples acteurs, relevant de statuts et de filières (électives et étatique) différents, propices aux redondances et superpositions, contradictions et conflits. Si l'on ajoute à cela, l'existence des volets « santé » du RMI (1988), de la politique de la ville (1993), et de loi de lutte contre les exclusions (1998), ainsi que la loi établissant la couverture maladie universelle (2000) et la loi sur les droits des patients (2002), l'on comprend mieux comment ce dense tissu de politiques déjà existantes contraint les politiques nouvelles de santé publique à afficher, pour se caractériser et se différencier, un profil résolument préventif, orienté vers la transformation des comportements individuels.

Bien que le rôle central de l'État soit clairement affirmé, des dispositifs institutionnels de consultation et de participation à la formation de la décision publique sont cependant élaborés. La loi de santé publique introduit ainsi le principe de l'organisation de débats publics sur les questions de santé et prévoit que la conférence nationale de santé, organisme consultatif, puisse permettre la concertation et contribuer à la préparation des projets de loi définissant les objectifs de la politique étatique de santé publique. La Conférence *régionale* de santé (établie en 1996) occupe une place remarquable dans le dispositif : conçue comme un lieu de réflexion et d'apprentissage, afin que soient identifiés les problèmes de santé spécifiques existant dans les différentes régions françaises, ces conférences veulent consacrer la participation de tous les intéressés, au premier rang desquels les usagers du système de soin et les représentants des malades⁸. Les promoteurs de la loi font ainsi leurs réflexions des sciences sociales sur la démocratie participative :

8. Ces conférences deviennent des Conférences régionales de la santé et de l'autonomie dans le cadre de la loi HPST.

il est remarquable, à ce titre, que les articles d'un numéro spécial de la revue *Santé publique* de 2004 présentant les aspects saillants de la loi, rédigés par certains de ceux qui en ont été les concepteurs, fassent une référence explicite à l'ouvrage de Barthe *et al.* (2001). Les sciences sociales ne se contentent pas de travailler à l'amélioration de l'efficacité des instruments d'action publique ; leurs analyses se posent également comme les repères normatifs de l'élaboration indigène des mécanismes de régulation des politiques publiques.

Cette nouvelle politique de santé publique repose aussi sur la capacité des autorités publiques à évaluer un large spectre d'états de santé de la population. Créé en 1998, l'InVS a vu ses missions redéfinies par la loi de 2004. Aux côtés de ses missions d'alerte, de veille et de vigilance et de participation à la gestion des crises sanitaires, il surveille et observe en permanence les états de santé populationnels, sur la base du recueil et du traitement des données épidémiologiques, que lui fournissent des « correspondants » publics et privés (réseau national de santé publique). Par l'identification des facteurs de risques qui pèsent sur la santé des populations, il contribue de manière décisive à l'élaboration des bases cognitives sur lesquelles se fondent les politiques de santé publique et les priorités qu'elles se donnent. L'institution est cependant particulièrement dépendante du « champ politico-administratif » (établissement public administratif, financement par projet, modes d'évaluation hiérarchique), et la sélection de ses domaines d'observation reflète des « préoccupations » principalement politiques (Buton, 2006). Se distinguant ainsi nettement des premières initiatives françaises en matière d'épidémiologie, qui revendiquaient un positionnement académique strict et qui étaient très préoccupées par la question théorique de la causalité, il s'affirme plus manifestement comme un « outil de gouvernement » au service de l'action que comme un « outil de preuves » devant alimenter les débats scientifiques (*ibid.*).

Chose remarquable, enfin, cette politique publique se pare des habits que doivent désormais revêtir les politiques publiques « modernes » et affirme ainsi son caractère technocratique essentiel (Goudet, 2004) : le principe de l'évaluation y est fortement souligné et sont déclinés pas moins de cent objectifs de santé publique, la plupart quantifiés, auxquels correspondent des indicateurs à l'aune desquels l'efficacité de l'action publique pourra s'évaluer. Il est, en outre, convenu de publier, de manière régulière, un « ensemble d'indicateurs transversaux », considérés comme les « instruments de pilotage » de l'action publique en la matière et d'appréciation routinisée de ses performances. Enfin, toute une série d'indicateurs synthétiques des états de santé de la population

(espérance de vie, espérance de vie sans incapacité, mortalité infantile, etc.) sont conçus comme les repères cognitifs d'ensemble qui bornent la situation sanitaire française. Il ne fait guère de doute que la volonté d'afficher pareils objectifs quantifiés se veut être une référence directe à ce qui se fait dans les pays anglo-saxons, mais aussi au Canada, réputés avoir une culture de santé publique plus développée ; s'y voit ainsi déposé la culture professionnelle du petit groupe d'acteurs qui a formé cette loi. Mais on ne peut s'empêcher d'y voir également les signes de la pénétration des exigences de légitimation par les *outputs*, et par laquelle il convient de montrer que les politiques que l'on *peut* gouverner *peuvent* aussi *changer* la société, deux mythes fondateurs de la démocratie représentative (Hassenteufel, 2008).

L'Union européenne et l'OMS

Ces transformations et ces intentions de transformations se produisent dans le cadre d'une influence grandissante des institutions supranationales. Il est commun de considérer que les compétences communautaires formelles en matière de santé publique, édictées pour la première fois dans le traité de Maastricht et reformulées dans le traité d'Amsterdam, et son budget sur le sujet sont limités. Les auteurs spécialistes du sujet insistent cependant sur l'existence d'un « espace européen de la santé » (Guigner, 2008). Se fondant sur les bases juridiques qui ont trait à la santé publique, ou sur d'autres bases⁹, de multiples instruments juridiques ont ainsi été adoptés au point qu'un livre recensant toutes ces dispositions (et leurs commentaires) comprennent quelque 2 200 pages (Laude et Tabuteau, 2009). La mise en œuvre de deux programmes fondateurs (« Europe contre le cancer » en 1987 et « Europe contre le sida » en 1991), puis, réagissant aux crises « alimentaires » des années 1990, la transformation de l'ancienne direction générale (DG) Politique des consommateurs et protection de la santé en direction générale Santé et protection du consommateur (DG SanCo) consacrent ainsi de manière symbolique et matérialisent l'importance nouvelle des questions de la santé publique dans l'activité de la Commission (Guigner, 2003). Le rôle des instances européennes et des instruments, contraignants¹⁰ ou non (*soft laws* : résolutions, stratégies ou plans d'action),

9. Dans le but en particulier d'assurer la réalisation du marché commun (Steffen, 2005) et de protéger les consommateurs et les travailleurs.

10. Les dispositions juridiques contraignantes concernant la lutte contre le tabagisme ont été adoptées au motif juridique officiel de la réalisation du marché commun (Guigner, 2009).

dans les processus d'eupéanisation des politiques nationales est ainsi régulièrement souligné (Grange, 2005). L'exemple le plus abouti est certainement celui de la lutte contre le tabagisme (Guigner, 2008, 2009)¹¹, cause pour laquelle la commission s'est, en outre, octroyé un rôle décisif dans les négociations de la convention cadre de l'OMS adoptée en 2003 (Guigner, 2006). Il n'est donc pas illégitime de conclure que sur de nombreux objets de santé publique, les « arrangements institutionnels (normatifs, cognitifs et organisationnels) » (Guigner, 2008) de niveau communautaire orientent et contraignent les décisions nationales.

Nombreuses sont les manières dont l'Union européenne participe à la formation des politiques publiques nationales ; nous voudrions ici cependant nous pencher en particulier sur le rôle qu'elle joue dans la fabrique des « technologies cognitives » par lesquelles se pensent les problèmes de santé publique et les politiques censées y répondre. L'information et les guides de bonnes pratiques, ces productions qui manifestent un ordre « supérieur », celui de la science (Guigner, 2009), composées par les institutions européennes et les agences, constituent, en particulier, autant de bases élémentaires à partir desquelles se composent des argumentaires, se jaugent des situations, se comparent des pays, s'élaborent des propositions et se décident des solutions : ainsi du rôle de l'Agence européenne des drogues (OEDT) dans la construction d'un prisme cognitif, donc normatif, commun aux États membres et au travers duquel sont désormais saisies non seulement la situation européenne « consolidée » des problèmes sanitaires liés aux drogues, mais également les situations nationales (Bergeron, 2005). Les classements comparatifs, élaborés par l'agrégation (souvent en index) d'un nombre important d'indicateurs, comme dans le cas du tabac (Guigner, 2009), produisent en particulier des effets politiques non négligeables : à l'image de ceux établis dans le cadre de la transformation de la gouvernance hospitalière au Royaume-Uni, bien que souvent critiqués, ces classements et index ne peuvent guère être ignorés, une fois constitués, parce que les États membres qui sortent « valorisés » de ces épreuves comparatives tendent à les mobiliser et, ce faisant, à les légitimer (Le Galès et Scott, 2008).

11. Cf. les grandes campagnes de communication contre le tabagisme lancées dans les États membres depuis 2002 ; les dispositions contraignantes relatives à la taxation des produits du tabac introduite à partir de 1993 ; les directives concernant l'interdiction de la publicité pour le tabac à la télévision depuis 1989 (revue en 2007) ; la recommandation de 2003 sur la prévention et les initiatives pouvant améliorer les stratégies de lutte contre le tabagisme.

Réfléchir sur l'origine des idées comme « des données qui guident l'action publique » (Borraz et Guiraudon, 2008) paraît également essentiel pour saisir les manières dont l'OMS participe de la formation des politiques nationales. Comme il en est de toutes les technologies, des choix, des opinions, des négociations, etc., sont sédimentés, puis oubliés en tant que tels, dans les codes et les classifications, en particulier dans la Classification internationale des maladies (CIM), que cette organisation internationale a produites (Bowker et Star, 1997). Or, ces classifications et indicateurs forment les catégories essentielles d'un nombre important de bases de données, de logiciels médicaux et épidémiologiques, d'études et de recherches. Ils jouent, de ce fait, un rôle central, quoique « silencieux » (*ibid.*), dans la fabrique des études épidémiologiques qui équipent les politiques de santé publique et dans la formation d'une multitude de décisions individuelles et collectives (répartition des équipements et des personnels, contrôle des coûts, évaluation de programmes, identification des épidémies, etc.), d'acteurs tant privés que publics (organismes de santé publique, hôpitaux, assurances, offices des statistiques, etc.) (Bowker et Star, 1997). Les résultats de la « médecine des preuves », dont nombre sont produits dans le cadre de ces institutions européennes et internationales, nourrissent également les décisions liées à l'économie d'ensemble des politiques de santé et de santé publique, qu'ils s'agissent des cibles visées, des taux de couverture des interventions, et des modalités de financement. Ces équipements cognitifs de politiques publiques, qui se présentent sous une forme dépolitisée, alors qu'ils sont pourtant produits aux termes d'après négociations en partie politiques méritent ainsi l'attention particulière des sociologues et politistes. Car ces classifications, guides de bonnes pratiques, méthodologie d'évaluation des risques, systèmes d'alerte, informations et synthèses statistiques, etc., contribuent à renforcer « le primat du savoir dans les processus décisionnels » et à accentuer la « densité technique de l'action publique » (Borraz et Guiraudon, 2008). Il y a là, certainement, l'indice d'un renforcement du modèle technocratique (*ibid.*) ; mais d'une technocratie qui agit à distance, rendant les autorités publiques nationales, mais aussi européennes¹², plus dépendantes de savoirs qu'elles n'ont pas, elles-mêmes, pu parfaitement produire ou contrôler.

12. La production des outils d'évaluation (informations épidémiologiques, suivi des mises en œuvre des interventions, etc.) de certaines stratégies de l'Union européenne, comme celle sur l'obésité, est ainsi confiée, en partie au moins, à l'OMS, la Commission cherchant ainsi à bénéficier du statut réputé « scientifique et objectif » que l'OMS serait parvenue à s'octroyer.

Au terme de cette courte et non exhaustive présentation de certaines des transformations récentes du champ de la santé publique en France, on peut s'interroger sur la manière de lire le sens des recompositions de l'action de l'État en la matière. Certains mouvements suggèrent que cet État fait faire plutôt qu'il ne fait (Hassenteufel, 2007, 2008) et qu'il n'agit pas seul, loin s'en faut : la mise en œuvre des politiques préventives et d'éducation pour la santé locales, par exemple, est amplement déléguée à d'autres acteurs, en particulier non étatiques, l'État assumant la charge d'organiser la cohérence d'ensemble de ces actions locales, de les cadrer (par le PRSP) et de les piloter (au sein du GRSP). L'influence certaine de l'Union européenne et des organisations internationales rend également cet État moins autonome non seulement dans sa capacité à agir, mais aussi à penser. Mais au même moment, il renforce sa capacité de contrôle par la diffusion d'une culture, d'institutions et de mesures d'évaluation, tout autant que par la mise en place d'agences (de sécurité sanitaire) (*ibid.*). L'on peut saisir simultanément ces deux mouvements sous les auspices du concept d'État régulateur, argumente Hassenteufel, lequel permet d'« articuler la dé-différenciation de l'État (en termes de capacité d'action autonome) et sa redifférenciation (en termes de capacité de pilotage et de contrôle accru des politiques publiques » [Hassenteufel, 2007]).

Mais d'autres évolutions, qui renvoient également à un processus de re-différenciation, ne se laissent pas saisir aussi aisément par ce concept d'État régulateur. La loi de santé publique de 2004 paraît ainsi avoir renforcé, dans un sens plus classique, la capacité de décision de l'État. Si l'État n'est pas autonome, le dispositif prévu par la loi, qui place de manière ostentatoire la santé publique sous sa responsabilité et attribue à son représentant dans la région un rôle clef¹³, peut s'interpréter comme une volonté de (re)étatisation des politiques de santé publique, longtemps marquées par l'absence d'implication réelle du gouvernement central (Fassin, 2000). À cela, il convient d'ajouter les mesures coercitives et de police sanitaire, liées à la sécurité sanitaire, l'intervention directe en cas de crise ou d'épidémie¹⁴ et sur les citoyens dans les grandes campagnes, les mesures réglementaires concernant la publicité et la

13. Au moins dans la définition des priorités et l'octroi des financements.

14. Le cas de la gestion de l'épidémie de grippe A est exemplaire de ce point de vue : l'État a longtemps pensé devoir être l'acteur clef et exclusif de cette cause nationale et est intervenu de manière pour le moins directe dans la gestion de l'épidémie (achat des vaccins, mobilisation des personnels, etc.)!

promotion, ou encore l'interdiction de la distribution de certains produits dans certains lieux. Il n'est pas aisé, dans ces conditions, de caractériser de manière univoque le sens des transformations contemporaines de l'action publique.

Conclusion

Agir sur les individus comme des consommateurs

Le « motif » (Benamouzig, 2005) santé publique, équipé du raisonnement épidémiologique, produit, entre autres choses, deux types de résultats *cognitifs* : 1) cette approche populationnelle révèle d'abord des types d'individus caractérisés par leurs maladies ou états biologiques et/ou par leurs comportements à risques, individuels (c'est-à-dire pour leur propre santé) ou semi-collectifs (cigarette dans les bars, alcool au volant, etc.) ; 2) mais elle découvre également le social : certains travaux (et pas tous, cf. partie I) mettent ainsi en évidence la distribution sélective des comportements à risques, des états biologiques et des pathologies dans la population, supposant, en particulier, l'existence de puissants déterminismes socio-économiques. Certaines recherches en santé publique rendent donc à la société des pathologies et états biologiques qui étaient principalement tombés dans la juridiction de la médecine, et des comportements qui pouvaient paraître relever de la seule sphère d'action d'un moi autonome. La santé publique est donc aussi une science à effets proprement politiques, puisqu'elle pointe la contribution décisive des inégalités sociales et économiques aux inégalités face aux risques, à la maladie et à la santé.

La loi de 2004 stipule ainsi que « la politique de santé publique [...] traite des déterminants dans l'environnement physique, social, économique et culturel qui contribuent à créer des conditions favorables pour améliorer l'état de santé, pour prévenir la survenue ou l'aggravation des maladies, pour réduire leurs conséquences sur les capacités fonctionnelles, l'activité et la qualité de vie des personnes touchées par la maladie ». Et il est ajouté qu'elle « incite les individus à faire eux-mêmes des efforts pour maîtriser et améliorer leur propre santé ». Cette double ambition d'action au niveau collectif et d'incitation individuelle ne résiste cependant guère à l'examen des mesures et instruments finalement proposés et mis en œuvre¹⁵. La réduction des problèmes de santé

15. Comme le révèle Fassin (2008, p. 61) : « La loi de santé publique du 9 août 2004 [...] n'a guère mis en avant ce programme. Alors que la réduction des

publique paraît passer, en effet, principalement par la transformation des comportements individuels. Qu'il « potentialise » une vulnérabilité génétique, qu'il déclenche les « événements moléculaires » qui conduisent à la maladie ou qu'il cause proprement la pathologie, le comportement individuel s'affirme, en prévention, comme la variable d'ajustement *politique* principale. Et si certaines des sciences de la santé publique peuvent révéler les facteurs sociaux et économiques liés aux comportements à risques (et aux pathologies), les politiques menées *en son nom* situent, en pratique, le locus de l'action chez l'individu, au sein même de son esprit.

Les politiques de lutte contre l'obésité sont significatives de ce point de vue : si elles entendent agir sur l'offre (chartes d'engagement volontaire pour les firmes, sensibilisation de la filière agroalimentaire, etc.), on conviendra aisément que le concept d'offre – même « responsable » – manifeste ici un entendement bien réducteur des déterminismes extra-individuels. L'action sur l'offre, telle qu'elle existe aujourd'hui, se révèle être, à bien des égards, une action sur les signaux envoyés au consommateur (prix, packaging, publicité, merchandising, etc.). Il convient en particulier de réduire l'opacité des marchés en équipant les choix des consommateurs par des dispositifs d'information et des « labels » censés réduire l'incertitude et susciter la confiance. La prévention, finalement, fait sienne une conception marchande des comportements individuels, sur lesquels on peut agir, selon les cas, par les technologies de l'information et de la communication, par les prix et par la qualité. Et la boîte à outil du décideur en santé publique a plus à voir avec le marketing mix qu'avec la panoplie des instruments de lutte contre les inégalités sociales face à la santé et aux risques. Il s'agit là, à n'en point douter, d'une forme originale de privatisation de l'action publique étatique.

Il paraît heuristique de lire ces évolutions dans le cadre plus large d'une « réduction de la générosité de l'offre sociale » (Warin, dans ce volume), contribuant à la diffusion, partout dans les pays européens, du « principe de contrepartie » (*ibid.*). L'infortune peut être réparée et compensée (droit) ; mais l'on doit tout faire pour la prévenir (devoir

inégalités de santé est l'un des neufs principes généraux annoncés, sa déclinaison dans les cent objectifs est presque inexistante, les instruments pour évaluer l'efficacité des actions en la matière sont absents et le ministère de la santé a refusé un amendement parlementaire qui incluait la prise en compte de l'ensemble des facteurs d'inégalités de santé et préféré une formulation se limitant aux seules activités de soins, prévention et promotion de la santé.»

de bonne santé). Il est finalement saisissant de constater la conjonction historique existant entre ce que certains analystes considèrent être un effritement des politiques de couverture solidaire du risque maladie et l'insistance politique croissante sur la responsabilité individuelle. Ce synchronisme manifeste-t-il le transfert d'une responsabilité collective vers une responsabilité individuelle, et nourrit-il le terreau idéologique sur lequel des mesures visant à faire dépendre la protection maladie du comportement individuel peuvent s'épanouir (Tabuteau, 2007) ?

Une action sur les signes

Si l'État est « modeste » (Borraz et Gilbert, 2008) dans les mesures qu'il prend et accomplit, ainsi que dans celles qu'il délègue, c'est qu'agir sur ces causes est une entreprise considérable et complexe. Reprenons l'exemple de l'obésité : sans même considérer la réduction des inégalités sociales, déterminant important de la prévalence du surpoids et de l'obésité, la théorie de l'environnement « obésogène », par les facteurs qu'elle énumère, pointe l'ampleur de la tâche à accomplir (Bossy, 2008) : perte intergénérationnelle des recettes traditionnelles, moindre disponibilité des produits frais, des fruits et légumes (et leur prix), surproduction de produits sucrés et gras, augmentation du confort, multiplication des ascenseurs, divers facteurs liés à l'urbanisation, développement de la voiture, du chauffage et de la climatisation, etc. Il existe ainsi désormais un décalage important entre la compréhension des processus générateurs des problèmes de santé publique, leur complexité et leur diversité (Fassin, 2000), et les capacités « d'action limitées de la part des États » (Borraz et Gilbert, 2008). Ce décalage, quand l'État se donne pas moins de 100 objectifs à atteindre et qu'il s'octroie une compétence et un magistère forts en la matière (loi de santé publique de 2004), fait ainsi courir le risque d'« échecs structurellement programmés » (*ibid.*). Ceux-ci sont potentiellement producteurs de conséquences politiques délétères, au moment où le gouvernement revendique une légitimité par les résultats que ses politiques produisent pour le peuple et qu'il s'engage à fournir la « preuve » des résultats obtenus. L'on comprend mieux pourquoi nombre des mesures de ces politiques puissent être conçues comme symboliques (ce qui ne signifie pas inutiles) : symboliques, en ce qu'elles sont des actions, comme dirait Padioleau (1977), par les signes sur les signes ; symboliques, en ce qu'elles marquent un aveu, sinon d'impotence, du moins de capacités d'action limitées.

La capacité d'action autonome des individus

L'une des ambitions de ce chapitre consistait à tenter d'explorer l'univers de ces politiques de santé publique préventives. Au terme de cette courte réflexion, l'on conclut que ces politiques s'intéressent en particulier aux comportements individuels producteurs de risques, et développent des stratégies qui visent plus volontiers leur transformation. Or, transformer les comportements est une opération qui engage nécessairement une conception « anthropologique » particulière des ressorts et dynamiques de l'action individuelle. Nous avons tenté de « lire dans les instruments déployés » pour découvrir la conception, finalement atomiste, qui s'y logeait : un individu autonome, adulte comme enfants (Vigarello, 1997) ou même – comble des paradoxes – consommateurs *dépendants* de drogues (Bergeron, 2009), capable d'auto-vigilance, et d'être, plus ou moins, rationnel, ou pouvant le devenir. Les politiques de prévention et d'éducation pour la santé, qu'elles soient nationales ou locales, mobilisent ainsi abondamment ce que Foucault appelait des « technologies de soi », censées permettre aux citoyens de cultiver leurs capacités à contrôler leur vie. Les engageant à développer leurs compétences autoréflexives, elles peuvent ainsi se concevoir comme des politiques d'« agentisation » (Levy, 2009)¹⁶. L'autonomisation réussie est ici pensée comme devant résulter, mécaniquement pour ainsi dire, dans le choix (rationnel) des comportements de bonne santé, puisque celle-ci est supposée, implicitement ou explicitement, être l'utilité personnelle hiérarchiquement supérieure à toutes les autres. C'est ici au plus tard que se manifestent les visées normatives d'uniformisation « douce » des préférences individuelles, sinon de toutes les autorités publiques, du moins de celles de la santé publique.

Il est tentant de faire de cette représentation sociale d'une capacité individuelle d'action autonome un sous-produit de transformations anthropologiques séculaires, amorcées en particulier par un « processus de civilisation », qui consacre l'avènement d'une « société des individus » (Elias, 1991) : si l'intériorisation normative des interdits et l'auto-contrôle des pulsions nourrissent la formation d'une représentation

16. Le développement de ces « technologies de soi » n'implique cependant pas que celles-ci soient efficaces et permettent la douce transformation des comportements individuels. Il ne faut donc pas succomber à l'image d'un « biopouvoir » tutélaire, qui s'imposerait de manière unilatérale et irrésistible aux citoyens (Fassin, 2000), idée que les lectures anglo-saxonnes de Foucault ont souvent contribué à forger (Berlivet, 2004). Des études révèlent au contraire les résistances que leur opposent acteurs sociaux, professionnels et cibles de l'action publique (Fassin, 2000).

d'un individu conçu en dehors des interdépendances sociales et du collectif, il n'est guère étonnant que se développent des politiques de santé publique qui se focalisent, de manière atomistique, sur les individus et leur autonomie. La littérature anglo-saxonne s'intéressant aux stratégies de prévention américaines souligne d'ailleurs que ces politiques épousent de manière harmonieuse les valeurs américaines d'individualisme, d'« empowerment » et de réussite sociale (Tesh, 1988). Mais il faut également voir que le coût de ces politiques paraît bien modeste en comparaison à celui de politiques qui s'attaquent plus directement aux facteurs sociaux et économiques des inégalités de santé. Finalement, si agir sur les déterminants économiques et sociaux est une tâche considérable, complexe et coûteuse, et que l'on doit se résigner à agir ainsi sur les individus, n'y a-t-il d'autres choix que de les considérer capables d'autonomie et d'une plus ou moins grande compétence rationnelle ? Il convient enfin de souligner l'importante contribution des savoirs médicaux et de la santé publique à la formation des cadres cognitifs au travers desquels sont perçus les problèmes de santé publique : or une bonne part de ceux-ci ne tend guère à ouvrir sur des réflexions plus « structurelles » (Saguy et Riley, 2005). Cette « théorie de l'action individuelle autonome », base élémentaire de composition de ces instruments d'action publique, manifeste finalement autant l'existence de transformations anthropologiques de grande ampleur, le rôle du raisonnement (bio)médical et d'une certaine épidémiologie dans le cadrage politique des problèmes de santé publique, que le déclin des capacités d'action (autonome) de l'État. « Gouverner, c'est faire que chacun se gouverne au mieux lui-même. » (Fassin et Memmi, 2004, p. 25).

Références bibliographiques

- ARMSTRONG (D.), « The Rise of Surveillance Medicine », *Sociology of Health and Illness*, 17 (3), 1995, p. 393-404.
- ARMSTRONG (D.), « Origins of the Problem of Health-Related Behaviours : A Genealogy Study », *Social Studies of Science*, electronic publication, août 2009, p. 1-18.
- ARONOWITZ (R. A.), « Situating Health Risks. An opportunity for Disease-Prevention Policy », dans A. Stevens, C. Rosenberg, L. Burns (dir.), *History and Health Policy in the United States. Putting the Past back In*, New Brunswick (N. J.), Londres, Rutgers University Press, 2006, p. 153-175.

- BARBOT (J.), « Soigner en situation de risque judiciaire. Refus de transfusion et responsabilité médicale », *Revue française de science politique*, 58 (6), 2008, p. 985-1014.
- BARTHE (Y.), CALLON (M.), LASCOUMES (P.), *Agir dans un monde incertain : essai sur la démocratie technique*, Paris, Seuil, 2001.
- BENAMOUZIG (D.), BESANÇON (J.), « Administrer un monde incertain : les nouvelles bureaucraties techniques. Le cas des agences sanitaires en France », *Sociologie du travail*, 47, 2005, p. 301-322.
- BERGERON (H.), « Europeanisation of Drug Policies : From Objective Convergence to Mutual Agreement », dans M. Steffen (dir.), *Health Governance in Europe : Issues, Challenges, and Theories*, Londres, Routledge, 2005, p. 174-187.
- BERGERON (H.), *Sociologie de la drogue*, Paris, La Découverte, 2009.
- BERGERON (H.), CASTEL (P.), GISQUET (E.), *Un entrepreneur privé de politique de santé publique*, Paris, Rapport de recherches, CSO-CNRS-Presses de Sciences Po, 2009.
- BERLIVET (L.), *Une santé à risques. L'action publique contre l'alcoolisme et le tabagisme en France (1954-1999)*, thèse pour le doctorat de science politique, Rennes, Université de Rennes I, 2000.
- BERLIVET (L.), « Déchiffrer la maladie », dans J.-P. Dozon, D. Fassin (dir.), *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*, Paris, Éditions Balland, 2001, p. 75-102.
- BERLIVET (L.), « Une biopolitique de l'éducation pour la santé. La fabrique des campagnes de prévention », dans D. Fassin, D. Memmi (dir.), *Le Gouvernement des corps*, Paris, Éditions de l'EHESS, 2004, p. 37-74.
- BERLIVET (L.), « Exigence scientifique et isolement institutionnel : l'essor contrarié de l'épidémiologie française dans la seconde moitié du XX^e siècle », dans G. Jorland, A. Opinel, G. Weisz (dir.), *Body Counts*, Montreal, McGill-Queen's University Press, 2005, p. 335-357.
- BERLIVET (L.), « Uneasy Prevention : The problematic Modernization of Health Education in France after 1975 », dans V. Berridge, K. Loughlin (dir.), *Medicine, the Market and Mass Media : Producing Health in the Twentieth Century*, Londres, Routledge, 2005, p. 95-122.
- BERLIVET (L.), « Les démographes et l'alcoolisme. Du "fléau social" au "risque de santé" », *Vingtième siècle. Revue d'histoire*, 3 (95), 2007, p. 93-113.
- BORRAZ (O.), GILBERT (C.), « Quand l'État prend des risques », dans O. Borraz, V. Guiraudon, *Politiques publiques 1*, Paris, Presses de Sciences Po, 2008.

- BORRAZ (O.), GUIRAUDON (V.), « Comprendre les évolutions de l'action publique », dans O. Borraz, V. Guiraudon, *Politiques publiques 1*, Paris, Presses de Sciences Po, 2008, p. 11-26.
- BOSSY (T.), *Quand le poids devient un problème public : la mise sur agenda de l'obésité en France et en Angleterre*, Paris, Présentation pour le « Pole action publique » du Cevipof – Sciences Po Paris, 2008, 19 pages.
- BOURDELAIS (P.), *Les Épidémies terrassées. Une histoire de pays riches*, Paris, Éditions de La Martinière, 2003.
- BOWKER (G.), STAR (S. L.), « Problèmes de classification et de codage dans la gestion internationale de l'information », dans B. Conein, L. Thévenot (dir.), *Cognition et information en société*, Paris, Éditions de l'EHESS, 1997, p. 283-309.
- BOWKER (G.), STAR (S. L.), *Sorting Things Out. Classification and its Consequences*, Paris-Cambridge-Londres, The MIT Press, 1999.
- BUNTON (R.), NETTLETON (S.) et BURROW (R.) (eds), *The Sociology of Health Promotion. Critical Analyses of Consumption, Lifestyle and Risk*, Londres, Routledge, 1995.
- BUTON (F.), « Sida et politique : saisir les formes de la lutte », *Revue française de science politique*, 55 (5-6), 2005, p. 787-810.
- BUTON (F.), « De l'expertise scientifique à l'intelligence épidémiologique : l'activité de veille sanitaire », *Genèses*, 65, 2006, p. 71-91.
- CALVEZ (P.), *La Prévention du Sida. Les sciences sociales et la définition des risques*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2004.
- CARRICABURU (D.), MÉNORET (M.), *Sociologie de la santé. Institutions, professions et maladies*, Paris, Armand Colin, 2004.
- CONRAD (P.), SCHNEIDER (J. W.), *Deviance and Medicalization. From badness to sickness*, Philadelphia, Temple University Press, 1992.
- DAVISON (C.), DAVEY SMITH (G.), « The Baby and the Bath Water. Examining Socio-Cultural and Free-Market Critiques of Health Promotion », dans R. Bunton, S. Nettleton et R. Burrow (eds), *The Sociology of Health Promotion. Critical Analyses of Consumption, Lifestyle and Risk*, Londres, Routledge, 1995, p. 91-99.
- DESROSIÈRES (A.), *La Politique des grands nombres. Histoire de la raison statistique*, Paris, La Découverte, 1993.
- DESROSIÈRES (A.), « Du singulier au général. L'argument statistique entre la science et l'État », dans B. Conein, L. Thévenot (dir.), *Cognition et information en société*, Paris, Éditions de l'EHESS, 1997, p. 267-282.
- EPSTEIN (S.), *Impure Science ; AIDS, Activism, and the Politics of Knowledge*, Californie (Calif.), University of California Press, 1996.
- EWALD (F.), *L'État providence*, Paris, Grasset, 1986.

- FASSIN (D.), « Politique des corps et gouvernement des villes. La production locale de la santé publique », dans *Les Figures urbaines de la santé publique. Enquête sur des expériences locales*, Paris, La Découverte, 1998.
- FASSIN (D.), « La gouvernementalité limitée de la santé publique », dans *Les Enjeux politiques de la santé. Études sénégalaises, équatoriennes et françaises*, Paris, Karthala, 2000, p. 175-188.
- FASSIN (D.), *Faire de la santé publique*, Rennes, Éditions de l'EHESP, 2008.
- FASSIN (D.), MEMMI (D.), « Le gouvernement de la vie, mode d'emploi », dans D. Fassin, D. Memmi (dir.), *Le Gouvernement des corps*, Paris, Éditions de l'EHESS, 2004, p. 9-33.
- FAVRE (P.), « L'émergence des problèmes dans le champ politique », dans P. Favre (dir.), *Sida et Politique. Les premiers affrontements*, Paris, L'Harmattan, 1992, p. 5-37.
- FOUCAULT (M.), *Naissance de la biopolitique. Cours au Collège de France 1978-1979*, Paris, Gallimard, 2004.
- GILBERT (C.), HENRY (E.) (dir.), *Comment se construisent les problèmes de santé publique*, Paris, La Découverte, 2009.
- GOUDET (B.), « La loi de santé publique du 9 août 2004 : une analyse sociologique », *Santé publique*, 4 (44), 2004, p. 597-604.
- GRANGE (A.), *L'Europe des drogues*, Paris, L'Harmattan, 2005.
- GUIGNER (S.), « L'Odyssée de l'administration européenne de la santé : une administration en quête de leadership », *Politique européenne*, 11, 2003, p. 31-55.
- GUIGNER (S.), « The EU's Role(s) in European Public Health : The Interdependence of Roles within a Saturated Space of International Organizations », dans O. Elgström et M. Smith (eds), *New Roles for the European Union in International Politics*, Londres, Routledge, 2006, p. 225-244.
- GUIGNER (S.), *L'Institutionnalisation d'un espace européen de la santé. Entre intégration et européanisation*, thèse pour le doctorat de l'Université de Rennes I, 2008.
- GUIGNER (S.), *L'Union européenne, acteur contemporain de la biopolitique : l'exemple de la lutte contre le tabagisme*, Présentation au Congrès AFSP 2009, Grenoble, 2009, 19 pages.
- HASSENTEUFEL (P.), « L'État mis à nu par les politiques publiques ? », dans B. Badie, Y. Déloye (dir.), *Les Temps de l'État*, Fayard, 2007, p. 311-329.
- HASSENTEUFEL (P.), *Sociologie politique : l'action publique*, Paris, Armand Colin, 2008.
- HENRY (E.), *Amiante : un scandale improbable. Sociologie d'un problème public*, Rennes, PUR, 2007.

- JOBERT (B.), « Les politiques sociales et sanitaires », dans M. Grawitz, J. Leca, *Traité de science politique*, Paris, PUF, 1985, p. 301-342.
- LAUDE (A.), TABUTEAU (D.), *Code européen de la santé*, Paris, Éditions de la santé, 2009.
- Le GALÈS (P.), LASCOURMES (P.) (dir.), *Gouverner par les instruments*, Paris, Presses de Sciences Po, 2004.
- Le GALÈS (P.), SCOTT (A.), « Une révolution bureaucratique ? Autonomie sans contrôle ou “freer markets, more rules” », *Revue française de sociologie*, 49 (2), 2008, p. 301-330.
- LEVAY (C.), *Technologies of Self as a Means of Translation in an Obesity Intervention*, Paper presented at the CSO-CNRS-Sciences Po, 2009, 33 pages.
- MILLER (P.), ROSE (N.), *Governing the present : administering economic, social and personal life*, Cambridge, Polity, 2008.
- MOATTI (J.-P.), BELTZER (N.), DAB (W.), « Les modèles d'analyse des comportements à risque face à l'infection à VIH : Une conception trop étroite de la rationalité », *Population*, 5, 1993, p. 1505-1534.
- MOORE (D.), FRASER (S.), « Putting at risk what we know : Reflecting on the drug-using subject in harm reduction and its political implications », *Social science and medicine*, 62, 2006, p. 3035-3047.
- MOUTEL (G.), LIÈVRE (A.), HERVÉ (C.), *Analyse de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et la qualité du système de santé : Incidences médicales et conséquences sur la relation médecin-patient*, Paris, Faculté de médecine Necker-Paris, Université Paris V, 2003, 22 pages.
- MURARD (L.), ZYLBERMANN (P.), *L'Hygiène dans la République. La santé publique en France ou l'utopie contrariée (1870-1918)*, Paris, Fayard, 1996.
- NATHANSON (C.), « Collective Actors and Corporate Targets in Tobacco Control : A Cross-National Comparison », *Health Education and Behavior*, 32 (3), 2005, p. 337-354.
- NATHANSON (C.), *Disease Prevention as Social Change*, New York (N. Y.), Russell Sage Foundation, 2007.
- NATHANSON (C.), « The Contingent Power of Experts : Public Health Policy in the United States, Britain and France », *The Journal of Policy History*, 19 (1), 2007, p. 71-94.
- NATHANSON (C.), BERGERON (H.), « Public Health Politics, Policy and Law in France », soumis au *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 2009.
- PADIOLEAU (J. G.), « La lutte contre le tabagisme : action politique et régulation étatique de la vie quotidienne », *Revue française de science politique*, 27 (6), 1977, p. 932-959.

- PERETTI-WATEL (P.), « Du recours au paradigme épidémiologique pour l'étude des conduites à risque », *Revue française de sociologie*, 45 (1), 2004, p. 103-132.
- PERETTI-WATEL (P.), MOATTI (J. P.), *Le Principe de prévention*, Paris, Seuil, 2009.
- ROSEN (G.), *A History of Public Health*, Baltimore (Md.), John Hopkins University Press, 1993.
- ROSENBERG (C. E.), *The Cholera Years : The United States in 1832, 1849, and 1866*, Chicago (Ill.)-Londres, University of Chicago Press, 1962.
- ROSENBERG (C. E.), « Disease in History : Frames and Framers », *The Milbank Quarterly*, 67 (Supplement 1), 1989, p. 1-15.
- ROSENBERG (C. E.), « The Tyranny of Diagnosis : Specific Entities and Individual Experience », *The Milbank Quarterly*, 80 (2), 2002, p. 237-260.
- SAGUY (A. C.), RILEY (K. W.), « Weighing Both Sides : Morality, Mortality, and Framing Contests over Obesity », *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 30 (5), 2005, p. 869-921.
- SETBON (M.), *Pouvoir contre sida*, Paris, Seuil, 1993.
- STEFFEN (M.), « Les modèles nationaux d'adaptation aux défis d'une épidémie : France, Grande-Bretagne, Allemagne, Italie », *Revue française de sociologie*, 41 (1), 2000, p. 5-36.
- STEFFEN (M.) (dir.), *Health Governance in Europe : Issues, Challenges, and Theories*, Londres, Routledge, 2005.
- TABUTEAU (D.), « Politique d'assurance-maladie et politique de santé publique : cohérences et incohérences des lois des 9 et 13 août 2004 », *Droit social*, 2, 2006, p. 200-205.
- TABUTEAU (D.), « La sécurité sanitaire, réforme institutionnelle ou résurgence des politiques de santé publique », *Sève*, 3 (16), 2007, p. 87-103.
- TESH (S.), *Hidden Arguments : Political Ideology and Disease Prevention Policy*, New Brunswick (N. J.), Rutgers University Press, 1988.
- THANEM (T.), « There Is No Limit to How Much You Can Consume : The New Public Health and the Struggle to Manage Healthy Bodies », *Culture and Organization*, 15 (1), 2009, p. 59-74.
- THIAUDIÈRE (C.), *Sociologie du sida*, Paris, La Découverte, 2002.
- VIGARELLO (G.), « L'éducation pour la santé. Une nouvelle attente scolaire », *Esprit*, 2, 1997, p. 77-82.
- ZERHOUNI (E. A.), « La médicalisation de la société : les transformations du rapport à la maladie », dans D. Tabuteau, *Office de Prospective en Santé. Rapport 2008*, Paris, Presses de Sciences Po, 2008, p. 87-96.

Pour approfondir

Il n'est pas ici possible d'être exhaustif, mais de donner quelques indications bibliographiques sélectives. Ceux qui souhaitent en savoir plus sur l'histoire de la santé publique, pourront lire la somme de Rosen (1993), ainsi que les travaux de Bourdelais (2003), de Murard et Zylbermann (1996) ou ceux de Rosenberg (1962). Sur les processus de publicisation des « causes » de santé publique, la morphologie des processus sociaux qui y concourent et l'importance des habitus institutionnels nationaux, on lira avec intérêt les travaux comparatifs de Setbon (1993), de Steffen (2000), et Nathanson (2005, 2007a, 2007b) et le récent recueil de Gilbert et Henry (2009) ; Sur les crises sanitaires récentes en France, voir en particulier Henry (2007). Sur l'expertise, les « technologies cognitives », les sciences de la santé publique et, pour le dire simplement, les liens entre science et politique dans le cadre des politiques de santé publique, on pourra se reporter, sans être exhaustif, aux travaux de Berlivet sur l'essor de l'épidémiologie, (outre ceux qui sont cités dans le texte, voir : 2000, 2007), les nombreux travaux de Perretti-Watel (dont 2004) sur les caractéristiques de la raison épidémiologiques et ses modes de raisonnement, ceux de Buton (2006) sur la veille sanitaire, et ceux de Tabuteau (2002) sur la sécurité sanitaire. Une attention particulière devrait être concédée aux recherches de Starr et Browker (1997) sur les classifications des maladies. En ce qui concerne plus particulièrement les politiques de prévention et d'éducation pour la santé, on retiendra les travaux de Berlivet (2000, 2004, 2005), ceux de Calvez (2004) et le récent livre de Perretti-Watel et Moatti (2009) ; et sur les processus d'individualisation, nous conseillons la lecture de Bunton et al. (1995), de Tesh (1988), de Moore et Frazer (2006), de Thanem (2009) et de Miller et Rose (2008). Enfin les processus de médicalisation ont donné lieu à de nombreuses recherches et travaux, qu'ils s'agissent des travaux classiques de Conrad et Schneider (1992) ou ceux de Fassin sur la sanitarisation.