

Faire une loi, pour faire la loi. La loi de Santé publique d'août 2004

Henri Bergeron, Constance Nathanson

Résumé. Le Parlement français a adopté une loi en août 2004, considérée par ses promoteurs comme la première loi de santé publique depuis celle de 1902. À partir du cadre théorique défini par Abbott, l'analyse qui suit se fonde principalement sur l'étude d'archives et d'interviews réalisées avec ceux qui ont participé à son élaboration. Elle montre que les raisons au principe de la formation de la loi sont multiples : la loi signe la compétition entre des élites administratives et des experts de la santé publique et de l'épidémiologie sur ce que signifie une politique de santé publique ; elle vise également à responsabiliser les individus, les enjoignant d'adopter des comportements bénéfiques à leur santé ; elle est, enfin, l'instrument par lequel un nouveau ministre de la Santé entend se distinguer d'initiatives ministérielles précédentes. Finalement, les processus sociopolitiques de conception de cette loi, par un réseau élitaire resserré, dessinent une morphologie typique des processus d'inscription sur l'agenda des questions de santé publique en France. Nous discutons en conclusion la question des modes de légitimation de l'action publique contemporaine.

L'étude des lois est une activité scientifique heuristique : les lois capturent l'esprit du temps et s'y découvrent ainsi les traces de ce que Tocqueville nommait « *les passions générales dominantes* » d'une société. L'étude des processus sociopolitiques qui concourent à leur fabrication l'est tout autant ; les débats publics et parlementaires que les textes de loi suscitent, l'attention médiatique qu'ils fixent, les affrontements qu'ils déclenchent et les stratégies d'influence, d'opposition ou d'inflexion dont ils sont l'objet forment la matière historique permettant d'évaluer l'état sociopolitique d'un champ. Quelles sont les forces en présence et en compétition ? Quelles sont leurs positions dans l'espace social et les ressources dont elles disposent ? Sur quels enjeux et intérêts se cristallisent les combats ? Quelles sont les versions concurrentes du « problème à régler » et des solutions qu'il convient d'y apporter ? Comment se façonnent les contours d'un groupe social et du projet réformateur qu'il défend, comment se négocient, en somme, les frontières d'une action publique ?

Parmi les acteurs impliqués dans ces luttes et négociations « frontalières » peuvent figurer les professions ou certains de leurs segments (Halpern, 1992). L'analyse des relations que les professions entretiennent avec l'État est considérée comme essentielle par la sociologie des professions (Champy, 2012), en particulier en ce que le droit est réputé nécessaire à l'institutionnalisation des frontières d'un territoire professionnel (Abbott, 1988). Abbott, dans son *System of Professions* (1988), a ainsi insisté sur le rôle de l'État dans la formalisation et le durcissement des frontières juridictionnelles et la reconnaissance du monopole d'un groupe sur une tâche ou un territoire particulier. Il défend plus tard l'idée que l'État ne doit pas simplement être analysé dans son rôle de chambre d'enregistrement, neutre et réactif, de l'issue des conflits juridictionnels : l'État — ou certains de ses segments — fait montre d'autonomie et a lui-même des intérêts (Abbott 2003, 2005). La formation des frontières juridictionnelles suppose ainsi un alignement des intérêts de deux écologies, étatique et professionnelle : une profession, ou un segment professionnel, obtient la reconnaissance par la loi, si pareille reconnaissance contribue

également à l'affirmation d'intérêts de certains segments de l'État. L'étude de la fabrique de certaines lois permet d'objectiver les conflits juridictionnels dans lesquels s'engagent certaines professions ou segments mais aussi certains acteurs politico-administratifs, afin d'exercer, chacun, leur contrôle d'un espace social ou d'une activité.

Ces développements théoriques sont désormais connus. Il reste que les études monographiques, conduisant à l'identification de processus d'appariement sélectif (1) entre certains professionnels et des formations politico-administratives sont plus rares, notamment en France, à quelques exceptions près (Fortané, 2014 ; Le Bianic, 2013) (2). Les travaux existants se sont surtout intéressés aux intérêts qui fondent la constitution de ces alliances (voir Alam, 2007, 2010) et n'ont guère insisté sur les savoirs et instruments qui permettent leur formation. Il paraît, en outre, heuristique de ne pas limiter l'approche en termes d'écologies liées aux seules professions établies, mais de l'étendre à l'étude des activités que peuvent mener certains groupes professionnels (Demazière et Gadéa, 2009) ou groupes d'experts (Eyal, 2013) que l'on ne peut strictement définir comme des professions, au sens où on l'entend pour les médecins ou les avocats (3). Eyal (2013) montre combien la sociologie des professions nourrit une définition des professions trop restrictive pour pouvoir efficacement rendre compte de ce qu'Abbott appelle « *la division du travail expert* ». Selon Eyal, la compétition juridictionnelle ne se réalise pas entre les seules professions établies, mais entre tous les groupes ou formations sociales (y compris les patients), qui sont capables de revendiquer une expertise, sur la base de la possession d'un savoir (plus ou moins) abstrait et du contrôle (plus ou moins lâche) de diverses technologies et de leur diffusion.

Nous étudierons dans cet article l'adoption d'une loi « relative à la santé publique », votée en août 2004 (4), comme un événement historique significatif de la compétition juridictionnelle. Y sont engagés divers

(1) Nous définirons celui-ci comme le produit de relations stables, quoique non nécessairement formalisées, entre des acteurs, appartenant à des ensembles écologiques différents qui sont organisés autour d'enjeux particuliers.

(2) Fortané (2014) et Bergeron et Fortané (2010) cherchent à mettre en évidence les modalités cognitives, normatives, voire techniques, qui permettent que se constitue la charnière (*hinge*) entre deux écologies, entre un groupe d'experts et une formation politico-administrative.

(3) Certains groupes professionnels n'ont guère acquis le statut disputé de profession, soit qu'ils n'y soient pas parvenus, soit qu'ils le revendiquent peu (Barthélémy, 2009).

(4) Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

groupes sociaux (experts, professionnels et acteurs politico-administratifs) afin d'asseoir un contrôle sur les activités expertes et administratives et un champ d'action publique. Si cette loi se veut la « réponse nécessaire » à toutes sortes de problèmes considérés comme essentiels du champ de la santé publique, elle peut également se lire comme l'expression d'une volonté d'affirmer un magistère professionnel particulier sur un champ jusqu'alors dominé par d'autres formations sociales et orienté selon d'autres scénarii, principes et savoirs(-faire). Cette loi, en effet, a ceci de remarquable qu'elle a pour objet, non pas seulement les objets traditionnels de la santé publique (saturnisme, amiante, tabagisme, alcoolisme ou encore obésité), le corps souffrant ou la population menacée, érigés en « *raison impérieuse d'agir* » (Bourdelaïs, 2003 ; Fassin, 2008), mais la santé publique elle-même (5). Le projet que cette loi défend et que ses dispositions autorisent, c'est l'installation de la « vraie » santé publique au cœur du paysage sanitaire français. S'y trouvent ainsi clairement et ostensiblement déposés une vision spécifique de ce que doit être la santé publique, ainsi que les théories, principes et outils que défendent ceux qui l'ont portée.

Si de nombreuses études découvrent et analysent les processus sociopolitiques par lesquels des causes de santé publique parviennent à être inscrites sur l'agenda public (sida, cancer, amiante, maladies professionnelles, alcool, maladies nosocomiales, etc.) et à devenir les objets légitimes de l'intervention des autorités publiques (Gilbert et Henry, 2009), notre objectif est de saisir les raisons et dynamiques qui ont contribué à faire de la santé publique, sujet d'incessants débats professionnels (Fassin, 2000), l'objet même de l'intervention publique (6). Étudier pourquoi et comment se fait une loi et se forme son objet est ainsi l'occasion de cerner comment certains font (ou tentent de faire) la loi, c'est-à-

(5) De nombreuses lois touchant au périmètre des politiques de santé publique ont bien sûr été votées depuis 1902. Il s'agit cependant de la première loi, depuis cent ans, qui s'affiche explicitement, dans son intitulé, comme une loi entièrement dédiée à la santé publique.

(6) Nous avons interviewé une vingtaine d'acteurs (certains plusieurs fois) qui ont joué un rôle essentiel dans la formation et l'adoption de cette loi (ministres, responsables d'associations de patients, membres de cabinet ministériel, experts, membres de société savante, membres du ministère des Affaires sociales, etc.). Nous avons également consulté de nombreux documents : débats parlementaires, presse, littérature grise, comptes rendus de réunions, etc. Afin d'optimiser la longueur du texte, nous avons pris le parti de ne pas produire trop d'extraits d'interviews.

dire tentent d'instituer leur loi (professionnelle, experte et/ou administrative) dans des écologies qui se lient à cette occasion et à cette fin.

Dans la première partie, nous donnons des éléments du contexte sociohistorique dans lequel se situe l'action de ceux qui ont porté le projet de loi et qui teinte certains de leurs ambitions et objectifs. Dans un second temps, nous proposons une analyse des stratégies et activités déployées par ces acteurs (experts, professionnels et personnels politico-administratifs) pour légitimer la version de la santé publique qu'ils ont déposée dans le projet de loi.

La santé publique au cœur des politiques de santé

La loi de santé publique de 2004 s'élabore dans un double contexte historique qui ne laisse pas sa forme et son contenu indifférents :

- ce projet de loi est porté après que la santé publique ait été conséquemment « réinventée », dans la foulée des graves crises sanitaires qui ont marqué la fin du xx^e siècle ;
- il est conçu par un gouvernement et une équipe ministérielle qui entendent approfondir les réformes qui s'attaquent à ce qui est construit comme le « trou de la sécu » (Duval, 2002 ; Palier, 2010 ; Pierru, 2007).

Le triomphe de la « sécurité sanitaire »

Il n'est guère besoin de rappeler ce que d'autres ont établi solidement et qui fait désormais partie du sens commun sociologique : bien qu'ayant été le berceau de l'hygiénisme, le modèle de politiques de santé qui s'est historiquement développé en France est celui d'une médecine restée longtemps curative. Les raisons de ce que l'on estime souvent être un retard français en la matière et la difficile institutionnalisation de la santé publique dans l'Hexagone sont connues (Jorland, 2010 ; Morelle et Tabuteau, 2010 ; Murard et Zylberman, 1996) : morcellement administratif et pauvreté des communes, corporatisme (Hassenteufel, 1997), culture libérale des médecins dont l'influence politique est déterminante (Pierru, 2007), tradition clinique réfractaire à la prévention et paiement à l'acte de soin, culture de la cure individuelle (Gaudillière, 2006), inégalités sociales de santé saisies au prisme principal de l'accès aux soins (Druhle, 2000), etc. En dépit d'un certain nombre d'avancées dans la première moitié du xx^e siècle (Morelle et Tabuteau, 2010), puis d'une active politique menée par le gouvernement de Vichy, continuée par le

gouvernement provisoire de la République française, puis par l'installation de la IV^e République (Von Bueltzinsloewen, 2009), la médecine sociale et de la santé publique, qui ont un temps profité des découvertes pasteuriennes (Latour, 2001), paraissent s'effacer au profit d'un modèle de santé devenu principalement curatif (Jobert, 1985), stimulé par le développement de la Sécurité sociale (Pierru, 2007), et conforté par une biomédecine triomphante (Gaudillère, 2006 ; Morelle et Tabuteau, 2010).

La santé publique, ou certaines de ses versions, renégocie cependant sa position dans le paysage sanitaire français à deux occasions principales. Premièrement, cette renégociation a d'abord été timide, dans les années 1970, à la suite du développement et de la mise en visibilité (Greene, 2007) des maladies chroniques dégénératives (cancers, maladies cardiovasculaires, diabète, etc.) (Berlivet, 2004) (7), pour lesquelles la médecine curative est souvent sans efficacité et qui ont rendu souhaitable la mise en œuvre de politiques préventives et de réduction des risques. La montée de ces préoccupations s'inscrit dans le cadre de transformations de plus grande ampleur, témoignant du passage d'un « *schéma de réparation* » (Goffman, 1968) axé sur le volet curatif du soin à un « *schéma de croissance* » visant prioritairement la préservation de la santé et la prévention des risques d'apparition des maladies (Castel, 1993). Deuxièmement, cette renégociation s'est faite de manière beaucoup plus conséquente, dans les années 1980 et 1990, en réponse à la survenue de ce qui a été construit comme des « affaires », des « crises » et des « scandales » (amiante, hormone de croissance, vache folle, etc.) et dont la plus remarquable et terrifiante d'entre elles fut probablement celle de « l'affaire du sang contaminé ».

Une multitude de voix, sous formes de livres, de rapports, de déclarations ou d'articles de presses, se sont ainsi exprimées pour souligner la perte de confiance populaire dans les institutions et les autorités publiques, accusées d'être incapables d'efficacement protéger la société contre les risques et les épidémies que l'on croyait avoir pourtant « *terrassées* » (Bourdelaïs, 2003). La conséquence la plus évidente, au-delà de la diffusion d'une vulgate et d'une rhétorique de la crise de la santé publique en France, est la reconfiguration d'un champ d'action publique, désormais compris comme celui de la « *sécurité sanitaire* » (Alam, 2007, 2010), notion inventée en 1992 à l'occasion du débat parlementaire sur la réforme de la transfusion sanguine, et introduite dans le Code de santé

(7) Développement parallèle à la réduction de la prévalence et de l'incidence des maladies infectieuses qu'ont permis les vastes campagnes de vaccination et les progrès et la diffusion des médicaments antibiotiques.

publique (CSP) en 1994 (Morelle et Tabuteau, 2010). Consécutive est également la création d'un dispositif *ad hoc* d'agences sanitaires et environnementales, nouvelles « bureaucraties techniques », qui naissent à la faveur d'un triple mouvement d'ouverture des espaces scientifique, médical et administratif (Besançon et Benamouzig, 2005). À l'origine de ces transformations et de ce projet réformateur, un groupe assez serré de hauts fonctionnaires (Conseil d'État et Inspection générales des affaires sociales, en particulier), fortement dotés en capitaux symboliques et sociaux, issus des meilleures écoles de la République, et appelés dans la presse les « *Kouchner Boys* » pour leur fréquentation du cabinet du ministre du même nom (8). Ces réformateurs, ou au moins une partie d'entre eux, sont à l'origine de la fameuse loi de 2002 sur les droits des patients (9), qui consacre la volonté d'en finir avec « *une tradition clinique paternaliste* » (Barbot, 2008) et aménage la participation des usagers et des représentants de patients au fonctionnement des institutions de soins et à la formation des politiques de santé et de santé publique. Ces transformations, conçues par certains comme les signes manifestes de conséquents apprentissages institutionnels et les débuts de la structuration de la santé publique en France (Steffen, 2000), ont contribué à faire de la sécurité sanitaire, la branche noble de la santé publique, voire toute la santé publique. Ces transformations, à la fois institutionnelles, professionnelles et expertes, ont pour conséquence notable la stabilisation de relations entre deux écologies particulières, administrative et experte.

Dompter les velléités d'une demande de soins inflationniste

La loi de santé publique s'inscrit dans le contexte d'un système de soin curatif dont le financement est constitué en problème public (Hassenteufel, 1997 ; Palier, 2005 ; Pierru, 2007) et qui subit, en particulier à partir des années 1970 et plus intensivement dans les années 1990, de nombreuses réformes. Il s'agit de mettre en conformité les systèmes de santé avec les nouvelles politiques macroéconomiques, « *fondées sur l'orthodoxie budgétaire, la centralité des mécanismes de marché et l'impératif de compétitivité* » (Palier, 2010 : 4). Ces réformes s'organisent autour de trois axes : le contrôle de la demande de soin et les prix, le contrôle de

(8) Sur les descriptions de leurs profils et parcours, voir, entre autres, Alam (2010) et Bergeron et Nathanson (2012).

(9) Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

l'offre de soins et les restructurations du système de soins, ainsi que la redéfinition des responsabilités publiques et privées (Palier, 2010). Or, au moment où s'élabore la loi de 2004, comme résigné face aux échecs répétés de la maîtrise de l'offre menée depuis le plan Juppé, on insiste sur la nécessité qu'il y a à agir sur une demande considérée comme ontologiquement inflationniste : il convient de responsabiliser le citoyen, qui, au motif que les soins sont considérés comme « gratuits », aurait tendance à consommer sans compter. Un assuré informé, autonome, rationnel, bien incité, et finalement responsable doit remplacer « *l'assuré social passivement indemnisé* » (Pierru, 2007 : 26). Ce qui nous intéresse ici, c'est que le ministre qui projette la loi de santé publique de 2004 a simultanément la volonté de faire aboutir une réforme de l'assurance maladie, dont la dynamique sera reprise par Philippe Douste-Blazy pour aboutir au vote d'une loi, le 13 août 2004. Outre la réorganisation du système de soins (médecin traitant et dossier médical personnalisé, en particulier), la concentration des pouvoirs dans les mains du directeur de l'Assurance maladie et le renforcement du pouvoir de l'État au détriment de celui des partenaires sociaux, cette loi aura pour dispositions significatives la hausse ou la modification de l'assiette de la CSG (contribution sociale généralisée) et la création d'un ticket modérateur d'un euro par consultation. Avec ce dernier (et plus tard avec la franchise créée en 2008 sur les médicaments, les transports sanitaires et les actes paramédicaux), triomphe l'idée — et avec elle, la théorie économique de l'aléa moral — que ce sont les patients qui sont les principaux responsables du « trou de la Sécu » (Palier, 2010), véritable « mythe » (Duval, 2002) ayant pour fonction de légitimer des politiques qui évitent que ne soient débattues les vraies raisons de la croissance des dépenses de santé (Pierru, 2007). Ces considérations ne sont pas sans implication sur l'esprit de la loi qui nous intéresse ici.

Droits du patient, devoirs de citoyen

Le ministre de la Santé qui entend faire adopter une nouvelle loi de santé publique — « *la première depuis celle de 1902* » (interview Mattei, 15 mai 2008) — est Jean-François Mattei. L'élection de Jacques Chirac et la nomination d'un nouveau gouvernement ont contribué à l'ouverture d'une fenêtre d'opportunité politique, favorable à l'adoption de textes législatifs que Jean-François Mattei ne va pas manquer de saisir, et ce, d'autant plus qu'il est réputé être proche de Jacques Chirac et que ce dernier privilégie lui-même des priorités d'ordre sanitaire dans le cadre de sa présidence (violence routière, cancer, personnes handicapées, santé

environnementale). Pour être plus précis, Jean-François Mattei a quatre objectifs principaux quand il devient ministre de la Santé :

- rationaliser le financement de la sécurité social ;
- réorganiser le système de soin (Plan hôpital 2007) ;
- prendre des mesures concernant la médecine libérale et la démographie médicale ;
- mettre « la vraie » santé publique, et notamment la prévention et l'éducation pour la santé, au milieu du paysage de la santé publique française.

Il est cependant dit qu'il est plus intéressé par la loi de financement de la sécurité sociale, reproduisant un tropisme curatif bien français. Pour ce qui est de la fabrique de la loi de santé publique, il délègue ainsi les plus grandes responsabilités à son « conseiller pour la santé publique », William Dab, et à Lucien Abenhaim, le directeur général de la Santé (voir plus loin).

Cet investissement sélectif ne l'empêche pas d'énoncer les grands principes qui doivent cadrer la nouvelle loi et inspirer le travail des rédacteurs. Premièrement, l'action du ministre entend se distinguer idéologiquement de celle de son prédécesseur Bernard Kouchner. Mattei ne croit guère, en effet, à la forme de démocratie qui est défendue dans la loi de 2002 qu'a poussée l'illustre occupant de l'avenue de Ségur et ses « *boys* ». Selon lui, il n'y a d'autre démocratie que représentative, celle consacrée par l'élection, et non celle des représentants de causes qu'il juge singulières et particularistes. Les politiques de santé publique doivent être élaborées par des professionnels patentés (interview Abenhaim, 18 juin 2010). Il y a là une raison suffisante, argumente-t-on au cabinet, pour ne pas reprendre la loi de 2002 et en concevoir une nouvelle (10) et ce, d'autant plus, que créer une loi nouvelle et spécifique (plutôt que d'en amender une ancienne) permettrait à la santé publique d'être l'objet de discussions et d'examen dans l'espace public. Convaincu de l'absence d'une culture de la santé publique en France, il imagine, au-delà des conséquences concrètes qu'aurait cette loi sur le paysage institutionnel de la santé publique et par laquelle il espère créer des phénomènes de dépendance au sentier, que le processus même d'adoption de la loi soit une étape essentielle. Faire une loi tout entière dédiée à la santé publique est aussi,

(10) Ajoutons que les arrangements institutionnels de la loi de 2002 sont considérés par le ministre et son cabinet comme trop compliqués à mettre en œuvre et nécessitant de les repenser pour les simplifier. La volonté de se « débarrasser » de la loi de 2002 et de son concept de « démocratie sanitaire » par la réaffirmation du rôle central de l'État sera d'ailleurs un des reproches adressés au ministre lors de sa discussion à l'Assemblée nationale (voir notamment le compte rendu de la deuxième séance du jeudi 2 octobre 2003).

dans l'esprit de ses promoteurs, une manière de provoquer des effets d'apprentissage cognitif et normatif au sein du gouvernement, du parlement et, plus généralement, auprès des acteurs de la santé. Deuxièmement, comme c'est timidement le cas depuis les années 1980 (Jobert, 1985), et de manière plus prononcée à partir des années 2000 (Pierru, 2007), et ainsi que cela avait souligné dans les 6^e et 7^e plans (Berlivet, 2004), les politiques de prévention doivent être conçues comme un moyen simple et efficace de réduire les dépenses de santé, levier d'action complémentaire des réformes du financement de la sécurité sociale. Troisièmement, la loi de 2002 insistait, selon Jean-François Mattei, de manière exagérée, sur les droits des patients, et pas assez sur les devoirs des citoyens : « *Mais, si vous me permettez, la loi sur le droit des malades est parfaite. Elle a été une avancée considérable, mais elle aurait dû être complétée et être une loi des droits et devoirs des malades. Je crois que nous avons des devoirs vis-à-vis des gens qui nous entourent (...) Moi, j'estime qu'il fallait droits et devoirs. Et j'ajoute même qu'à partir du moment où l'État organise — c'est vrai, avec l'argent de chacun — la prise en charge des maladies, et à 100 % dès que la maladie devient un peu sérieuse, il devrait y avoir un contrat entre l'assuré et l'assureur. L'assuré devrait s'engager à suivre un certain nombre de prescriptions, de préventions, etc. Sauf à l'assumer par lui-même, à côté* » (Mattei, interview, 14 mai 2008).

Une politique de santé publique, selon l'occupant de l'avenue de Ségur, est ainsi une politique qui, certes, prévoit le droit d'être informé des risques encourus et d'être éclairé avant un consentement aux soins, mais elle doit aussi être une politique qui intime à chacun le devoir de prendre soin de sa santé. S'il convient de responsabiliser les patients en instituant un ticket modérateur d'ordre public, par exemple, il doit en être pareillement des citoyens avant même que le recours au soin ne soit rendu nécessaire.

La sécurité sanitaire n'est pas toute la santé publique

Un noyau d'acteurs réformateurs

Comme l'a montré Starr (1982), les médecins sont parvenus, au moins jusque dans le dernier tiers du xx^e siècle, à limiter l'intervention publique dans de nombreux domaines liés à la santé. Ils ont en particulier réussi à séparer la médecine curative de la prévention, champ d'action dans lequel les pouvoirs publics se sont vus « laissés libres » d'intervenir. En fait, la juridiction santé publique d'après-guerre, si tant est qu'il soit

possible de clairement l'identifier et de la définir (Fassin, 2000), ne paraît pas avoir été le théâtre de compétitions professionnelles comparables à celles qui ont animé l'histoire de la médecine (Abbott, 1988) et de ses spécialités (Halpern, 1992). Parent pauvre de la noble médecine, la santé publique a même constitué un territoire sous-équipé, et finalement guère investi par les élites politiques, administratives ou sanitaires (Berlivet, 2000). Les scandales, crises et autres affaires qui ont scandé l'histoire des années 1980 et 1990 ont toutefois contribué à rehausser le prestige d'un champ qui sort socialement grandi de cette « *révolution sanitaire* », comme la qualifient certains de ceux qui l'ont faite (Kouchner, 2002). À l'intérieur, mais aussi en marge d'une « *élite du Welfare* » (Genieys, 2005), laquelle s'est constituée dans les vingt dernières années en France, principalement autour des questions du financement de la sécurité sociale et de la réforme du système de soins, s'est aussi formé un groupe en soi, ni homogène ni cohésif, de hauts fonctionnaires, diplômés de l'École nationale d'administration (ENA) ou de prestigieuses grandes écoles, de médecins et de professeurs, pas tous de santé publique, qui partagent *a minima* un intérêt prononcé (entre autres) pour les questions de santé publique, et notamment pour la sécurité sanitaire : Jacques Drucker, Didier Tabuteau, Philippe Duneton, Aquilino Morelle, Martin Hirsh, Pierre-Louis Bras, Gilles Duhamel, Philippe Lamoureux, etc. (11) Que certains d'entre eux choisissent le secteur sanitaire et social comme terrain d'engagement professionnel privilégié est un fait remarquable et nouveau, tant ce champ est resté longtemps peu convoité. Dans les années précédant l'adoption de la loi qui nous intéresse, un certain nombre de ces acteurs se sont retrouvés à des positions clés d'influence politique et administrative (en particulier au cabinet du ministre de la Santé ou au ministère), et ont amplement contribué, à partir des années 1991-1992, à peupler le champ exsangue de la santé publique d'un dense tissu d'organisations et de mécanismes de coordination en charge de gérer les crises et de prévenir les risques de leur occurrence. La charismatique et régulière présence de Bernard Kouchner au gouvernement, et sa brillante trajectoire, ont certainement joué un rôle clé dans l'assemblage de pareille élite de la santé publique et de la sécurité sanitaire. Mais on peut y voir également la conséquence possible de l'existence d'opportunités nouvelles de carrière professionnelle, qui se sont multipliées dans ces années post « affaire du

(11) Cette liste n'est pas exhaustive. Pour une présentation détaillée des itinéraires et carrières d'une partie de ceux-là, on se reportera aux notices biographiques de l'article d'Alam (2010), ainsi qu'aux développements menés par Buton (2006) ou par Berlivet (2001, 2005), concernant l'épidémiologie.

sang contaminé », quand il a fallu créer un dispositif institutionnel de sécurité sanitaire.

L'élection au printemps 2002 de Jacques Chirac contribue à reconfigurer sensiblement l'espace de ces positions institutionnelles. Les conditions pour que s'épanouissent les liens entre de nouvelles écologies se réunissent progressivement. Le président Chirac nomme Jean-Pierre Raffarin comme premier ministre qui choisit Jean-François Mattei comme ministre de la Santé. Ce dernier, médecin-homme politique (12) si caractéristique du paysage politique français, s'est amplement investi dans les affaires de santé publique, lors notamment de ses mandats locaux dans les Bouches-du-Rhône, sur le sida mais aussi concernant la réduction des risques dans le cadre des politiques sanitaires de la lutte contre la toxicomanie. L'autre figure centrale de cette loi est William Dab, médecin épidémiologiste (docteur en médecine et en biostatistique). À ce moment-là de l'histoire, William Dab travaille au côté de Lucien Abenheim (qui est son directeur de cabinet) (13), lui aussi épidémiologiste, spécialiste de l'évaluation des risques, longtemps professeur à l'université de McGill à Montréal et directeur général de la Santé depuis 1999. Lucien Abenheim est l'un des premiers spécialistes de santé publique nommé à la tête de la direction générale de la Santé (DGS). Jean-François Mattei, qui connaissait William Dab depuis de nombreuses années, décide de le nommer, dès son arrivée avenue de Ségur, dans son cabinet comme conseiller spécial pour la santé publique. Faisant sienne la rhétorique de la « faillite », Jean-François Mattei confie à William Dab les rênes du processus de fabrication de la loi, celui-ci dessinant son architecture d'ensemble et élaborant en particulier ses dimensions budgétaires, administratives, institutionnelles et organisationnelles. Le noyau d'acteurs au cœur de la fabrication de cette loi comprend, en outre, Catherine Le Galès, une économiste de la santé, détachée par l'INSERM à la DGS, et qui connaît William Dab et Lucien Abenheim depuis son entrée à l'INSERM, en 1982 (ils se rencontrent également lors de la première école d'été de santé publique organisée par le Pr. Alfred Spira). Y figure également Alain Fontaine, un épidémiologiste titulaire d'un doctorat de Santé publique de l'Université de Caroline du Nord (Chapell Hill), qui lui aussi est un proche, depuis de

(12) Professeur de pédiatrie et de génétique médicale, il a assuré les fonctions de directeur d'un Département de génétique au CHU de Marseille et a été membre du Comité consultatif national d'éthique jusqu'en 1997. Il est député de la deuxième circonscription des Bouches-du-Rhône entre le 4 décembre 1989, lorsqu'il remplace Jean-Claude Gaudin, à juillet 2002 (date de son entrée au gouvernement).

(13) Ils se sont rencontrés à l'Université de McGill dans le milieu des années 1990.

nombreuses années, de William Dab et Lucien Abenheim. Tous se connaissent fort bien, et nourrissent des visions relativement comparables sur ce que doit être et ne pas être une loi de santé publique ; ils sont en particulier marqués par leurs expériences universitaires américaines. C'est donc ce noyau d'acteurs, cinq personnes finalement, régulièrement accompagné de deux autres fonctionnaires de la DGS (Yves Coquin et Martine Le Qellec-Nathan), qui préside aux processus de formation de la loi.

La prévention au cœur de la santé publique, la santé publique au cœur du système de santé français

Le projet de loi de 2004 est pensé par ses promoteurs comme la première « véritable loi de santé publique » depuis celle adoptée dans la douleur en 1902 et est parfois conçue comme telle au-delà du cercle confiné qui l'élabore (Buton, 2006 : 73). L'équipe réunie autour de Jean-François Mattei considère qu'il faut traiter le modèle sanitaire français, malade d'une focalisation excessive sur le curatif et la biomédecine, et la santé publique, dévorée par les questions de sécurité sanitaire. Il convient de réhabiliter la prévention, l'essence des politiques de santé publique. Comme suggéré précédemment, le noyau d'acteurs conclut vite qu'ils ne toucheront pas à la loi de 2002 sur le droits des patients et la qualité du système de soin (dont nombre de décrets d'application ne sont pas, à l'époque, encore adoptés) qui, pourtant, comprenaient de nombreuses dispositions relevant de la santé publique. On préfère, au cabinet, voir ces dernières « réaménagées et réorganisées » par l'adoption d'une nouvelle loi : « Cette loi est venue de manière presque naturelle et, en même temps, s'est imposée. Pourquoi ? Parce que la France avait commencé de légiférer dans le domaine de la sécurité sanitaire, avait déjà engagé une politique d'agence sanitaire. Mais il faut bien reconnaître qu'il manquait une affirmation forte et globale de tout ce qui concerne, à côté de la santé individuelle, la santé publique. Mon avis de médecin, encore plus que politique, c'est que la médecine marche sur deux jambes, le curatif et le préventif, et que la France, par nature, a toujours privilégié le curatif. Nous sommes probablement une des meilleures médecines curatives qui soient — pas LA meilleure, mais UNE des meilleures — dans le peloton de tête. Je crois que nous ne pouvons pas du tout dire la même chose dans le domaine de la prévention. Et nous avons, dans ce domaine, un certain nombre de faiblesses sévères » (Mattei, interview, 14 mai 2008)

L'une des manières de mettre la santé publique au centre du système de soins français consiste, selon eux, à réaffirmer le rôle central de l'État (14), ainsi que ce fut le cas, par exemple, pour la loi du 30 juillet 1987 sur le sida, conçue dans le souci d'exprimer « *toute l'étendue de la volonté de prise en charge du problème par le champ politique national* » (Favre, 1992 : 91). Il faut établir, en outre, les régions comme le lieu central d'exercice et de responsabilité et diffuser la culture de l'évaluation. Enfin, on doit créer un lieu de formation des « petites mains » de la santé publique, sans quoi l'éducation pour la santé et les politiques de prévention se limitent aux seules campagnes nationales dont on doute de l'efficacité si elles restent exclusives. Le sentiment partagé est 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. Sachant qu'il existait déjà les Agences régionales de l'hospitalisation pour le système curatif, l'idée de son pendant pour la santé publique fait son chemin. La création du Groupement régional de santé publique (GRSP) est vue, dans cette perspective, comme l'instrument essentiel de l'institutionnalisation de la santé publique en région. Et c'est au préfet de région que revient la responsabilité de présider aux destinées des politiques locales — le Directeur régional des Affaires sanitaires et sociales (DRASS) a la responsabilité formelle du GRSP, mais le préfet est le président du Conseil d'administration. On veut croire, également, qu'un déjà-là incarnant une perspective préventive existe et puisse agir comme contrainte à l'institutionnalisation de la santé publique dans le cadre de la formation future (à l'époque) des Agences régionales de santé (ARS). Cette loi est enfin remarquable, en ce qu'elle comporte une inédite et longue annexe, véritable pédagogie de la santé publique, de la prévention et de l'éducation à la santé et exhibe, en de nombreux points, des développements dignes d'un complet manuel d'épidémiologie. La version finale du projet de loi paraît ainsi incarner le modèle de l'*evidence-based policy* (voir le « principe de connaissance » dans l'annexe sur le « *Rapport d'objectifs en santé publique* ») et est (re)marquée par la présence d'une centaine d'objectifs quantifiés que l'État s'engage à réaliser. Il est à ce titre prévu que soit publié, 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 perfor-

(14) On considère, au cabinet ministériel et à la DGS, que la loi de 2002 se contente de souligner son rôle clé dans le financement de la prévention et la promotion de la santé.

mances. De nombreux 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 (Bergeron, 2010). Les auteurs de la loi s'inspirent en cela des plans de santé publique existant dans les pays anglo-saxons, et en particulier du plan *Healthy people 2010* (États-Unis) qui prévoit pareil dispositif d'évaluation. C'est ainsi la culture de certains professionnels, en particulier celle de Lucien Abenhaim, qui se voit déposée dans ce projet.

Afin d'élaborer la substance de ces objectifs et plus généralement de cette loi, ses promoteurs procèdent à la constitution d'un dispositif de consultation dont une figuration topologique pourrait être celle décrivant trois cercles concentriques. Le premier cercle réunit quelques experts et agents de la DGS ; le deuxième est plus large et rassemble des acteurs clés, des institutions, organismes et agences du champ. Le premier cercle rencontre régulièrement le deuxième pour lui soumettre ses options, et notamment pour valider la méthodologie de sélection des objectifs, des indicateurs et des thèmes qui doivent être couverts par la loi. Le troisième cercle, appelé « Groupe technique national de définition des objectifs », contribue, lui, comme sa dénomination l'indique, à la définition substantive des thèmes et objectifs. Ce mécanisme de consultation est pensé comme un moyen de collecter de l'information et de l'expertise sur les thématiques pertinentes, mais également comme un espace de formation et d'appropriation d'une loi (et de sa philosophie) que de nombreux participants auront la charge de mettre en œuvre. Une consultation régionale est par ailleurs engagée et quelques 26 rapports seront issus de ces consultations locales menées par les DRASS.

De nombreux aspects et dimensions font l'objet d'intenses discussions : doit-on réfléchir par déterminant, par facteur de risques, par pathologie, par âge, ou encore par population à risque ? Peut-on définir et hiérarchiser différentes pathologies ou facteurs de risques ? L'idée même d'avoir des objectifs quantifiés est souvent mal comprise. Et, en dépit d'une volonté de garder la main dans la définition des objectifs, le processus de consultation commence à échapper à ceux qui en sont à l'origine : de nombreuses personnes sont consultées, d'origines fort variées, des demandes et exigences particulières s'accumulent. Au total, le noyau d'acteurs se retrouve confronté à une masse considérable d'informations, de données, de rapports, de revendications, présentée dans des formes non standardisés et avec des degrés extrêmement variés de fiabilité. Il se trouve vite dans l'incapacité, en dépit de sa volonté initiale, de proposer des priorités claires et assumées, que l'on puisse fonder en raison selon

une hiérarchie qui soit « *politiquement praticable* » (Padioleau, 1977) (15). Il rédige un rapport de près de 800 pages qu'il fait circuler et intègre nombre des changements réclamés. Un grand débat a enfin lieu dans l'amphithéâtre Pierre Laroque du ministère de la Santé. En dépit de ces efforts, cette consultation ne leur permet pas de s'octroyer le soutien des acteurs de la santé et de la santé publique. Dans le champ professionnel, le projet de loi n'est guère perçu comme le résultat d'une large consultation et d'un apprentissage collectif.

La revanche des épidémiologistes

Cette loi est souvent présentée dans nos interviews comme la « *revanche des épidémiologistes* », la revanche des « *vrais professionnels* » ou experts, contre les « *technocrates de la démocratie sanitaire* », la revanche de ceux qui entendent enfin s'affirmer comme les « *propriétaires* » (Gusfield, 1981) légitimes d'une juridiction qui leur revient de compétence. Il est vraisemblable que ces expressions dramatisent un motif (la « *revanche* ») qui n'a certainement pas été aussi central dans la formation de la conviction de ceux qui ont porté la loi. Elles révèlent cependant l'existence de réseaux différenciés à l'intérieur de la nébuleuse qui a « *inventé* » la sécurité sanitaire, là où une certaine littérature tend plus manifestement à les assimiler (Alam, 2010). Ces réseaux sont composés par des acteurs aux conceptions non identiques concernant ce qu'il convient de faire ou de ne pas faire en la matière. On peut ainsi distinguer une approche, celle des « *gestionnaires du risque* », qui conçoit le gouvernement des politiques de santé publique et de sécurité sanitaire comme le produit d'un (bon) « *sens stratégique et politique* » qui ne se laisse enfermer dans aucun dispositif technologique et une perspective, plus volontiers défendue par les « *experts formés à l'épidémiologie* » (Goudet, 2004), autrement qualifiés de « *modélisateurs* », qui découpe les problèmes de santé en tranches sectorielles et pilote l'action publique sur la base d'indicateurs et de tableaux de bord sophistiqués.

Le sombre épisode de la canicule d'août 2003 paraît avoir objectivé ces différences de « *styles politiques* » et de conceptions professionnelles

(15) Même si cinq plans nationaux sont finalement décidés et prévus pour la période 2004-2008 : lutte contre le cancer, lutte contre la violence, les comportements à risques et les pratiques addictives, santé et environnement, qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques et prise en charge des maladies rares.

ou expertes (16), lesquels renvoient à des différences évidentes en matière de parcours : cette crise aurait dramatisé le contraste existant en France entre une « *épidémiologie d'observation et d'analyse scientifique a posteriori* » et une approche opérationnelle « *d'action et d'intervention en temps réel* » (Assemblée nationale, 2004 : 61). Existeraient ainsi, d'un côté, « *une approche de sécurité sanitaire reposant sur une méthodologie de l'évaluation et de la gestion des risques. Toute inquiétude, toute alerte, quelle qu'en soit l'origine, appelle une analyse des enjeux et, le cas échéant, une riposte. L'approche est empirique, profondément "politique" dans la mesure où elle ne suppose pas au préalable une certitude scientifique. L'autre approche, qualifiée d'épidémiologique par le rapport, propose une organisation fondée sur des modèles et l'exploitation des statistiques. Approche scientifique, indispensable pour la protection de la santé publique à moyen et long terme, trop longtemps négligée dans notre pays, mais dont le parti pris technique paraît inadapté aux cas de crise non identifiés par le système. Le bon sens, la vigilance spontanée, doivent parfois prendre le pas sur les enseignements de la science (...). Certaines crises peuvent être perçues avant leur démonstration statistique ou épidémiologique* » (Tabuteau, 2006 :154). Ce qui se joue aussi dans l'élaboration et l'adoption de la loi de santé publique 2004, c'est le sort de deux doctrines expertes contrastées : l'une, inscrite dans la moyenne et longue durée, pour la santé publique des populations et l'autre, dans l'instant des crises, pour leur sécurité sanitaire.

Ces compétitions juridictionnelles, ainsi que les dynamiques politiques dans lesquelles elles s'inscrivent, signent un changement remarquable : elles manifestent un mouvement d'approfondissement de la normalisation politique du champ de la santé publique, en ce qu'il serait devenu un espace d'investissement et d'engagement politique et professionnel comme les autres, disputé et concurrentiel. Faire une loi, pour faire la loi, est en définitive un des modes d'exercice de cette compétition et, en l'espèce, une opération par laquelle, espère-t-on, on réinvente, renouvelle, voire efface, ce vis-à-vis de quoi il convient précisément de se distinguer. Cela n'a pas échappé à ceux qui ont œuvré à l'élaboration de la loi du 4 mars 2002 : cette dernière avait posé les bases d'une réorganisation des politiques de prévention. Pour la première fois, elle avait défini dans le CSP la politique de prévention : « *la politique de prévention a pour but d'améliorer l'état de santé de la population en évitant l'apparition, le développement ou l'aggravation des maladies ou accidents et en*

(16) Tout comme la crise de la vache folle qui, elle aussi, avait été instrumentalisée afin de subvertir les rapports de force jusqu'alors stabilisés (Alam, 2007).

favorisant les comportements individuels et collectifs pouvant contribuer à réduire le risque de maladie et d'accident. À travers la promotion de la santé, cette politique donne à chacun les moyens de protéger et d'améliorer sa propre santé" (17). Ces dispositions ont malheureusement été abrogées par la loi du 9 août 2004. Désormais l'article L. 1411-1 du CSP se contente de mentionner "la prévention des maladies, des traumatismes et des incapacités" parmi les objectifs de la politique de santé » (Morelle et Tabuteau, 2010 : 50, souligné par nous).

La consultation interministérielle fut finalement mollement conflictuelle en dépit du récit que l'on aime diffuser, vivifiant le mythe du clairvoyant décideur politique, solitaire, qui, comme Veil et Evin en leur temps, avaient dû affronter une meute d'autres ministres, ayant la courte vue et défendant leurs seuls intérêts sectoriels. Au moment où l'équipe autour de Jean-François Mattei envisage de déposer cette loi, la fenêtre d'opportunité ouverte par l'élection de Jacques Chirac paraît s'être refermée. La loi ne suscite pas d'engouement au sein du gouvernement ou d'enthousiasme chez le Premier ministre. L'inscription à l'ordre du jour de l'Assemblée nationale apparaît bientôt comme un lointain horizon, alors que le cercle réduit des promoteurs de la loi s'était évertué à tout entreprendre pour qu'elle puisse être déposée avant l'été 2003. Il fallut, en fait, que survienne un dramatique événement pour que le chef du gouvernement reconsidère l'opportunité de cette loi sous un jour plus favorable : le contexte délétère des suites de la crise de la canicule. Double ironie de l'histoire : c'est au titre du renforcement de la sécurité sanitaire, dont elle entendait pourtant contester l'hégémonie, que l'adoption de la loi de santé publique 2004 fut finalement principalement motivée ; ce qui permit la réalisation d'un des objectifs clés de Jean-François Mattei et de Lucien Abenheim fut aussi ce qui provoqua leur chute.

Conclusion

L'examen sociologique de la genèse de cette loi offre une opportunité pour saisir le sens (signification et direction) de certaines des luttes juridictionnelles (expertes, professionnelles et politico-administratives) qui s'affirment dans le champ de la santé publique. Il permet également de mieux saisir comment s'apparient sélectivement des conceptions expertes et professionnelles et des convictions politiques, comment se

(17) Art. L. 1417-1 du CSP résultant de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002.

lient écologie administrative et écologie experte et professionnelle. Le processus de production de la loi lui-même a été conçu comme une opération de diffusion des idées, normes et principes qui sont au fondement de cette version savante de la santé publique. Il a été réflexivement pensé comme un temps d'apprentissage cognitif et normatif pour les professionnels, experts et les agents politico-administratifs à qui cette loi s'adresse aussi et qui doivent s'acculturer à la version de la santé publique que la loi défend (Bergeron et Nathanson, 2012). La fabrique de la loi de 2004 est finalement une illustration, typiquement française, des liens d'interdépendances susceptibles de se nouer entre écologies (Abbott, 2003, 2005), ou, dans une perspective similaire, entre champs d'action stratégique (Fligstein et MacAdam, 2011, 2012) (18). Nous voudrions affiner ces conclusions en dégagant deux enseignements supplémentaires, mais complémentaires.

« *Immersion* » publique et confinement scientifique

Les processus sociopolitiques qui ont présidé à la conception de la loi de santé publique dessinent une morphologie, finalement assez typique, des formations sociales qui participent à l'inscription sur l'agenda public des questions de santé publique en France et, en particulier, des lois adoptées sur le sujet. Si la politique de sécurité sanitaire s'est, elle, constituée sur fond de ce qui a été construit comme une faillite de la santé publique française, à la suite de crises et de scandales, il est remarquable que nombre des grandes lois dites de santé publique, en ce qu'elles ont tenté de diffuser et publiciser une perspective fondamentalement préventive et d'éducation pour la santé, paraissent être l'initiative de « *mobilisation élitaire* » (Berlivet, 2000). Les processus d'initiation des lois de santé publique révéleraient l'existence de formations sociales ramassées, c'est-à-dire rassemblant, dans un groupe serré, un ministre et un petit nombre d'experts/fonctionnaires : loi de 1976 sur le tabagisme avec Simone Veil et Maurice Tubiana, loi Evin sur l'alcool et le tabac,

(18) Pour Fligstein et MacAdam, un champ d'action stratégique peut être un service d'une administration, une entreprise privée ou certaines de ses sous-unités, mais également un champ plus vaste, comme celui de l'automobile par exemple.

avec le ministre du même nom et ses « cinq sages » (Berlivet, 2000) (19), et loi de santé publique de Jean-François Mattei en 2004 avec William Dab et Lucien Abenheim. Ce processus singulier contraste avec ce qui se passe, souvent mais pas toujours, aux États-Unis, comme l'ont montré certains analystes (Baumgartner et Jones, 2009 ; Berlivet, 2000 ; Gusfield, 1981 ; Nathanson, 2005 ; Padioleau, 1977), pays dans lequel la demande sociale pour une intervention publique trouve son origine à la périphérie de l'État, dans de vastes mouvements sociaux, mobilisant l'expertise d'agences soucieuses d'obtenir une reconduction de leur budget et/ou une extension de leur juridiction, et portant une cause que des membres du Congrès ou du Sénat trouveront avantage à défendre. En France, réalisant un modèle d'inscription dit de « l'anticipation » (Garraud, 1990) ou d'« immergence » (Favre, 1992), l'État préventif se donne à voir dans son « rôle d'instituteur du social » pour reprendre une jolie formule d'Ehrenberg (1995). On comprend ainsi l'importance qu'il y a à prendre en compte ces conditions institutionnelles singulières dans l'analyse : elle permet d'identifier des déterminants qui président à la formation des morphologies, spécifiques selon les pays, dans et par lesquels se construisent les liens d'indépendance entre écologies, ainsi que les liens d'appariement sélectif entre savoirs et politique. C'est en leur sein et par le travail des acteurs qui les peuplent que se forment les charnières (*hinge*) (Abbott, 2003, 2005) nécessaires à l'entretien d'interdépendances écologiques.

(19) Le cas de la loi Kouchner sur les droits des malades et la qualité du système de soin de 2002 avec Tabuteau et quelques autres ne semble pas, *a priori*, pouvoir illustrer ce tropisme institutionnel. Le Collectif inter-associatif sur la santé (CISS) a été très impliqué dans l'élaboration de la loi de 2002. On sait également quel rôle ont joué les associations de patients de lutte contre le sida dans ces transformations institutionnelles. Il est toutefois intéressant de noter que l'on trouve le dessin précis de cette loi et de son esprit dans un plan d'action santé lancé en avril 1989 par Evin et dont Tabuteau est l'instigateur, bien des années avant la création du CISS. Il y est ainsi spécifié : « Un important travail vient d'être engagé sur les droits généraux des malades (...) Ainsi les droits généraux des malades seront précisément définis notamment ce qui concerne le respect du consentement préalable du patient, son information sur les protocoles diagnostiques et thérapeutiques pratiqués, les modalités d'accès à son dossier médical, la modification et la simplification de ses possibilités de recours en cas de litige » (ministre de la Solidarité, de la Santé et de la Protection sociale, *Les grandes orientations de la politique de santé pour les trois années à venir. Préambule : l'état des lieux*, Paris, 12 avril 1989 : 5). Un texte fort précurseur dans son ampleur, qui donne envie d'avancer l'hypothèse que ce projet est (au moins) autant né au sommet de l'État qu'il n'a « révélé » une « demande sociale ».

Néolibéralisme, New Public Management et nouvelle santé publique

Le deuxième point concerne les modes nouveaux de légitimation de l'action publique. Classiquement, en science politique, on distingue deux formes de « légitimation » : la légitimation par le peuple, par les *inputs*, et la légitimation pour le peuple, par les *outputs*. Dans la première acception, les décisions d'un gouvernement sont considérées comme légitimes si elles reflètent « *la volonté du peuple s'appuyant sur le mandat donné par l'élection* » (Laborier, 2006 : 278). Dans la seconde, les choix politiques sont légitimes si l'on peut montrer qu'ils contribuent au bien-être collectif. Il est ainsi décisif, pour les hommes politiques, de parvenir à exhiber leur capacité à changer les politiques publiques, d'une part, et à imputer causalement la survenue d'évolutions favorables à ces mêmes politiques, d'autre part. Les exigences liées à ce travail d'imputation causale expliquent, au moins en partie, le développement récent des dispositifs chiffrés d'évaluation ou de documentation des résultats de l'action publique.

Doit-on considérer la loi de santé publique, qui prévoit l'atteinte de plus d'une centaine d'objectifs, comme un signe de la pénétration des exigences de légitimation par les *outputs* et par laquelle il convient de montrer que les politiques que l'on gouverne peuvent changer la société et que soient ainsi réaffirmés deux mythes fondateurs de la démocratie représentative (Hassenteufel, 2008). Cette loi manifeste-t-elle la montée des modes de pensée et des outils issus du *New Public Management*, ce nouveau « *managérialisme* » (Pierru, 2007), qui vise, selon ses promoteurs, à accroître l'efficacité, le contrôle et la transparence de l'action publique tout en réduisant ses coûts (Bezès, 2008) ? Il est vrai qu'il s'est agi de renforcer les capacités de pilotage de l'État, qui, à l'aune d'un examen routinier de nombreux indicateurs — ces « *informations* » conçues comme des dispositifs d'inscription qui permettent l'évaluation, le calcul et l'intervention publique dans un champ (Miller et Rose, 2008) —, est censé mesurer le chemin parcouru et ajuster ses politiques en conséquence. Et il est également notable que la culture professionnelle particulière — épidémiologique de ceux qui ont porté la loi, « *épris d'efficacité mesurable* » (Goudet, 2004), paraisse entretenir des affinités électives avec les projets contemporains de réforme de l'État et ses nouveaux impératifs organisationnels et fonctionnels, tels que l'*accountability*, la contractualisation en termes de moyens et d'objectifs (Buton, 2006) et la culture néolibérale de la performance et du résultat (Thanem, 2009). Mais on rappellera que l'introduction dans la loi d'une centaine d'objectifs et d'une batterie d'indicateurs censés permettre d'évaluer l'action publique en la matière, et plus généralement, « la leçon d'épidémiologie » telle qu'elle apparaît dans les annexes, sont une référence directe à une fort

ancienne tradition de santé publique, telle qu'elle se pratique dans les pays anglo-saxons. Elles ne sont pas simplement des déclinaisons serviles des principes du *New Public Management*. Ce que l'on reconnaît dans la loi, c'est d'abord la culture professionnelle et savante de ceux qui l'ont portée (20). Cette loi, qui paraît s'inscrire harmonieusement dans la veine de ce que les analystes anglo-saxons (Bunton *et al.*, 1995 ; Petersen et Bunton, 1997) ont appelé la « Nouvelle santé publique », puisqu'elle conçoit ses cibles principales comme capables d'être réflexives, rationnelles et autonomes (Bergeron, 2010), ne s'affirme pas, contrairement à ce qu'il est parfois soutenu (Goudet, 2004), comme l'enfant modèle du « *libéralisme avancé* » (Miller et Rose, 2008), mais plus volontiers comme un conjoint, plus ou moins docile (21). C'est certainement une raison supplémentaire, c'est-à-dire, au-delà des liens qui unissent certains professionnels ou experts à certains acteurs politico-administratifs, permettant de comprendre pourquoi cette version savante de la santé publique a pu trouver son expression en politique, c'est-à-dire dans la loi (*appariement*).

Liens d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt en rapport avec cet article.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Abbott A., 1988, *The System of Professions: an Essay on the Division of Expert Labor*, Chicago, University of Chicago Press.

Abbott A., 2003, Ecologies liées, In : Menger P.M., ed., *Les professions et leurs sociologies*, Paris, Editions de la MSH, 29-50.

Abbott A., 2005, Linked ecologies: States and Universities as environments for professions, *Sociological Theory*, 23, 3, 245-274.

Alam, T., 2007, *Quand la vache folle retrouve son champ. Une comparaison transnationale de la remise en ordre d'un secteur d'action publique*, Thèse pour le Doctorat de science politique, Lille, Université de Lille 2.

(20) Au point que certains aient moqué le style même de loi, présenté comme trop technique et académique (Jean-Marie Le Guen, interview, 17 décembre 2009).

(21) Conjoint, si l'on veut bien nous laisser filer la métaphore, qui peut engendrer une descendance turbulente, voire opposante : de manière inverse au cas ici étudié, Ferguson (2010) montre comment la technique assurancielle, technologie marchande s'il en est, a contribué au développement de l'État-providence.

- Alam T., 2010, Les mises en forme savantes d'un mythe d'action publique : la sécurité sanitaire, *Genèses*, 78, 48-66.
- Assemblée Nationale, 2004, Rapport fait au nom de la Commission d'enquête sur les conséquences sanitaires et sociales de la canicule, Tome 1, n° 1455.
- Barbot J., 2008, Soigner en situation de risque judiciaire. Refus de transfusion et responsabilité médicale, *Revue Française de Science Politique*, 58, 6, 985-1014.
- Barthélémy F., 2009, Médiateur social, une profession émergente ?, *Revue Française de Sociologie*, 50, 2, 287-314.
- Baumgartner F., Jones B., 2009, *Agendas and Instability in American Politics*, Chicago, University of Chicago Press.
- Benamouzig D., Besançon J., 2005, Administrer un monde incertain : les nouvelles bureaucraties techniques. Le cas des agences sanitaires en France, *Sociologie du Travail*, 47, 301-322.
- Bergeron H., 2010, Les Politiques de santé publique, In : Borraz O., Guiraudon V., eds, *Politiques publiques*, Paris, Presses de SciencesPo, 79-111.
- Bergeron H., Fortané N., 2010, Between public health and law enforcement, which mode of regulation for drug policies?, 4th Annual Conference of the International Society for the Study of Drug Policy (ISSDP), Santa Monica (CA), USA.
- Bergeron H., Nathanson C., 2012, Construction of a policy arena: the case of public health in France, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 37, 1, 5-36.
- Berlivet L., 2000, *Une santé à risques. L'action publique contre l'alcoolisme et le tabagisme en France (1954-1999)*, Thèse de doctorat en Science politique, Rennes, Université de Rennes I.
- Berlivet L., 2001, Déchiffrer la maladie, In : Dozon J.P., Fassin D., eds, *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*, Paris, Balland, 75-102.
- Berlivet L., 2004, Une biopolitique de l'éducation pour la santé. La fabrique des campagnes de prévention, In : Fassin D., Memmi D., eds, *Le gouvernement des corps*, Paris, Editions de l'EHESS, 37-74.
- Berlivet L., 2005, Exigence scientifique et isolement institutionnel : l'essor contrarié de l'épidémiologie française dans la seconde moitié du XX^e siècle, In : Jorland G., Opinel A., Weisz G., eds, *Body Counts*, Montreal, McGill-Queen's University Press, 335-357.
- Bezès P., 2008, Le tournant néo-managérial de l'administration française, In : Borraz O., Guiraudon V., eds, *Politiques publiques*, Paris, Presses de SciencesPo, 215-254.

- Bourdelaï P., 2003, *Les épidémies terrassées. Une histoire de pays riches*, Paris, La Martinière.
- Bunton R., Nettleton S., Burrow R., 1995, *The Sociology of Health Promotion. Critical Analyses of Consumption, Lifestyle and Risk*, London, Routledge.
- Buton F., 2006, De l'expertise scientifique à l'intelligence épidémiologique : l'activité de veille sanitaire, *Genèses*, 65, 71-91.
- Castel R., 1993, Une préoccupation en inflation, *Informations Sociales*, 26, 87-96.
- Champy F., 2012, *La sociologie des professions*, Paris, PUF, Coll. Quadrige.
- Demazière D., Gadéa C., 2009, *Sociologie des groupes professionnels. Acquis récents et nouveaux défis*, Paris, La Découverte, Coll. Recherches.
- Druhle M., 2000, Fin de siècle et inégalités sociales de santé en France : l'amorce d'un débat, In : Leclerc A., Fassin D., Grandjean H., Kaminski M., Lang T., eds, *Les inégalités sociales de santé*, Paris, La Découverte, Coll. Recherches, 41-51.
- Duval J., 2002, Une réforme symbolique de la sécurité sociale. Les médias et le « trou de la Sécu », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 143, 53-67.
- Ehrenberg A., 1995, *L'individu incertain*, Paris, Calmann-Lévy.
- Eyal G., 2013, For a sociology of expertise: the social origins of the autism epidemic, *American Journal of Sociology*, 118, 4, 1-45.
- Fassin D., 2000, Comment faire de la santé publique avec des mots. Une rhétorique à l'œuvre, *Ruptures*, 7, 1, 58-78.
- Fassin D., 2008, *Faire de la santé publique*, Rennes, EHESP.
- Favre P., 1992, L'émergence des problèmes dans le champ politique, In : Favre P., ed., *Sida et politique. Les premiers affrontements*, Paris, L'Harmattan, Coll. Dossiers Sciences Humaines et Sociales, 5-37.
- Ferguson J., 2010, The uses of neoliberalism, *Antipode*, 41, S1, 166-184.
- Fligstein N., McAdam D., 2011, Toward a general theory of strategic action fields, *Sociological Theory*, 29, 1, 1-26.
- Fligstein N., McAdam D., 2012, *A Theory of Fields*, New York, Oxford University Press.
- Fortané N., 2014, Quand les frontières de la médecine sont liées à celles de l'administration sanitaire : une sociologie des rapports État-profession à partir du cas de l'addictologie, In : Bujon T., Dourlens C., Le Naour G., eds, 2014, *Les nouvelles frontières de la médecine*, Paris, Editions des Archives Contemporaines, à paraître.

- Garraud P., 1990, Politiques nationales : élaboration de l'agenda, *L'Année Sociologique*, 40, 17-41.
- Gaudillière J.P., 2006, *La médecine et les sciences*. Paris, La Découverte, Coll. Repères.
- Genieys W., 2005, La constitution d'une élite du Welfare dans la France des années 1990, *Sociologie du Travail*, 47, 2, 205-222.
- Gilbert C., Henry E., 2009, *Comment se construisent les problèmes de santé publique*, Paris, La Découverte, Coll. Territoires du politique.
- Goffman E., 1968, *Asiles. Étude sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, Paris, Minuit.
- Goudet B., 2004, La loi de santé publique du 9 août 2004 : une analyse sociologique, *Santé Publique*, 4, 44, 597-604.
- Greene J., 2007, *Prescribing by Numbers. Drugs and the Definition of Disease*, Baltimore, Johns Hopkins University Press.
- Gusfield J., 1981, *The Culture of Public Problems: Drinking-Driving and the Symbolic Order*, Chicago, University of Chicago Press.
- Halpern S., 1992, Dynamics of professional control: internal coalitions and cross-professional boundaries, *American Journal of Sociology*, 97, 4, 994-1021.
- Hassenteufel P., 1997, *Les médecins face à l'État. Une comparaison européenne*, Paris, Presse de SciencesPo.
- Hassenteufel P., 2008, *Sociologie politique : l'action publique*, Paris Armand Colin, Coll. U.
- Jobert B., 1985, Les politiques sociales et sanitaires, In : Grawitz M., Leca J., eds, *Traité de science politique*, Paris, PUF, 301-342.
- Jorland G., 2010, *Une société à soigner. Hygiène et salubrité publiques en France au XIX^e siècle*, Paris, Gallimard.
- Kouchner B., 2002, Préface : La révolution sanitaire, In : Tabuteau D., ed., *La sécurité sanitaire*, Paris, Berger-Levrault, 15-16.
- Laborier P., 2006, Légitimité, In : Boussaguet L., Jacquot S., Ravinet P., eds, *Dictionnaire des politiques publiques*, Paris, Presses de Sciences Po, 278-285.
- Latour B., 2001, *Pasteur : guerre et paix des microbes*, Paris, La Découverte, Coll. Essais.
- Le Bianic T., 2013, Une profession balkanisée : les psychologues face à l'État en France (1945-1985), *Politix*, 26, 102, 177-207.
- Miller P., Rose N., 2008, *Governing the Present*, Malden, Cambridge, Polity Press.
- Morelle A., Tabuteau D., 2010, *La santé publique*, Paris, PUF, Coll. Que Sais-Je ?

- Murard L., Zylberman P., 1996, *L'hygiène dans la République. La santé publique en France ou l'utopie contrariée (1870-1918)*, Paris, Fayard.
- Nathanson C., 2005, Collective actors and corporate targets in tobacco control: A cross-national comparison, *Health Education and Behavior*, 32, 3, 337-354.
- Padioleau J.G., 1977, La lutte contre le tabagisme : action politique et régulation étatique de la vie quotidienne, *Revue Française de Science Politique*, 27, 6, 932-959.
- Palier B., 2005, *Gouverner la sécurité sociale*, Paris, PUF, Coll. Le Lien Social.
- Palier B., 2010, *La réforme des systèmes de santé*, Paris, PUF.
- Petersen A., Bunton R., 1997, *Foucault, Health and Medicine*, London, New York, Routledge.
- Pierru F., 2007, *Hippocrate malade de ses réformes*, Paris, Editions du Croquant.
- Starr P., 1982, *The Social Transformation of American Medicine*, New York, Basic Books.
- Steffen M., 2000, Les modèles nationaux d'adaptation aux défis d'une épidémie : France, Grande-Bretagne, Allemagne, Italie, *Revue Française de Sociologie*, 41, 1, 5-36.
- Tabuteau D., 2006, *Les contes de Ségur : les coulisses de la politique de santé (1988-2006)*, Paris, Ophrys.
- Thanem T., 2009, 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, 59-74.
- Von Buelzingsloewen I., 2009, *Un outil au service de la « révolution nationale » ? L'institutionnalisation de l'éducation sanitaire sous le régime de Vichy*, Conférence à l'Université de Lyon II, 28 mai.