

Mémoire de fin d'études

**De l'hygiénisme
à la santé publique contemporaine :
le projet d'une meilleure santé**

Master 2 Philosophie

Master 2 Droit et politiques de santé

Jeanne Quinaou

Sous la direction de :

Philippe Sabot & Johanne Saison

Avertissement

*Les opinions exprimées dans ce mémoire sont propres à leur auteur
et n'engagent ni les responsables des formations, ni l'Université de Lille.*

Remerciements

Je souhaite remercier toutes les personnes qui m'ont soutenue cette année, notamment ma famille et mes amis.

Je remercie tout particulièrement Francine Kurzawski pour m'avoir apporté ses conseils lors de la relecture de ce mémoire, ainsi que ses encouragements.

Je remercie mes directeurs de mémoire, Philippe Sabot et Johanne Saison, pour leurs enseignements et remarques avisées. Je les remercie d'avoir accepté de lier mes deux formations en ce présent mémoire.

De même, je remercie les responsables des Masters de Philosophie et de Droit et politiques de santé pour leur tolérance et bienveillance qui m'ont permis de suivre les deux formations.

Enfin, je remercie Guillaume Dayez pour m'avoir suivie durant mon stage.

Sommaire

Remerciements.....	2
Sommaire.....	3
Liste des abréviations.....	4
Introduction.....	7
Partie I : Le mouvement hygiéniste.....	8
Chapitre I : L'hygiénisme.....	9
I. Définition de l'hygiénisme.....	9
II. Exemples hygiénistes.....	12
III. Le développement de l'hygiénisme.....	23
Chapitre II : Les résistances.....	28
I. Le défaut de l'organisation administrative.....	28
II. La méfiance dans l'opinion.....	32
III. Comparaison avec des pays voisins.....	35
Chapitre III : L'héritage hygiéniste.....	37
I. Définition de la santé publique.....	37
II. La santé publique et la bio-politique.....	43
III. Exemple de politique de santé publique.....	45
Partie II : La santé publique contemporaine.....	52
Chapitre IV : L'administration de la santé publique.....	53
I. Les directions d'administration centrale.....	53
II. Les agences nationales sanitaires.....	59
III. La mise en œuvre de la stratégie nationale de santé sur le territoire.....	65
Chapitre V : Les dangers et limites de la santé publique.....	68
I. Le phénomène de médicalisation.....	68
II. Le risque de la suprématie de la santé.....	73
III : Les limites de la santé publique.....	77
Chapitre VI : Un nouveau projet de santé publique.....	85
I. L'utopie hygiéniste.....	85
II. L'enjeu d'une utopie de santé publique.....	93
III Un projet sociétal à écrire avec les citoyens.....	96
Conclusion.....	100
Bibliographie.....	101

Liste des abréviations

ABM	Agence de la biomédecine
ADALIS	Addiction, drogue, alcool, info, service
AFAS	Association française pour l'avancement des sciences
AFSSA	Agence française de sécurité sanitaire des aliments
AFSSAPS	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
AFSSET	Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail
AMM	Autorisation de mise sur le marché
ANAP	Agence nationale d'appui à la performance
ANSES	Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail
ANSM	Agence nationale de la sécurité du médicament et des produits de santé
ANSP	Agence nationale de santé publique
ARS	Agence régionale de santé
ATU	Autorisation temporaire d'utilisation
BCOMJS	Bureau de communication de la jeunesse et de sports
CCHP	Comité consultatif de l'hygiène publique
CCNE	Comité consultatif national d'éthique
CHT	Communauté hospitalière de territoire
CHT	Groupement hospitalier de territoire
CIRE	Cellule d'intervention en région
CNAM	Caisse nationale de l'assurance maladie
CNG	Centre national de gestion
CNRS	Centre national de la recherche scientifique
CNTS	Centre national de transfusion sanguine
CPP	Comité de protection des personnes
CPTS	Communauté professionnelle territoire de santé
CRAM	Caisse régionale d'assurance maladie
CRSP	Groupement régional de santé publique
CRTS	Centre régional de transfusion sanguine
CTS	Centre de transfusion sanguine

DAC	Direction d'administration centrale
DAEI	Délégation aux affaires européennes et internationales
DAJ	Direction des affaires juridiques
DDASS	Direction département des affaires sanitaires et sociales
DDC	Division des cabinets
DFAS	Direction des finances, des achats et des services
DGCS	Direction générale de la cohésion sociale
DGOS	Direction générale de l'offre des soins
DGS	Direction générale de la santé
DICOM	Délégation à l'informatique et à la communication
DNS	Délégation ministérielle du numérique en santé
DNUM	Direction du numérique
DRASS	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DRESS	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DRH	Direction des ressources humaines
DSI	Direction des systèmes d'information
DSS	Direction de la sécurité sociale
DSSIS	Délégation à la stratégie des systèmes d'information en santé
EFS	Établissement français du sang
EHESP	École des hautes études en santé publique
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EPRUS	Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires
ERER	Espace de réflexion éthique régional
FEHAP	Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne
FHF	Fédération hospitalière de France
FHP	Fédération de l'hospitalisation privée
FIOP	Fond d'innovation organisationnelle en psychiatrie
HAS	Haute autorité de la santé
HCSP	Haut conseil de santé publique
HLM	Habitation à loyer modéré
IFAS	Incitation financière à l'amélioration de la qualité
IGA	Inspection générale de l'administration

IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IGF	Inspection générale des finances
INCA	Institut national du cancer
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
InVS	Institut de veille sanitaire
IVG	Interruption volontaire de grossesse
JO	Journal officiel
LFSS	Loi de financement de la Sécurité sociale
MITM	Médicament d'intérêt thérapeutique majeur
MRS	Mission régionale de santé
MSA	Mutualité sociale agricole
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONIAM	Office national d'indemnisation des accidents médicaux
SGMAS	Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales
SMPHP	Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle
SNS	Stratégie nationale de santé
T2A	Tarifification à l'activité
URCAM	Union régionale des caisses d'assurance maladie
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Introduction

La crise de la Covid-19 a mis en lumière l'importance de la santé publique. Pendant plusieurs mois, il n'a été question que d'épidémiologie, d'agence régionale de santé, de distanciation sociale, de port du masque, de test, de confinement, de dé-confinement, de re-confinement, de couvre feu sanitaire, de pass sanitaire, de vaccination...

Parce qu'il a mis à l'arrêt l'ensemble du pays hormis les activités essentielles – liées notamment à la santé, à la sécurité, l'alimentation, au transport et à la distribution des produits de première nécessité –, l'État a révélé la force de coercition de la santé publique, ainsi que son intérêt : celui de protéger la santé de la population. Ainsi, la santé publique est définie comme « la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et de promouvoir la santé et l'efficacité physiques à travers les efforts coordonnés de la communauté, pour l'assainissement de l'environnement, le contrôle des infections dans la population, l'éducation de l'individu aux principes de l'hygiène personnelle, l'organisation des services médicaux et infirmiers pour le diagnostic précoce et le traitement préventif des pathologies, le développement des services sociaux qui assureront à chacun un niveau de vie adéquat pour le maintien de la santé »¹.

Dans le même temps, la santé publique a plusieurs fois affiché une faiblesse, notamment dans la gestion des stocks de masques et l'approvisionnement des matériels de sécurité pour le personnel soignant, ainsi que la désorganisation du système sanitaire, avec une confusion dans la communication des mesures.

La santé publique a été vivement critiquée pour son caractère liberticide, au moment des confinements, du couvre-feu et du pass sanitaire – demandant une vaccination, officiellement non obligatoire si ce n'est pour les personnels soignants. Simultanément, les pays ne disposant pas de telles mesures ont vu leur nombre de morts exploser. Les États-Unis ont ainsi recensé plus d'un millions de décès liés au coronavirus, le Brésil 600 000 et l'Inde 520 000. Par comparaison, la France et l'Allemagne ont chacune dénombré plus de 140 000 décès. L'ensemble du monde compte 6,4 millions de morts. Ainsi, certains états ont pu être désapprouvés du fait de leur absence ou pauvreté de mesures sanitaires.

¹ WINSLOW Charles-Edouard, cité par FASSIN Didier, *Faire de la santé publique*, Presses de l'EHESP, Paris, Hors collection, 2008, p. 9-10.

A la fois objet de reconnaissance et de haine, la santé publique est une discipline et une administration dont l'action, avant la Covid-19 était méconnue du grand public. En effet, elle ne se dévoile pleinement qu'en temps de crise – scandale sanitaire (récemment encore les pizzas Buitoni, le scandale Orpéa) ou épidémie (sida, H1N1, Covid-19...).

Si l'on remonte à l'origine de la discipline, on découvre l'hygiénisme au XIXe siècle. L'hygiénisme marque la naissance de la santé publique – au XIXe siècle nommée hygiène publique – du fait de sa préoccupation de problèmes sanitaires publics, jusqu'à là ignorés ou moqués. L'hygiénisme cherche à améliorer les conditions de vie des personnes, en vue d'améliorer leur santé. Héritier des Lumières, ce courant de pensée est marqué par l'idée de progrès. Il a pu être la source d'inspiration de créations remarquables, expressions de solidarité, d'égalité et de démocratie. C'est ainsi que Jules Verne² imagine une ville répondant parfaitement aux critères hygiénistes, où les citoyens seraient en meilleure santé. Jean-Baptiste Godin construit un Palais Social pour les ouvriers de son usine, à Guise. Enfin, Léon Bourgeois développe la doctrine solidariste³, qui, plusieurs décennies plus tard, inspire les fondateurs de la Sécurité sociale. Ces trois exemples seront développés pour mettre en lumière les liens entre l'hygiénisme et les valeurs républicaines.

Toutefois, l'hygiène publique, discipline fondée par l'hygiénisme, de même que la santé publique contemporaine, connaît des difficultés dans son application⁴. L'administration n'est pas efficace. L'opinion publique se méfie. L'hygiénisme est critiqué pour s'attaquer aux libertés de la population et se nourrir de la peur de la population. Il semble pertinent de rapprocher ces difficultés avec celles rencontrées par la santé publique actuelle.

Au regard de cette proximité, il nous paraît intéressant de comparer l'hygiène publique du XIXe siècle et la santé publique contemporaine, pour mettre en lumière les similarités et les différences entre elles.

Le présent mémoire étudie l'esprit de l'hygiénisme et de la santé publique contemporaine, mais également leur administration. Il sera donc question du fonctionnement pratique, avec divers exemples, pour apprécier leur vaste domaine de compétences, ainsi que la réussite ou l'échec de leurs actions.

² VERNE Jules, *Les 500 millions de la Béguin*, Librairie générale française, Paris, Le livre de poche, 1966.

³ BOURGEOIS Léon, *Solidarité*, Presses universitaires du Septentrion, Villeneuve-d'Ascq, Sociologie, 1998.

⁴ MURARD Lion, ZYLBERMAN Patrick, *L'hygiène dans la République : la santé publique en France ou l'utopie contrariée (1870-1918)*, Fayard, Paris, Hors collection, 1996.

La santé publique actuelle ne sera pas étudiée seulement à travers le prisme de l'épidémie de Covid. En effet, si cette dernière sera évoquée, il nous paraît davantage pertinent d'étudier la santé publique lorsqu'elle fonctionne normalement, c'est-à-dire en dehors des crises sanitaires exceptionnelles.

De même, il ne nous sera pas possible d'évoquer d'autres pays que la France, en raison du caractère spécifique de celle-ci. En effet, si elle a disposé, parfois la première, de connaissances scientifiques relatives à la santé publique, elle a pris énormément de retard pour mettre en place les mesures⁵. Par conséquent, si d'autres pays sont cités, c'est pour comparer l'état de retard de la France avec ses voisins.

Dans une première partie, nous reviendrons donc sur l'hygiénisme du XIXe siècle. Le chapitre I le définira. Il sera question de présenter ses principes ainsi que deux réalisations de l'hygiénisme, à travers les œuvres de Jules Verne et de Jean-Baptiste Godin. Le chapitre II s'attardera sur la difficile mise en place de l'hygiénisme et les raisons de son relatif échec au XIXe siècle. Enfin, le chapitre III considérera l'hygiène publique – ou santé publique – comme l'héritage de l'hygiénisme. Il s'agira de définir la discipline, de revenir sur la lecture foucauldienne du bio-pouvoir⁶ et d'étudier l'articulation entre les objectifs de santé publique et ses actions concrètes.

La seconde partie s'intéressera à la santé publique contemporaine. Le chapitre IV décrira l'administration de la santé publique actuelle, avec notamment les directions d'administration centrale et les agences sanitaires. Le chapitre V interrogera les risques et les limites de la santé publique, avec notamment la possibilité d'une santé publique autoritaire. Enfin, le chapitre VI proposera, à partir des difficultés de la santé publique actuelle, une piste d'amélioration, en revenant sur le cœur de l'hygiénisme à savoir, le projet d'une meilleure société pour l'homme.

5 RAMSAY Matthew, « Public Health in France », in PORTER Dorothy, *The history of public health and the modern State*, Éditions Rodopi, Amsterdam/Atlanta, 1994

6 FOUCAULT Michel, *Histoire de la sexualité*, tome 1 : *La volonté de savoir*, Gallimard, Paris, Bibliothèque des histoires, 1976.

Partie I :

Le mouvement hygiéniste

Considérant que les hygiénistes furent les pères de la santé publique moderne, il s'agira dans cette partie de revenir sur l'hygiénisme français au XIXe siècle, en le définissant, de manière théorique et pratique, en s'appuyant sur des exemples concrets. Une première présentation de l'hygiénisme, ses principes et figures sera ébauchée dans le chapitre I, avec notamment les exemples de Jules Verne et Jean-Baptiste Godin. Le chapitre II étudiera les oppositions et difficultés rencontrées par l'hygiénisme, qui explique une mise en pratique toute relative. Enfin, le chapitre III définira la santé publique, qui est l'héritage de l'hygiénisme, fondateur de la discipline de l'hygiène publique – devenue la santé publique.

Chapitre I : L'hygiénisme

« *Le XIXe siècle aura été celui de l'hygiène publique* »
Gérard Jorland

Il s'agira dans ce chapitre de présenter l'hygiénisme du XIXe siècle, ses principes, ses préoccupations, ses évolutions ainsi que ses représentants. L'hygiénisme transforme le regard sur la santé de la population, en ce qu'il cherche à protéger la santé collective et non pas individuelle – ce qui auparavant n'était fait que partiellement lors des épidémies. Après avoir donné une première définition de l'hygiénisme (I), deux exemples hygiénistes seront étudiés au travers du roman de Jules Verne *Les Cinq Cents Millions de la Béguine* et du Familistère de Guise de Jean-Baptiste Godin (II). Enfin, il s'agira de se concentrer sur l'hygiénisme qui s'est développé à partir de la IIIe République (III).

I. Définition de l'hygiénisme

L'hygiénisme est un courant de pensée qui cherche à utiliser les connaissances scientifiques pour améliorer les conditions de santé de la population. En cela, les hygiénistes sont les héritiers des Lumières, pour qui le progrès scientifique sert le progrès de l'ensemble de la société. Ils sont les pères de l'hygiène publique – devenue plus tard la santé publique – qui considère la santé humaine d'un point de vue collectif, et non plus individuel. Le mouvement hygiéniste, s'il puise ses sources dans les Lumières, s'est principalement développé au XIXe siècle.

Avant l'hygiénisme, la santé publique n'est considérée que très partiellement, essentiellement sous le prisme des épidémies, que les États doivent contenir. La contamination de la population est alors limitée par la mise en place de mesures (lazarets, isolement des malades, nettoyage des rues, quarantaines, fermetures des frontières...). Ces mesures sont révélatrices de l'état embryonnaire de ce qu'est à ce moment la santé publique, en ce qu'elles sont mises en place ponctuellement

et localement, pour ensuite être levées, une fois la menace de l'épidémie éloignée. Ainsi, hors des périodes critiques d'épidémies (de peste, choléra...), les considérations relatives à la préservation et l'amélioration de la santé générale sont assez pauvres. À partir du XVIII^e siècle naît l'idée qu'il faut protéger la santé de la population, car la puissance d'une nation se définit par sa puissance démographique, qui permet à son tour une puissance économique et militaire. La santé de la population commence à devenir un enjeu pour l'État, même si ce dernier ne dispose pas à ce moment-là des outils (scientifiques et administratifs) pour avoir une véritable politique de santé publique.

Dans le même temps, les médecins, qui ne savent pas bien soigner les maladies, cherchent à prévenir leur apparition chez les individus. L'historien Jorland écrit : « Faute de connaître les maladies, les médecins dispensaient des soins palliatifs plutôt que curatifs »⁷. Ils émettent donc le souhait d'éviter que les individus ne tombent malades, en renforçant leurs défenses immunitaires, avec une quantité suffisante de nourriture et un logement décent pour chacun, et en assainissant le milieu, selon le courant néo-hippocratique, relecture des thèses d'Hippocrate et de Galien étudiant les conditions du développement des maladies, selon le milieu donné. Ce courant néo-hippocratique permet une réflexion qui lie les conditions d'environnement et de santé. À ce titre, Antoine-Laurent de Lavoisier (1743-1794) est considéré comme le père des hygiénistes, car certains de ses travaux portent sur l'hygiène publique, comme l'éclairage des villes, l'approvisionnement en eaux, l'aération dans les salles de spectacle, et certains lieux particuliers, comme les prisons, les hôpitaux ou encore les abattoirs. Il travaille en se fondant sur plusieurs disciplines : la chimie, la médecine, l'économie et la statistique. Cette multidisciplinarité est une caractéristique de l'hygiénisme, qui n'est pas seulement de la médecine privée ou clinique, mais bien une réflexion collective, prenant en compte divers aspects de la vie de l'individu : son logement, son accès à certaines ressources, son travail, etc. Ainsi se développe l'idée que le milieu dans lequel vit l'individu, et ses pratiques jouent un rôle sur sa santé. Sous ce prisme, la santé n'est plus une question principalement individuelle ; elle est collective, puisque les individus partagent un même milieu, des pratiques communes, qu'il faut améliorer, pour toucher l'ensemble de la population, avec des dispositifs jusqu'alors inédits, appelés à perdurer. L'hygiénisme naît donc de la volonté de la protection et l'amélioration de la santé collective, par des dispositifs stables, mis en place par l'hygiène publique, qui se veut une discipline cohérente, un domaine administratif bien défini, alors qu'auparavant, elle n'est prise en compte que partiellement, souvent sur une échelle locale. Par exemple, lors d'une épidémie, c'est la ville, voire la région, qui met en place les mesures visant à limiter sa propagation, et ce, pour une durée limitée dans le temps.

⁷ JORLAND Gérard, « Comment on a obligé les Français à se faire vacciner », *L'Histoire*, n° 361, février 2011, p. 13.

Les considérations hygiénistes émergent parmi les scientifiques, au premier rang desquels on trouve les médecins, même si on retrouve également des pharmaciens, des chimistes, des ingénieurs et des administrateurs. Tous les médecins ne sont pas hygiénistes, et certains ont rejeté l'hygiène publique qu'ils trouvaient tyrannique et ses recommandations, trop simplistes. En 1829 paraissent *Les Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, qui constituent le premier journal d'hygiène publique. Son manifeste définit l'hygiène publique comme « l'art de conserver la santé aux hommes réunis en société »⁸.

Parmi les grandes figures hygiénistes, citons les médecins Alexandre Parent-Duchâtelet (1790-1836) et Louis René Villermé (1782-1863), qui, à partir d'enquêtes empiriques et d'analyses statistiques, ont travaillé, le premier sur les égouts et la prostitution, le second sur le choléra (en révélant les différences des taux de mortalité selon les différentes classes sociales), la santé des ouvriers de l'industrie textile, touchés davantage par leurs conditions de vie que par l'usine elle-même⁹. La statistique met en lumière des foyers de maladies : l'indicateur de Lavoisier révèle les groupes humains à forte mortalité différentielle. Par ailleurs, la statistique révèle la corrélation entre l'inégalité devant la maladie et la mort et l'appartenance sociale. Villermé dresse dans le rapport « Tableau de l'état physique et moral des ouvriers employés dans les manufactures de coton, de laine et de soie »¹⁰, publié en 1840, une situation précise des conditions de vie des ouvriers. « La santé des pauvres est toujours précaire, leur taille moins développée et leur mortalité excessive, en regard du développement du corps, de la santé et de la mortalité des gens mieux traités de la fortune »¹¹. Grâce à ce rapport paraissent deux lois : la première sur le travail des enfants¹², en 1841, qui interdit le travail des enfants de moins de 8 ans, avec la limitation des heures de travail (8 heures pour les 8-12 ans, 12 heures pour les 12-16 ans), la seconde sur l'urbanisme qui interdit la location de logements insalubres en 1850¹³.

Pendant toute la première moitié du XIXe siècle, les hygiénistes ont très peu d'influence. Le tournant se fait à partir de 1870, où l'hygiénisme se développe véritablement, pour différentes raisons. Tout d'abord, la défaite française contre l'armée prussienne de 1871 est un rappel violent que la santé de la population est primordiale. En effet, alors que l'armée prussienne dispose d'hommes en bonne santé, l'armée française accumule les maladies en son sein – la variole, la typhoïde, le typhus, la dysenterie – qui constitueraient la cause de la mort d'un français sur deux pendant le

8 Prospectus, *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 1829, 1, 1.

9 RAMSAY Matthew, « Public Health in France », in PORTER Dorothy, *The history of public health op. cit.*, p. 62.

10 VILLERME Louis René, *Tableau de l'état physique et moral des ouvriers employés dans les manufactures de coton, de laine et de soie...*, EDHIS Paris, Hors collection, 1979, 451 p.

11 CHEVALIER Louis, *Classes laborieuses, classes dangereuses à Paris pendant la première moitié du XIXe siècle*, Hachette, Paris, Pluriel, 1984, p. 584.

12 Loi du 22 mars 1841 relative au travail des enfants employés dans les manufactures, usines ou ateliers, *J.O. du 24 mars 1841*.

13 Loi du 13 avril 1850 relative au logements insalubres, *J.O. du 13 avril 1850*.

conflit. Le chimiste Henri Saint-Claire Deville (1818-1881) déclare à propos de 1871 : « C'est par la science que nous avons été vaincus »¹⁴. Pour les hygiénistes, la défaite est révélatrice de la dégénérescence de la France, qu'il faut repousser par l'hygiène publique. Ils profitent de la IIIe République pour entrer en politique et faire voter des lois sanitaires. Ils représentent ainsi environ 10% des parlementaires (et forment le 2^e groupe professionnel après les avocats). Louis Pasteur (1822-1895) lui-même se présente aux élections législatives de 1876. Sa candidature est marquée par l'apolitisme et la volonté de s'appuyer sur la science pour conduire les affaires publiques.

II. Exemples hygiénistes

Il s'agit ici d'étudier deux expressions de l'hygiénisme au XIXe siècle, à travers le roman de Jules Verne *Les Cinq Cents Millions de la Bégum* et le Familistère de Guise de Jean-Baptiste Godin, pour d'une part montrer les grands principes retenus de l'hygiénisme, d'autre part la diversité des hygiénistes, que ce soit dans leur condition dans la société et leur contribution en tant qu'hygiénistes,

1. Les Cinq Cents Millions de la Bégum, de Jules Verne

*Les Cinq Cents Millions de la Bégum*¹⁵ est un roman d'anticipation de Jules Verne (1828-1905), auteur connu pour se nourrir des avancées scientifiques de son époque. Publié en 1879. Le roman s'ouvre sur l'annonce que l'héritage de la Bégum, qui s'élève à cinq cent vingt millions de francs, a trouvé son héritier : le docteur (français) Sarrasin. Par la suite, le professeur Schultze (allemand), réclame également des parts, et l'héritage est partagé entre eux. Chacun des deux hommes fonde alors une cité selon son idéal, France-ville et Stahlstadt. Le professeur Schultze avec la Cité de l'Acier crée une ville-usine, qui produit des armes pour le monde entier, tandis que le docteur Sarrasin construit la Cité du Bien-Être, qui respecte les préconisations hygiénistes. L'opposition franco-allemande répond à l'actualité, c'est-à-dire la défaite française dans la guerre franco-prussienne de 1870-1871, en évoquant par exemple la perte de l'Alsace avec le personnage alsacien de Marcel Bruckmann.

14 SAINTE-CLAIRE DEVILLE Henri, cité par MURARD Lion, ZYLBERMAN Patrick, *L'hygiène dans la République...*, op. cit., p. 41.

15 VERNE Jules, *Les 500 millions de la Bégum*, op. cit.

L'hygiénisme est présent dans le roman par le personnage du docteur Sarrasin, pétri de convictions hygiénistes. Le roman s'ouvre ainsi sur sa présence au Congrès international d'hygiène de Brighton. Cet élément rejoint la réalité historique de l'hygiénisme, première discipline à trouver une expression internationale, autour de médecins hygiénistes principalement européens dans la seconde moitié du XIXe siècle, ce qui a permis de diffuser les connaissances entre les pays. Dès les années 1850, des conférences sanitaires internationales et des congrès internationaux d'hygiène se mettent en place, soit quelques années avant les autres congrès scientifiques. L'une des raisons est que la santé et la maladie ne connaissent pas les frontières, si bien que les médecins s'accordent sur le fait que tous les pays doivent rejoindre le mouvement de l'hygiénisme. Ainsi, l'historienne Anne Rasmussen rapporte du congrès de 1876 : « Les barrières nationales s'abaissent devant nos légions fraternelles ; l'œuvre d'hygiène, de sauvetage et d'économie sociale s'étend à une fédération de peuples qui s'appelle l'humanité, et l'humanité n'a pas de frontières »¹⁶. L'hygiénisme ne peut être une discipline dont les savoirs sont gardés jalousement par ses détenteurs. Au contraire, il faut les diffuser, car, par son objet relatif à la population, l'hygiénisme est une science collective. Les hygiénistes comprennent en ce sens deux hygiènes : l'hygiène publique, qui inclut la circulation sociale des maladies liées aux conditions de vie, et l'hygiène internationale, qui concerne la circulation géographique des maladies. Paul Brouardel, médecin hygiéniste, président de l'Association française pour l'avancement des sciences (AFAS) en 1899, déclare au Xe congrès international d'hygiène et de démographie en 1900 : « L'hygiène a proclamé la solidarité des habitants, les uns vis-à-vis des autres, de toutes les agglomérations entre elles. Elle a reconnu que les frontières géographiques n'arrêtaient, ni les épidémies, ni les produits falsifiés. La réunion des conférences internationales, celle des congrès, est la démonstration éclatante de cette vérité. Vous n'êtes venus de tous les pays que parce que vous considérez vos intérêts sanitaires comme communs, les questions hygiéniques comme identiques dans toutes les contrées »¹⁷. Si la majorité des scientifiques ou administrateurs présents aux congrès sont européens, il faut noter la présence de médecins du monde entier (Mexique, Égypte...), qui se forment en Europe, et qui, lorsqu'ils reviennent dans leur pays, veulent y appliquer l'hygiénisme. L'Europe devient ainsi le modèle sanitaire.

On retrouve l'esprit collectif de l'hygiénisme chez le docteur Sarrasin, qui, à l'annonce de son héritage, proclame au congrès vouloir consacrer sa toute nouvelle fortune à l'édification de la cité de l'hygiène : « Ce n'est pas à moi que ce capital appartient de droit, c'est à l'Humanité, c'est au Progrès ! [...] Je le déclare donc, définitivement et sans réserve : le demi-milliard que le hasard met dans mes mains n'est pas à moi, il est à la science ! [...] Parmi les causes de maladie, de misère

16 RASMUSSEN Anne in BOURDELAIS Patrice (dir), *Les hygiénistes. Enjeux, modèles et pratiques (XVIIIe- XXe siècles)*, Belin, Paris, Histoire et Société. Modernités, 2001, p. 219.

17 BROUARDEL Paul, cité par RASMUSSEN Anne in BOURDELAIS Patrice (dir), *Les hygiénistes...*, op. cit, p. 219.

et de mort qui nous entourent, il faut en compter une à laquelle je crois rationnel d'attacher une grande importance : ce sont les conditions hygiéniques déplorables dans lesquelles la plupart des hommes sont placés. Ils s'entassent dans des villes, dans des demeures souvent privées d'air et de lumière, ces deux agents indispensables de la vie. Ces agglomérations humaines deviennent parfois de véritables foyers d'infection. Ceux qui n'y trouvent pas la mort sont au moins atteints dans leur santé ; leur force productive diminue, et la société perd ainsi de grandes sommes de travail qui pourraient être appliquées aux plus précieux usages. [...] Pourquoi ne réunirions-nous pas toutes les forces de notre imagination pour tracer le plan d'une cité modèle sur des données rigoureusement scientifiques ? [...] Ce sera la Cité du Bien-Être [...] »¹⁸.

Dans la suite du roman, Jules Verne décrit les deux cités, de l'Acier et du Bien-Être, l'une dystopique, l'autre utopique. France-ville, parce que fondée par un médecin, respecte des règles hygiéniques strictes, qui permettent l'édifice d'une ville saine, à bien des égards. L'air et la lumière sont les éléments qui bénéficient d'une attention particulière. Le comité de la ville fait respecter un règlement pour les architectes, pour veiller à la salubrité des logements. Ainsi, les maisons sont construites avec des briques « transpercées dans le sens de leur longueur d'une série de trous cylindriques et parallèles. Ces trous, assemblés bout à bout, devaient former dans l'épaisseur de tous les murs des conduits ouverts à leurs deux extrémités, et permettre ainsi à l'air de circuler librement dans l'enveloppe extérieure des maisons comme dans les cloisons internes »¹⁹. Jules Verne note que ces prescriptions sont empruntées au médecin Benjamin Ward Richardson, membre de la société royale de Londres, qui publie en 1876 *Hygeia, une cité de la santé*²⁰ dans lequel il présente sa vision d'une ville utopique répondant aux critères hygiénistes. Par ailleurs, les maisons ne peuvent avoir plus de deux étages, pour ne pas capter l'ensemble de la lumière au détriment des habitations voisines. Les chambres doivent être spacieuses, et aérées. Certains objets, considérés comme des nids à miasmes (et donc à maladie) sont interdits : les tapis, les papiers peints, les édredons ainsi que les couvre-pieds piqués. Si les rideaux et draperies ne sont pas interdits, il est vivement recommandé de choisir des tissus qui se lavent facilement. La fumée des cheminées est recueillie dans des conduits spéciaux, pour être traitée à l'extérieure de la ville et décarbonée.

Dans l'organisation et le fonctionnement de la ville, certains éléments relèvent de l'hygiénisme. Ainsi, le nettoyage occupe une place importante. « Cette question de la propreté individuelle et collective est du reste la préoccupation capitale des fondateurs de France-ville. Nettoyer, nettoyer sans cesse, détruire et annuler aussitôt qu'ils sont formés les miasmes qui émanent constamment

18 VERNE Jules, *Les 500 millions de la Béguine*, op.cit., p.35-39.

19 *Ibid*, p. 149.

20 RICHARDSON Benjamin Ward, *Hygeia : une cité de la santé, communication au congrès de 1875 de la Social science association*, Éditions de la Villette, Paris, Penser l'espace, 2006.

d'une agglomération humaine, telle est l'œuvre principale du gouvernement central »²¹. Un système d'égout est mis en place, pour traiter hors de la ville les déchets. Le linge des habitants est désinfecté et lavé dans des blanchisseries, qui ont pour consignes de ne jamais mélanger le linge de deux familles différentes, évitant ainsi les contaminations. Des inspecteurs de la police sanitaire (similaires aux inspecteurs d'hygiène contemporains) surveillent les marchandises alimentaires. Par ailleurs, le système de santé est majoritairement orienté vers l'hospitalisation à domicile, avec une nouvelle fonction, celle de gardes-malades, qui interviennent dans les familles, pour éviter de regrouper les malades dans les hôpitaux, et qu'ils se contaminent les uns les autres : « Loin de chercher, par une étrange aberration, à réunir systématiquement plusieurs patients, on ne pense au contraire qu'à les isoler. C'est leur intérêt particulier aussi bien que celui du public »²². Les hôpitaux, en bois, sont brûlés et reconstruits régulièrement de sorte que les miasmes ne s'y accumulent pas.

Enfin, l'éducation occupe une place importante, car l'esprit et le corps se répondent : « C'est que l'homme, corps et esprit, doit être également assuré de ces deux serviteurs ; si l'un fait défaut, il en souffre, et l'esprit à lui seul succomberait bientôt »²³. À leur arrivée, les habitants de France-ville reçoivent une brochure expliquant les bonnes conduites d'une vie saine. L'habitant « y voit que l'équilibre parfait de toutes ses fonctions est une des nécessités de la santé ; que le travail et le repos sont également indispensables à ses organes ; que la fatigue est nécessaire à son cerveau comme à ses muscles ; que les neuf dixièmes des maladies sont dues à la contagion transmise par l'air ou les aliments. Il ne saurait donc entourer sa demeure et sa personne de trop de " quarantaines " sanitaires. Éviter l'usage des poisons excitants, pratiquer les exercices du corps, accomplir consciencieusement tous les jours une tâche fonctionnelle, boire de bonne eau pure, manger des viandes et des légumes sains et simplement préparés, dormir régulièrement sept à huit heures par nuit, tel est l'ABC de la santé »²⁴. L'instruction des enfants commence dès quatre ans, avec une insistance sur la nécessité d'une hygiène parfaite. La pédagogie est moderne : « les soins du maître tendaient à développer l'esprit de l'enfant en le soumettant à une gymnastique intellectuelle, calculée de manière à suivre l'évolution naturelle de ses facultés. On lui apprenait à aimer une science avant de s'en bourrer, évitant ce savoir qui, dit Montaigne, " nage en la superficie de la cervelle ", ne pénètre par l'entendement ne rend ni plus sage ni meilleur »²⁵.

Les habitants de France-ville sont présentés comme des hommes meilleurs, d'un point de vue physique mais également moral, et ce, grâce à la réalisation des principes hygiénistes : « Ce qui

21 VERNE Jules, *Les 500 millions de la Bégum*, op.cit., p. 153-154.

22 *Ibid*, p. 154-155.

23 *Ibid*, p. 165.

24 *Ibid*, p. 154.

25 *Ibid*, p. 162-163.

peut seul nous intéresser, c'est que l'expérience sanitaire est des plus concluantes. Tandis que la mortalité annuelle, dans les villes les plus favorisées de la vieille Europe ou du Nouveau Monde, n'est jamais sensiblement descendue au-dessous de trois pour cent, à France-Ville la moyenne de ces cinq dernières années n'est que de un et demi »²⁶. La ville prospère et accueille des artistes, savants et scientifiques du monde entier. Même si un comité est en charge du fonctionnement de la cité, un processus démocratique permet l'information et le vote des citoyens, même dans les moments les plus graves. Or, par l'éducation fournie, les habitants sont à même de choisir les décisions les plus sages.

A contrario, Stahlstadt brille par sa centralisation : son fonctionnement militaire repose sur le professeur Schultze, si bien que, lorsqu'il disparaît, la cité dysfonctionne rapidement, car personne n'est en mesure de prendre des décisions pour le remplacer : « la centralisation était poussée à Stahlstadt à un trop haut degré de perfection, le maître s'était réservé une trop absolue surintendance de toutes les affaires, pour que son absence n'entraînât pas, dans un temps très court, un arrêt forcé de la machine. [...] Les fonctionnaires les plus élevés de l'usine n'auraient jamais songé seulement à sortir de leurs attributions régulières. Investis en face de leurs subordonnés d'un pouvoir presque absolu, ils étaient chacun, vis-à-vis de Herr Schultze – et même vis-à-vis de son souvenir –, comme autant d'instruments sans autorité, sans initiative, sans voix au chapitre »²⁷.

Jules Verne, avec France-Ville, imagine la cité hygiéniste idéale, qui, par son fonctionnement et son organisation, rend les hommes meilleurs, que ce soit pour le travail, la vie intellectuelle et artistique, ou même le processus démocratique. On retrouve ici une forme de l'eugénisme français, caractérisé par une approche positive²⁸, qui considère que l'amélioration de la santé d'une génération permet l'accumulation de bénéfices pour la génération suivante. Or le mouvement de l'eugénisme français s'est croisé avec celui de l'hygiène sociale (sous-groupe de l'hygiène publique), qui a cherché à prévenir certaines maladies, comme l'alcoolisme, la tuberculose ou les maladies vénériennes. Ainsi, à propos de France-ville, Jules Verne écrit : « Il sera curieux, notamment, de rechercher si l'influence d'une génération, à plus forte raison de plusieurs générations, ne pourrait pas amortir les prédispositions morbides héréditaires. Il n'est assurément pas outrecuidant de l'espérer, a écrit un des fondateurs de cette étonnante agglomération, et, dans ce cas, quelle ne serait pas la grandeur du résultat ! Les hommes vivant jusqu'à quatre-vingt-dix ou cent ans, ne mourant plus que de vieillesse, comme la plupart des animaux, comme les plantes ! »²⁹.

26 *Ibid*, p. 158.

27 *Ibid*, p. 198-199.

28 Il faut néanmoins remarquer que Jules Verne dans son roman fait preuve de racisme, notamment envers les Chinois.

29 VERNE Jules, *Les 500 millions de la Béguine*, *op. cit.*, p. 158.

Ainsi, l'hygiénisme est source d'inspiration pour Jules Verne, et lui permet d'imaginer une ville utopique, idéale, parfaite, qui permette aux hommes de mieux vivre. La ville s'inscrit dans l'hygiénisme dans son organisation architecturale (recherche de l'air et de l'eau pure, évacuation des déchets et des eaux usées, interdiction des matériaux dangereux...), l'éducation donnée aux habitants, ce qui permet de révéler le meilleur de l'Homme, dans un système démocratique. On peut se demander s'il pensait réellement possible de créer pareille cité, ou si même pour l'écrivain, France-ville ne pouvait rester qu'un rêve.

A la différence de Jules Verne, Jean-Baptiste Godin a mis en pratique son rêve d'une cité hygiéniste, avec le Familistère de Guise.

2. Le Familistère de Guise

Le Familistère de Guise, construit par Godin au XIXe siècle, est à la fois un exemple remarquable d'un projet d'habitat collectif, inspiré de Fourier, teinté de socialisme utopique, et réalisé selon des principes hygiénistes.

Jean-Baptiste Godin (1817-1888) est fils de serrurier. Lors de son tour de France de compagnon, il est marqué par les conditions de vie pénibles que connaissent les ouvriers. Après avoir déposé un brevet pour son poêle en fonte de fer, il fonde son usine à Guise en 1846. La pensée de Godin est marquée par le socialisme utopique de Fourier (1772-1837), qui s'inscrit dans la lignée des utopies, de la République de Platon, à l'île Utopia de Thomas More, en passant par l'abbaye de Thélème de Rabelais. Le socialisme utopique est marqué par la confiance dans le progrès. Il cherche à créer des communautés idéales. L'adjectif « utopique » fut utilisé par Engels³⁰ et Marx pour le disqualifier, face au socialisme scientifique, plus rigoureux dans son analyse de la société. Rappelons que le mot utopie vient de Thomas More, et se fonde sur le grec : « topos » signifie le lieu, et le préfixe « u » signifie l'absence, c'est-à-dire que l'utopie est le lieu qui n'existe pas. On peut également rapprocher ce préfixe d'un autre, « eu » qui signifie bon : l'utopie est le bon lieu, le lieu du bonheur.

Jean-Baptiste Godin s'inspire pour son Familistère de Fourier, qui, après avoir constaté l'inégalité dans la distribution des richesses, cherche à améliorer le système économique, pour le rendre plus juste, plus harmonieux. En s'appuyant sur la loi de gravitation de Newton, Fourier considère que les êtres humains appartiennent à un système stable, de la même manière que les planètes forment un système stable, par un équilibre des forces. Les forces qui attirent ou repoussent les êtres

³⁰ ENGELS Friedrich, *Socialisme utopique et socialisme scientifique*, Librairie de l'Humanité, Paris, Pages socialistes, 1924.

humains les uns vers les autres sont les passions, dans un système stable que Fourier nomme « harmonie sociale ». Dès lors, Fourier considère que l'harmonie de la société demande une vie collective, qu'il imagine dans un phalanstère, communauté d'hommes vivant en communauté, sous le principe de l'égalité. Par ailleurs, le travail pour Fourier constitue la voie de rédemption pour l'Homme. Le travail n'est pas une torture, comme le suggère son étymologie, mais, dès lors qu'il est effectué au sein du phalanstère, il permet à chacun de s'épanouir, dans des conditions de travail idéales. Enfin, Fourier insiste sur l'éducation et la pédagogie (moderne), nécessaires à l'harmonie, en ceci qu'elles permettent à tous de développer leurs passions.

En 1855, Godin finance le projet du socialiste phalanstérien Victor Considérant au Texas, qui se révèle être un échec. Godin perd un tiers de sa fortune, mais acquiert la certitude qu'il lui faut par lui-même construire son phalanstère. Il écrit ainsi : « En perdant alors les illusions qui avaient motivé ma confiance, je fis un retour sur moi-même, et pris la ferme résolution de ne plus attendre de personne le soin d'appliquer des essais de réformes sociales que je pouvais accomplir par moi-même³¹ ». Il prend donc la décision de faire construire son propre phalanstère, à Guise, pour lui et ses ouvriers. Les travaux commencent en 1859 et s'achèvent en 1877. Il écrit dans le même temps les *Solutions sociales*³², publiées en 1871, qui présentent son projet, d'un point de vue théorique et pragmatique. Il y expose ce qu'est le Familistère, conciliant ainsi la pensée et l'action. En effet, s'il commence par faire appel à des architectes fouriéristes, par manque de connaissance dans ce domaine, il les congédie assez rapidement, et se fait lui-même architecte, bâtisseur et inventeur pour construire le Familistère.

Le Familistère s'appuie sur le phalanstère de Fourier, notamment sur la valeur donnée au travail. Si le Familistère est construit pour loger les ouvriers dans de bonnes conditions, voire excellentes pour l'époque, et ainsi améliorer leur santé et bien-être, c'est aussi pour glorifier le travail. Godin, dans *Solutions sociales* écrit ainsi : « Ce n'est donc pas le logement à bon marché qu'il faut créer car le logement à bon marché est le plus onéreux pour l'homme ; ce qu'il faut édifier, c'est le logement de la véritable économie domestique, c'est l'atelier du bien-être et du bonheur humain, c'est le Palais Social enfin qu'il faut ériger au Travail »³³. Le Familistère est également appelé le Versailles des ouvriers.

Le Familistère comporte 330 logements pour 1750 habitants en 1885, dans le pavillon central du Palais social, qui représente à la fin de sa construction 75 mois de chantier, 10 millions de briques, 577 mètres de façade, 900 fenêtres et 1 300 portes. Il y a également une nourricerie, un

31 GODIN Jean-Baptiste cité par LIONS-PATACCHINI Christian, *Jean-Baptiste André Godin et le familistère de Guise : éthique et pratique*, Presses universitaires d'Aix-Marseille, Aix-en-Provence, Collection du Centre d'Éthique Économique, 2012, p. 29.

32 GODIN Jean-Baptiste, *Solutions sociales*, A. Le Chevalier : Guillaumin et Cie, Paris, Hors collection, 1871.

33 GODIN Jean-Baptiste cité par LIONS-PATACCHINI Christian, *Jean-Baptiste André Godin et le familistère de Guise...*, op. cit., p. 47.

pouponnat et un bambinat ; des écoles, une bibliothèque, un théâtre et un kiosque à musique ; une buanderie, un lavoir, des bains, une piscine (chauffée) et un jardin d'agrément collectif. L'ensemble du Familistère est construit selon des principes hygiénistes.

Tout d'abord, Godin insiste sur trois éléments : l'air, l'eau et la lumière. « Ces trois dimensions coagulées sont, selon lui, les conditions d'hygiène de la santé. Elles sont le soubassement nécessaire qui, en retour, vont permettre aux habitants du Familistère de s'élever triplement : intellectuellement, socialement, moralement »³⁴.

L'architecture du familistère permet une aération des bâtiments, mais également des logements. Les caves ont un système de ventilation : l'air pénètre la cour intérieure (recouverte d'un toit de verre), par des grilles sur le sol. Les logements sur quatre étages sont reliés par des coursives ouvertes sur la cour (et non des couloirs fermés), avec des barrières construites de manière à ce qu'un enfant ne puisse tomber. De même, les marches des escaliers sont calculées pour qu'un enfant ou un vieillard puisse sans difficultés les monter ou les descendre. Les logements, constitués d'un vestibule et de deux pièces, sont traversants : une pièce donne sur la cour intérieure, l'autre sur l'extérieure. Les fenêtres disposées pour s'opposer permettent ainsi une aération complète du logement. Par ailleurs, chaque pièce dispose d'un conduit de ventilation.

L'eau est présente au niveau des paliers, à tous les étages. Par ailleurs, le Familistère dispose de salles de bain avec de l'eau chaude. Godin écrit : « Si l'air pur joue un grand rôle sur la condition matérielle de l'homme, l'eau lui est tout aussi utile et son emploi contribue puissamment au bien-être et à la santé... Ni la mère ni l'enfant ne sont plus obligés d'aller chercher l'eau au puits de la rue pour la monter au logement, avec grande fatigue, comme cela se fait dans l'habitation individuelle. L'eau est élevée des profondeurs du sol à tous les étages du Familistère où l'habitant la trouve, fraîche et pure, au moment de ses besoins »³⁵.

Enfin, la lumière est nécessaire tant pour l'amélioration de l'hygiène que pour l'élévation morale de l'ouvrier. Pour Godin : « dans le Palais social, la lumière doit pénétrer partout avec abondance : pas de cabinet noir, pas d'endroit obscur, la clarté et l'espace sont les premières conditions de la propreté et de l'hygiène ». Les fenêtres des appartements sont les plus grandes possibles, avec néanmoins une contrainte imposée par Godin, celle de l'égalité : il faut que la lumière dans les logements soit la même pour tous, si bien que les étages supérieurs ont des fenêtres plus petites que les étages inférieurs. La recherche de l'égalité se trouve également dans l'identité des appartements. A ce propos, Godin écrit : « Au Familistère, tous les appartements du même étage ont la même hauteur, les mêmes croisées ; les appartements des niveaux supérieurs ont des hauteurs sous plafond et

³⁴ LIONS-PATACCHINI Christian, *Jean-Baptiste André Godin et le familistère de Guise...*, op. cit, p. 48-49.

³⁵ GODIN Jean-Baptiste cité par LIONS-PATACCHINI Christian, *Jean-Baptiste André Godin et le familistère de Guise...*, op. cit., p. 49.

des croisées moindres à ceux des étages inférieurs de façon à ce que tous les appartements aient la même abondante lumière. Le Palais social ne peut mettre de parcimonie à distribuer les dons gratuits que la nature fait à l'homme, et la lumière est au nombre de ces dons »³⁶.

A cela, il faut ajouter un système de trappes, ancêtres du vide-à-ordure, présent à chaque étage, conduit les ordures au sous-sol où elles sont vidées chaque jour, un chauffage assuré par les poêles fabriquées à l'usine, et un éclairage au gaz. Ainsi, l'architecture même du bâtiment applique certains principes hygiéniques, ce qui permet aux ouvriers de Godin de bénéficier de logements très différents de ceux dans lesquels vivaient la plupart des ouvriers, et plus généralement, de la population de l'époque. Cela répond à Godin, qui écrit que « le progrès social des masses est subordonné au progrès de l'architecture »³⁷.

Au-delà de l'architecture, d'autres éléments participent à l'amélioration de la condition des ouvriers, notamment sur le point de vue de l'hygiène. En effet, Godin veut « entourer ce logement de toutes les ressources et de tous les avantages dont l'habitation du riche est pourvue »³⁸, notamment pour que le mode de vie de ses ouvriers soit plus hygiénique, plus sain (ce qui permet en retour qu'ils soient plus productifs), et effectivement, les ouvriers de Godin sont en meilleure santé en comparaison à la moyenne française. Godin parle des « équivalents de la richesse » pour évoquer ce qui entoure le logement de l'ouvrier et lui permettre une meilleure condition, à savoir l'instruction, la culture, l'hygiène et la beauté. Il ne sera évoqué ici que ce qui a trait de près ou de loin à des pré-occupations hygiéniques.

La piscine (qui, il faut le rappeler, est chauffée) présente un fond mobile en bois, qui permet d'adapter la profondeur de l'eau, selon les nageurs. Ce mécanisme est utilisé notamment pour apprendre aux enfants à nager, pour prévenir les noyades dans la rivière de l'Oise, qui traverse la ville (et le domaine du Familistère). La buanderie et le lavoir permettent d'interdire aux habitants de laver et faire sécher leur linge dans les logements eux-mêmes, pour des principes d'hygiène toujours. De manière générale, la présence de bains améliore l'hygiène des ouvriers.

Le théâtre est un lieu de loisir, où les élèves et compagnies se produisent, mais également un lieu d'éducation morale et d'instruction. Godin y tient des conférences sur l'hygiène notamment, mais également la question sociale ou l'association. Pour encourager l'instruction, la bibliothèque, qui contient 6 000 volumes, est à la disposition de tous. Pour les enfants des ouvriers, Godin met en place une scolarité, après la nourricerie, le pouponnat et le bambinat, dans la petite école (6 à 8 ans), la seconde école (8 à 10 ans), la première école (10 à 13 ans), puis les cours supérieurs pour les

36 GODIN Jean-Baptiste cité par LIONS-PATACCHINI Christian, *Jean-Baptiste André Godin et le familistère de Guise...*, op. cit., p. 50

37 GODIN Jean-Baptiste cité par LIONS-PATACCHINI Christian, *Jean-Baptiste André Godin et le familistère de Guise...*, op. cit., p. 51.

38 *Ibid.*

meilleurs. Les autres entrent en apprentissage puis dans la vie active (souvent dans l'usine de Godin). Godin met un point d'honneur à encourager l'éducation, considérant qu'elle est le seul moyen de vaincre la pauvreté. Avant même le Familistère, il donne des cours aux ouvriers de son usine qui le veulent. La gratuité de la scolarité est absolue, avec néanmoins un système d'amendes en cas d'absences injustifiées. Son école se fonde sur les principes de mixité et de laïcité. La pédagogie est active. L'apprentissage se fait par l'expérience et le jeu, plutôt que la théorie abstraite pure. Les peines physiques sont interdites. En somme, Godin met en place un système d'éducation extrêmement moderne pour son temps.

Enfin, Godin veut enlever à ses ouvriers l'inquiétude financière liée aux imprévus de l'existence, pour une « généralisation du bien-être ». D'une part, les logements du Familistère sont à un loyer relativement bas, ce qui est d'autant plus impressionnant, au regard du confort qu'ils offrent. En ce sens, Godin est considéré comme l'un des pères des HLM (habitations à loyer modéré), puisqu'il crée des habitations collectives, pour une population modeste. D'autre part, Godin met en place une espèce de système d'assurance maladie entre les ouvriers du Familistère, pour les ouvriers invalides ou malades. Les orphelins d'ouvriers sont adoptés par le Familistère, et des pensions de veuvage sont distribuées, et ce, sans le critère de l'union civile : une concubine peut recevoir la pension, au même titre qu'une épouse. Ainsi, le Familistère possède une certaine fibre féministe, assez remarquable à l'époque : l'école est mixte, et le conseil du Familistère, créé en 1861, comporte 12 hommes et 12 femmes élus par habitant. Godin s'appuie sur sa seconde épouse, Marie Moret et applique sur certains aspects, l'égalité entre l'homme et la femme, et écrit : « La vérité, c'est que la femme est destinée à jouir de droits égaux à ceux de l'homme, et que la vie sociale serait incomplète, imparfaite, tant que la femme ne sera pas, comme l'homme, affranchie de corps et de volonté par les institutions »³⁹.

En 1880, Godin fonde l'Association Coopérative du Capital et du Travail, Société du Familistère de Guise, qui permet aux habitants du Familistère de prendre part aux responsabilités dans le Familistère. L'association comporte différents statuts : auxiliaires, participants, sociétaires et associés. Cela permet une continuité à la mort de Godin, où l'association est dans les mains des associés, avec un conseil de gérance, présidé par l'administrateur-gérant. Le Familistère en a connu six : Godin lui-même, puis Marie Moret (sa seconde épouse), François Dequenne (ancien ouvrier), Louis Victor Colin (ingénieur), René Rabaux (enfant du Familistère, ingénieur) et Raymond Anstell. L'aventure du Familistère se poursuit donc après Godin, péniblement sur les dernières années, jusqu'en 1968, où l'usine est rachetée par le Creuset tandis que l'association change de statut pour de-

39 GODIN Jean-Baptiste cité par LIONS-PATACCHINI Christian, *Jean-Baptiste André Godin et le familistère de Guise...*, *op. cit.*, p. 81-82.

venir une société anonyme : les associés deviennent actionnaires. Les appartements sont vendus individuellement, et rachetés pour la plupart par les anciens associés.

Le Familistère dont l'état est dégradé déjà, se détériore, jusque dans les années 1990, où il est reconnu monument historique et bénéficie de projets de valorisation culturelle, ce qui permet dans les années 2000-2010 une ouverture au public du Familistère.

Certains adressent certaines critiques à Godin et son Familistère. Tout d'abord la démarche de Godin, qui consiste à prendre en charge la vie entière de ses ouvriers, relève sans conteste du paternalisme, qui contrôle une personne, sous prétexte de la protéger – comme un père le ferait pour son enfant. En l'occurrence, Godin entre dans le paternalisme industriel, en se comportant comme un père avec ses ouvriers. Cette position empêche le libre-arbitre des ouvriers et renforce la position du patron de l'usine.

Les marxistes considèrent que la manière d'améliorer les conditions de vie des ouvriers, sans pour autant toucher à leurs conditions d'exploitation, permet à Godin d'amollir leur volonté (et ainsi empêcher la révolte des exploités). En effet, le paternalisme industriel est apparu dans la crainte des révoltes ouvrières – comme celles de 1848 qui ont renversé la Monarchie de Juillet. Le paternalisme industriel veut améliorer les conditions de vie des ouvriers, non de manière désintéressée et purement philanthropique, mais de manière calculée, pour autant apaiser les tensions sociales que fidéliser la main d'œuvre. Effectivement, si Godin est socialiste, il est également contre la lutte des classes, et cherche une paix sociale.

Par ailleurs, pour les libéraux, Godin impose ce qu'il considère comme bon à ses ouvriers, puisqu'il ne les considère pas comme des adultes à part entière : leurs aspirations sont balayées si elles ne rentrent pas dans le schéma du patron. Le fait d'imposer sa vision est contraire aux principes du libéralisme, qui s'appuie sur le libre-arbitre des individus.

De plus, le Familistère présente certaines caractéristiques totalitaires. Par exemple, le fait que les appartements aient tous une fenêtre sur la cour intérieure permet également une surveillance de ce qui s'y fait. En ce sens, l'architecture égalitarienne du Familistère – avec un calcul rigoureux de la lumière, de l'espace, de l'air dans chaque logement pour arriver à une égalité absolue – s'approche de l'architecture soviétique, où justement, le contrôle social est mis en place par l'habitat collectif.

Au-delà de ces critiques, il faut reconnaître le caractère novateur de Godin, présent dans le Familistère, qui a permis à ses ouvriers de bénéficier de conditions (notamment hygiéniques) exceptionnelles pour l'époque : eau courante, chauffage, éclairage au gaz, etc. Ainsi, Godin, homme de

pensée et d'action, socialiste utopique et capitaliste, a construit un habitat collectif selon les préceptes de Fourier, en prenant en considérant des préoccupations hygiénistes.

Que ce soit France-ville dans le roman de Jules Verne, ou le Familistère de Jean-Baptiste Godin, les deux témoignent d'un caractère utopique, de rêve à construire une autre société, plus saine, *via* l'architecture, l'éducation, la culture, et même un système politique (ou organisationnel pour le Familistère) plus démocratique. Les deux projets veulent s'appuyer sur les connaissances scientifiques, considérant que c'est par elles que vient le progrès.

III. Le développement de l'hygiénisme

À partir de 1870, l'hygiénisme connaît un regain d'intérêt et se développe, en réponse à la guerre franco-prussienne, et à l'instauration de la III^e République.

En France, ce sont notamment les travaux de Pasteur qui permettent à l'hygiénisme de développer des recommandations fiables, en se fondant notamment sur la microbiologie et la bactériologie. Jusqu'alors, les hygiénistes s'appuient sur la théorie miasmatique, qui incrimine le milieu plutôt que le contact des malades avec les proches. Le médecin Émile Vallin (1833-1924) écrit en 1893 : « Pasteur a donné une base scientifique à l'hygiène, qu'on pourrait appeler prophylaxie en action. Jusqu'à lui, l'hygiène consistait en recommandations sinon banales, au moins d'une nécessité discutable. [...] Mais comment nier le danger de la contagion, la nécessité de l'isolement et de la désinfection quand on cultive le microbe, qu'on l'isole, qu'on l'inocule et qu'on reproduit à volonté la maladie dont on meurt ? »⁴⁰. En Allemagne, ce sont les découvertes du médecin Robert Koch (1843-1910) sur le bacille de Koch – à l'origine de la tuberculose – mais également sur la fièvre typhoïde ou le choléra qui donnent une voix à l'hygiénisme. Il écrit en 1888 : « Les maladies militaires et spécialement les épidémies militaires ne sont jamais produites par la saleté, par la viciation de l'air provenant de l'entassement des hommes, par la faim, la pauvreté, les privations, ni par la somme de tous ces facteurs. Leurs germes spécifiques, seuls, peuvent les produire »⁴¹. La bactériologie amène donc de nouvelles pratiques : antisepsie et asepsie à l'hôpital, pasteurisation des aliments, vaccination obligatoire.

40 VALLIN Émile, cité par MURARD Lion, ZYLBERMAN Patrick, *L'hygiène dans la République...*, *op. cit.*, p. 94.

41 KOCH Robert, cité par VIGARELLO Georges, *Histoire des pratiques de santé : le sain et le malsain depuis le Moyen Age*, Éditions du Seuil, Paris, Points. Histoire, 1999, p. 253.

Dans le même temps, Durkheim (1858-1917) commence à développer la discipline qu'il nomme sociologie, qui étudie non pas l'individu, mais les faits sociaux, comportements que les individus adoptent. Ces faits sociaux proviennent de la société elle-même, qui l'impose à eux. Il est intéressant de noter qu'avant Durkheim, certains hygiénistes ont fait office de précurseurs de la sociologie. Ainsi Villermé et Parent-Duchâtelet dans la première moitié du XIXe siècle étudient des catégories sociales précises (les ouvriers et les prostituées), au regard de leurs conditions de vie. Leurs travaux permettent de dénoncer le paupérisme lié à l'industrialisation, et d'appeler à une intervention de l'État (que ce soit pour le bien-être des ouvriers, ou par crainte d'un soulèvement populaire). Ainsi, Villermé dénonce davantage les bas salaires des ouvriers que l'insalubrité des ateliers. Leur méthode lie la statistique et l'observation de terrain, des questionnaires et des interrogatoires, et les résultats de leurs travaux attribue la sur-mortalité et sur-morbidité des groupes étudiés à leur situation sociale (travail, logement, malnutrition, etc.).

Dans ce sens, l'hygiénisme s'appuie sur la sociologie, de la même manière qu'elle se sert de la bactériologie ou de la médecine par exemple. Inversement, les découvertes des hygiénistes dans d'autres domaines permettent le développement de la sociologie.

Pendant la première moitié du XIXe siècle, les hygiénistes sont libéraux et ne remettent pas en question l'ordre social, en cherchant des facteurs morbides dans la sphère personnelle : les ouvriers sont davantage touchés par la maladie et la misère, mais ils en sont responsables. La révolution de 1848 correspond à un tournant dans cette pensée : la pensée des Lumières perd de sa crédibilité face à la misère ouvrière. Les hygiénistes ne croient plus que l'industrie apporte le progrès mais la dégénérescence ; elle est responsable de la formation des quartiers ouvriers insalubres. Toutefois, la dégénérescence trouve encore ses racines dans des causes morales. L'alcoolisme est vu comme un vice et non encore une maladie à proprement parler, mais un vice qui se transmet de génération en génération. Ainsi, Émile Zola (1840-1902) dans la fresque romanesque des *Rougon-Macquart*, cherche à prouver que les vices se transmettent dans une famille. L'historien Vigarello écrit à ce propos : « Gervaise, l'héroïne de *L'Assommoir* morte dans la misère et l'ivrognerie en 1869, a été conçue dans l'ivresse par Antoine Macquart en 1828. Ses quatre enfants sont tous victimes de névrose ou de folie : la pendaïson du peintre Claude Lantier, la fureur meurtrière du mécanicien Etienne Lantier, suggèrent le chaînon supplémentaire d'une dégradation s'achevant avec la mort de Jacques-Louis Lantier [le fils de Claude], en 1869, emporté à l'âge de neuf ans par son hydrocéphalie »⁴². L'autre vice visé est la prostitution car elle transmet les maladies vénériennes, notamment la syphilis. Petit à petit, les hygiénistes changent de regard sur la situation ouvrière. Le médecin Henry Napias (1842-1901), fondateur en 1877 de la Société de médecine publique et d'hygiène profession-

42 VIGARELLO Georges, *Histoire des pratiques de santé...*, op. cit., p. 220.

nelle, membre de l'Académie de médecine, et directeur de l'Assistance Publique de Paris, cite Montesquieu à ce propos : « Qu'est-ce que la misère sinon une maladie continuelle ? »⁴³.

Ainsi, peu à peu, l'hygiénisme, du moins l'une de ses branches, prend en charge la question sociale : c'est l'hygiène sociale, qui intéresse notamment les sociologues. Les travaux de Durkheim sont traversés par les questions hygiénistes. Dans les *Règles de la méthode sociologique*, il écrit : « Pour la société comme pour les individus, la santé est bonne et désirable, la maladie, au contraire est la chose mauvaise qui doit être évitée. Si donc nous trouvons un critère objectif, inhérent aux faits eux-mêmes, qui nous permette de distinguer scientifiquement la santé de la maladie dans les divers ordres de phénomènes sociaux, la science sera en état d'éclairer la pratique, tout en restant fidèle à sa propre méthode »⁴⁴. Il s'agit pour lui de se donner un critère objectif qui soit une norme de santé, puis une méthodologie, faite d'observations, pour aider la prise de décisions politique. La sociologie n'est pas une science spéculative ; elle appelle une action pratique.

Les hygiénistes, héritiers des Lumières, considèrent que l'action du politique doit être éclairé par la science (que ce soit la bactériologie ou la sociologie...). Aussi le manifeste des *Annales d'hygiène publique et de médecine légale* de 1829 appelle-t-il l'action des hygiénistes à organiser la société : « La médecine n'a pas seulement pour objet d'étudier et de guérir les maladies, elle a des rapports intimes avec l'organisation sociale ; quelquefois elle aide le législateur dans la confection des lois, souvent elle éclaire le magistrat dans leur application, et toujours elle veille avec l'administration au maintien de la santé publique. [...] Cette partie de nos connaissances constitue l'hygiène publique et la médecine légale »⁴⁵. L'hygiène publique définie par le manifeste correspond à la discipline contemporaine de la santé publique. En revanche, la médecine légale est invoquée notamment pour ses liens étroits avec la médecine entendue au sens large. Elle s'intéresse à l'état de santé des individus, ce qui permet de procéder à des regroupements d'individus, touchés par exemple par la même pathologie, permettant de mettre en lumière des points communs dans le milieu de plusieurs individus, qui une fois analysés, peuvent expliquer pourquoi ils sont touchés, c'est-à-dire donner la cause (directe ou indirecte) de la maladie. Ainsi le manifeste *Annales d'hygiène publique et de médecine légale* de 1829 stipule que : « Le développement du fœtus, son âge, sa viabilité ; [...] les maladies réelles [...] ; l'aliénation mentale et les actions qui en dérivent ; les empoisonnements ; la mort et ses signes ; [...] sont autant de sujets sur lesquels le médecin peut être consulté ; et de ses conclusions dépendent, suivant les circonstances, la fortune, la liberté, la vie et l'hon-

43 MURARD Lion, ZYLBERMAN Patrick, *L'hygiène dans la République...*, op. cit., p. 55.

44 DURKHEIM Emile, cité par MURARD Lion, ZYLBERMAN Patrick, *L'hygiène dans la République...*, op. cit., p. 72.

45 Prospectus, *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, op. cit.

neur des citoyens »⁴⁶. La médecine légale donne ainsi un état de santé précis des individus, qui, ramené au niveau collectif, permet de dégager des problèmes de santé publique, pris en charge par l'hygiène publique.

Les hygiénistes croient en l'intervention de l'État dans le domaine de la santé publique par la loi, qui doit s'appuyer sur la médecine, et de manière générale sur la science. Ainsi l'hygiéniste Juillerat écrit : « Les lois, les règlements sanitaires, ne seront plus que la formule de vérités évidentes, des théorèmes dont la démonstration sera faite et bien faite. Nul, ne pouvant les taxer d'arbitraires, ne pourra songer à s'y soustraire et la protection de la santé publique ne sera plus une utopie mais une triomphante réalité »⁴⁷.

La grande loi des hygiénistes est celle du 15 février 1902, relative à la protection de la santé publique⁴⁸, votée après 20 ans de débats parlementaires difficiles. Elle donne des pouvoirs en matière sanitaire au maire, qui doit déterminer un règlement sanitaire, portant sur les mesures pour prévenir la transmission des maladies (désinfection, destruction des objets contaminés...) et garantir la salubrité des logements, de l'eau et l'évacuation des matières usées. Le préfet dispose également de pouvoirs notamment en cas d'épidémie. La loi met en place une liste des maladies à déclaration et à désinfection obligatoire, dont la fièvre typhoïde, le typhus, la variole, le choléra. Notons que la tuberculose est une maladie à déclaration facultative. Elle impose la vaccination et la revaccination antivariolique. Lorsqu'une commune pendant trois ans consécutifs a un taux de mortalité supérieur à la moyenne nationale, le préfet doit charger le conseil départemental d'hygiène d'enquêter. Si l'enquête révèle des défauts en matière sanitaire, le préfet, conseillé par le conseil départemental d'hygiène, ordonne les travaux d'assainissement. Enfin, les sources utilisées pour l'approvisionnement en eau des communes doivent entrer dans un périmètre de protection pour lutter contre la pollution de l'eau. Dans les agglomérations, les constructions d'habitation sont soumises à l'autorisation du maire, qui juge en fonction de conditions de salubrité. Lorsqu'un immeuble est dangereux pour la santé des habitants, le préfet doit donner son avis sur les travaux à mener, et l'interdiction d'habitation tant que l'immeuble est insalubre.

Ainsi, la loi, bien moins ambitieuse que les hygiénistes l'auraient souhaité, intervient dans divers domaines : la lutte contre les maladies infectieuses (avec notamment la vaccination), l'urbanisme, l'approvisionnement en eau, l'évacuation des matières usées... Mais l'hygiénisme peut également s'intéresser à l'hygiène du travail (loi Joubert du 19 mai 1874⁴⁹ qui interdit le travail des

46 Prospectus, *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, op. cit.

47 JULLERAT Paul, cité par MURARD Lion, ZYLBERMAN Patrick, « Recherches sur le mouvement hygiéniste en France (1875-1939) » [Rapport de recherche], Ministère de l'équipement, du logement, de l'aménagement du territoire et des transports; École d'architecture de Paris-Villemin. 1986, p. 24.

48 Loi du 15 février 1902 relative à la protection de la santé publique, *J.O.* 19 février 1902.

49 Loi du 19 mai 1874 relative au travail des enfants et des filles mineures dans l'industrie, *J.O.* du 10 juin 1874.

enfants de moins de 12 ans, loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail⁵⁰, qui impose réparation par l'employeur au salarié victime d'un accident du travail...), les professionnels de santé (avec la création du métier d'infirmières, autrefois religieuses), l'éducation (notamment grâce à l'école républicaine)...

50 Loi du 9 avril 1898 concernant les responsabilités dans les accidents du travail, *J.O.* du 10 avril 1898.

Chapitre II : Les résistances

*« Un maire qui ne veut pas, un préfet qui n'ose pas,
un hygiéniste qui ne peut pas »
Formule d'un hygiéniste du XIXe siècle*

Après avoir vu les ambitions des hygiénistes, il s'agira de comprendre pourquoi celles-ci se sont peu ou pas réalisées. Les hygiénistes ont connu des difficultés à mettre en pratique leurs idées, alors même que parfois la loi leur donnait des outils. Si la France, sur le plan théorique, a été précurseur en matière d'hygiénisme, partageant par la suite les mêmes données scientifiques que ses voisins, elle a accumulé sur le plan pratique un énorme retard. L'historien Ramsay⁵¹ parle à ce propos de paradoxe : « Une comparaison européenne montre que la France, qui possède l'antériorité en termes de travaux et de notoriété scientifique, marque en revanche le pas dès qu'il s'agit de légiférer et d'appliquer les dispositions retenues »⁵². Il s'agira ici d'étudier les difficultés rencontrées par les hygiénistes, d'abord en observant les difficultés du point de vue de l'organisation administrative de la santé publique (I), puis en étudiant les résistances de la population en matière d'opinions sur les nouvelles préoccupations de l'hygiénisme (II). Enfin, un bref panorama des actions mises en place dans des pays voisins, comme l'Allemagne et l'Angleterre permettra de mesurer le retard pris par la France en matière de santé publique (III).

I. Le défaut de l'organisation administrative

Les compétences en matière d'hygiène publique appartiennent pendant longtemps aux autorités locales (le maire, le préfet et le département). Ainsi, dès la Révolution, la loi est modifiée pour donner des compétences relatives à l'hygiène publique aux maires. En 1790⁵³, les maires gagnent un pouvoir en matière de salubrité publique. En 1802 est créé le Conseil de salubrité de la ville de Paris, qui s'appuie sur le modèle plus ancien des conseils municipaux de santé, qui existaient no-

51 RAMSAY Matthew, « Public Health in France », in PORTER Dorothy, *The history of public health...*, *op. cit.*, p. 45.

52 Ibid.

53 Loi des 16-24 août 1790 sur l'organisation judiciaire, *J.O.* du 24 août 1790.

tamment dans les villes portuaires exposées aux épidémies provenant des bateaux, comme Marseille. Le Conseil est permanent, avec des hygiénistes nommés, entièrement dévoués aux problèmes de santé publique récurrents (et non ponctuels, contrairement aux anciens conseils municipaux de santé, qui se réunissaient uniquement lors d'épidémies). Ces problèmes concernent les nouvelles industries polluantes, les charlatans (c'est-à-dire les faux médecins et les vendeurs de faux traitements), les déchets, les eaux usées, la qualité de la nourriture, etc. Le modèle de ce conseil se déploie progressivement dans les grandes villes, avant d'être généralisé par le décret du 18 décembre 1848⁵⁴ avec le dispositif des conseils d'arrondissement et de département d'hygiène publique et de salubrité. Toutefois, le Conseil de salubrité de la ville de Paris ne joue pas le rôle national que certains lui auraient souhaité. Dans le même temps est créé le Comité Consultatif de l'Hygiène Publique (CCHP), placé sous l'égide du ministère du commerce et de l'agriculture. Il s'agit pour lui de coordonner le réseau des conseils d'arrondissement et de département, qui se développe très lentement : en 1861, seulement un quart des départements ont un conseil actif. En 1880, la proportion atteint les trois quarts. Par ailleurs, même lorsqu'ils existent, les conseils n'ont un pouvoir que très limité. Tout d'abord, il s'agit d'organes *consultatifs*, sans pouvoir réglementaire ou décisionnel. Dans la pratique, les conseils d'arrondissement se sont très peu réunis, et les conseils des départements n'ont eu comme pouvoir que celui des autorisations pour les industries. En 1885, 25 conseils de départements n'ont voté aucuns crédits pour le fonctionnement des comités⁵⁵.

La France met du temps à s'armer d'institutions nationales de santé publique. En 1820, lors de l'épidémie de fièvre jaune, l'Académie royale de médecine est créée. Il s'agit de remplacer l'ancienne société royale de médecine supprimée par la Révolution. Dans les faits, ce sont les mêmes agents des institutions de l'Ancien Régime qui forment une élite médicale institutionnalisée. L'Académie doit promouvoir la recherche, conseiller le gouvernement sur tous les sujets médicaux, et gérer les questions de santé publique, c'est-à-dire les épidémies, les charlatans, les eaux, ainsi que la campagne de vaccination. En 1820 est créée également, toujours en réponse à la fièvre jaune, la commission centrale sanitaire, pour mettre en place les cordons sanitaires, les quarantaines et les lazarets pour contenir la maladie. Deux ans plus tard, une loi crée un Haut conseil de la santé⁵⁶, cette fois permanent, placé sous l'autorité du ministre de l'intérieur, chargé de protéger le pays des épidémies venues de l'extérieur. Pour l'aider, des commissions subordonnées dans le territoire sont chargées de mettre en place un réseau, qui ne s'est pas totalement concrétisé. Ce Haut conseil ne fait que reprendre le modèle traditionnel de police médicale, sans être lié au mouvement de l'hygiénisme. Il

54 Décret du 18 décembre 1848 relatif à l'organisation des conseils d'hygiène et de salubrité.

55 RENNEVILLE MARC, in BOURDELAIS Patrice (dir), *Les hygiénistes...*, op. cit., p. 88.

56 Loi du 3 mars 1822 relative à la police sanitaire, J.O. du 20 août 1944.

a ainsi joué un rôle marginal dans le développement de l'hygiène publique, en se concentrant exclusivement sur le système de protection sanitaire de frontières françaises.

Hormis cela, l'État n'intervient pas, et ce en accord avec l'héritage libéral, qui considère que l'État n'a pas à intervenir dans les domaines sociaux et économiques. Les droits reconnus des citoyens, compris notamment dans la Charte de 1814⁵⁷ (sous la Restauration) ne comprennent pas celui de la santé, que l'État aurait le devoir de protéger. En 1814, le droit le plus important est celui de la propriété, qui, en théorie pouvait être restreint pour protéger autrui ou servir un intérêt public, mais qui, dans la pratique était peu violé. La pratique est celle du laissez-faire. Sous la Monarchie de Juillet, ce laissez-faire se poursuit, notamment pour protéger les activités économiques (considérant que ce régime s'appuie sur la bourgeoisie). Plus tard, sous la IIIe République, les hygiénistes connaissent les mêmes difficultés face au respect du droit de la propriété et à la culture libérale du laissez-faire.

Dès les années 1880, les hygiénistes de la IIIe République demandent un réel ministère de la santé, avec un corps de fonctionnaires spécialisés dans la santé publique, et un réel conseil national de santé publique pour remplacer le Comité Consultatif de l'Hygiène Publique (CCHP). Ainsi, le secrétaire adjoint de la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle (SMPHP) André-Justin Martin demande « qu'à l'exemple de la plupart des pays étrangers, l'administration sanitaire civile soit confiée en France à une direction administrative autonome, compétente et responsable, aussi bien auprès du pouvoir central que dans les départements et les grandes villes »⁵⁸. Toutefois, leurs tentatives ont échoué : le CCHP reste, il n'y a pas de création d'un corps d'inspecteurs de santé publique. La réponse aux aspirations des hygiénistes est qu'il faut mieux utiliser les lois et les institutions déjà existantes. Le compromis final est de créer un appareil de santé publique au sein du ministère de l'intérieur. Jusqu'alors, seul le ministère du commerce et de l'agriculture possède des compétences similaires. Or, dans ce dernier, les préoccupations sanitaires sont de second rang face aux intérêts économiques. Par exemple, les quarantaines des personnes ou des biens arrivés par bateaux sont perçues comme une entrave aux intérêts mercantiles car elles interrompent le libre-échange. Ainsi, la création d'un bureau au sein du ministère de l'intérieur est l'un des rares signes que les intérêts économiques perdent peu à peu leur suprématie face à l'intérêt de la santé publique.

Cependant, il ne s'agit pas d'un ministère indépendant. Il n'existe pas d'administration étatique qui permette une harmonisation et une diffusion sur l'ensemble du territoire des pratiques hygiénistes comme c'est le cas en Allemagne dès la fin des années 1880 avec le bureau national de

57 Charte constitutionnelle du 4 juin 1814.

58 MARTIN André-Justin cité par RENNEVILLE Marc in BOURDELAIS Patrice (dir), *Les hygiénistes...*, op. cit, p. 85-86.

santé publique. Par ailleurs, l'Allemagne met en place une assurance sociale nationale. Le premier ministère de l'hygiène est créé en France en 1920. Seulement, la santé publique dans les universités de médecine est une discipline peu attrayante, qui peine à sus vocations. Par conséquent, le ministère connaît dès sa création une pénurie de personnel, ce qui l'empêche de bien fonctionner. Par ailleurs, l'idée d'un ministère national est critiquée par certains, sous prétexte que les problèmes sanitaires sont en grande partie de nature locale. Il serait donc plus judicieux de renforcer les pouvoirs des autorités locales, pour avoir une politique de santé publique qui s'adapte aux spécificités des territoires et des populations. Toutefois, on pourrait répondre que les autorités locales, en l'occurrence le maire, le sous-préfet et le préfet, ne disposaient pas de moyens suffisants pour mener une véritable politique de santé publique.

Par exemple, la charte municipale de 1884⁵⁹, qui est considérée comme une loi précurseur en matière de décentralisation, donne des pouvoirs en matière de salubrité publique aux maires, et, lorsqu'il y a défaut, aux préfets. Mais dans les faits, maires et préfets sont impuissants. Ainsi, un arrêt de la cour de Cassation du 27 juin 1879 considère que : « Si le maire peut, dans un intérêt de salubrité *publique*, enjoindre aux propriétaires d'exécuter des travaux d'assainissement, il ne peut pas prescrire un *moyen exclusivement obligatoire* de faire disparaître les causes d'insalubrité »⁶⁰. Un autre arrêt de la cour de Cassation du 15 juillet 1885 considère que le maire, même pour des raisons de salubrité publique, ne peut pas violer le droit de propriété⁶¹. Généralement, les maires sont souvent jugés pour excès de pouvoir, par exemple dans l'arrêt de la cour de Cassation du 28 juillet 1893⁶². Le médecin et pasteurien convaincu Émile Vallin, dans la *Revue d'hygiène* commente ainsi la situation : « On dirait que les juridictions chargées de faire respecter la loi et les décisions des maires n'ont eu à cœur qu'une chose, empêcher en toutes circonstances les maires de porter atteinte au droit de propriété. Le maire a en principe tout pouvoir pour faire cesser ou prévenir les épidémies. [...] Il a le droit d'ordonner l'assainissement et la désinfection d'une maison ravagée par la variole ; mais s'il a le malheur de prescrire le badigeonnage à la chaux des murs intérieurs, il porte atteinte au droit de propriété, et le jugement est cassé [...] parce que le propriétaire doit être laissé absolument libre de choisir tout autre moyen qu'il lui plaît d'assainir ou de désinfecter »⁶³.

Par de-là les jugements de la cour de Cassation, les maires sont également limités, considérant que les mesures visant à la salubrité publique sont généralement impopulaires. Ainsi, la loi rela-

59 Loi du 5 avril 1884 sur l'organisation municipale, *J.O.* du 6 avril 1884.

60 Arrêt de la cour de Cassation du 27 juin 1879, cité par MURARD Lion, ZYLBERMAN Patrick, *L'hygiène dans la République...*, *op. cit.*, p. 142.

61 Arrêt de la cour de Cassation du 15 juillet 1885, cité par MURARD Lion, ZYLBERMAN Patrick, *L'hygiène dans la République...*, *op. cit.*, p. 142.

62 Arrêt de la cour de Cassation du 28 juillet 1893, cité par MURARD Lion, ZYLBERMAN Patrick, *L'hygiène dans la République...*, *op. cit.*, p. 142.

63 VALLIN Emile, cité par MURARD Lion, ZYLBERMAN Patrick, *L'hygiène dans la République...*, *op. cit.*, p. 142-143.

tive aux habitations à bon marché dite Siegfried de 1894⁶⁴ crée notamment des comités au niveau des départements des habitations à bon marché, qui ont pour mission d'encourager la construction de maisons salubres à bon marché. La loi demande également un règlement d'administration dans les communes pour déterminer les mesures propres à assurer l'application des dispositions de la loi, concernant l'organisation et le fonctionnement du comité à bon marché. Ce règlement doit être créé et appliqué par le maire pour sa municipalité. Mais les hygiénistes oublient que le maire dépend de ses électeurs, qu'il ne peut contrarier. Dans la pratique, les municipalités ont donc un règlement, mais qui n'est pas appliqué, pour que premièrement l'administration soit satisfaite, car sur le papier, un règlement d'hygiène communale existe, deuxièmement la population soit contente car on ne la contrarie pas et troisièmement le maire ne craigne pas de ne pas être réélu. Par ailleurs, la loi conduit à créer plus ou moins 36 000 règlements (un par commune), qui, même s'ils étaient appliqués, conduiraient à une hétérogénéité sur le territoire.

Ainsi, la santé publique est prise en charge au niveau local, beaucoup moins national, de sorte qu'elle dépend de la bonne volonté et des ressources des autorités locales. En l'occurrence, peu sont enclines à se mettre la population à dos, à consacrer des crédits à ce domaine, et à coopérer entre elles pour plus de cohérence (et ce, même lorsque la loi les y oblige). Le médecin Jules Rochard écrit en 1887 que ce manque d'action tient « à l'indifférence de l'administration et à l'ignorance des administrés. Les conseils départementaux ne montreraient pas cette insouciance, s'ils étaient convaincus de l'importance de l'hygiène, s'ils se savaient responsables de la santé de leurs électeurs »⁶⁵. Les préoccupations hygiénistes sont donc perçues négativement par les autorités, car elles pourraient les placer dans une position délicate avec les citoyens.

Enfin, sous la III^e République, la forme politique du régime empêche de prendre des mesures de manière rapide et efficace. En effet, cette République est caractérisée par une lenteur des décisions, du fait des affrontements dans l'Assemblée Nationale, ainsi que de la pression de certains groupes. De plus, l'instabilité des gouvernements conduit à des ruptures répétées dans les discussions et les politiques. Les institutions politiques sont dans une situation de ralentissement voire de paralysie, qui empêche les hygiénistes de mettre en œuvre leur programme.

II. La méfiance dans l'opinion

Les hygiénistes modifient le rapport à la maladie, et ce faisant, soulèvent des craintes dans la population, qui dès lors, est réticente à écouter leurs prescriptions. Tout d'abord, la bactériologie

⁶⁴ Loi relative aux « habitations à bon marché » du 30 novembre 1894, *J.O.* du 1^{er} décembre 1894.

⁶⁵ ROCHARD Jules cité par RENNEVILLE Marc in BOURDELAIS Patrice (dir), *Les hygiénistes...*, *op. cit.*, p. 88.

connaît des résistances, car elle appelle à concevoir la maladie comme invisible, ce qui est en rupture avec la médecine clinique, qui travaille à partir de symptômes perceptibles. La bactériologie parce qu'elle considère la maladie comme invisible, provoque de la peur. D'une part, il n'est plus possible de percevoir les lieux contagieux : « On n'abandonne pas de gaieté de cœur des théories qui satisfont pleinement l'intuition. En dénonçant le péril dans les salissures, le miasmatisme le mettait à portée immédiate de la perception »⁶⁶, d'autre part, il faut considérer que les gens qui n'ont pas de signes cliniques de la maladie sont peut-être infectés : « Les gens bien portants sont des malades qui s'ignorent »⁶⁷. Ainsi, la bactériologie amène à considérer la maladie comme un phénomène touchant l'ensemble de la société, de manière invisible. Par ailleurs, lorsque les médecins prouvent le caractère contagieux de certaines maladies, diphtérie, fièvre puerpérale, choléra et fièvre typhoïde notamment, ils décident de ne pas le révéler, de peur d'alarmer la population. L'opinion publique considère alors que si on n'en parle pas, la maladie n'est pas là. Or toutes les considérations hygiénistes font, en ce sens, peur, car ils dévoilent toute l'insalubrité de la ville, des logements, des ateliers, etc. La peur se tourne vers les hygiénistes plutôt que la maladie qu'ils dénoncent.

En ce sens, la théorie miasmatique qui précède la bactériologie est bien plus rassurante en ce qu'elle considère que les lieux et les personnes atteintes des maladies sont facilement identifiables. Or le fait que la bactériologie dépasse la théorie miasmatique installe également un doute dans la science, puisqu'elle a montré qu'elle peut se tromper. Les hygiénistes peinent à convaincre du fondement scientifique de leur préceptes, car ceux-ci remettent en question ce qui auparavant avait également un fondement scientifique. Les historiens Murard et Zylberman commentent à ce propos : « Aussi triste qu'il y paraisse, le savoir ne supprime en rien le préjugé, *homo credulus* ne fléchit pas sous les coups redoublés d'*homo sapiens*. [...] Toutes les considérations des médecins n'atteignent qu'à persuader de la faillibilité de la science, si mêmes elles ne décuplent les tourments d'une population que leur parfaite impuissance laisse dans une parfaite dérélition face à la maladie. Conséquence indirecte, l'inquiétude vit aux dépens du doute qu'à son tour elle nourrit... »⁶⁸.

Par ailleurs, les hygiénistes préconisent des actions, rejetées par une partie de la population. Seront développés ici l'exemple de la déclaration obligatoire des maladies infectieuses ainsi que la vaccination obligatoire.

L'idée de déclarer les maladies infectieuses est primordiale pour les hygiénistes en ce qu'elle permet de connaître combien de personnes sont touchées, et donc s'il y a épidémie ou non dans tel

66 MURARD Lion, ZYLBERMAN Patrick, *L'hygiène dans la République...*, op. cit., p. 426.

67 KOCK Robert, cité par MURARD Lion, ZYLBERMAN Patrick, *L'hygiène dans la République...*, op. cit., p. 431.

68 MURARD Lion, ZYLBERMAN Patrick, *L'hygiène dans la République...*, op. cit., p. 434.

ou tel territoire. Mais la déclaration obligatoire des maladies infectieuses s'oppose au secret médical, qui protège le patient. Les médecins eux-mêmes choisissent de ne pas révéler le caractère contagieux de la maladie, par exemple lorsque le patient est un commerçant, car ils savent que cela lui ferait perdre sa clientèle. De même, lorsqu'on déclare une maladie infectieuse dans un logement, le logement est désinfecté, mais ce faisant, la famille est expulsée, si bien qu'on renonce à cette pratique. La désinfection fait peur, plus que la maladie elle-même car elle expulse les familles. De manière similaire, lorsqu'une usine est déclarée insalubre parce qu'elle ne respecte pas les règles (concernant le travail des enfants notamment), la conséquence directe est qu'elle renvoie les enfants, pour ne plus avoir d'inspections. Or, à l'époque, les enfants ont besoin de travailler. (Notons que ces déclarations se font auprès du comité des arts et des manufactures, et non du comité consultatif d'hygiène, ce qui n'est pas forcément le plus cohérent). Ainsi, la déclaration que demandent les hygiénistes dérange les médecins et la population générale, car elle entraîne des mesures qui font peur (perte de logement, perte de travail ou de clientèle, etc.), plus que la maladie elle-même. L'hygiéniste Napias parle ainsi de lois vicieuses, en ce qu'elles créent des situations où la non-déclaration est préférable.

La déclaration obligatoire de certaines maladies contagieuses doit attendre la loi de santé publique de 1902⁶⁹. Néanmoins, la loi est faite de manière à ne pas mettre les médecins dans une situation délicate, en ce qu'elle crée deux listes : la première à déclaration obligatoire, la seconde à déclaration suggérée. Or la tuberculose, qui tue alors plus de français que toutes les autres maladies infectieuses accumulées, appartient à la seconde liste. De même pour les maladies vénériennes. La dangerosité de la maladie est moins prise en compte que le caractère privé de la maladie. Par ailleurs, dans l'administration, les déclarations des cas contagieux ne sont pas ouvertes, ce qui annule la possibilité d'un suivi. La déclaration obligatoire est un processus qui tourne à vide. A ce propos, l'Académie de médecine en 1912 déclare que : « L'organisation de l'hygiène en France n'est qu'une vaste façade derrière laquelle il n'y a rien »⁷⁰.

La vaccination, possible depuis le vaccin de Jenner contre la variole – la première vaccination d'un jeune garçon date de 1796 – suscite également des résistances. Le procédé fait peur en ce qu'il consiste à communiquer une maladie certaine, en vue d'empêcher une maladie incertaine. Dès lors, l'obligation vaccination est rejetée par la population, car elle viole le droit de disposer de son corps librement, en le mettant en contact avec un mal, et ce, pour un intérêt discutable (dans la perspective où la population doute à présent de la science). Ainsi l'intellectuel Benjamin Constant écrit :

69 Loi du 15 février 1902 relative à la protection de la santé publique, *J.O.* 19 février 1902.

70 Académie de médecine, citée par MURARD Lion, ZYLBERMAN Patrick, *L'hygiène dans la République...*, *op. cit.*, p. 18.

« C'est violer un droit certain et incontestable pour prévenir un mal incertain et présumé »⁷¹. La question est d'autant plus délicate que les principaux intéressés par la vaccination sont les enfants. L'opinion publique est par conséquent moins encline à mettre en danger par le vaccin des êtres sans défense, considérés comme fragiles. Le vaccin est ainsi accusé de « communiquer de gaieté de cœur à des enfants une maladie certaine et affreuse dans la vue de prévenir un mal incertain ». Par ailleurs, l'obligation vaccinale pour les enfants mettrait à mal la position du *pater familias*, qui a autorité sur ses enfants depuis le code napoléonien. Ainsi l'obligation à la vaccination s'articule mal avec des droits déjà établis.

Un mouvement aux antipodes de l'hygiénisme (appelé parfois anti-hygiénisme), d'antivaccinalisme ou de vaccinophobie se forme, avec par exemple la ligue internationale des anti-vaccinateurs formée en 1880 par Hubert Boëns qui possède le journal *Le réveil médical*, ou encore la ligue nationale pour la liberté des vaccinations qui considère que « le caractère obligatoire des vaccinations [serait] une atteinte à l'intégrité physique et morale de l'individu et à la liberté des consciences... Le corps humain est la propriété sacrée de l'individu »⁷².

Ainsi, malgré la demande des hygiénistes, l'administration sanitaire est pendant longtemps une administration vide, qui fonctionne sur des démarches peu suivies et complètes. Les lois sont, lorsqu'elles existent, mal écrites, ce qui conduit à leur non application. L'intervention de l'État n'est que virtuelle. L'opinion quant à elle est méfiante des idées avancées par le mouvement, car elles suscitent crainte et embarras.

III. Comparaison avec des pays voisins

Les hygiénistes français ont conscience du retard que la France accumule par rapport à ses voisins. Ainsi, Jules Rochard déclare en 1887 : « Au point de vue théorique, en un mot, l'hygiène a fait son œuvre ; mais elle n'a pas été au-delà, et en ce qui a trait à la pratique, nous sommes en retard sur la plupart des nations civilisées que nous avons cependant précédées sur le terrain scientifique. Pendant que nous nommons des commissions, que nous instituons des conférences, que nous discutons à perte de vue, elles nous laissent nous agiter dans le vide, et profitant de nos débats, sans en subir les ennuis, elles passent à l'application des mesures dont nous avons démontré l'utilité »⁷³.

71 CONSTANT Benjamin, cité par MURARD Lion, ZYLBERMAN Patrick, *L'hygiène dans la République...*, op. cit., p. 434.

72 Ligue nationale pour la liberté des vaccinations, citée par RAMSAY Matthew in BOURDELAIS Patrice (dir), *Les hygiénistes...*, op. cit, p. 330-331.

73 ROCHARD Jules cité par RENNEVILLE Marc in BOURDELAIS Patrice (dir), *Les hygiénistes...*, op. cit, p. 88-89.

Par exemple, la vaccination obligatoire est votée en Angleterre dès 1853. L'Allemagne l'instaure en 1874. La France attendra 1902, avec la loi de santé publique⁷⁴, qui est très en retard comparés à ses voisins, qui ont adopté des lois similaires dans les années 1870-1880 : Pays-Bas 1872, Suède 1874, Grande-Bretagne 1875, Autriche-Hongrie 1876, Serbie 1881, Italie 1888.

L'Angleterre à partir du milieu du XIXe siècle met en place des mesures d'hygiène publique. A partir du rapport de l'avocat Edwin Chadwick de 1842⁷⁵, qui dénonce la propagation des maladies infectieuses dans la classe ouvrière, certaines grandes villes mettent en place des règlements sanitaires. Ainsi, Liverpool met en place en 1847 le premier *Medical officer of health*. En 1848 est voté le *Public Health Act* qui met en place un *General Board of Health*, avec à sa tête Chadwick. Des bureaux locaux sont créés pour les égouts, l'approvisionnement en eau et l'évacuation des déchets. La loi généralise le corps des *medical officers*, qui ont, par exemple, le pouvoir, lorsqu'une commune présente un taux de mortalité anormalement élevé, d'exiger des autorités locales de mettre en place des mesures, ou, à défaut, de lever des impôts pour le faire eux-mêmes. En 1875 le *Great Public Health Act*, mené par John Simon aidé par des médecins inspecteurs, couvre tous les domaines de l'hygiène (égouts, épidémies, inspection des infirmeries, nettoyage et pavage des routes, etc.).

L'Allemagne quant à elle possède un corps de médecins fonctionnaires, les *Physici*, salariés par les communes, dans les villes comme dans les campagnes. À partir de 1835 qui correspond à une flambée épidémique du choléra, toutes les villes de plus de 5 000 habitants doivent avoir une commission sanitaire permanente, avec des *Physici*. Les autorités locales ont la charge d'exécuter des mesures de contrôle, d'isolement et de désinfection en cas d'épidémie.

Ainsi, malgré les connaissances et les ambitions des hygiénistes, la France accumule les difficultés à mettre en place un véritable programme d'hygiène publique. L'historien Bourdelais parle d'un « fossé chronologique qui a séparé le plus souvent le discours volontariste médical de la mise en œuvre de mesures concrètes à l'échelle nationale mais aussi municipale »⁷⁶. Toutefois, les hygiénistes auront eu le mérite de participer à la constitution de l'hygiène publique comme véritable discipline scientifique – même si elle a tardé à posséder son propre ministère.

⁷⁴ Loi du 15 février 1902 relative à la protection de la santé publique, *J.O.* 19 février 1902.

⁷⁵ CHADWICK Edwin, « *Report on the Sanitary Condition of the Labouring Population of Great Britain* », 1842.

⁷⁶ BOURDELAIS Patrice (dir), *Les hygiénistes...*, *op. cit.*, p. 6.

Chapitre III : L'héritage hygiéniste

*« L'hygiène n'est pas seulement l'art de se bien porter
et de mourir vieux. Elle a des visées plus hautes,
rien de ce qui touche au bonheur des hommes ne lui est étranger »
Jules Rochard*

Même si les hygiénistes n'ont pas pu réaliser leur projet, ils ont permis l'émergence d'une discipline à part entière : l'hygiène publique, devenue la santé publique. Cette discipline s'inscrit dans leur héritage, puisque son objectif est de préserver et d'améliorer la santé de la population, et en se donnant les moyens, grâce notamment à l'intervention de l'État. Il s'agira ici de définir la santé publique (I), d'étudier la lecture foucauldienne de celle-ci à travers la notion de bio-politique (II), et enfin d'analyser différentes politiques de santé publique, à travers le bilan de la stratégie nationale de santé de 2018-2022, ce qui permettra d'une part d'embrasser une vue d'ensemble sur les champs d'action de celle-ci, d'autre part de voir la mise en pratique d'actions opérationnelles (III).

I. Définition de la santé publique

La santé publique, au contraire de l'hygiénisme qui est un courant de pensée, est une discipline, née à partir de l'hygiénisme. Elle pourrait être vue comme son application pratique, pour améliorer la santé. Si son objectif est clairement défini, la santé publique est très large, et, du fait de ses relations avec d'autres disciplines, elle connaît des difficultés à être bien définie.

Dans un premier temps, son objet est la santé, définie, par l'Organisation Mondiale de la Santé, comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »⁷⁷. Toutefois, cette santé est appréhendée au niveau de la population. En cela, la médecine clinique et la santé publique sont deux disciplines différentes : la première s'intéresse aux individus, dans une approche principalement curative, en met-

⁷⁷ Organisation mondiale de la Santé, *Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé*, adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946 ; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États. 1946 (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n° 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948, p. 1.

tant en place des moyens thérapeutiques, dans une logique singulière, par pathologie ; la seconde s'intéresse à la population, dans une approche préventive, en mettant en place des moyens s'appliquant au groupe.

L'une des toutes premières définitions de la santé publique, par Charles-Edward Winslow, parue dans la revue *Science* en 1920, considère que : « *La santé publique est la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et de promouvoir la santé et l'efficacité physiques à travers les efforts coordonnés de la communauté pour l'assainissement de l'environnement, le contrôle des infections dans la population, l'éducation de l'individu aux principes de l'hygiène personnelle, l'organisation des services médicaux et infirmiers pour le diagnostic précoce et le traitement préventif des pathologies, le développement des dispositifs sociaux qui assureront à chacun un niveau de vie adéquat pour le maintien de la santé, l'objet final étant de permettre à chaque individu de jouir de son droit inné à la santé et à la longévité* »⁷⁸. Cette première définition permet de dégager son objectif – prévenir la maladie, prolonger la vie et promouvoir la santé – et de souligner sa multidisciplinarité en ce qu'elle s'intéresse à un grand nombre de phénomènes, pris en charge de manière collective.

L'OMS définit la santé publique en 1988 comme « un concept social et politique qui vise une amélioration de la santé, une plus grande longévité et d'un accroissement de la qualité de la vie de toutes les populations par le biais de la promotion de la santé, de la prévention des maladies ainsi que par d'autres interventions afférentes à la santé »⁷⁹, et en 1999 comme une discipline qui « consiste à voir comment l'ensemble des ressources d'un pays peut être amené à contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population. Cela consiste donc à s'intéresser à tous les déterminants de santé, en cernant leur impact et en examinant toutes les stratégies possibles pour obtenir les meilleurs résultats en matière de santé »⁸⁰. Enfin, le Haut Conseil de Santé publique (HCSP) la définit comme « un domaine d'action dont l'objet est l'amélioration de la santé de la population. Elle est un ensemble de savoirs et de savoir-faire qui se situent entre l'administration de la santé et l'exercice de la profession médicale. Sa finalité est aussi la connaissance par la recherche »⁸¹.

Ainsi, la santé publique est à la fois un objectif politique – la préservation et l'amélioration de la santé de la population –, une politique publique – qui comprend les mesures mises en place en vue de la réalisation de cet objectif –, et une démarche scientifique – qui est marquée par l'interdisciplinarité⁸². La santé publique n'est donc pas une discipline purement scientifique. Elle comprend

⁷⁸ WINSLOW Charles-Edouard, cité par FASSIN Didier, *Faire de la santé publique*, op. cit., p. 9-10.

⁷⁹ Organisation Mondiale de la santé, citée par MORELLE Aquilino, TABUTEAU Didier, *La santé publique*, Presses universitaires de France, Paris, Que sais-je ?, 2017 (3e édition), p. 5.

⁸⁰ Organisation Mondiale de la santé, citée par RAIMONDEAU Jacques, *L'épreuve de santé publique*, Presses de l'EHESP, Rennes, Fondamentaux, 2021 (4e édition), p. 27.

⁸¹ Haut Comité de la Santé Publique, cité par RAIMONDEAU Jacques, *L'épreuve de santé publique*, op. cit., p. 28.

⁸² *Ibid*, p. 5-6.

également une dimension politico-administrative, qui correspond à la prise en charge par l'État de la santé publique.

Concrètement, la santé publique a aujourd'hui en charge différents domaines : l'épidémiologie et la surveillance de l'état de santé de la population, les vigilances, la promotion de la santé et la réduction des risques pour la santé, l'éducation pour la santé, la prévention, et la planification.

L'épidémiologie est la discipline historiquement au cœur de la santé publique, en ce qu'elle est, selon l'OMS, « l'étude de la distribution et des déterminants des états ou des événements de santé dans des populations déterminées, et [l']application de cette étude à la lutte contre les problèmes de santé »⁸³. L'épidémiologie se décline en différents types (descriptive, analytique, évaluative), et utilise différentes méthodes. Parmi les sources de données épidémiologiques, on trouve notamment les données démographiques, prises en charge par l'institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) pour le recensement de la population, l'état civil (par les actes de naissances et de décès). Les données de mortalité sont prises en charge par l'institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) auquel sont envoyées les causes médicales des décès, tandis que l'état civil ne reçoit que les données administratives. Enfin, les données de morbidité comprennent par exemple les données de l'assurance maladie, diverses enquêtes de l'INSEE ou de la direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques (DRESS). Par ailleurs, certaines maladies sont à déclaration obligatoire ; leur suivi est donc très précis. Cette liste comprend notamment, le chikungunya, le choléra, la fièvre jaune, la tuberculose, l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et le saturnisme chez les enfants. Le signalement est fait par le médecin, auprès de l'Agence régionale de santé, ce qui permet d'avoir un nombre plutôt précis du nombre de personnes atteintes de ces maladies en France.

La santé publique prend également en charge la vigilance, c'est-à-dire la surveillance des activités diagnostiques et thérapeutiques, pour identifier le plus tôt possible tout effet indésirable, et mettre en place des mesures correctrices. La vigilance comprend généralement six domaines : l'infectiovigilance (qui concerne entre autres la lutte contre les maladies nosocomiales ainsi que l'antibiorésistance), l'hémovigilance (qui concerne les produits sanguins, pris en charge par l'Établissement français du Sang), la pharmacovigilance (qui concerne les médicaments, et par exemple un retrait du marché d'un médicament qui provoquerait un effet indésirable grave), la matériovigilance (qui concerne les prothèses et les dispositifs médicaux), la biovigilance (qui concerne les greffes, les tissus et les cellules), et enfin la réactovigilance (qui concerne les réactifs de diagnostic biologique).

⁸³ Organisation Mondiale de la santé, Division de la Promotion, de l'éducation et de la communication, *Glossaire de la promotion de la santé*, 1998, p. 8.

Par ailleurs, l'épidémiologie met en lumière des rapports de probabilité voire de causalité entre d'une part une situation ou un comportement et d'autre part un effet (positif ou négatif) sur la santé. Ces situations ou comportements sont appelés déterminants de santé, définis par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme : « les facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent l'état de santé des individus ou des populations »⁸⁴. La promotion de la santé a pour objectif de changer les comportements des individus pour limiter les déterminants néfastes, et au contraire développer les déterminants positifs. A titre d'exemple, la consommation de tabac a un effet néfaste sur la santé. En effet, elle conduit au développement de maladies cardio-vasculaires et à des cancers bronchopulmonaires, etc... La promotion de la santé consiste ici d'une part à sensibiliser les individus à la nocivité du tabac pour qu'ils modifient leur comportement, d'autre part à les aider à modifier leur comportement par des règles. La loi du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme, dite loi Evin⁸⁵ a par exemple restreint les lieux où l'on peut fumer, interdit toute publicité en faveur du tabac et obligé les paquets de cigarettes à mentionner que fumer nuit gravement à la santé et augmenté considérablement le prix du tabac, dans le but de dissuader les consommateurs de fumer.

La prévention comprend d'une part l'approche active, d'autre part l'approche passive. Dans le premier cas, la population prend activement part à l'acte de prévention, par exemple, dans le cas de la vaccination. Dans le second cas, c'est l'environnement de la population qui est modifié, sans que la population agisse sur celui-ci, par exemple, dans le cas des normes environnementales ou agroalimentaires. Par ailleurs, la prévention est classifiée par l'OMS en trois catégories. Elle comprend la prévention primaire, qui veut réduire les nouveaux cas de maladies, avec, par exemple, la vaccination, le changement des comportements à risque (liés au tabagisme, à l'alcool, à la sexualité et à l'équilibre alimentaire...), la destruction des vecteurs de maladies (comme le moustique tigre qui porte le chikungunya, le paludisme ou la dengue), ou encore la réduction de pollution de l'environnement.

La prévention secondaire cherche à réduire la prévalence des maladies, c'est-à-dire le nombre de personnes atteintes d'une même maladie à un moment donné (comprenant les anciens cas et les nouveaux). Il s'agit donc de réduire la durée et la gravité de la maladie. Ce niveau de prévention est principalement celui du dépistage, qui permet de poser un diagnostic à un stade précoce de la maladie. En France, en matière de cancers, trois dépistages sont organisés de manière systématique, pour le cancer colorectal, le cancer du sein, et le cancer du col de l'utérus. Pour ce dernier, toutes les femmes de 25 à 65 ans sont invitées tous les trois ans par l'assurance maladie à effectuer

84 Organisation mondiale de la Santé, Division de la Promotion, de l'éducation et de la communication pour la santé, *Glossaire de la promotion de la santé*, Genève, 1988, p. 7.

85 Loi n°91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme, *J.O.* du 12 janvier 1991.

un frottis de dépistage, qui est totalement pris en charge par l'assurance maladie, sans avance de frais.

Enfin, la prévention tertiaire vise à réduire les complications ou rechutes de maladie. Elle peut s'exprimer par la surveillance de la glycémie et du régime alimentaire d'une personne diabétique. Depuis quelques années, la prévention quaternaire apparaît, pour réduire la surmédicalisation et la surconsommation de soins inutiles, voire dangereux. Cela concerne l'utilisation excessive des antibiotiques qui conduit à l'antibiorésistance, autrement dit à la capacité d'une bactérie à résister aux antibiotiques.

La santé publique comprend également un volet éducatif qui intervient une fois la pathologie découverte : l'éducation thérapeutique du patient. Selon l'OMS « vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique »⁸⁶. Elle s'adresse ainsi aux patients atteints de maladies chroniques, comme l'asthme ou une maladie cardiovasculaire. Son objectif est d'aider les patients ainsi que leur famille à mieux comprendre la maladie et son traitement, à collaborer dans leur propre prise en charge, et à maintenir et améliorer leur qualité de vie. Il s'agit de faire du patient un acteur de sa prise en charge, en lui donnant les connaissances et compétences dont il a besoin pour vivre au mieux avec sa maladie au quotidien. Ce peut être par exemple, l'apprentissage de gestes techniques, comme l'injection d'insuline pour les patients diabétiques.

L'enjeu principal de l'éducation thérapeutique se trouve dans l'amélioration de la prise en charge du patient. Ce dernier peut s'exprimer sur son vécu de la maladie, parfois avec d'autres malades, ce qui permet un partage d'expérience instructif et un soutien psychologique. Par ailleurs, les ateliers donnent des connaissances sur la maladie en elle-même, mais aussi sur les comportements à adopter. Pour des malades cardiovasculaires, il s'agit de valoriser les activités physiques, une alimentation équilibrée (avec une réduction de la charcuterie), un arrêt du tabagisme, etc. Avec les connaissances acquises, le patient est plus sûr de lui et modifie son mode de vie, pour mieux vivre avec sa maladie. Parce que les patients se prennent mieux en charge avec les connaissances et compétences acquises lors des ateliers, on constate une amélioration de leur santé (biologique et clinique), et plus généralement, une amélioration de la qualité de leur vie. Par exemple, les personnes asthmatiques vont avoir moins d'épisodes d'asthme nocturne. On observe une réduction du nombre d'hospitalisations et de séjours aux urgences pour les personnes bénéficiant de l'éducation thérapeutique.

⁸⁶ Organisation Mondiale de la santé, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, *Therapeutic Patient Education – Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the field of Chronic Disease*, Copenhagen, 1996, p. 1.

Le dernier volet de la santé publique concerne l'organisation du système de santé. Il s'agit d'assurer une offre de soins adaptée aux territoires hétérogènes selon la richesse, la démographie, l'âge, etc., de la population. Il faut donc, après avoir délimité un territoire et posé le diagnostic des besoins de sa population, coordonner les différents acteurs de santé pour répondre à ces besoins, en recherchant notamment la complémentarité et la spécialisation des activités, et la suppression des doublons, avec le rapprochement des établissements de santé (notamment publics). Des outils de coopération entre hôpitaux publics ont ainsi émergé dans le droit hospitalier depuis les années 1970. Plus récemment, la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi HPST⁸⁷, a créé les communautés hospitalières de territoire (CHT), qui regroupent les hôpitaux autour d'un socle en termes de plateau technique et de compétences médicales (l'offre de soins), modelé par un projet commun d'activité, qui définit les complémentarités et spécialisations d'activité, pour une offre de soins cohérente. Par ailleurs, la CHT permet de mutualiser des fonctions entre établissements (gestion des ressources humaines, politique de formation continue, système d'information, logistique...). La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016⁸⁸ a créé les groupements hospitaliers de territoire (GHT), premier outil de coopération à caractère obligatoire, ce qui constitue un changement fort de logique : les établissements ne peuvent plus exercer leurs missions de manière isolée sur le territoire, et de manière subsidiaire coopérer par le biais des CHT (qui n'étaient que facultatifs, et de ce fait, ont été remplacés par le GHT). Les GHT ont une triple exigence : garantir des soins de proximité, mutualiser les fonctions médico-techniques, et graduer l'offre de soins pour garantir l'égalité à l'accès aux soins.

Concernant les acteurs libéraux du système de santé, il existe également des règles pour certaines activités libérales, pour permettre une uniformité de l'offre sur le territoire. Ainsi, les pharmacies sont soumises pour leur installation à un *numerus clausus*, c'est-à-dire qu'une nouvelle pharmacie ne peut pas s'installer dans une commune de moins de 2500 habitants possédant déjà une pharmacie. Pour les communes plus grandes, l'installation d'une nouvelle pharmacie est autorisée tous les 4500 habitants supplémentaires. Ce *numerus clausus* permet de ne pas avoir des zones sur-dotées en pharmacies par rapport au besoin de la population et de limiter, au contraire, les zones sous-dotées. A noter que ce *numerus clausus* d'installation – ou zonage – s'applique à d'autres professions libérales (sous des modalités différentes, mais pour le même objectif) : à savoir les kinésithérapeutes, les sages-femmes, les infirmiers, etc. Une profession à conserver la liberté totale d'installation est la médecine libérale, ce qui suscite des débats, autour des déserts médicaux, qui ne

87 Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, *J.O.* 22 juillet 2009.

88 Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, *J.O.* 27 janvier 2016.

cessent de croître en France : 7,4 millions de personnes, soit 11,1 % de la population, vivent avec un accès limité à un médecin généraliste⁸⁹.

II. La santé publique et la bio-politique

La santé publique n'est donc pas une discipline purement scientifique. Elle comprend également une dimension politico-administrative, qui correspond à la prise en charge par l'État de la santé publique, d'abord par la prise en compte d'une problématique de santé publique puis la mise en place de mesures pour répondre à cette problématique.

Parce qu'elle est en partie assumée par le politique, la santé publique entre dans la notion foucauldienne du bio-pouvoir (étymologiquement le pouvoir sur la vie). Foucault considère que le bio-pouvoir s'est historiquement développé au milieu du XVIIIe siècle, lorsque « les gouvernements s'aperçoivent qu'ils n'ont pas affaire simplement à des sujets, ni même à un “ peuple ”, mais à une “ population ”, avec ses phénomènes spécifiques, et ses variables propres : natalité, morbidité, durée de vie, fécondité, état de santé, fréquence des maladies, forme d'alimentation et d'habitat »⁹⁰. L'objectif du bio-pouvoir rejoint celui des hygiénistes, à savoir, l'amélioration de la santé, avec une action antérieure à la maladie.

Il s'opère alors un glissement entre un « droit de faire mourir ou de laisser vivre »⁹¹ à un « pouvoir de faire vivre ou de rejeter dans la mort »⁹² : le pouvoir ne s'exprime plus à travers la mort qu'auparavant il demandait et mettait en scène (notamment au travers des exécutions publiques), mais dans la prise en charge de la population, dont il faut améliorer les caractéristiques de vie. Autrement dit, le souverain, pour asseoir son pouvoir, ne doit plus l'exercer en tuant les individus, mais au contraire en les administrant de sorte qu'ils vivent le plus possible. Le pouvoir « s'exerce positivement sur la vie, qui entreprend de la gérer, de la majorer, de la multiplier, d'exercer sur elle des contrôles précis et des régulations d'ensemble »⁹³. Les connaissances scientifiques permettent de contrôler la vie des populations, par l'intermédiaire de l'action de l'État. Si l'intérêt d'une population en bonne santé est importante – pour des raisons essentiellement économiques et militaires – les mesures pour la garder en bonne santé permettent également de montrer le pouvoir du souverain. La vie privée des individus devient potentiellement objet de contrôle (alimentation, logement, sexualité,...).

⁸⁹ Observatoire de la mutualité française, « Accès territorial aux soins, les inégalités ne sont pas définitives », octobre 2020.

⁹⁰ FOUCAULT Michel, *Histoire de la sexualité...*, op. cit., p. 36.

⁹¹ *Ibid*, p.181.

⁹² *Ibid*.

⁹³ *Ibid*, p. 180.

La-biopolitique comprend que l'État peut influencer sur la condition biologique de l'homme (entendu en tant qu'espèce) à travers différents mécanismes. Ce glissement correspond dans un autre langage, et par d'autres acteurs à l'apparition du mouvement hygiéniste, qui ne veut plus seulement empêcher la maladie, mais bien améliorer la santé, et par le progrès scientifique veut « investir le corps, la santé, les façons de se nourrir et de se loger, les conditions de vie, l'espace tout entier de l'existence »⁹⁴.

Le bio-pouvoir comprend deux formes : la discipline et la bio-politique. La discipline est centrée sur le corps de l'individu, qu'il faut dresser. En revanche, la bio-politique se concentre sur l'espèce humaine, c'est-à-dire les phénomènes touchant la population, « la prolifération, les naissances et la mortalité, le niveau de santé, la durée de vie, la longévité avec toutes les conditions qui peuvent les faire varier ; leur prise en charge s'opère par toute une série d'inventions et de contrôles régulateurs : une bio-politique de la population »⁹⁵. Le bio-pouvoir, dans ses deux dimensions, signe l'émergence d'un nouveau pouvoir, qui prend de nouvelles formes : « La vieille puissance de la mort où se symbolisait le pouvoir souverain est maintenant recouverte soigneusement par l'administration des corps et la gestion calculatrice de la vie. Développement rapide au cours de l'âge classique des disciplines diverses – écoles, collèges, casernes, ateliers ; apparition aussi, dans le champ des pratiques politiques et des observations économiques, des problèmes de natalité, de longévité, de santé publique, d'habitat, de migration; explosion, donc, de techniques diverses et nombreuses pour obtenir l'assujettissement des corps et le contrôle des populations »⁹⁶. Par le bio-pouvoir, on assiste à l'apparition de normes imposées à l'individu, imposées pour son bien. Ces normes sont teintées de moralité, en considérant la santé bonne, de même que les comportements favorables à celle-ci. « La santé publique est du côté de la morale, du côté de la quête du Bien de la santé, défini de l'extérieur et imposé comme valeur absolue pour tous »⁹⁷. Or le fait d'imposer la santé comme valeur absolue est également un constat de la supériorité du souverain, qui décide comment administrer la vie de ses sujets, et en leur imposant une nouvelle morale, qui punit le malade, en considérant sa maladie comme le résultat d'un mauvais comportement : « Le langage religieux recouvre également une facette très riche de la représentation de la santé. Dans l'imaginaire collectif, en effet, on ne devient pas malade par hasard. La maladie survient le plus souvent comme sanction d'une faute qui exige réparation. La prescription de “ bonnes conduites ” ne s'apparente-t-elle pas en effet à la pénitence censée réparer les effets désastreux de la “ mauvaise conduite ” du pécheur repentant ? »⁹⁸. Par ailleurs, la santé publique – ou le bio-pouvoir – comprend des similitudes avec la guerre

94 *Ibid*, p. 189.

95 *Ibid*, p.183.

96 *Ibid*, p. 184.

97 LECORPS Philippe, PATURET, Jean-Bernard, *Santé publique : du biopouvoir à la démocratie*, Éditions de l'ENSP, Rennes, Hors collection, 2001, p. 111.

98 *Ibid*, p. 37-38.

et le marketing, avec qui « il partage les ambitions de développement de *stratégies*, d'organisation et de mise en œuvre de *campagnes*, qu'elles soient d'information, de communication ou d'action pour atteindre les *objectifs* définis par les états-majors ou les groupes de pilotage »⁹⁹. Une analyse d'une politique de santé publique pourra le confirmer.

III. Exemple de politique de santé publique

La politique de santé publique est définie par la stratégie nationale de santé. Conformément au Code de la santé publique, cette dernière « précise les domaines d'action prioritaires et les objectifs d'amélioration de la santé et de la protection sociale contre toutes les conséquences de la maladie, de l'accident et du handicap »¹⁰⁰ et « comporte des dispositions relatives aux priorités de la politique de santé de l'enfant »¹⁰¹. « Cette stratégie est élaborée au vu d'une analyse des principaux problèmes de la population et des déterminants de son état de santé [...], et des stratégies d'action envisageables »¹⁰². Chaque projet de stratégie nationale de santé est en amont étudiée par le Haut conseil de la santé publique (HCSP) pour qu'il donne son avis. Puis, adoptée pour plusieurs années, la stratégie nationale de santé se décline dans le temps (à travers les différentes lois votées et les plans et programmes de santé publique pendant la période), et dans l'espace (à travers les projets régionaux de santé). Elle coordonne ainsi les différentes actions de santé publique et permet une cohérence et une continuité entre elles : « La stratégie nationale de santé est mise en œuvre par des plans et des programmes opérationnels à portée nationale, définis ou révisés par arrêté du ministre chargé de la santé et, le cas échéant, du ou des autres ministres intéressés, ainsi que par les projets régionaux de santé. Ces plans, programmes et projets constituent le cadre, au niveau national et au niveau régional, de l'action de l'Etat et de ses établissements sur les déterminants de santé et sur l'organisation de la prévention collective, de la sécurité sanitaire et des services de santé, y compris des services médico-sociaux »¹⁰³. Par la suite, les actions sont évaluées annuellement et pluriannuellement, pour « apprécier les résultats sanitaires obtenus et l'impact sanitaire, social et économique [...] et d'en tirer les enseignements nécessaires à l'adaptation des politiques publiques »¹⁰⁴.

La stratégie nationale de santé actuelle a été lancée pour la période 2018-2022. Elle comporte quatre axes principaux, un volet spécifique à la politique de santé de l'enfant, de l'adolescent et du jeune, ainsi que deux volets destinés à la Corse et à l'Outre-mer. Il est possible

⁹⁹ *Ibid.*

¹⁰⁰ Code de la santé publique, art. R.1411-1.

¹⁰¹ *Ibid.*

¹⁰² *Ibid.*

¹⁰³ Code de la santé publique, art. R.1411-2.

¹⁰⁴ Code de la santé publique, art. R.1411-4.

aujourd'hui, en 2022, de mettre en lumière les actions concrètes mises en place durant la période. Toutes les actions ne pourront pas être abordées, mais la diversité de ces dernières pourra être constatée.

Le premier axe consiste à « mettre en place une politique de promotion de la santé, incluant la prévention, dans tous les milieux et tout au long de la vie »¹⁰⁵, pour que la population adopte le plus tôt possible des comportements favorables à la santé et réduise les facteurs de risque qui induisent des coûts sociaux considérables.

Cet axe comprend notamment des actions concernant la promotion de l'alimentation saine. A ce titre, il prévoit de « favoriser le déploiement de l'étiquetage nutritionnel clair et simple sur les produits alimentaires »¹⁰⁶. Cet étiquetage a pris la forme du Nutri-Score, mise en place en 2016 par la loi de modernisation du système de santé¹⁰⁷, sur la base du volontariat : les entreprises peuvent ou non s'engager dans la démarche. Il s'agit « de faciliter le choix du consommateur au regard de l'apport en énergie et en nutriments » en accompagnant « la déclaration nutritionnelle obligatoire » (sous forme d'un tableau, difficilement lisible) « d'une présentation ou d'une expression complémentaire au moyen de graphique ou de symbole ». Le Nutri-Score est un dessin qui note le produit de A à E, dont les lettres correspondent à une couleur (du vert au rouge). En 2019, l'assemblée nationale vote un amendement pour que le Nutri-Score soit obligatoire sur les supports de publicité. Par ailleurs, la Commission européenne doit proposer à la fin de l'année 2022 une loi sur le Nutri-score, qui le rendrait possiblement obligatoire sur tous les produits.

Il est également question de la prévention des pratiques addictives. Un plan national de mobilisation contre les addictions pour la période 2018-2022 a été mis en place, de même que le programme national de lutte contre le tabac pour la période 2018-2022 – le tabac bénéficiant d'un programme spécifique. A titre d'exemple, il promeut le déploiement des lieux de santé sans tabac, c'est-à-dire des établissements sanitaires ou médico-sociaux mettant en œuvre une politique de lutte contre le tabac. Elle consiste notamment à repérer systématiquement les fumeurs parmi les patients, par un questionnaire et l'inscription dans le dossier patient du statut de fumeur, la proposition systématique à un accompagnement au sevrage, de même pour les professionnels de l'établissement fumeurs, et la réorganisation des zones pour fumer, pour qu'elles ne soient plus visibles, l'objectif étant de ne plus avoir à l'entrée du lieu de santé les fumeurs – notamment lorsque ce sont les professionnels de santé.

Il est aussi question de la promotion de la santé sexuelle et de l'éducation à la sexualité, à travers l'objectif d'améliorer le parcours de santé pour la prise en charge des maladies sexuellement

105 Ministère des solidarités et de la santé, *Stratégie nationale de santé, 2018-2022*, décembre 2017, p. 11.

106 *Ibid*, p. 13.

107 Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, *J.O.* du 27 janvier 2016, art. 14.

transmissibles (par une prévention, un dépistage et une prise en charge précoces) et assurer le droit à l'accès à l'interruption volontaire de grossesse. Sur ce point, un décret de 2021¹⁰⁸ prévoit une expérimentation de trois ans autorisant les sages-femmes à pratiquer l'IVG par méthode instrumentale. Elles peuvent depuis 2016 pratiquer l'IVG par voie médicamenteuse¹⁰⁹.

L'axe prévoit également la promotion des conditions de vie et de travail favorables à la santé par des actions visant à réduire les risques liés à l'environnement (pollution atmosphérique, substances nocives, pollutions du sol et de l'eau, substances allergènes, contaminations des aliments, usage de produits toxiques, perturbateurs endocriniens). De plus, il est question de renforcer la protection vaccinale. A ce niveau, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018¹¹⁰ a passé de 3 à 11 vaccins obligatoires pour les enfants. En pratique, cela représente 10 injections pour les enfants, étalées sur 2 ans.

Le deuxième axe a pour objectif de « lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé »¹¹¹. Il s'agit notamment de renforcer l'accès aux droits sociaux, en évitant le renoncement aux soins pour des raisons financières. A titre, la réforme 100% Santé¹¹² permet une meilleure prise en charge par la Sécurité sociale et les complémentaires santé ou les mutuelles des soins jusqu'alors présentant un important reste-à-charge : les prothèses auditives, les lunettes et les prothèses dentaires. Depuis le 1^{er} janvier 2021, le panier 100% Santé ne présentera ainsi plus de reste à charge.

Il s'agit également de garantir l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire, grâce à une meilleure répartition médicale et paramédicale dans les territoires pour limiter les déserts médicaux et paramédicaux. Pour libérer du temps médical et accroître les compétences de certains professionnels paramédicaux, le dispositif des protocoles de coopération a été simplifié en 2019¹¹³. Les protocoles de coopération permettent le transfert d'actes de soins, de diagnostic, ou de prévention, entre un délégant (souvent médecin), et un délégué (souvent infirmier diplômé d'État), qui vient déroger le décret de compétence. Cela permet d'augmenter le nombre de professionnels habilités à réaliser certains gestes, et ainsi réduire les délais d'attente pour les patients, faire évoluer l'exercice professionnel paramédical pour le rendre plus attractif (le délégué perçoit une prime de coopération), et d'optimiser le temps médical pour les prises en charge complexes. Enfin, il s'agit

108 Décret n° 2021-1934 du 30 décembre 2021 relative à l'expérimentation relative à l'exercice des interruptions volontaires de grossesse instrumentales en établissements de santé par sages-femmes, *J.O.* du 31 décembre 2021.

109 Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, *J.O.* du 27 janvier 2016, art. 127.

110 Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018, *J.O.* du 31 décembre 2017, art. 49.

111 Ministère des solidarités et de la santé, *Stratégie nationale de santé, 2018-2022*, décembre 2017, p. 32.

112 Décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires, *J.O.* du 12 janvier 2019.

113 Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, *J.O.* du 26 juillet 2019.

de généraliser le numérique. Sur ce point, la crise de la Covid-19 a permis le développement de la télé-santé, notamment des téléconsultations, remboursées intégralement jusqu'au 21 juillet 2022 – auparavant, la sécurité sociale ne prenait en charge la téléconsultation qu'à 70%, les 30% restants étaient pris en charge soit par la complémentaire santé ou la mutuelle du patient, soit par le patient lui-même.

Le troisième axe de la stratégie nationale de santé vise à « garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge à chaque étape du parcours de santé »¹¹⁴.

Il s'agit notamment d'améliorer la qualité et la sécurité des soins. La réforme des autorisations sanitaires introduite en 2019 souhaite « renforcer la prise en compte des exigences de qualité et de technicité des soins dans les conditions d'autorisation des différentes activités »¹¹⁵. A partir de l'entrée en vigueur de la réforme, la certification par la Haute Autorité de la Santé, qui évalue le niveau de qualité et de sécurité des soins, sera prise en compte dans la délivrance de l'autorisation : les établissements de santé certifiés se verront automatiquement attribuer l'autorisation, sous réserve de correspondre au schéma régional de l'organisation des soins. Par ailleurs, des indicateurs de vigilance, à mettre en place au niveau du système d'information de l'établissement, permettent d'alerter au cas de problème lié à la qualité des soins (un indicateur pourrait par exemple alerter si beaucoup de patients après une chirurgie se font ré-hospitaliser). L'alerte permettrait de mettre en place des mesures correctrices, ou à défaut, de suspendre l'autorisation d'activité concernée : « Lorsque des indicateurs de vigilance en matière de qualité et de sécurité des soins [...] font apparaître un niveau d'alerte à analyser, le maintien ou le renouvellement de l'autorisation peut être subordonné à la participation du demandeur à une concertation avec l'agence régionale de santé compétente, portant sur la mise en place éventuelle de mesures correctrices »¹¹⁶. Ainsi, l'autorisation sanitaire ne concernera plus seulement des exigences structurelles, relatives aux locaux, au plateau technique ou au personnel. Par ailleurs, le financement des établissements a été en partie refondu, pour laisser une plus grande place à la qualité, à travers l'incitation financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ), qui permet de contrebalancer la tarification à l'activité (T2A), avec des indicateurs de qualité, notamment la qualité de prises en charge perçue par les patients, la qualité des prises en charge cliniques, la qualité des pratiques dans la prévention des infections associées aux soins, la qualité de la coordination des prises en charge, la performance de l'organisation des soins, la qualité de vie au travail et la certification par la Haute Autorité de la Santé¹¹⁷.

114 Ministère des solidarités et de la santé, *Stratégie nationale de santé, 2018-2022*, décembre 2017, p. 43.

115 Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, *J.O.* du 26 juillet 2019, art. 36.

116 Code de la santé publique, art. L.6122-5.

117 Code de la santé publique, art. L.R.162-36-1.

Par ailleurs, il s'agit également de transformer l'offre de santé, pour une continuité des parcours, dont l'efficacité passe par une meilleure coordination entre l'hôpital et la médecine de ville. A ce titre, les hôpitaux de proximité créés en 2019¹¹⁸ constituent le premier niveau de soins hospitaliers, et servent de maillon entre la médecine de ville (médecins, infirmiers, kinésithérapeutes) et l'hôpital, puisqu'ils s'inscrivent dans un groupement hospitalier de territoire (GHT) (si publics). Ils peuvent également articuler leur projet de santé avec les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). Par ailleurs, pour désengorger les services d'urgence, le Pacte de refondation des urgences de 2019¹¹⁹ a souhaité développer l'offre de soins non programmés en ville. A ce titre, l'accord conventionnel interprofessionnel signé en 2019 pour les CPTS indique que les « communautés professionnelles souscrivant au [...] présent accord ont vocation à favoriser [...] l'accès à des soins non programmés »¹²⁰. De même, il est prévu de généraliser les maisons médicales de garde à proximité des services d'urgence.

En outre, la stratégie nationale de santé appelle à améliorer la transversalité et la continuité des parcours en santé mentale, pour une meilleure coordination entre les prises en charge psychiatrique et somatique, notamment grâce au projet territorial de santé mentale. De plus, il faut « renforcer la prévention du suicide, notamment le suivi et l'accompagnement des personnes à risque suicidaire, en particulier après une première tentative »¹²¹. A ce titre, le dispositif Vigilans, lancé en 2015 dans les Hauts-de-France, a été généralisé à toutes les régions en 2022. Ce dispositif recense toutes les personnes hospitalisées pour tentative de suicide. Dans les jours suivants sa sortie, Vigilans recontacte la personne pour s'informer de son état. En cas d'absence de réponse, le médecin traitant et le psychiatre sont contactés. Six mois après la sortie, les personnes sont évaluées par téléphone. Si l'état de la personne s'est amélioré, la veille est terminée, sinon, elle est reconduite. Par ailleurs, le patient peut contacter Vigilans à tout moment.

Le quatrième axe soutient l'innovation « pour transformer notre système de santé en réaffirmant la place des usagers »¹²². En effet, le système de santé « doit s'adapter en permanence aux évolutions des connaissances et des technologies, mais aussi aux nouvelles attentes des professionnels de santé et des usagers »¹²³.

En plus de soutenir la recherche et l'innovation médicale, la stratégie nationale de santé cherche à soutenir les organisations innovantes. En ce sens, l'article 51 de la loi de financement de

118 Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, *J.O.* du 26 juillet 2019, art. 35.

119 Ministère des solidarités et de la santé, *Pacte de refondation des urgences*, septembre 2019.

120 Arrêté du 21 août 2019 portant approbation de l'accord conventionnel interprofessionnel en faveur du développement de l'exercice coordonné et du déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé signé le 20 juin 2019, *J.O.* du 24 août 2019.

121 Ministère des solidarités et de la santé, *Stratégie nationale de santé, 2018-2022*, décembre 2017, p. 49

122 *Ibid.*, p. 61.

123 *Ibid.*, p. 62.

la sécurité sociale pour 2018¹²⁴ simplifie la mise en place d'expérimentations de nouvelles organisations de santé. Par ailleurs, le fonds d'innovation organisationnelle en psychiatrie (FIOP), créé en 2019, permet de soutenir le financement de nouvelles organisations en psychiatrie. Le FIOP prend la forme d'un appel à projet. L'établissement porteur propose un dispositif innovant et demande une subvention. Le caractère innovant du dispositif, ainsi que sa reproductibilité en cas de réussite est apprécié par les agences régionales de santé, puis par la direction générale de l'offre des soins (DGOS). Le FIOP a été reconduit en 2020, 2021 et 2022.

La transition numérique en santé doit se poursuivre, notamment pour le dossier du patient informatisé. A ce titre, les établissements de santé doivent réfléchir à une meilleure interopérabilité de leur système informatique pour assurer la continuité du parcours du patient, pris en charge par différents acteurs de santé. De plus, depuis janvier 2022, chaque bénéficiaire de l'assurance maladie possède un espace santé numérique, pouvant accueillir ses données de santé. L'espace santé a remplacé le dossier médical partagé (peu utilisé jusqu'à présent), ainsi qu'une messagerie sécurité permettant les échanges entre le patient et les professionnels de santé. L'espace santé recueille tous les actes remboursés par l'assurance maladie. Par sa systématisation – seuls les Français s'étant opposés à la création d'un compte ne l'ont pas – l'espace santé a pour vocation à harmoniser les données de santé et permettre la continuité des parcours de santé par l'accessibilité aux différents professionnels acteurs de la prise en charge aux données du patient. En outre, de nouvelles applications devraient se rattacher à l'espace, à destination du patient (notamment un agenda pour la prise de rendez-vous, des alertes pour les rappels de vaccins...).

Il est également question de mieux accompagner les aidants. Une stratégie nationale de mobilisation et de soutien « Agir pour les aidants 2020-2022 » cherche à mieux accompagner les aidants, notamment sur la rupture de l'isolement, le soutien aux jeunes aidants, l'accès à de nouveaux droits sociaux, la mise en œuvre de solution de répit et la facilitation des démarches administratives. Par exemple, le congé de proche aidant, mis en place par la loi d'adaptation de la société au vieillissement de 2015¹²⁵ a d'une part été élargi, d'autre part indemnisé depuis 2020 par une allocation versée par la caisse d'allocation familiale ou la caisse de la mutualité sociale agricole.

En conclusion, la stratégie nationale de santé se déploie sur différents domaines de la société, avec des objectifs qui trouvent des actions en réponse. Elle s'articule avec des programmes ou des plans plus spécifiques, et s'étale dans le temps, au fil des réformes. Si le système de santé y occupe une place forte, il n'est pas le seul concerné. Par ailleurs, la stratégie nationale de santé a dû se

124 Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018, *J.O.* du 31 décembre 2017, art. 51.

125 Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, *J.O.* du 29 décembre 2015.

mettre en œuvre malgré la crise sanitaire qui a demandé des actions exceptionnelles – confinement, recherche d'un vaccin, campagne de vaccination...

Partie II :

La santé publique contemporaine

Après avoir étudié l'hygiénisme et la discipline qu'il a fondé, il sera question dans cette partie de la santé publique actuelle. Le chapitre IV présentera le complexe appareil administratif dédié à la discipline, et conduira à se demander si elle amène à un risque d'une santé publique autoritaire, qui impose à la société la santé comme valeur supérieure. Le chapitre V étudiera cette possibilité, et nuancera par l'étude des limites de la santé publique actuelle. Enfin, le chapitre VI cherchera à dépasser ces limites, en s'appuyant sur une caractéristique de l'hygiénisme, la dimension utopique.

Chapitre IV : **L'administration de la santé publique**

*« Il n'y a jamais eu, il ne saurait y avoir
de grande politique sans bonne administration ».
Emile de Girardin.*

Les revendications hygiénistes ont abouti à la création d'un ministère chargé de la santé publique et à la mise en place d'une administration. Il ne s'agira pas ici d'étudier son évolution, mais de voir son organisation actuelle. Elle se présente comme une organisation à deux niveaux – national et régional – constituée d'établissements publics, avec les directions d'administration centrale (I), et diverses agences sanitaires (II). Ensembles, ils sont chargés de mettre en œuvre la politique de santé publique, définie d'abord au niveau national, puis déclinée au niveau régional et local, et prenant en compte les spécificités des territoires (III).

I. Les directions d'administration centrale

Au sein du ministère chargé de la santé existent différentes directions, qui sont soit thématiques (pour correspondre à un domaine d'activité), comme la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), soit fonctionnelles (et transversales), comme la Direction des ressources humaines (DRH). Ces directions sont dirigées par des directeurs nommés en conseil des ministres par le président de la République. Elles comportent des ramifications, divisions, services ou sous-directions, eux-mêmes divisés en bureaux, qui sont l'unité de base de l'administration centrale.

Les DAC ont essentiellement un rôle de pilotage. Elles participent à l'élaboration de normes législatives et réglementaires, à la planification, à l'allocation des ressources, au pilotage de la mise en œuvre des politiques publiques, ainsi qu'à la régulation, à l'évaluation et au contrôle.

Le ministère chargé de la santé comprend : la Direction des affaires juridiques (DAJ), la Direction des finances, des achats et des services (DFAS), la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), la direction générale de la santé (DGS), la Direction du numérique (DNUM), la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), la Direction des ressources humaines (DRH), la Direction de la sécurité sociale (DSS). Il comprend également l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), le Secréta-

riat général des ministères chargés des affaires sociales (SGMAS), la Délégation ministérielle du numérique en santé (DNS), la Délégation à l'informatique et à la communication (DICOM), la Délégation aux affaires européennes et internationales (DAEI) et la division des cabinets (DDC). Ne seront développées ici que les DAC les plus investies dans la santé publique.

A. Le Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (SGMAS)

Le SGMAS est actuellement placé sous l'autorité du ministre chargé du Travail, du Plein emploi, de l'Insertion, du ministre chargé de la Santé et de la Prévention, du ministre chargé des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes handicapées, du ministre chargé des Sports et des jeux olympiques et paralympiques, ainsi que du ministre chargé de l'Égalité entre les femmes et les hommes, de la Diversité et de l'Égalité des chances.

Le SGMAS est organisé en quatre directions et trois délégations que sont : la Direction des affaires juridiques (DAJ), la Direction des finances, des achats et des services (DFAS), la Direction des ressources humaines (DRH), la Direction des systèmes d'information (DSI), ainsi que la Délégation à l'informatique et à la communication (DICOM) pour les champs de la solidarité, de la santé et du travail, la Délégation aux affaires européennes et internationales (DAEI) compétente pour la solidarité, la santé et le travail, la Délégation à la stratégie des systèmes d'information en santé (DSSIS) pour le champ solidarité, ainsi que le bureau de la communication de la jeunesse et des sports (BCOMJS) pour le champ des sports.

Le Secrétariat dirige les fonctions supports et assure une mission de coordination générale de l'organisation du système de santé et de prise en charge médico-sociale en veillant à la cohérence des politiques publiques sanitaires et sociales lors de leur mise en œuvre territoriale, que ce soit au niveau national, régional ou local. Il pilote les dix-sept agences régionales de santé (ARS) et coordonne l'action des services et des établissements de l'État, leurs relations avec l'assurance maladie en matière de politique de santé, d'organisation et de régulation du système de santé et de prise en charge médico-sociale. En plus des champs de la santé et de la solidarité, il couvre également ceux du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle, des sports, de la famille, de l'enfance et des droits de la femme.

B. L'Inspection générale des affaires sociales (IGAS)

Avec l'Inspection générale de l'administration (IGA) et l'Inspection des finances (IGF), l'IGAS est l'une des trois inspections générales interministérielles, spécialisée dans le secteur social. Son champ de compétence comprend la santé, l'action sociale, la politique familiale, l'emploi, le travail, la formation professionnelle, les systèmes de couverture sociale publics ou privés.

Elle assure l'inspection et le contrôle des services et organismes publics ou privés, financés par des cotisations obligatoires, l'évaluation des politiques publiques, notamment sous la forme de rapports qui proposent au gouvernement des recommandations, le contrôle des organismes faisant appel à la générosité publique, le conseil, l'appui et même l'administration provisoire des structures, ainsi que l'audit interne au sein des ministères sociaux et des structures rattachés pour évaluer l'efficacité des dispositifs de maîtrise des risques.

C. La Direction générale de la santé (DGS)

La DGS comprend quatre sous-directions dédiées à la santé des populations et à la prévention des maladies chroniques, aux politiques de santé et la qualité des pratiques et des soins, à la prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation, ainsi qu'à la veille et la sécurité sanitaire. Elle comprend également les missions de stratégie et de recherche, des affaires européennes et internationales, de l'outre-mer, et de l'information et de la communication.

La DGS élabore la politique de santé publique et vérifie sa mise en œuvre, en liaison avec les autres directions et services du ministère chargé de la santé. Ainsi, elle propose des objectifs et des priorités de santé publique, en assurant notamment la prévention des risques, l'amélioration de l'état de santé général de la population, l'égal accès au système de santé ainsi que la qualité et à la sécurité de ce dernier et à la qualité de vie des personnes malades. Elle élabore les textes législatifs et réglementaires, ainsi que les plans de santé publique et les programmes nationaux de santé, puis se charge de leur mise en œuvre, notamment à l'aide d'indicateurs.

Elle contribue à mettre en œuvre les politiques de santé propres aux différents âges de la vie. Elle propose les objectifs et assure le suivi des politiques de santé mentale, de lutte contre les addictions, de prévention des maladies chroniques et des cancers, de lutte contre la douleur et d'accompagnement de la fin de vie, des droits des personnes malades et des usagers du système de santé, des politiques relatives aux questions d'éthique, de bioéthique et d'indemnisation des victimes d'accidents médicaux.

Elle se préoccupe de la protection de la santé des populations de la santé des populations en situation de précarité et des personnes victimes de violence. Elle prend en compte les difficultés propres aux populations fragilisées. Elle contribue au respect des droits des personnes malades et

des usagers du système de santé. Elle veille à la qualité et à la sécurité des soins, des pratiques professionnelles, des recherches biomédicales et des produits de santé et contribue à garantir l'accès des patients à l'innovation. Elle élabore la politique de prévention et de gestion du risque infectieux, notamment la politique vaccinale, ainsi que la politique de prévention des risques iatrogènes non infectieux. Elle participe à la définition et contribue à la mise en œuvre des actions de prévention, de surveillance et de gestion des risques sanitaires liés à l'environnement, au milieu de travail, aux accidents de la vie courante, à l'eau et à l'alimentation. Elle contribue également à la politique nutritionnelle. Elle centralise les alertes sanitaires, et organise la gestion des situations d'urgence sanitaire. Elle participe au conseil national de pilotage des ARS. Elle assure la tutelle des autres établissements publics et organisme exerçant dans les domaines de la santé publique et de la sécurité sanitaire. Enfin, elle participe à la définition de la position française au sein des instances européennes et internationales.

D. La Direction générale de l'offre de soins (DGOS)

La DGOS comprend quatre sous-directions autour de la régulation de l'offre de soins, le pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins, les ressources humaines du système de santé et la stratégie et les ressources. Elle comprend également trois chefferies de projet rattachées à la direction générale, concernant le projet « Stratégie de transformation du système de santé – Ma santé 2022 », « Groupements Hospitaliers de Territoires – GHT », et « Accès territorial aux soins ».

La DGOS participe à l'élaboration et à la mise en œuvre de la politique de santé, en liaison avec les autres directions. Elle est chargée plus spécifiquement de l'élaboration, du pilotage et de l'évaluation de la politique de l'offre de soins. Elle est responsable ainsi de la régulation de l'offre de soins, notamment des établissements de santé.

Elle assure l'égal accès aux soins, ainsi qu'à la qualité et la sécurité des soins, ainsi qu'au respect de la dignité et des droits des usagers de l'offre de soins. Elle cherche à réduire les inégalités territoriales. Elle est compétente pour toute question relative à la détermination et à l'emploi des ressources nécessaires à l'offre de soins, notamment en matière de ressources humaines, de régulation financière et d'organisation territoriale.

Elle définit et évalue les politiques relatives à l'accès aux soins de premier recours, à la prise en charge continue des malades ainsi qu'à l'adaptation des parcours de soins, notamment ceux des patients atteints de pathologies chroniques. Elle est responsable de l'organisation de l'offre de soins au bénéfice des personnes détenues et retenues.

Elle est chargée des questions relatives à la déontologie, aux règles d'organisation et d'exercice à la démographie des professions de santé. Elle organise et anime le dialogue social avec les

professionnels de santé et définit les modalités de leur représentation. Elle détermine les conditions d'exercice et les besoins de formation des professions médicales et paramédicales, en liaison avec le ministère chargé de l'enseignement supérieur et de la recherche.

Elle assure la conception, la mise en œuvre et le suivi des règles de tarification et de régulation financière des établissements de santé, publics et privés. Elle est consultée sur les conditions de rémunération des structures et des professionnels de santé.

Elle participe à la définition de la position française au sein des instances européennes et internationales pour les questions relatives à l'offre de soins, notamment autour de la qualité et de la sécurité des soins et des professionnels de santé.

Plus concrètement, la DGOS aide à l'élaboration des lois, notamment de financement de la sécurité sociale (LFSS), et écrit des instructions. Elle peut lancer des appels à candidature, nationaux ou régionaux (par le biais des ARS qui lui remontent les dossiers), pour créer une offre de soins (par exemple des structures accueillant des patients autistes), ou encore labelliser des établissements (par exemple des centres de référence maladies rares (CRMR)).

E. La Direction de la sécurité sociale (DSS)

La DSS a la particularité d'être rattachée à trois ministères, actuellement celui de l'Économie, des Finances et de la Relance, celui du Travail de l'Emploi et de l'Insertion, et celui des Solidarités et de la Santé. Elle comprend cinq sous-directions concernant le financement du système de soins ; l'accès aux soins, les prestations familiales et les accidents du travail ; les retraites et les institutions de la protection sociale complémentaire ; le pilotage du service public de la sécurité sociale ; le financement de la sécurité sociale ; les études et les prévisions financières.

La DSS définit les politiques publiques en matière d'accès aux soins et de régulation financière des acteurs de santé, de prestations familiales, d'accidents du travail et maladies professionnelles, et de retraite. Elle élabore la politique de financement des différents régimes et définit les règles relatives aux cotisations et contributions sociales, à leur recouvrement et aux recettes fiscales affectées à la Sécurité sociale. Elle établit les prévisions financières de la Sécurité sociale et assure le suivi financier des recettes et des dépenses des différentes branches de la Sécurité sociale. A ce titre, elle prépare chaque année les lois de financement de la Sécurité sociale (LFSS). Elle assure la tutelle des organismes de la Sécurité sociale, du régime général mais également de la Mutualité sociale agricole (MSA) et des régimes spéciaux.

F. La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES).

La DREES est également rattachée aux ministères chargés de l'Économie, du Travail, et de la Santé. Elle comprend trois sous-directions : l'Observation de la santé et de l'assurance maladie, L'Observation de la solidarité, et Synthèses, études économiques et évaluation.

Sa mission est de fournir des données statistiques, des observations, des conseils d'expertise et d'évaluation à ces ministères, à partir d'informations fiables et d'analyses sur les populations et les politiques sanitaires et sociales. Ses rapports sont publiés, et accessibles sur son site. A titre d'exemple, la DREES publie chaque année un rapport sur le système de santé français, en termes d'établissements de santé, qu'ils soient publics, privés non lucratifs (établissements de santé privés d'intérêt collectifs (ESPIC)), ou privés lucratifs (cliniques), de lits d'hospitalisation et de places, ainsi que l'activité du système et le personnel hospitalier (effectifs et salaires).

G. Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP).

Techniquement, le HCSP n'est pas une DAC mais une instance d'expertise pour l'aide à la décision, qui est consultée par le gouvernement, par les présidents de commissions parlementaires et par le président de l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé.

Il a été créé par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique¹²⁶, en remplacement du Conseil supérieur d'hygiène publique de France (de 1848) et le Haut Comité de la santé publique (1991).

Il contribue à l'élaboration, au suivi annuel et à l'évaluation pluriannuelle de la Stratégie nationale de santé. Il fournit aux pouvoirs publics, avec les agences sanitaires, l'expertise nécessaire à la gestion des risques sanitaires ainsi qu'à la conception et à l'évaluation des politiques et stratégies de prévention et de sécurité sanitaire. Il fournit aux pouvoirs publics des réflexions prospectives et des conseils sur les questions de santé publique. Enfin, il contribue à l'élaboration d'une politique de santé de l'enfant globale et concertée.

Il comprend quatre commissions spécialisées concernant les maladies infectieuses et maladies émergentes, les maladies chroniques, les risques liés à l'environnement et le système de santé et sécurité des patients, ainsi que cinq groupes de travail permanents : grippe, coronavirus, infections respiratoires émergentes ; politique de santé de l'enfant globale et concertée ; stratégie nationale de santé et indicateurs ; sécurité des éléments et produits du corps humain ; inégalités sociales de santé.

¹²⁶ Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. *J.O.* du 11 août 2004.

A côté des directions d'administration centrale, qui sont des services administratifs traditionnels, existe une multitude d'agences nationales et régionales de santé, créées sur les trente dernières années, sous l'influence du phénomène « d'agencification » provenant des pays anglo-saxons.

II. Les agences nationales sanitaires

Les agences ont émergé depuis une trentaine d'années. Elles se multiplient aujourd'hui, si bien qu'on peut en dénoncer la prolifération dans le champ sanitaire, car elle conduit à une confusion des rôles et des missions ainsi qu'à une complexification générale du système, devenu illisible. Les agences paraissent plus réactives à côté des traditionnelles directions d'administration centrale. Elles ont pu être créées rapidement suite à un scandale sanitaire, comme l'EFS ou l'ANSM, pour témoigner de la prise en charge par les pouvoirs publics de la situation. Par ailleurs, face aux DAC, générales, les agences régissent un champ de compétence plus spécialisé, afin d'être plus efficaces que les DAC, structures administratives plus générales, lourdes et lentes. Les agences sont principalement soit des groupements d'intérêts publics, soit des établissements publics, soit des autorités indépendantes.

Elles sont aujourd'hui en charge de diverses missions, comme l'observation, la veille et la sécurité sanitaire et l'information en santé (Agence nationale de Santé publique (ANSP) – Santé publique France –), certaines thématiques de santé (Agence de la biomédecine (ABM), Établissement français du sang (EFS) etc.), la gestion hospitalière (Centre national de gestion (CNG), Agence nationale d'appui à la performance (ANAP) etc.), la recherche (Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM)), la formation (l'école des hautes études en santé publique (EHESP) ainsi que l'indemnisation (Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM)).

Les agences doivent réussir à se coordonner avec les DAC, pour un partage des missions clair. Il est à noter cependant que, même si le pouvoir décisionnel revient souvent à la DAC, l'expertise, l'information et les moyens humains appartiennent à l'agence, ce qui peut influencer les décisions. Par ailleurs, les nombreuses agences doivent réussir à bien se coordonner sur leurs différents champs de compétence. Parfois, une thématique est travaillée par plusieurs agences, comme la prévention des cancers, qui concerne tant l'Institut national du cancer (InCa), l'Agence nationale de Santé publique France (ANSP), l'Agence nationale de la sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) et l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)¹²⁷.

¹²⁷ RAIMONDEAU Jacques, *L'épreuve de santé publique...*, op. cit., p 147-148.

Ne sera pas développé ici l'ensemble des agences du fait de leur nombre important.

A. L'Agence nationale de santé publique (ANSP) - Santé publique France

L'agence nationale de santé publique, ou Santé publique France a été créée par la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016¹²⁸. C'est un établissement public administratif, qui regroupe trois agences – l'institut de veille sanitaire (InVS), l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), et l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS) – ainsi que le groupement d'intérêt public Adalis – addiction, drogue, alcool, info, service. Sa mission est d'améliorer et protéger la santé des populations. Cette mission s'articule autour de trois axes : anticiper, comprendre et agir.

C'est ainsi une agence scientifique et d'expertise du champ sanitaire, chargé de l'observation épidémiologique et la surveillance de l'état de santé des populations, de la veille sur les risques sanitaires menaçant les populations, du lancement de l'alerte sanitaire, de la promotion de la santé et la réduction des risques pour la santé, du développement de la prévention et de l'éducation pour la santé, et de la préparation et la réponse aux menaces, alertes et crises sanitaires.

L'ANSP est gouvernée par un conseil d'administration, un conseil scientifique, un comité d'éthique et de déontologie ainsi qu'un comité d'orientation et de dialogue avec la société. En plus de la direction générale et de trois directions de fonction support, elle comprend dix directions scientifiques et transversales : alerte et crise ; communication et dialogue avec la société ; prévention et promotion de la santé ; aide et diffusion aux publics, maladies infectieuses ; maladies non transmissibles et traumatismes ; régions, santé environnement et santé travail ; appui, traitement et analyse de données ; et la direction scientifique et internationale. Enfin, elle dispose d'un réseau d'antennes régionales, les cellules d'intervention en région (CIRE), douze en métropole et trois en Outre-mer. Les CIRE aident les ARS dans l'analyse des signaux sanitaires et la gestion des alertes et animent la veille sanitaire au niveau régional.

Ses activités sont recoupées en trois domaines, issus des agences fusionnées dans l'ANSP. Premièrement, elle est chargée de la surveillance et l'observation de l'état de santé de la population, ainsi que de la veille et la vigilance sanitaires, avec la mise à jour des connaissances sur les risques sanitaires, la détection des facteurs de risque susceptibles de modifier ou d'altérer la santé de la population, qui peut aboutir à l'alerte sanitaire, avec l'information et le conseil du ministre de la santé en cas de menace pour la santé de la population, et enfin, la gestion des situations de crise sanitaire, avec la proposition de réponses adaptées.

128 Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, *J.O.* du 27 janvier 2016.

Deuxièmement, elle a la charge de la promotion de la santé, de la prévention et de l'éducation à la santé. A ce titre, elle doit mettre en œuvre des programmes de santé publique, fournir ses conseils et son expertise en matière de prévention et de promotion de la santé, piloter le développement de l'éducation pour la santé.

Troisièmement, elle est un acteur dans la préparation et la réponse aux urgences sanitaires. Elle participe à la gestion des situations urgentes ou exceptionnelles aux conséquences sanitaires collectives (par exemple l'accident nucléaire de Fukushima), ainsi qu'à la gestion de la réserve sanitaire et la gestion de stock de certains produits pharmaceutiques sensibles.

B. L'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)

L'ANSM a été créée par la loi relative au renforcement de la sécurité sanitaire des médicaments et des produits de santé du 29 décembre 2011¹²⁹. Elle a remplacé l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSaPS), mise en difficulté avec l'affaire du Médiateur®. Établissement public administratif placé sous la tutelle du ministère chargé de la Santé, elle comprend en plus des directions chargées des fonctions support, deux directions médicales chargées des médicaments, une direction des dispositifs médicaux, des cosmétiques et des dispositifs de diagnostic *in vitro*, une direction des métiers scientifiques, une direction des autorisations, une direction de l'inspection, une direction des contrôles, une direction de la surveillance, ainsi qu'une direction Europe et Innovation et un centre d'appui aux situations d'urgence, aux alertes sanitaires et à la gestion des risques.

L'ANSM a la mission de faciliter l'accès à l'innovation thérapeutique. A ce titre, elle encadre l'accès précoce aux produits de santé, les essais cliniques et la mise sur le marché des produits de santé. Elle doit notamment autoriser les essais cliniques, délivrer les autorisations temporaires d'utilisation (ATU) et les autorisations de mise sur le marché (AMM).

Pour développer un médicament en recherche interventionnelle, il faut d'abord l'avis d'un comité de protection des personnes (CPP) et l'autorisation de l'ANSM pour commencer la recherche. Dans une première phase, on administre le produit chez un sujet sain, sous surveillance médicale, pour observer le comportement du produit chez l'homme, et déterminer l'innocuité et la tolérance du produit ainsi que les doses minimale et maximale actives. Dans une deuxième phase, on administre le produit à des sujets malades, sur une échelle restreinte, pour juger l'efficacité thérapeutique et déterminer les modalités optimales d'administration. Dans une troisième phase, on administre le produit à grande échelle chez les patients, pour confirmer l'efficacité du produit dans des conditions de traitement aussi proche de la réalité, en double aveugle avec placebo. Le produit doit présenter

¹²⁹ Loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé, *J.O.* du 20 décembre 2011.

un rapport bénéfice/risque au moins équivalent aux produits déjà commercialisés. Le dossier est évalué par l'ANSM, qui émet un avis favorable, ou non, voire exige une information complémentaire. En cas d'avis favorable, l'ANSM délivre une autorisation de mise sur le marché (AMM). Une fois les produits de santé autorisés, l'ANSM doit vérifier de manière continue que le rapport bénéfice/risque reste positif. Elle surveille donc les médicaments, les dispositifs médicaux et autres produits, au travers d'évaluations scientifiques et techniques de la qualité, de l'efficacité et de la sécurité, de la surveillance des effets indésirables, de l'inspection des établissements de fabrication, d'importation, de distribution, de pharmacovigilance et d'essais cliniques. Elle doit également assurer la disponibilité des médicaments essentiels, les médicaments d'intérêt thérapeutique majeur (MITM).

L'ANSM dispose de pouvoirs de police sanitaire, branche de la police administrative qui se donne comme objectif la protection de la santé publique. En l'occurrence, l'ANSM assure la libération de lots, notamment de vaccins, c'est-à-dire la revue complète de fabrication des lots et un contrôle de qualité de chaque lot. Si un contrôle révèle un problème, elle peut retirer des produits et des lots du marché, voire interdire des produits ou dispositifs médicaux sur marché.

Enfin, l'ANSM a une mission d'information envers les patients, les professionnels de santé et le grand public. Elle participe également aux instances internationales et européennes.

C. L'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES)

L'ANSES a été créée par l'ordonnance du 7 janvier 2010¹³⁰, à partir de la fusion de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (AFSSA) et l'Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail (AFSSET). Établissement public à caractère administratif, elle est sous la tutelle des ministères de la santé, de l'environnement, de l'agriculture, du travail et de la consommation.

Ses domaines d'expertise sont l'alimentation, la santé et le bien-être animal, la santé des végétaux, la santé au travail et la santé environnement. A côté de la direction générale, l'ANSES est organisée en pôles : le pôle des produits réglementés, c'est-à-dire les produits phytopharmaceutiques, les biocides en liaison avec l'ANSM, les matières fertilisantes, les supports de culture, et les médicaments vétérinaires, en liaison avec l'Agence nationale du médicament vétérinaire ; le pôle des sciences pour l'expertise comprend les activités d'évaluation de risque et d'analyse socio-économique, de financement de la recherche de dialogue avec la société, ainsi que les activités de vigilance sanitaire et de veille scientifique ; le pôle recherche et référence regroupe les missions de recherche des neuf laboratoires de l'ANSES.

¹³⁰ Ordonnance n° 2010-18 du 7 janvier 2010 portant création d'une agence nationale chargée de la sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail, *J.O.* du 8 janvier 2010.

Sept axes scientifiques transversaux ont été définis au sein de l'ANSES, sur l'antibiorésistance, l'épidémiologie et la surveillance, l'exposition et la toxicologie des contaminants chimiques, la sécurité sanitaire des aliments, la santé et le bien-être des animaux, la santé des végétaux et la santé et travail.

Sa principale mission est l'évaluation du risque sanitaire, qui est la probabilité de survenue des effets néfastes du danger sur la santé, suite à son exposition. Elle peut également informer et appuyer les autorités en matière de gestion du risque. Elle a ainsi une mission de veille, vigilance et alerte.

D. L'Institut national du cancer (InCa)

L'Institut national du cancer a été créé par la loi de santé publique du 9 août 2004¹³¹. Groupement d'intérêt public placé sous la tutelle des ministères chargé de la Santé et de la Recherche, il réunit l'Etat, la caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM), les organismes de recherche c'est-à-dire le centre national de la recherche scientifique (CNRS) et l'INSERM, les fédérations hospitalières – la fédération hospitalière de France (FHF) réunissant les hôpitaux publics, la fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP) réunissant les établissements de santé privés à but non lucratif, la fédération de l'hospitalisation privée (FHP), et les grandes associations de lutte contre le cancer telles la fédération nationale des centres de lutte contre le cancer, la fédération nationale des centres de lutte contre le cancer, la ligue contre le cancer, et l'association pour la recherche contre le cancer.

L'institut doit jouer un rôle d'accélérateur de progrès. Il coordonne les actions de lutte contre le cancer, en animant les réseaux d'acteurs territoriaux (réseaux régionaux de cancérologie, cancéropôles), en articulant son action avec les ARS, en développant les collaborations internationales et en pilotant la stratégie décennale de lutte contre les cancers, actuellement de 2021 à 2030. Ses trois axes de priorité sont l'amélioration de la prévention, la limitation des séquelles et l'amélioration de la qualité de vie, et la lutte contre les cancers de mauvais pronostic.

Il initie et soutient l'innovation scientifique, médicale, technologique et organisationnelle, en lançant des appels à projet sur les champs de la recherche, de l'organisation des soins et de la santé publique. Il gère pour la DGOS le programme hospitalier de recherche en cancérologie (PHRC-K), le programme de recherche médico-économique en cancérologie (PRME-K) et le programme de recherche translationnelle en cancérologie (PRT-K).

131 Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, *J.O.* du 11 août 2004.

Il organise les dépistages, les soins et la recherche en produisant des référentiels, des procédures de reconnaissance ou de labellisation, et le suivi d'activité et l'évaluation. Il a une mission de veille, d'analyse et de diffusion des données. Enfin, il favorise l'appropriation des connaissances et des bonnes pratiques, par des outils de formation, des campagnes d'information, des colloques, des publications scientifiques, etc.

Dans le domaine spécifique de la santé publique, l'institut doit diffuser les connaissances relatives aux facteurs de risque des cancers, favoriser l'adoption de comportements de nature à réduire les cancers évitables, définir et adapter les stratégies de dépistage en fonction des niveaux de risque des personnes face aux cancers, optimiser en continu l'organisation des dépistages, et mettre à disposition une information fiable et synthétique sur les données relatives aux cancers.

Pour la recherche, il soutient l'étude du génome, les modèles expérimentaux d'étude, la biologie et l'immunologie. Il traduit les découvertes fondamentales pour la population, en matière d'outils diagnostiques, de traitements personnalisés et de qualité de vie. Il augmente la mise à disposition de ressources biologiques et cliniques pour les chercheurs. Il développe les essais cliniques et travaille à faire de la recherche française une référence internationale.

Enfin, pour les soins, il doit améliorer la coordination de la prise en charge autour de la personne malade, garantir l'égalité d'accès à une prise en charge de qualité, développer les modalités de prise en charge spécifique pour les personnes atteintes de cancers rares, les personnes porteuses de prédispositions génétiques, les personnes âgées, les enfants, adolescents, accompagner l'évolution des métiers de la cancérologie, favoriser l'amélioration de la qualité de vie pendant et après la maladie.

E. La Haute Autorité de la Santé (HAS)

La HAS a été créée par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie¹³². Autorité publique indépendante à caractère scientifique, la HAS est composée d'une direction générale et cinq directions opérationnelles : la direction de l'évaluation et de l'accès à l'innovation, la direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, la direction de la qualité et de l'accompagnement social et médico-social, la direction de la communication, de l'information et la direction de l'engagement des usagers. Elle comprend également huit commissions spécialisées : recommandations, pertinence, parcours et indicateurs ; évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé ; commission technique des vaccinations ; commission de la transparence (pour les produits de santé) ; certification des établissements de santé ; impact des recommandations ; commis-

132 Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, *J.O.* du 17 août 2004.

sion évaluation économique et de santé publique ; commission en charge du social et du médico-social et du conseil pour l'engagement des usagers.

La HAS doit évaluer les produits de santé, d'un point de vue tant clinique que médico-économique, notamment pour aider les pouvoirs publics à décider quels produits sont remboursés par la sécurité sociale. Elle évalue également la qualité et la sécurité des soins, notamment avec la certification des établissements de santé. Pour ce faire, elle met en place des indicateurs de qualité et de sécurité des soins. Elle peut faire des contrôles sur pièces ou sur place. Elle améliore également la qualité des accompagnements avec notamment la publication de recommandations de bonnes pratiques, qui visent à optimiser et harmoniser les pratiques et l'organisation des professionnels de santé. Enfin, elle produit également des recommandations en santé publique pour le grand public.

Ensembles, les directions d'administration centrale et les agences doivent, au niveau national, assurer leurs missions pour la politique de santé et participer à la mise en œuvre de la stratégie nationale de santé (SNS). Cette dernière est ensuite déclinée sur les territoires, notamment par les ARS.

III. La mise en œuvre de la stratégie nationale de santé sur le territoire

A partir de la stratégie nationale, vue au chapitre précédent, des actions sont menées sur le territoire, grâce notamment au projet régional de santé qui met en œuvre le plan national de santé publique à l'échelle du territoire. C'est l'ARS qui le porte, en l'articulant avec la stratégie nationale de santé, pour une mise en œuvre cohérente et harmonieuse sur l'ensemble du territoire.

L'ARS a été créée par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi HPST¹³³. Elle remplace plusieurs structures : l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH), les directions régionale et départementale des affaires sanitaires et sociales (DRASS et DDASS), l'union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM), le groupement régional de santé publique (GRSP), la mission régionale de santé (MRS), et la caisse régionale d'assurance maladie (CRAM).

La création de l'ARS répond à plusieurs enjeux, notamment celui de territorialiser au niveau régional et local les décisions en matière de santé, pour davantage de cohérence avec le territoire. Le directeur de l'ARS est à la santé ce qu'est le recteur à l'éducation et le préfet à l'administration

étatique – il partage avec ce dernier des pouvoirs en matière de police sanitaire. Par ailleurs, l'ARS,
133 Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, J.O. du 22 juillet 2009.

en regroupant une multiplicité d'acteurs participe au mouvement de décloisonnement du secteur sanitaire, social et médico-social, encore marqué par une organisation en « tuyaux d'orgue », alors même que l'approche globale du système de santé est de plus en plus soutenue, pour réfléchir en termes de parcours du patient. Ainsi, ce n'est pas au patient de s'adapter aux différentes prises en charge, mais c'est aux différentes structures qu'il incombe de se coordonner pour un parcours de soins fluide et continu.

L'ARS a deux principales missions. Premièrement, elle a en charge la mise en œuvre de la politique de santé. A ce titre, l'ARS organise la veille sanitaire, l'observation de la santé ainsi que le recueil et le traitement des signalements d'événements sanitaires. Elle contribue à l'organisation de la réponse aux urgences sanitaires et à la gestion des situations de crise sanitaire. Elle établit un programme annuel de contrôle du respect des règles d'hygiène et réalise les prélèvements et les inspections nécessaires. Elle définit et finance des actions visant à promouvoir la santé, à éduquer la population à la santé et à prévenir les maladies, les handicaps et la perte d'autonomie. Elle procède à l'évaluation des actions menées dans ces domaines. Deuxièmement, elle a la mission de réguler et organiser l'offre de soins. Pour cela, elle contribue à l'évaluation et à la promotion de la qualité des formations des professionnels de santé. Elle dispose des pouvoirs d'autorisation en matière de création d'établissements, de services de santé, et d'établissement et services médico-sociaux. Elle contrôle leur fonctionnement et les finance en partie. Elle veille à une répartition de l'offre de soins sur le territoire, en adéquation avec les besoins de la population.

L'organisation sanitaire est complexe, du fait de ses très nombreux acteurs. Toutefois ces derniers se coordonnent pour un fonctionnement fluide, comme le témoigne la campagne de vaccination contre le Covid-19 en France.

En décembre 2020, la campagne de vaccination contre le Covid-19 a pu débuter avec le vaccin Pfizer. Le vaccin a d'abord reçu une autorisation de mise sur le marché (AMM) européenne, de la part de la commission européenne, suite à l'avis favorable de l'Agence Européenne du Médicament (EMA), l'équivalent de l'ANSM au niveau européen.

Dans le même temps, la Haute Autorité de Santé a défini les publics prioritaires dans la campagne de vaccination, considérant que tout le monde ne pourrait pas se faire vacciner immédiatement. La HAS a ainsi été sollicitée par la Direction Générale de la Santé (DGS) pour établir une stratégie vaccinale. La HAS a conseillé de prioriser les professionnels de santé et les résidents des EHPAD.

Les vaccins Pfizer ont ensuite été transportés des usines Pfizer aux six plateformes de stockage de Santé Publique France, qui dispose d'un établissement pharmaceutique, qui achète les

doses de vaccins pour l'ensemble de la France. Ainsi, « à la demande du ministre chargé de la santé, l'agence procède à l'acquisition, la fabrication, l'importation, le stockage, le transport, la distribution et l'exportation des produits et services nécessaires à la protection de la population face aux menaces sanitaires graves »¹³⁴.

L'Île de France a été la première région approvisionnée. L'ARS a été chargée d'organiser la campagne de vaccination au niveau régional. Elle a dû trouver des établissements ou lieux de stockage pour recevoir les doses et les délivrer sur le territoire, considérant que le vaccin nécessitait des conditions de stockage spécifiques (entre -70°C et -80°C). Les EHPAD étaient ensuite contactées par l'ARS pour connaître les besoins en doses, transmis à Santé publique France. L'ARS a par la suite donné la date de livraison. La vaccination s'effectuait dans l'établissement, dans le respect du consentement de la personne.

Souhaité par les hygiénistes, un véritable appareil administratif de la santé publique s'est développé, avec de nombreux acteurs, qui peuvent parfois donner l'impression d'un système complexe, aux missions mal réparties, ce qui entraîne quelques dysfonctionnements. Par ailleurs, même si la santé publique est aujourd'hui reconnue comme nécessaire – lorsque les hygiénistes devaient se battre pour sa reconnaissance -, elle est marquée par de nombreux scandales, qui mettent en question la capacité de l'État à protéger la santé de la population, et ainsi, soulève la question de l'intérêt de cet arsenal administratif.

¹³⁴ Code de la santé publique, art. L.1413-4

Chapitre V :

Les dangers et limites de la santé publique

*« Un gouvernement qui a pleins pouvoirs
pour maximiser la santé est donc un gouvernement totalitaire »
Jacob Sullum*

Depuis l'hygiénisme, la santé publique s'est développée. Elle dispose aujourd'hui d'un appareil administratif conséquent, comme vu au chapitre précédent. La valeur prépondérante accordée à la santé, et ce, même en dehors d'une crise sanitaire, interroge sur un risque de médicalisation excessive de la société (I). Ce dernier pourrait lui-même conduire à une suprématie de la santé publique (II). Toutefois, il est possible de nuancer ce risque au regard des difficultés rencontrées par la santé publique. Celles-ci peuvent parfois être les mêmes que celles rencontrées par les hygiénistes du XIXe siècle (III).

I. Le phénomène de médicalisation

Ainsi, depuis le début de l'hygiénisme, une administration sanitaire s'est développée, pour intervenir dans des champs toujours plus nombreux. Les progrès scientifiques ont permis également d'actualiser les connaissances, ce qui a abouti à la mise en place de normes plus ou moins souples. A titre d'exemple, les bâtiments ne peuvent plus utiliser certains matériaux toxiques, comme l'amiante¹³⁵. En revanche, la consommation de tabac, bien que réglementée¹³⁶, est autorisée, malgré son effet sur la santé : le tabac est responsable d'un décès sur huit en France, et est la première cause de mortalité évitable, de mortalité par cancer et de mortalité avant 65 ans¹³⁷. Il est la cause de 75 000 décès par an.

Ce développement de normes peut être considéré comme un signe de la médicalisation de notre société, processus dans lequel la santé tend à devenir la valeur centrale : « la médecine [...] commence à ne plus avoir de domaine qui lui soit extérieur. [...] On ne parvient pas à sortir de la

¹³⁵ Décret n° 96- 1133 du 24 décembre 1996 relatif à l'interdiction de l'amiante, pris en application du code du travail et du code de la consommation, *J.O.* du 26 décembre 1996.

¹³⁶ Loi n° 91- 32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme, *J.O.* du 12 janvier 1991.

¹³⁷ Ministère des solidarités et de la santé, Ministère de l'action et des comptes publics, *Programme national de lutte contre le tabac 2018-2022*, p. 3.

médicalisation, et tous les efforts déployés dans ce sens s'en remettent à un savoir médical »¹³⁸. Les valeurs historiquement importantes, comme la liberté par exemple, ont permis l'acquisition de nouveaux droits, normalisés au fil des générations, rendant peut-être leur importance moindre pour les plus jeunes. De son côté, la santé est devenue de plus en plus essentielle. En effet, dans une société occidentale, où l'individu est libre et riche, en comparaison avec d'autres pays, le défaut de santé n'est ressenti que plus violemment et injustement.

La santé est ainsi devenue un capital, qu'il est nécessaire de protéger. L'absence de maladie ne suffit plus : il faut sécuriser et développer le capital santé, en vivant et consommant d'une nouvelle manière, dans un mouvement perpétuel. Le marketing s'est emparé de cette question pour vendre divers produits (compléments alimentaires, dispositifs pour maigrir, magazines de santé et de bien-être...). Le capital santé peut toujours être dépassé, amélioré, grâce à de nouveaux produits. Ainsi, « la publicité ne se contente plus de présenter un produit et d'en vanter les qualités. [...] La publicité contemporaine – depuis les années 1970 – se centre sur le corps et les sensations. Le produit [...] devient l'extension de potentialités intérieures qui attendaient la possibilité de leur expression »¹³⁹. Le corps est au centre de la publicité, avec principalement une esthétique du corps jeune et sain (quel que soit le produit à vendre : parfum, voiture, vêtements...).

Cette marchandisation de la santé s'appuie par ailleurs sur la récente définition de la santé. En effet, il ne s'agit pas seulement de ne pas être malade – rester en bonne santé donc – mais de parfaire ce capital santé, qui ne connaît pas de limite. En ce sens, la santé est définie par l'OMS comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ¹⁴⁰ ». Dans la charte d'Ottawa¹⁴¹, l'OMS annonce « l'objectif de la Santé pour tous d'ici l'an 2000 et au-delà »¹⁴². Dedans, l'OMS stipule que « pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques »¹⁴³.

138 FOUCAULT Michel, « Crise de la médecine ou crise de l'antimédecine ? » dans *Dits et écrits*, tome III, Éditions Gallimard, Bibliothèque des sciences humaines, 1994, p. 51-52.

139 BAUDRY Patrick, « Le corps extrême des conduites à risque », in DELORY-MOMBERGER, *Éprouver le corps*, Cairn, Paris, Questions de société, 2017, p. 96.

140 Organisation mondiale de la santé, *Constitution*, New York, 22 juillet 1946, page 1.

141 Organisation mondiale de la santé, *Charte d'Ottawa*, adoptée par la conférence internationale pour la promotion de la santé, Ottawa le 21 novembre 1986.

142 *Ibid.*, p. 1.

143 *Ibid.*

La santé dans la charte d'Ottawa semble se rapprocher du concept de capabilité, développé par Amartya Sen. En effet pour Sen, dans *L'idée de justice*¹⁴⁴, la capabilité est l'ensemble des possibilités qu'un individu possède pour choisir la vie qu'il vit, selon ses propres valeurs, grâce à ses ressources, parmi lesquelles figurerait la santé. Or la santé demande « un certain nombre de conditions et de ressources préalables »¹⁴⁵, comme l'accès au logement, à l'éducation, à la nourriture, à un revenu minimum... Dans ces conditions, la santé serait peut-être la matérialisation de la capabilité d'une personne – considérant qu'une personne privée de certains droits aura une moins bonne santé qu'une personne libre par exemple. En ce sens, les inégalités de santé mettent en lumière une corrélation entre une différence de déterminants sociaux (le genre, le pays de naissance, le lieu de résidence, le revenu, la scolarité, le métier...) et une différence du niveau de santé. Des études ont ainsi montré que les personnes vivant dans les zones les plus défavorisées avaient une moins bonne chance de survie après un cancer¹⁴⁶, ou que les personnes avec un diplôme faible avaient plus de chance d'être en surpoids¹⁴⁷. Considérant le concept de capabilité, une personne avec une bonne situation sociale, aura plus de chance d'être en bonne santé, ce qui lui permettra d'entretenir cette bonne situation, tandis qu'une personne avec une situation défavorable connaîtra davantage de problèmes de santé.

A noter cependant que, pour Sen, la capabilité et la santé ou le bien-être sont différents, car la capabilité peut porter en elle la liberté d'effectuer une action qui serait contraire au bien-être. Sen prend l'exemple de Gandhi qui, en allant en prison ou en effectuant des grèves de la faim, agit contre son bien-être personnel, parce qu'il cherche la libération de son peuple.

Ainsi, la santé est devenue une valeur qui sous-tend l'existence d'autres valeurs : être en bonne santé signifie bénéficier d'un certain niveau de vie, avec un logement sain, un revenu minimum, une éducation, un accès à un système de santé, etc. C'est ainsi que le corps en bonne santé est glorifié (dans les publicités, films, publications des réseaux sociaux...), car il renvoie à la richesse, au pouvoir, à une certaine vision du bonheur. A l'inverse, la maladie et la vieillesse ainsi que la dépendance liée à elles, sont difficilement acceptées.

L'une des explications à cela est la culture de la performance¹⁴⁸, qui s'est progressivement diffusée, à partir du milieu sportif, dans l'ensemble de la société. En effet, à l'origine, la perfor-

144 SEN Amartya, *L'idée de justice*, Flammarion, Paris, Champs, 2012.

145 Organisation mondiale de la santé, *Charte d'Ottawa*, op. cit., p. 2.

146 TRON Laure, BELOT Aurélien, FAUVERNIER Mathieu, REMONTET Laurent, BOSSARD, Ludivine LAUNAY et al., « Influence de l'environnement social sur la survie des patients atteints d'un cancer en France, étude du réseau Francim », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2021 (5), p. 81-93.

147 VERDOT Charlotte, TORRES Marion, SALANAVE Benoît, DESCHAMPS Valérie, « Corpulence des enfants et des adultes en France métropolitaine en 2015, résultats de l'étude Esteban et évolution depuis 2006 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2017 (13), p. 234-241.

148 EHRENBURG Alain, *Le Culte de la performance*, Calmann-Lévi, Paris, Essai société, 1991.

mance est « un résultat obtenu dans une compétition »¹⁴⁹ ou un « rendement, résultant le meilleur »¹⁵⁰. Toutefois, le concept s'est diffusé à partir des années 1980 dans d'autres sphères, comme l'entreprise, qui, dans un système libéral, doit être plus performante que sa concurrente. A l'échelle individuelle, les personnes doivent être les meilleures, que ce soit à l'école, au travail, à la maison... Or la performance suppose une autonomie de la personne, peu compatible avec la maladie ou la vieillesse. Ce n'est plus seulement le sportif qui doit avoir un corps sain, mais l'ensemble des individus. A titre d'exemple, les seniors peuvent avoir des difficultés à trouver un emploi du fait de la crainte de l'employeur quant à sa capacité à travailler (comparée à celle d'un travailleur plus jeune). Ainsi, la recherche de la santé est en partie liée au culte de la performance, considérant que pour être performant, il vaut mieux être en bonne santé.

Par ailleurs, avec les progrès de la médecine, notamment à partir de la modernité, la maladie et la mort sont de moins en moins bien acceptées. L'espérance de vie ainsi que l'espérance de vie en bonne santé, augmentées grâce aux progrès repoussent l'inévitable, confortant chez certains l'idée que la mort sera bientôt dépassable – le transhumanisme par exemple cherche à améliorer le corps humain, avec l'objectif de rendre l'homme immortel. L'acceptation de la maladie ou de la mort est remplacée par la colère et la peur, voire un sentiment de révolte : « La mort est maintenant si effacée de nos mœurs que nous avons peine à l'imaginer et à la comprendre. L'attitude ancienne où la mort est à la fois proche, familière et diminuée, insensibilisée, s'oppose trop à la nôtre où elle fait si grand-peur que nous n'osons plus dire son nom »¹⁵¹. La mort est combattue, à travers l'acharnement thérapeutique, ou l'obstination déraisonnable, consistant à utiliser des moyens (notamment mécaniques) pour maintenir artificiellement en vie une personne en fin de vie¹⁵². Il y a une réelle difficulté à accepter un phénomène naturel – la maladie ou la mort –, ce qui conforte l'idée qu'il faut être en bonne santé, tant la maladie est insupportable.

Comme la santé prend une valeur de plus en plus importante, elle intervient également de manière croissante. D'une part, la santé intervient en amont et en aval de la maladie. Nous avons déjà vu que la prévention, incluant la vaccination ou le dépistage, occupe une place plus importante. De même, le développement de la médecine prédictive qui s'appuie notamment sur la génétique, devrait ainsi permettre d'empêcher ou retarder le développement de prédispositions d'une personne, grâce à la connaissance de son patrimoine génétique. D'autre part, parce que la santé n'est pas seulement l'absence de maladie, son champ est bien plus vaste, pour atteindre une globalité : « Ja-

149 Dictionnaire Le Robert.

150 Ibid.

151 ARIES Philippe, *L'homme devant la mort, Le temps des gisants*, Seuil, Paris, Points. Histoire, 1977, p. 36.

152 L'obstination déraisonnable est aujourd'hui interdite. Voir art. L.1110-5-1 du code de la santé publique : « Les actes [de soin] [...] ne doivent pas être mis en œuvre ou poursuivis lorsqu'ils résultent d'une obstination déraisonnable. Lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou lorsqu'ils n'ont d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris ».

mais la volonté de définir la santé « comme un tout » n'a été aussi marquée. [...] Les projets sanitaires vont au “ mode de vie ”, au “ healthy-style ”, aux ensembles coordonnés de méthodes, d'habitudes, de savoirs. Les indicateurs vont des critères individuels les plus intimes aux critères environnementaux les plus englobants. Tout suggère combien cette “ approche globale ” des attitudes et comportements de santé devrait imposer un champ de pratiques et de références largement unifiées »¹⁵³.

La médicalisation induit rapidement une responsabilisation de tous concernant la protection de la santé. Ainsi le rapport sur la santé dans le monde de l'OMS de 2002, sous-titré « réduire les risques et promouvoir une vie saine » indique que « l'obligation de réduire les risques autant que possible pour vivre longtemps et en bonne santé incombe à la fois aux individus, à l'ensemble de la population et aux gouvernements »¹⁵⁴. Concernant les individus, les normes érigées sur la base de connaissances scientifiques peuvent les protéger, mais également les enfermer dans des bonnes conduites, avec une intolérance croissante des comportements néfastes pour la santé : « Les comportements à risques sont stigmatisés et les déterminants de santé vantés par des instances qui agissent au plus près de l'intimité des gens ; le médecin de famille par ses conseils et ses remontrances, la télévision à travers des campagnes de sensibilisation, la famille et les proches par leur prévenance et leurs inquiétudes »¹⁵⁵.

En ce sens, la santé publique devient également une science de la discipline, en ce qu'elle donne des normes que les individus doivent intégrer. Mais elle fait également des individus des relais de ces normes. Aujourd'hui, un individu qui fumerait à l'intérieur d'un restaurant se verrait tout de suite interpellé par les membres du personnel, mais également par les autres clients. Lorsqu'un membre de la famille fume, si n'est pas toute la famille qui a ce comportement, les autres membres de la famille peuvent le culpabiliser pour lui faire arrêter ce comportement. Dans une perspective deleuzienne, la société n'est plus une société seulement disciplinaire, mais une société de contrôle, car les normes sont intériorisées par les individus, qui reçoivent ces normes non pas d'une autorité supérieure, mais de leurs pairs, dans une culture diffuse : « La discipline dresse des corps en alternant douleurs et plaisirs, punitions et récompenses afin qu'ils se rapprochent de normes sociales centralisées. Le contrôle suscite des besoins et des envies par lesquels chaque individu désire participer au bon fonctionnement de la société. Alors que la discipline forme des individus assujettis, exploités et dociles, le contrôle produit des sujets en même temps autonomes, efficaces et intégrés »¹⁵⁶. Ces normes, parce qu'elles s'appuient sur les faits scientifiques, s'attendent à ce que cha-

153 VIGARELLO Georges, *Histoire des pratiques de santé*, op. cit., p. 37.

154 Organisation mondiale de la santé, *Rapport sur la santé dans le monde, réduire les risques et promouvoir une vie saine*, 2002, p.5.

155 RAZAC Olivier, *La grande santé*, Climats, Paris, Hors collection, 2006, p. 214.

156 *Ibid*, p. 244.

cun, une fois rationnellement compris le risque ou le bienfait d'un tel comportement, se plie à elles, notamment en Occident, où le sujet est considéré d'une part comme libre – on ne doit pas attenter à ces droits – mais également rationnel¹⁵⁷.

Or, ce processus est infini : sitôt un comportement néfaste définitivement rejeté, un nouveau devient la cible des politiques publiques : « Plus on guérit de maladies, plus on élimine les sources de mal-être, plus on réduit les déviations de la norme, plus on en fait apparaître de nouvelles à un niveau inférieur, tout aussi insupportable semble-t-il »¹⁵⁸.

II. Le risque de la suprématie de la santé

Parce que la santé publique est un concept global, fondé non seulement sur l'absence de maladie, mais sur un « un état de complet bien-être physique, mental et social », elle tend à s'étendre inlassablement à tous les domaines de la vie : les normes d'hier ne suffisent plus, il faut en ériger de nouvelles. La médicalisation de la société est alors un processus sans fin, qui s'alimente par ses échecs inévitables, parce qu'elle souhaite atteindre un idéal. La conséquence est donc une multiplication de normes pour le sujet, qui, même s'il peut parfois rester libre de les outrepasser, est fortement incité à les suivre.

La santé publique établit des liens de probabilité ou de causalité entre un comportement ou une situation et un effet sur la santé. A partir de ce lien, elle crée une norme. Ainsi, fumer ou vivre dans un logement insalubre produit une dégradation de l'état de santé. La norme soit s'appuie sur des lois, auxquels l'individu ne peut rien – par exemple, une réglementation sur l'habitat – soit incite les individus à changer de comportement – voir les campagnes d'information sur les dangers du tabac par exemple. Or ces normes s'appuient sur des connaissances scientifiques, rationnelles, et s'attendent à ce que le sujet soit lui-même rationnel face à la norme. En ce sens, comme la norme a pour effet de préserver l'individu, qu'elle soit imposée ou non importe peu, puisque rationnellement, tout individu devrait choisir de se préserver. Autrement dit, une fois l'individu informé des risques de tel comportement, il devrait le rejeter presque naturellement. Cette logique repose sur l'idée que le mal n'est fait que par ignorance, d'autant plus lorsque le mal rejaillit sur la personne elle-même. Pourtant, un individu sait *rationnellement* que fumer est néfaste pour la santé – on lui rappelle sur chaque paquet de cigarettes ou de tabac – mais il continue de fumer, car il n'est pas que rationnel, il est aussi un être de désirs, de passions : « le sujet humain [...] ne se limite pas à un

157 LECORPS Philippe, PATURET, Jean-Bernard, *Santé publique : du biopouvoir à la démocratie*, op cit.

158 RAZAC Olivier, *La grande santé*, op. cit., p. 226.

corps, c'est un *corps-sujet vivant une vie possible*, dont la santé du corps biologique n'est qu'un élément, et pas toujours prioritaire »¹⁵⁹.

De plus, la santé publique fonctionne à partir des risques, qu'elle veut supprimer, au profit de normes. Idéalement, l'individu serait protégé de tout risque, pour lui garantir la meilleure santé possible. Or le risque ne peut être appréhendé que par la statistique et les autres outils dont dispose la santé publique, dans une logique collective : « Comme toute probabilité, la notion de risque n'a de sens qu'appliquée à une population. En particulier, une probabilité de survenue d'un événement, donc le risque de survenue de cet événement, ne peut en aucun cas caractériser un individu. On peut, bien sûr, essayer de prévoir si un individu va présenter un événement ; pour cela on attribuera à cet individu une estimation du risque dans la population répondant aux mêmes caractéristiques que lui. Mais la probabilité de maladie chez cet individu ne peut prendre que des valeurs 0 (l'individu a la maladie pendant la période étudiée), ou 1 (l'individu n'a pas la maladie) »¹⁶⁰. Ainsi, l'individu peut se soustraire de la logique collective de la santé publique.

En outre, le risque permet au sujet d'éprouver la vie : une vie sans risque ne serait sans doute pas une vie bien vécue, au sens où le risque permet de donner de la valeur à la vie. Paradoxalement, en souhaitant préserver au maximum la vie, la santé publique risque de la rendre fade, et par conséquent annulerait la raison même de la volonté de préserver cette vie. « Le risque est un besoin essentiel de l'âme. L'absence de risque suscite une espèce d'ennui qui paralyse autrement que la peur mais presque autant »¹⁶¹.

Ainsi, la santé publique parce qu'elle s'appuie sur une logique de collectif, peut s'opposer aux désirs de l'individu. Elle a pu servir des projets totalitaires, qui cherchaient d'une part une amélioration de la santé de la population, d'autre part son contrôle. En effet, la santé publique a pu discipliner les individus, au niveau de certains comportements, organisés par des règles d'hygiène. En outre, en cherchant un individu « sain », elle a pu justifier des pratiques eugéniques.

L'eugénisme, qui renvoie étymologiquement à la bonne naissance ou la bonne espèce, cherche à améliorer non pas l'individu mais l'espèce¹⁶² de l'individu. L'eugénisme comprend deux catégories : l'eugénisme négatif, qui élimine les maladies ou tares héréditaires, et l'eugénisme positif, qui encourage la transmission de certains caractères génétiques. Ainsi l'idéologie nazie, cherchant à protéger la « race aryenne », a souhaité d'une part garder « pure » ladite race, en interdisant les mariages mixtes et en mettant en place des « Lebensborn », lieu où des femmes aryennes rencontraient des hommes notamment de la Schutzstaffel (SS), accouchaient puis éduquaient les en-

159 LECORPS Philippe, PATURET, Jean-Bernard, *Santé publique : du biopouvoir à la démocratie*, op. cit., p. 35.

160 SALMI Rachid, « La notion de risque en santé publique », in TURSZ Anne, SOUTEYRAND Yves, SALMI Rachid, *Adolescence de risque*, Syros, Paris, Hors collection, 1993, p. 64.

161 WEIL Simone, *L'enracinement*, in *Œuvres*, Gallimard, Paris, « Quarto », 1999, p. 1047.

162 Le terme utilisé était plutôt celui de « race ».

fants en leur inculquant les principes de l'idéologie nazie. Il y avait donc d'une part l'eugénisme positif, cherchant à développer la race aryenne, avec une incitation à la natalité. D'autre part, l'eugénisme négatif supprimait les êtres humains n'appartenant pas à la race aryenne, notamment les juifs et les tziganes. Il a également pu stériliser notamment les personnes atteintes de maladie, de handicap (surdité ou cécité héréditaires notamment), et d'alcoolisme, de crainte d'affaiblir la race, avec la loi sur la stérilisation forcée du 14 juillet 1933¹⁶³.

Par ailleurs, l'ensemble de la population était soumis à des règles pour protéger sa santé (et ainsi la race aryenne). Des restrictions liées au tabac furent mises en place dans certains lieux publics dont les hôpitaux. Des campagnes de prévention se sont déployées à travers des magazines et des affiches. En ce sens, le IIIe Reich est considéré comme le premier pays du XXe siècle à mener une campagne de lutte contre le tabac. Cette campagne s'appuyait sur des connaissances scientifiques, puisque les médecins avaient découvert le lien entre le tabac et le cancer du poumon en 1928. Ils craignaient que le tabac ne soit une menace pour la race aryenne (avec les femmes enceintes fumeuses, accouchant d'enfants moins solides, ou encore les adultes connaissant un vieillissement prématuré dû au tabac). De même, les nazis ont lutté contre l'alcool et les autres drogues, qui transformait l'homme en l'antinomie de l'aryen : « Le poivrot indolent et sédentaire contredisait l'éthique nazie de l'homme au travail. Le thème le plus courant était l'équivalent entre alcool et dégénérescence. [...] Une ordonnance de 1933 réglementa la publicité pour les produits alcoolisés et interdit la réclame d'alcool s'adressant aux jeunes. »¹⁶⁴. Il est possible que ses règles aient pu renforcer le contrôle sur la population, en lui donnant l'habitude de respecter des règles strictes, tout en se justifiant avec l'idéologie nazie et la primauté de la race aryenne. Il s'agit de donner des comportements à adopter ou à prescrire, et   s'assurer de la bonne tenue des individus, par l'adhésion de tous, et donc l'exclusion immédiate de quiconque violerait ses règles. Ces règles-ci appartiennent *stricto sensu*   l'hygiénisme et non   l'eugénisme, bien que les deux participent à un même idéal de santé : « L'hygiénisme s'adresse à l'homme considéré dans son milieu. Il vise à lui faire respecter des règles de "bonne vie", en s'appuyant, au moins dans un premier temps, sur la pédagogie. L'eugénisme, lui, recherche l'amélioration de l'espèce en instaurant une sélection des individus, ceux déjà nés comme ceux à naître. Le premier considère l'être humain comme un corps –   maîtriser – et un cerveau –   convaincre. Le second, lui, l'appréhende comme un patrimoine génétique –   purifier »¹⁶⁵.

Les deux pans de la santé publique, hygiénisme et eugénisme, par leur désir de contrôle de l'individu et de l'espèce (« race »), a ainsi pu être un outil privilégié des régimes totalitaires, car répondant à leur projet de renouveau de l'homme, et permettant une maîtrise de la population.

163 Loi du 14 juillet 1933 sur la prévention des maladies héréditaires, *Journal officiel du Reich*, I 1933, 529.

164 MAIER Corinne, « Politiques de la bouche », *Savoirs et clinique*, Erès, 2011/1, n 13, p. 84.

165 MORELLE Aquilino, TABUTEAU Didier, *La santé publique...*, *op. cit.*, p. 94.

A un niveau moindre, dans les démocraties, la santé publique peut également être critiquée. La France ne fait pas exception, même si le terme d'hygiénisme a plutôt été délaissé dans la pratique, au profit de la santé publique (plus large), et que l'eugénisme est interdit en France, par l'article 16-4 du code civil, stipulant que : « Toute pratique eugénique tendant à l'organisation de la sélection des personnes est interdite »¹⁶⁶.

Concernant l'hygiénisme, les normes pesant sur l'individu peuvent sembler de plus en plus fortes, pour ce qui est de l'alimentation, l'activité physique ou encore le fait de ne pas boire ou fumer. Concernant la pratique eugénique, bien que le code de la santé publique interdise l'organisation de la sélection des personnes, elle est présente à un niveau individuel, à travers le dépistage prénatal, qui comprend toutes les « pratiques médicales, y compris l'échographie obstétricale et fœtale, ayant pour but de détecter *in utero* chez l'embryon ou le fœtus une affection d'une particulière gravité »¹⁶⁷. Or, en cas de problème détecté, notamment dans le cas d'une affection incurable, une interruption médicalisée de grossesse peut être mise en place. Cette possibilité, inscrite dans une culture de l'enfant parfait met en lumière un risque d'eugénisme se mettant en place au niveau individuel, sans volonté de l'État de l'organiser.

Par ailleurs, la santé publique revendique le pouvoir de limiter certains droits des individus, au nom de la santé collective : « La santé publique est un bien social. A ce titre, elle fait partie de l'ordre public et constitue, au regard de la Convention des droits civiques et politiques, un motif légitime de limitation de certains droits »¹⁶⁸. Cette justification s'appuie sur un fondement abstrait – la santé publique –, par conséquent, l'individu peut ne pas adhérer à cette justification, face à la restriction ou limitation de droits individuels, cette fois-ci bien concrets.

Ainsi, pendant la crise de la Covid-19, au nom de l'état d'urgence sanitaire¹⁶⁹, l'État a mis en place à plusieurs reprises des confinements, conduisant à l'arrêt de l'ensemble des activités non essentielles, ainsi qu'à des couvre-feux. Les seuls déplacements autorisés étaient les trajets entre le domicile et le lieu de travail non susceptibles d'être différés, les déplacements pour effectuer des achats nécessaires à l'activité professionnelle et des achats de première nécessité, les déplacements pour motif de santé, les déplacements pour motif familial impérieux, et enfin les déplacements brefs, à proximité du domicile (*i.e.* dans un rayon de un kilomètre). Enfin, la vaccination si elle n'a pas été *stricto sensu* été rendue obligatoire, sauf pour le personnel des secteurs sanitaire, social et médico-social¹⁷⁰, a été nécessaire pour se rendre dans certains lieux publics (un test négatif pouvait

166 Art. 16- 4 du code civil.

167 Art. L.2131-1 du code de la santé publique.

168 MANN Jonathan (dir), *Santé publique et droits de l'Homme*, Assistance publique-Hôpitaux de Paris, Paris, « Espace éthique », 1997, p. 29.

169 Loi n° 2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de covid-19, *J.O.* du 24 mars 2020.

170 Loi n° 2021-1040 du 5 août 2021 relative à la gestion de la crise sanitaire, *J.O.* du 6 août 2021.

se substituer), comme les transports (notamment les trains et avions), les restaurants et lieux de loisirs (cinéma, théâtre...), les hôpitaux (pour l'accompagnant), etc...

Ainsi, l'État pour répondre à la crise de la Covid-19 a mis en place des mesures exceptionnelles, d'une ampleur bien plus importante que celle des mesures instaurées à la suite des attentats de 2015¹⁷¹ et l'instauration du plan Vigipirate par exemple, qui était également la réponse à un état d'urgence¹⁷².

III : Les limites de la santé publique

Toutefois, malgré les risques qu'elle peut présenter, la santé publique actuelle est surtout caractérisée par une insuffisance de moyens. Par conséquent, la menace d'une santé publique totalitaire est à relativiser. En dehors de la crise de la Covid-19, pendant laquelle la santé publique a été protégée, au détriment d'autres secteurs (économiques, éducatifs, culturels, etc.), la santé publique, et particulièrement en France, est une discipline pauvre, qui manque de moyens. En France, la prévention n'est pas assez développée peut-être parce que la sécurité sociale prend en charge financièrement un problème de santé : le curatif l'emporte sur le préventif.

L'objectif que se donne la santé publique, et les moyens qu'elle prétend mettre en œuvre pour l'atteindre appartiennent avant tout au discours. Le philosophe Fassin explique ainsi qu'il y a un décalage entre le discours de l'État et les actions concrètes mises en place, du fait de la difficulté de les organiser¹⁷³. Si le discours de la santé publique donne l'impression d'un quadrillage des mesures sanitaires, dans la pratique, on ne peut que constater « la faiblesse de ses moyens, la modestie de ses réalisations, la disproportion entre ce qu'elle prétend être et ce qu'elle est effectivement »¹⁷⁴. Fassin prend l'exemple de la prévention du sida, pour laquelle est organisée chaque année une distribution de brochures et de préservatifs pour la journée mondiale, sans pourtant de procédure d'échange de seringue, alors même qu'un décret de 1987¹⁷⁵ le préconise. Ainsi pour Fassin, il s'agit moins d'un bio-pouvoir que d'une bio-légitimité, une notion qui insiste davantage sur la légitimité

171 Décret n° 2015-1475 du 14 novembre 2015 portant application de la loi n° 55-385 du 3 avril 1955, *J.O.* du 14 novembre 2015.

172 *Ibid*, art 1 : « L'état d'urgence est déclaré, à compter du 14 novembre 2015, à zéro heure, sur le territoire métropolitain et en Corse ».

173 FASSIN, Didier. « Biopouvoir ou biolégitimité ? Splendeurs et misères de la santé publique », in GRANJON Marie-Christine (dir), *Penser avec Michel Foucault. Théorie critique et pratiques politiques*. Karthala, 2005, p. 161-182.

174 *Ibid*, p. 169.

175 Décret n° 87-328 du 13 mai 1987 portant suspension des dispositions du décret 72200 du 13-03-1972 réglementant le commerce et l'importation des seringues et des aiguilles destinées aux injections parentérales en vue de lutter contre l'extension de la toxicomanie, *J.O.* du 16 mai 1987.

de l'action du politique que sur l'action elle-même. La bio-légitimité s'appuie sur la bio-responsabilité, c'est-à-dire la responsabilité de l'État vis-à-vis de la population. Cette responsabilité se retrouve juridiquement, dans, premièrement, le préambule de la constitution de 1946, qui stipule que « La nation assure à l'individu et à la famille les conditions à leur développement. Elle garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et au vieux travailleur, la protection de la santé, de la sécurité matérielle, le repos et les loisirs [...] ». Deuxièmement, la Déclaration des droits de l'homme de 1948 énonce que « Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille [...] »¹⁷⁶. Troisièmement, le Pacte international sur les droits économiques, sociaux, et culturels préconise à l'article 12 que « 1) Les États partis au présent Pacte reconnaissent le droit qu'a toute personne du meilleur état de santé physique et mental qu'elle soit capable d'atteindre. 2) Les mesures que les États partis au présent Pacte prendront en vue d'assurer le plein exercice de ce droit devront comprendre les mesures nécessaires pour assurer (a) la diminution de la mortalité et de la mortalité infantile, ainsi que le développement sain de l'enfant; (b) L'amélioration de tous les aspects de l'hygiène du milieu et de l'hygiène industrielle; c) La prophylaxie et le traitement des maladies épidémiques, endémiques, professionnelles et autres, ainsi que la lutte contre ces maladies; d) La création de conditions propres à assurer à tous des services médicaux et une aide médicale en cas de maladie »¹⁷⁷. Ainsi, l'État est responsable de la santé de sa population. En cas de défaillance, lors de scandale sanitaire par exemple, la population peut légitimement demander des comptes aux dirigeants politiques : il s'agit de la bio-responsabilité.

La bio-politique n'est pas un pouvoir inconnu de la population : elle a conscience de l'action de l'État sur elle. Certaines résistances se forment contre elles, comme cela a pu être constaté pendant la crise de la Covid-19 avec les différents mouvements d'anti-masques, d'antivax, d'anti-pass sanitaire, ou encore les individus ne respectant pas les mesures mises en place (sans forcément de revendications politiques ou idéologiques). Dans ces cas précis, la bio-légitimité du politique n'est pas acceptée.

Par ailleurs, la bio-responsabilité du politique peut se retourner contre lui, lorsqu'il faillit à assurer à la population la santé promise. La santé publique n'est alors un sujet qu'en temps de crise (lors d'une épidémie, comme la Covid-19, ou d'un scandale sanitaire, comme le Mediator®). Il s'agit ici d'étudier l'affaire du sang contaminé, pour montrer que malgré un idéal de sécurité sanitaire, la pratique de la santé publique a échoué. En effet, dans les années 1980 et 1990, l'affaire du sang contaminé a été révélatrice des problèmes d'effectivité de la santé publique, et ce, particulière-

176 Assemblée générale des Nations unies, « Déclaration universelle des droits de l'Homme », Nations Unies, 217 (III) A, 1948, Paris, art. 25.

177 Assemblée générale des Nations unies, « Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels », Nations Unies, 2200 A (XXI), 16 décembre 1966.

ment en France, car la découverte scientifique d'un problème n'a pas immédiatement donné lieu à une réponse de la part du politique. En cela, cet exemple illustre les différentes étapes de la mise en œuvre d'une politique de santé publique, ainsi que les différents acteurs.

L'affaire du sang contaminé s'inscrit dans l'épidémie de sida, découvert aux États-Unis en juin 1981, en mars 1983 en France. Le sida – syndrome de l'immunodéficience acquise – est le stade ultime de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Le virus se transmet notamment par le sang, ce pourquoi les systèmes de transfusion sanguine ont été de manière dramatique touchés dans l'ensemble des pays. En France, près de la moitié des hémophiles¹⁷⁸ (45%)¹⁷⁹ a été contaminée, soit 2250 personnes, ainsi que 4 000 à 5 000 personnes non hémophiles¹⁸⁰ – nombre plus difficile à appréhender en l'absence de test systématique sur une population moins bien définie.

En France, les transfusions sanguines d'alors sont encadrées par la loi du 21 juillet 1952¹⁸¹, qui pose comme principes au don le bénévolat, le volontariat, l'anonymat et le non-profit. Sur le plan national, c'est le centre national de transfusion sanguine (CNTS) qui a la charge des transfusions sanguines. Créé par Arnault Tzanck en 1949 – il avait créé en 1923 le premier centre de transfusion sanguine à l'hôpital Saint-Antoine de Paris – le CNTS a pour activités la collecte, conservation et distribution des produits sanguins labiles¹⁸², la production de produits sanguins stables, la préparation de produits de diagnostic destinés à des examens de laboratoires et la recherche.

Le système est encadré par l'État¹⁸³ qui exerce une tutelle réglementaire, technique et économique sur le CNTS, notamment par le biais du ministre chargé de la Santé. A ce titre, la direction générale de la santé et la sous-direction de l'organisation des soins et programmes médicaux, délivre les agréments aux centres de transfusion sanguine et de leurs directeurs, et fixe par voie réglementaire entre autres choses les conditions de prélèvements, les quantités de sang ou de plasma pouvant être prélevées, les examens cliniques et biologiques auxquels sont soumis les donneurs et le sang. Le laboratoire national de santé publique a la charge de contrôler les produits sanguins. Le ministre de la santé est conseillé par une commission consultative de transfusion sanguine, qui donne son avis notamment sur les agréments et les nominations, sur l'organisation générale de la transfusion sanguine, sur la définition et la qualité des produits, etc. Cette commission est composée de onze représentants de l'administration et des organismes de la sécurité sociale, de six représentants

178 L'hémophilie entraîne un problème de coagulation, qui a comme conséquence la difficulté d'arrêter un saignement, d'où la nécessité parfois d'avoir des transfusions sanguines pour retrouver une coagulation normale.

179 HURIET Claude, SOURDILLE Jacques, « Rapport de la commission d'enquête sur le système transfusionnel français en vue de son éventuelle réforme », Sénat, 11 juin 1992, p. 18.

180 *Ibid*, p. 20.

181 Loi n°52- 854 du 21 juillet 1952 sur l'utilisation thérapeutique du sang humain, de son plasma et de leurs dérivés, *J.O.* du 22 juillet 1952.

182 Les produits sanguins labiles sont obtenus à partir d'un don de sang total, de plaquettes ou de plasma, tandis que les produits sanguins stables sont transformés en médicaments dérivés du sang.

183 Décret n°54- 65 du 16 janvier 1954 portant règlement d'administration publique pour l'application du livre VI du code de la santé publique concernant l'utilisation thérapeutique du sang humain, de son plasma et de leurs dérivés, *J.O.* du 21 janvier 1954.

des organismes intéressés par la transfusion sanguine (Croix Rouge, associations de donneurs...), treize représentants d'établissements de transfusions sanguine, trois directeurs d'établissements hospitaliers et cinq médecins en relation avec les établissements de transfusion sanguine. Une association pour le développement de la transfusion sanguine a également un rôle de concertation. La société nationale de transfusion sanguine, société savante regroupant des spécialistes est en outre représentée à la commission consultative.

Au niveau régional, un médecin conseiller régional conseille l'inspecteur divisionnaire de la santé sur l'orientation et la coordination de l'activité des établissements de transfusion sanguine. Les centres de transfusion sanguine (CTS) sont au nombre de 163. Ce sont des établissements juridiquement indépendants, avec une gestion mi-publique mi-privée. Ils peuvent être des associations loi 1901, ou relever d'un hôpital ou d'une collectivité locale. L'ensemble mène ses missions dans le cadre du service public de la transfusion sanguine. Ils collectent le sang et le plasma, les préparent (pour les concentrés cellulaires), les conservent et les distribuent. Parmi ces centres, sept disposent d'une habilitation à « fractionner » le plasma, pour fabriquer les produits stables : le centre national de transfusion sanguine de Paris, les centres régionaux de Bordeaux, Lille, Lyon, Montpellier, Nancy et Strasbourg. Les produits stables sont ensuite distribués à tous les centres de transfusion sanguine. A noter que l'activité de fractionnement génère la moitié du chiffre d'affaires de la transfusion. Si le CNTS de Paris occupe une place importante en menant des missions à caractère national, il n'est cependant pas le supérieur hiérarchique des autres centres. Or cette indépendance des centres peut mener à une concurrence entre eux, du fait d'un certain contexte économique, où le sang est sur le point de relever d'une catégorie de médicaments entrant dans le système économique libéral, conduisant à une logique « industrielle »¹⁸⁴.

Le système transfusionnel français repose sur le bénévolat, le volontariat, l'anonymat et le non-profit. Or ce fondement éthique pose problème en ce que le système considère le sang prélevé *a priori* comme sain : « dès lors que l'on vient spontanément proposer son sang sans rien attendre en retour, c'est qu'on est porté par un sentiment d'altruisme. De là on déduit que le donneur est une personne en bonne santé et que son sang est nécessairement sain. Cela a longtemps été vrai ; mais ce raisonnement s'est accompagné d'un sentiment de sécurité contraire à la vigilance oui à la “ suspicion ” dont doit faire preuve tout système de santé »¹⁸⁵. Ainsi, au début de l'affaire du sang contaminé, le système a failli par manque de vigilance. Ce manque de vigilance s'est accentué par le besoin de transformer la logique du système transfusionnel pour qu'il devienne économiquement viable. A cet effet, des collectes ont été organisées par exemple dans les prisons, jusqu'à représenter

184 HURIET Claude, SOURDILLE Jacques, « Rapport de la commission d'enquête sur le système transfusionnel... », *op. cit.*, p. 45.

185 *Ibid*, p. 41.

40 % des collectes¹⁸⁶. Or la population carcérale à l'époque est une population particulièrement touchée par le VIH. Des médecins en 1985 considèrent que la prévalence du VIH dans les maisons d'arrêt des grandes villes est de « 50 à 200 fois plus élevé[e] que celle de la population générale français qui avoisine 1 ‰ »¹⁸⁷. Par ailleurs, pour répondre aux besoins en plasma, supérieurs à ce que la France peut produire, des importations ont lieu, certaines étant illégales – et de ce fait, sans garanties sanitaires.

A partir de 1983, des liens entre transfusion sanguine et contamination commencent à émerger, notamment auprès des personnes hémophiles, qui, du fait de leur situation, bénéficient régulièrement de transfusions. A l'époque, les produits sanguins ne sont pas encore analysés biologiquement, c'est-à-dire qu'il y a peu ou pas de contrôle *a priori* dans la production sanguine. Un contrôle peut exister *a posteriori*, surtout lorsqu'il y a un problème de santé publique, mais avec une réactivité assez limitée. En termes de sécurité, un système transfusionnel connaît trois niveaux : d'abord, au niveau de la collecte du sang, avec la sélection des donneurs, puis au niveau du sang, par des tests biologiques, et enfin au niveau des produits sanguins destinés aux receveurs, par l'inactivation physico-chimique des produits plasmatiques. Au début des années 1980, la sécurité ne se fait qu'au niveau de la sélection des donneurs, grâce notamment à un questionnaire.

A ce moment, le système transfusionnel est en « pleine contradiction »¹⁸⁸ avec ses principes : « l'autosuffisance (supposée être garante de la qualité) n'était plus assurée au moment même où l'on commençait à s'interroger sur la qualité des produits, le principe du non-profit n'était pas respecté puisqu'on achetait du plasma provenant de donneurs rémunérés, des pratiques financières contestables se sont installées et surtout la logique industrielle voulait que l'on produise toujours davantage au moment où il eût été préférable, pour des raisons de santé publique de réduire autant que possible le recours aux produits sanguins »¹⁸⁹. Dans le même temps, parce qu'il repose sur des principes éthiques, le système jouit d'une confiance de l'opinion et des pouvoirs publics. De même du côté des médecins, la confiance est totale envers le système transfusionnel, alors même qu'il est assez mal connu d'eux.

A partir de 1983, une technique de chauffage des poches permet de limiter la contamination du sang, pour prévenir la transmission par voie sanguine. Il s'agit de chauffer les produits sanguins pour inactiver le virus par la température, et ainsi éliminer le risque du sida. Cette technique est développée aux États-Unis, par la firme américaine Travenol-Hyland et reconnue dans une publication

186 *Ibid*, p. 47.

187 BENEZECH Michel, RAGER Pierre, BEYLOT, « SIDA et hépatite B dans la population carcérale : une réalité épidémiologique incontournable », fac-similé de l'article paru dans le *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, n°171, 1987, p.215-218.

188 HURIET Claude, SOURDILLE Jacques, « Rapport de la commission d'enquête sur le système transfusionnel... », *op. cit.*, p. 47.

189 *Ibid*.

de la revue médicale *The Lancet* en 1984¹⁹⁰, qui recommande notamment de ne plus distribuer que des concentrés chauffés, particulièrement aux hémophiles. Toutefois, tous les centres ne disposent pas du matériel pour mettre en place le chauffage.

Pendant la moitié des années 1980, il s'agissait plus de développer les capacités de production française de sang, pour une autosuffisance nationale, plutôt que de sécuriser lesdites productions. Un rapport de l'IGAS de 1991 indique ainsi que : « l'autosuffisance est donc atteinte pour des produits qu'on admettra douteux dans quelques mois (facteur VIII non chauffé produit en France) »¹⁹¹.

Par ailleurs, aucune décision conjointe des différents centres régionaux n'est possible, du fait de la concurrence entre eux. Ainsi, alors que le CNTS de Paris signe dès 1983 un contrat avec une firme autrichienne pour un échange de technologie permettant de chauffer des produits sanguins, le CRTS de Lille ignore jusqu'en juillet 1984 l'enjeu essentiel de chauffage des produits pour l'inactivation virale. En outre, parce qu'il a signé ledit contrat avec la firme autrichienne, le CNTS refuse de s'associer avec le CRTS de Lille pour une coopération scientifique. Cela conduit en 1985 à ce que le CNTS ne maîtrise toujours pas la technique de chauffage et doive envoyer ses productions en Autriche. Plus tard, lorsque le CRTS de Lille propose d'enseigner aux six autres centres la technique gratuitement, seulement deux d'entre eux acceptent. Le CNTS de Paris y voit le risque d'être supplanté par un centre provincial.

En juillet 1985, un arrêté ministériel¹⁹² vient d'une part rembourser les produits chauffés, d'autre part suspendre le remboursement des produits non chauffés. A noter le décalage entre le remboursement des produits chauffés, le 1^{er} août, et celle de non remboursement des produits non chauffés, le 1^{er} octobre, couplé à une absence de mesure de rappel des produits non chauffés, qui a pour conséquence une utilisation massive des produits non chauffés, pour épuiser les stocks, avec toujours la volonté de ne pas importer des produits chauffés. Cette pratique est contestée par des médecins et des scientifiques. *The Lancet* écrit en novembre 1984 « qu'il serait injustifiable de prescrire ou de laisser utiliser par les hémophiles des préparations à risque de Sida alors qu'apparemment des produits sûrs sont disponibles »¹⁹³.

Ainsi le rapport du Sénat indique que trois facteurs principaux ont conduit au drame du sang contaminé : l'aveuglement du système au risque de contamination, le manque de message officiel et cohérent sur l'apparition du virus du Sida et la concurrence entre les différents centres de transfu-

190 « Blood transfusion, haemophilia and AIDS », *The Lancet*, december 1984, 22/29, p. 8417-8418 : 1433-1435.

191 Rapport de l'IGAS, septembre 1991, dit Rapport Lucas, cité par HURIET Claude, SOURDILLE Jacques, « Rapport de la commission d'enquête sur le système transfusionnel... », *op. cit.* p. 104.

192 Arrêté du 23 juillet 1985 relatif au tarif de cession des produits sanguins, *J.O.* du 24 juillet 1985.

193 *The Lancet*, cité par HURIET Claude, SOURDILLE Jacques « Rapport de la commission d'enquête sur le système transfusionnel... », *op. cit.*, p. 110.

sion. Concrètement, le risque n'a d'abord pas été identifié, puis mal identifié par les autorités. Cela a signifié une absence de mesures de sécurité (par exemple, l'absence de sélection des donneurs). De plus, la recherche était à la production pour atteindre l'autosuffisance, sans qu'une réflexion sur la sécurité ne soit développée en parallèle. Enfin, la concurrence entre centres a empêché une recherche efficace sur l'inactivation du virus.

Une fois les risques identifiés et les mesures à mettre en place connues, le politique a dû faire face à plusieurs considérations : « des considérations d'ordre éthique et des considérations d'ordre économique et financier »¹⁹⁴, par exemple, la question d'avertir le donneur quant à son éventuelle séropositivité lorsque son sang faisait partie d'un lot contaminé. Il n'a pas pu être question d'un dépistage individuel et systématique, pour des raisons financières. Ainsi, en mai 1985, le secrétaire d'Etat chargé de la Santé indique qu'un dépistage systématique présenterait plus d'inconvénients que d'avantages. Deux mois plus tard, le test de dépistage est généralisé, mais engendre un coût financier. Cette mesure vient bien après la demande de médecins et du directeur général de la santé. En outre, le test ne s'occupe pas des produits déjà prélevés et stockés. A noter qu'un retard dans la délivrance d'agrément des tests étrangers (notamment de la firme états-unienne Abbott) a été orchestré pour donner du temps à l'Institut Pasteur de créer le sien. Enfin, une sélection plus poussée des donneurs a semblé aller contre l'intimité de la personne (questionnaire trop intrusif), discriminatoire (notamment contre les personnes homosexuelles), et inefficace puisque le donneur pouvait toujours mentir.

Ainsi, malgré une organisation assez conséquente, l'affaire du sang contaminé montre une insuffisance de moyens pour la prévention, pour la sécurité, et de prise en compte des avis de spécialistes (notamment médecins). Le scandale a révélé un manque de coordination entre l'administration, la communauté scientifique et les politiques, ainsi qu'une recherche de production en termes quantitatifs, au détriment de la qualité des produits. L'affaire fut à la fois médiatique, financière (le fonctionnement du CNTS, notamment dans les salaires des dirigeants, était irrégulier) et politique puisque les considérations financières l'ont emporté sur la sécurité des transfusés.

Le Conseil d'Etat reconnaît en 1993 la responsabilité de l'Etat, « considérant qu'il résulte de l'instruction que le risque de contamination par le virus V.I.H. par la voie de la transfusion sanguine était tenu pour établi par la communauté scientifique dès novembre 1983 et que l'efficacité du procédé du chauffage pour inactiver le virus était reconnue au sein de cette communauté dès octobre 1984, [...], il appartenait à l'autorité administrative, informée à ladite date du 22 novembre 1984, de façon non équivoque, de l'existence d'un risque sérieux de contamination des transfusés et de la possibilité d'y parer par l'utilisation des produits chauffés qui étaient alors disponibles sur le mar-

¹⁹⁴ HURIET Claude, SOURDILLE Jacques « Rapport de la commission d'enquête sur le système transfusionnel... », *op. cit.*, p. 116.

ché international, d'interdire, sans attendre d'avoir la certitude que tous les lots de produits dérivés du sang étaient contaminés, la délivrance des produits dangereux, comme elle pouvait le faire par arrêté ministériel pris sur le fondement de l'article L.669 du code de la santé publique ; qu'une telle mesure n'a été prise que par une circulaire dont il n'est pas établi qu'elle ait été diffusée avant le 20 octobre 1985 ; que cette carence fautive de l'administration est de nature à engager la responsabilité de l'Etat à raison des contaminations provoquées par des transfusions de produits sanguins pratiquées entre le 22 novembre 1984 et le 20 octobre 1985 »¹⁹⁵.

Le scandale a conduit au jugement de trois ministres, de deux directeurs du CNTS et de quatre médecins. Le CNTS dernier fut remplacé par l'EFS par la loi du 1^{er} juillet 1998. Un fonds d'indemnisation pour les victimes fut créé.

L'affaire du sang contaminé met en lumière les limites de la santé publique, qui n'a pas toujours les moyens d'être mise en pratique. Ici, les préoccupations sanitaires se sont heurtées aux préoccupations financières et politiques liées à l'autosuffisance de la France. Les connaissances scientifiques n'ont pas été immédiatement appliquées (en partie parce qu'elles pouvaient être contradictoires, du fait de l'incertitude concernant la V.I.H. à l'époque). Les moyens engagés, par exemple dans le dépistage systématique, n'ont été engagés que tardivement. De manière générale, l'organisation n'a pas permis une uniformisation des mesures sur tous les centres. Une concurrence entre les centres a empêché une coopération scientifique et technique. Enfin, l'opinion publique a longtemps été laissée dans l'ignorance, du fait de la confiance générale dans le système de transfusion sanguine, ainsi qu'en l'absence de transparence de ce dernier.

195 Conseil d'État, Assemblée, 9 avril 1993, *recueil Lebon*.

Chapitre VI : Un nouveau projet de santé publique

« Ils ont échoué parce qu'ils n'avaient pas commencé par le rêve »
Nicolas Shakespeare

De nombreuses comparaisons peuvent être tissées entre l'hygiénisme et la santé publique actuelle – sujet d'étude, acteurs, difficultés –, toutefois, l'hygiénisme se différencie de la santé publique en raison du projet sociétal qu'il portait en lui, et que la santé publique contemporaine a perdu. Il s'agira ici de revenir sur le caractère utopique de l'hygiénisme, au travers l'étude du solidarisme (I), pour saisir l'enjeu de d'une utopie de santé publique actuelle (II), sous la forme d'un projet sociétal écrit avec les citoyens (III).

I. L'utopie hygiéniste

L'hygiénisme au XIXe siècle avait une dimension utopique, au sens où il rêvait non seulement d'une meilleure santé, mais également d'une meilleure société, dans laquelle l'homme vivrait mieux. L'hygiénisme portait alors un projet concernant l'ensemble de la société (et non les domaines strictement sanitaires). La révolution industrielle permettait de croire en une transformation profonde de la société, par le progrès qu'elle apportait : « l'industrialisation [...] est associée à un projet de ville utopique dans l'idée que progrès technique et progrès social sont non seulement compatibles, mais doivent nécessairement se développer en parallèle pour améliorer le sort de l'humanité dans son ensemble, toutes classes confondues »¹⁹⁶. Cette dimension d'utopie a déjà été évoquée lors de l'examen du roman de Jules Verne *Les Cinq Cents Millions de la Béguine*, ainsi que du Familistère de Guise de Jean-Baptiste Godin. Les deux ont développé une cité idéale. Cette dernière, répondant aux critères hygiénistes, mais sans s'arrêter à l'hygiène stricto sensu, se préoccupait également entre autres d'éducation, de culture et de pratique démocratique.

Par ailleurs, comme vu précédemment, l'hygiénisme à la fin du XIXe siècle nourrit et se nourrit du solidarisme, qui considère que les individus ne sont pas isolés dans la société, mais interdépendants – tout comme le prouve la bactériologie développée notamment par Pasteur et

¹⁹⁶ BARABINO Victor, « Utopies urbaines du 19e siècle et Anthropocène » in GRUMBACH Stéphane, HAMANT Olivier, LE GALL Julie, NEGRUTIU Ioan (coord.), *Anthropocène à l'école de l'indiscipline*, Editions du temps circulaire, Lyon, Collectif Anthropocène, 2020, p. 198.

Koch. Les individus sont « solidaires entre eux quant à la santé »¹⁹⁷. Le solidarisme porte en lui un projet utopique, où les individus s'uniraient davantage en reconnaissant davantage les liens de solidarité qui les relient. Léon Bourgeois (1851-1925) théorise ce projet notamment dans l'ouvrage *Solidarité*, publié pour la première fois en 1896.

A court terme, le solidarisme permet une évolution législative pour davantage de protection sociale. C'est ainsi que la IIIe République met en place progressivement des lois d'assistance. Plus tard, le solidarisme inspire grandement la création de notre sécurité sociale, créée au sortir de la seconde guerre mondiale, et qui apparaît comme une forme concrète de ce qu'appelle l'homme politique Léon Bourgeois.

Bourgeois cherche à développer une troisième voie entre le libéralisme et le socialisme, qui sont chacun marqués par l'échec de réunir la liberté et l'égalité.

D'une part, le libéralisme refuse toutes les interventions de l'État, si ce n'est celles qui garantissent aux hommes d'être libres et qui protègent la propriété individuelle. Toute autre intervention est critiquée parce qu'elle restreint la liberté. La limite de la liberté d'un individu est celle des autres individus. Il s'agit pour l'État de garantir que cette limite soit respectée, c'est-à-dire de garantir une limite juste, au sens où chacun soit libre, et puisse jouir du produit de son travail. Le caractère juste n'est donc pas dans le rapport entre les hommes, mais plus dans le rapport que les hommes entretiennent individuellement avec leurs droits – liberté et propriété individuelle. Dans cette perspective, le libéralisme considère que le système économique se régule par lui-même, par le jeu de lois naturelles, qu'il ne faudrait pas entraver. Par conséquent, il n'existe pas de système social fondé sur les cotisations sociales. Les seules atteintes à la propriété privée se font par l'impôt, notamment utilisé pour le fonctionnement de l'État, et donc pour la protection de la propriété privée, qui est la mission principale de l'État. Le système social n'existe donc pas, seule la charité privée, à caractère uniquement moral permet d'aider les autres – de manière bien moins systématique et permanente qu'un système social pérenne. Enfin, le système en son ensemble se justifie par la liberté laissée à l'individu, qui peut selon la loi se livrer à nombre d'activités. Le caractère abstrait de cette liberté n'est pas pris en compte, en ce qu'il n'y a pas de différence faite entre ce que peut faire de droit un individu et ce qu'il faut faire de fait. Or, un homme pauvre pourra selon la loi avoir accès aux grandes écoles, ouvrir un commerce, etc., mais dans les faits, il ne lui sera pas possible de le faire, compte tenu son manque de ressource et l'absence d'aide sociale. La responsabilité de réussir est laissée à l'individu seul, sans prendre en compte les inégalités (notamment financières) qui existent. L'individu doit lutter pour son existence, considérant que personne ne l'aidera s'il échoue. Pour le libéralisme, cela permet une course perpétuelle au progrès,

197 MARION Henri, cité par MURARD Lion, ZYLBERMAN Patrick, *L'hygiène dans la République...*, op. cit, p. 470.

puisque chacun doit, pour enrichir son capital, travailler, innover, etc., c'est-à-dire participer au développement de la société. Le libéralisme considère l'homme comme avant tout un être isolé et libre, dont il faut protéger la liberté, au détriment de toute recherche d'égalité entre les individus.

D'autre part, le socialisme sacrifie la liberté des individus pour leur égalité. Ainsi, l'État socialiste doit faire preuve d'un grand interventionnisme pour garantir une juste répartition des biens. Le caractère juste est assuré dans le rapport entre les hommes : il ne faut plus d'hommes immensément riches d'une côté et d'hommes immensément pauvres de l'autre. Il faut au contraire une meilleure redistribution des richesses, ce qui implique une intervention dans le système économique. L'État doit forcer l'égoïsme humain à partager ses richesses, considérant que si la société a connu de nombreux progrès, elle n'a pas permis aux plus démunis d'en profiter. Il faut donc, avant la liberté, protéger le droit à l'existence dans des conditions matérielles dignes. Il faut rétablir l'équilibre entre les richesses, quand bien même cet équilibre violerait la propriété individuelle (par la collectivisation, les impôts graduels (qui toucheraient davantage les plus riches), les cotisations sociales, etc.). Le socialisme se justifie par sa défense du plus démunis, à qui il redonne des biens lui permettant d'exister. Les hommes n'ont plus à lutter pour leur existence, car celle-ci est assurée au minimum par un système social, pérenne et systématique (contrairement à la charité). Le système social est fondé par des lois : il a des fondements juridiques et non plus seulement moraux.

Face à cette impasse, Bourgeois considère qu'avec le solidarisme, il est possible d'arriver à une réunion de la liberté et de l'égalité. Pour le solidarisme, l'homme n'est pas un être isolé, mais un être en rapport avec la société dans laquelle il vit et les autres hommes qui vivent dans celle-ci. Sur ce point, Bourgeois a sans doute été influencé, d'une part par Durkheim et sa sociologie, d'autre part par les théories scientifiques de la fin du XIXe siècle, notamment la bactériologie, qui mettent en lumière la maladie de l'homme, non plus seulement à cause de son milieu (théorie miasmatique qui était plus ancienne), mais également de la contagion par d'autres hommes. Ainsi, l'homme « est une unité, et il est la partie d'un tout »¹⁹⁸. Le rapport qu'un individu entretient avec la société et les autres hommes est un rapport de dette. En effet, lorsqu'il naît, l'homme nécessite des biens, que la société lui offre, alors qu'il n'a rien. Cela lui permet d'exister, de grandir, et de devenir adulte. Cette dette couvre tant la nourriture, que le langage, la connaissance et la technique, les infrastructures de la société, la technologie, ou encore les œuvres de génie du passé. L'homme vit dans une société qui l'accueille et lui donne accès à une multitude de biens qu'il n'a pas produits lui-même.

C'est une dette contractée à deux niveaux, d'une part au niveau des hommes passés, qui ont construit et développé les biens de la société, d'autre part au niveau des hommes contemporains, qui

198 BOURGEOIS Léon, *Solidarité*, *op. cit.*, p. 34.

entretiennent ces biens. Ainsi, « la connaissance des lois de solidarité des êtres vivants n'a pas seulement détruit l'isolement de l'homme dans le milieu où il vit ; elle a détruit du même coup son isolement dans la durée ; elle a établi que, pour déterminer complètement sa situation naturelle et morale, il était indispensable de tenir compte du lien qui le rattache à ses ancêtres et à ses descendants. L'homme ne devient pas seulement, au cours de sa vie, le débiteur de ses contemporains ; il est un obligé. *L'homme naît débiteur de l'association humaine* »¹⁹⁹. Il existe donc une dette pour chaque individu, envers l'ensemble de l'humanité. Cette dette n'est pas négative, car, pour la rembourser, l'individu doit permettre aux autres individus de bénéficier des mêmes biens dont il a bénéficié (nourriture, langage, etc.), c'est-à-dire qu'il doit au minimum maintenir le capital commun de l'humanité, si ce n'est l'augmenter. Ce capital commun passe d'individus à individus, à travers les générations, s'enrichissant progressivement. L'individu reçoit d'abord, pour ensuite restituer.

Cette dette n'est donc pas créatrice d'appauvrissement, mais au contraire d'enrichissement, considérant que chacun participe à non seulement restituer ce capital, mais à l'accroître. « Ce n'est pas pour chacun de nous en particulier que l'humanité antérieure a amassé ce trésor, ce n'est ni pour une génération déterminée, ni pour un groupe d'hommes distinct. C'est pour tous ceux qui seront appelés à la vie, que tous ceux qui sont morts ont créé ce capital d'idées, de forces et d'utilités. C'est donc envers tous ceux qui viendront après nous, que nous avons reçu des ancêtres charge d'acquitter la dette ; c'est un legs de tout le passé à tout l'avenir. Chaque génération qui passe ne peut vraiment se considérer que comme en étant l'usufruitière, elle n'en est investie qu'à charge de le conserver et de le restituer fidèlement. Et l'examen plus attentif de la nature de l'héritage conduit à dire en outre : *à charge de l'accroître* »²⁰⁰. Cela suppose que l'individu, lorsqu'il vit, doit travailler à maintenir, si ce n'est améliorer, le niveau de la société dans lequel il vit. Il doit travailler au progrès de la société, pour en faire cadeau aux futures générations²⁰¹.

Il existe donc une dette pour chaque individu. Cette dette n'est pas choisie, au sens où l'individu ne choisit pas de naître dans une société qui lui donne accès à une multitude de biens. Ce n'est pas une dette contractualisée, mais un quasi-contrat, car il apparaît à l'individu lorsque celui-ci est déjà dans la position de dette. « Le *quasi-contrat* n'est autre chose que le contrat rétroactivement consenti »²⁰². Ici, Bourgeois s'oppose à Rousseau, pour qui l'homme passe un contrat pour entrer en société. Dans le solidarisme, l'individu naît dans une société et bénéficie de ses biens, et ce faisant

199 *Ibid*, p. 43.

200 *Ibid*, p.45.

201 Cette perspective est marquée d'optimisme, qui n'est plus tout à fait d'actualité, sans doute déjà depuis la Seconde Guerre mondiale, considérant qu'il a été établi que, si l'Homme pouvait faire de grandes choses, il pouvait également détruire, d'une part l'humanité, d'autre part la planète tout entière. Aujourd'hui, la question climatique met en question le cadeau fait aux générations futures d'une planète aux conditions de vie rendues difficiles par l'activité humaine.

202 BOURGEOIS Léon, *Solidarité, op cit.*, p. 48.

contracte la dette sans en avoir conscience. Ce n'est que plus tard qu'il y consent. Il ne peut refuser cette dette, car il est effectivement en situation de dette. Même s'il quittait la société, il serait toujours endetté auprès de celle-ci. Même s'il remboursait tous les biens qu'il a utilisés, d'un point de vue matériel, il ne pourrait le faire pour les outils conceptuels, en premier lieu le langage.

Cette dette permet au niveau de la société un échange permanent de biens et de services, avec d'une part les individus qui contractent la dette, d'autre part les individus qui s'en acquittent, c'est-à-dire les individus qui nécessitent des biens, ou ceux qui les produisent. « Un échange de services s'établit nécessairement entre chacun des hommes et tous les autres. Le libre développement des facultés, des activités, en un mot, de l'être, ne peut être, pour chacun d'eux, obtenu que grâce au concours des facultés et des activités des autres hommes du même temps et n'obtient son degré actuel d'intensité et de plénitude que grâce aux efforts accumulés des facultés et des activités des hommes du temps passé. »²⁰³ Cette dette est également à comprendre dans un sens positif, car personne n'y perd. Dans une dette traditionnelle, selon les intérêts fixés, parmi le débiteur ou le créancier, l'un gagne davantage. Ici, chaque individu se retrouve au cours de sa vie dans la position du débiteur et du créancier, selon sa situation. C'est cette dette qui lie tous les hommes entre eux. Ce sont des liens solidaires, en ce que l'individu nécessiteux va bénéficier des biens de la société, et plus tard, il produira ses biens, qui bénéficieront à d'autres.

Enfin, cette dette permet de concilier égalité et liberté. En effet, en posant que l'homme est d'abord solidaire des autres, Bourgeois lui permet d'utiliser les biens nécessaires à son existence. Plus tard, parce qu'il se découvre en situation de dette, l'homme travaille à produire ses biens, qui serviront à d'autres, ce qui permet l'égalité entre les hommes, en ce que chacun aura accès aux mêmes biens. Une fois sa dette remboursée, l'homme est libre d'utiliser ses biens comme il le souhaite. Bourgeois ne supprime pas la propriété individuelle (comme le fait le socialisme), il fait passer avant celle-ci la dette à rembourser. Mais une fois qu'il s'est acquitté de sa dette, l'individu est libre. Bourgeois explique cela dans son exemple : « Si j'ai, moi, une fortune de 20 000 francs, je suis libre de la dépenser à ma guise. Mais si j'ai un débiteur de 18 000 francs sur ces 20 000, et si le titre de cette créance est valable contre moi, je ne suis pas libre de dépenser 20 000 francs ; je suis libre simplement d'en dépenser 2 000 »²⁰⁴. Ainsi, le solidarisme renverse la devise française : « La forme de la Révolution française est : liberté, égalité, fraternité. [...] Nos observations tendent simplement à modifier l'ordre de ses trois termes. La solidarité est le fait premier, antérieur à toute organisation sociale ; elle est en même temps la raison d'être objectif de la fraternité. C'est par elle qu'il faut commencer. *Solidarité* d'abord, puis *égalité* ou *justice*, ce qui est en vérité la même

203 *Ibid*, p. 49.

204 *Ibid*, p. 76.

chose ; enfin, *liberté*. Voilà, semble-t-il, l'ordre nécessaire des trois idées où la Révolution résume la vérité sociale »²⁰⁵.

Dès la III^e République, l'idée d'une assistance organisée par l'État et non plus l'Église ou des associations d'initiative privée émerge. Au début du XX^e siècle, au moment où Bourgeois présente sa doctrine, plusieurs lois d'assistance²⁰⁶ entrent en vigueur. Toutefois, le projet de Bourgeois ne s'est concrétisé de manière complète qu'à partir de 1945 où la sécurité sociale est créée. Il s'agira ici de revenir sur le projet complet de Bourgeois, puis de le comparer à la situation actuelle française.

Le remboursement de la dette de l'individu doit s'effectuer par le biais de l'État. Bourgeois définit l'État comme une simple association des hommes, qui n'est en rien une structure supérieure aux hommes. L'État fonctionne par et pour les hommes. « En détruisant la notion abstraite et *a priori* de l'homme isolé, la connaissance des lois de la solidarité naturelle détruit du même coup la notion également abstraite et *a priori* de l'État, isolé de l'homme et opposé à lui comme un sujet de droits distincts ou comme une puissance supérieure à laquelle il serait subordonné. L'État est une création des hommes. »²⁰⁷ C'est donc par la loi, élaborée, discutée et votée par les hommes, que l'obligation de s'acquitter de sa dette peut être tenue, puisqu'il n'est pas possible à un homme de rembourser individuellement les hommes auprès de qui il se serait endetté (car ils sont morts, et bien trop nombreux). Pour Bourgeois, cette obligation doit passer, concrètement et matériellement par une contribution sociale, qui permette à la société de se développer, et aux individus d'être protégés en cas de risque. Il s'agit donc d'organiser le processus de solidarité déjà à l'œuvre, pour assurer certains droits à tous. Ce que Bourgeois propose est une solidarité organisée au niveau de la société, qui, d'une part, protège les individus, d'autre part, permette le développement, grâce à la contribution de tous, fondée sur leur dette individuelle : « Que les hommes consentent à organiser entre eux des institutions vraiment mutuelles, supportées par tous et ouvertes à tous, ayant pour objet d'assurer à tous les hommes aussi largement que possible l'appui de la force commune, et de les garantir, aussi exactement que possible, contre les risques de la vie commune ; que l'instruction soit offerte gratuitement à tous, et dans les conditions telles que tous puissent en réalité en profiter ; que cette instruction ne soit pas seulement assurée au degré primaire, mais offerte jusqu'au point où l'aptitude intellectuelle de chacun lui permet d'en tirer vraiment profit ; que la vie matérielle soit assurée à ceux qui sont, comme l'enfant, ou l'infirme, dans l'impossibilité de se l'assurer par eux-

205 *Ibid*, p. 76-77.

206 Lois du 27 et 28 juin 1904 relative aux enfants assistés ; loi du 14 juillet 1905 relative à l'assistance aux vieillards, infirmes et incurables privés de ressources ; loi du 17 juin et 14 juillet 1913 relative au secours aux femmes enceintes sans secours ; loi du 14 juillet 1913 relative à l'aide aux familles nombreuses nécessiteuses.

207 BOURGEOIS Léon, *Solidarité*, *op. cit.*, p. 35.

mêmes ; que tous les membres de la société s'assurent mutuellement contre les risques que la nature ou la civilisation font courir à tous : maladie, accidents de toute nature, chômage involontaire, vieillesse ; et, pour toutes ces causes, et bien d'autres encore que nous ne pouvons énumérer ici, la dette de chacun envers chacun se trouvera d'autant réduite, et, comme on dit en droit, compense, puisque chacun aura pour l'ensemble des institutions communes consenti sa part de sacrifices et payé d'avance, non à chacun en particulier, mais à tous, sa contribution sociale. »²⁰⁸

Ainsi, pour Bourgeois, il faut l'éducation gratuite et fondée sur le principe de méritocratie, une assistance pour ceux touchés par les risques de la maladie, des accidents, du chômage et de la vieillesse, et à ceux incapables de travailler par eux-mêmes, à savoir l'enfant ou l'infirme.

La III^e République à partir des lois Ferry²⁰⁹ met en place l'éducation gratuite, comme l'appelle de ses vœux Bourgeois. Toutefois, le caractère méritocratique du système éducatif est fortement critiqué, notamment par la sociologie²¹⁰ depuis les années 1970, en ce que s'il n'existe plus de critère financier pour accéder à l'éducation, cette dernière se fonde sur la culture et les codes sociaux des élites, dont les héritiers se trouvent alors avantagés comparés aux enfants d'autres classes.

Par ailleurs, depuis 1945²¹¹, la France possède la Sécurité sociale. Au sens large, on comprend la sécurité sociale comme la protection sociale, qui va protéger les individus de certains risques qui surviennent dans leur vie. Au sens strict, la Sécurité sociale est un ensemble d'institutions qui a pour vocation de protéger la population de certains risques sociaux. La sécurité sociale est composée de 5 branches : la branche maladie (maladie /maternité /invalidité décès), la branche famille (dont handicap et logement), la branche accidents du travail et maladies professionnelles, la branche retraite (vieillesse et veuvage) et la branche autonomie (personnes âgées et personnes handicapées). Enfin, la sécurité sociale comprend une branche cotisation et recouvrement, chargée de collecter l'ensemble des cotisations et contributions de sécurité sociale, qui permettent de financer les autres branches. La Sécurité sociale est la « garantie donnée à chacun qu'en toutes circonstances il disposera des moyens nécessaires pour assurer sa subsistance et celle de sa famille dans des conditions décentes »²¹². Les risques dont la Sécurité sociale protège sont les mêmes que ceux dont Bourgeois parle, notamment le chômage, la maladie, l'accident, et la vieillesse.

208 *Ibid*, p. 69-70.

209 Loi du 16 juin 1881 établissant la gratuité absolue de l'enseignement primaire dans les écoles publiques ; loi du 28 mars 1882 sur l'enseignement primaire obligatoire.

210 PASSERON Jean-Claude, BOURDIEU Pierre, *La Reproduction, Éléments pour une théorie du système d'enseignement*, Éditions de Minit, France, Sens commun, 1970.

211 Ordonnance du 4 octobre 1945 portant organisation de la sécurité sociale, *J.O.* du 6 octobre 1945.

212 Ordonnance du 4 octobre 1945 portant organisation de la sécurité sociale, *op. cit.*, exposé des motifs.

Les différents organismes de la sécurité sociale sont des organismes de droit privé. Néanmoins, l'État a une forte influence croissante au fil des années sur eux. Cela s'explique par les masses financières brassées par la sécurité sociale. En 2019, par exemple, les dépenses des régimes de base et du fonds de solidarité vieillesse représentent 510 milliards d'euros (le budget de l'État est de 330 milliards par comparaison). Il est donc normal que l'État s'y intéresse. Par ailleurs, le système de cotisation a un impact sur le coût du travail, qui est plus cher par rapport à certains pays où il n'y en a pas. L'État estime donc qu'il est nécessaire pour lui d'avoir un droit de regard sur ce qui est fait par la Sécurité sociale. Les organismes de sécurité sociale sont pilotés par la Direction de la Sécurité sociale, rattachée aux ministères chargés de l'Économie et des Finances, du Travail, de la Santé et des Solidarités. La Direction de la Sécurité sociale est responsable de l'équilibre financier de comptes sociaux et doit préparer les lois de financement de la sécurité sociale chaque année. Ces lois, créées en 1996, ont pour objectif d'équilibrer les comptes de la sécurité sociale. Le parlement les vote chaque année, même si leur montant peut être dépassé.

La Sécurité sociale est financée notamment par les cotisations liées à l'activité, à la charge l'employeur et de l'employé. Elles représentent 61 % de financement de la protection sociale²¹³. Il y a également la contribution sociale généralisée, qui touche le revenu d'activité, mais pas uniquement (patrimoine, placement...). Elle représente 13 % des ressources. Il y a aussi des impôts et des taxes, par exemple, les taxes sur l'alcool, les boissons sucrées et le tabac, qui participent aux frais de santé supportée par la Sécurité sociale. Cela représente 12 %. L'État participe à hauteur de 12 %, notamment pour préserver l'équilibre financier de certains régimes (par exemple celui des exploitants agricoles). Enfin, il y a 2 % de recettes diverses, qui proviennent de placements et contentieux gagnés. Ainsi, la Sécurité sociale est financée par chacun, ou du moins, chaque individu en capacité de le faire (par ses impôts, son travail ou ses achats).

Ainsi, la Sécurité sociale est une forme, sinon parfaite, du moins convaincante de ce que Bourgeois appelle de ses vœux, en ce qu'elle permet aux Français en capacité (surtout les travailleurs) de contribuer à protéger les autres qui ne peuvent pas trouver subvenir à leurs besoins. Ceux sont en premier lieu les enfants, les retraités, les malades... Or comme chaque Français a été enfant, il a bénéficié de ce système, et c'est donc assez naturellement qu'il y contribue, une fois adulte. Puis, une fois âgé, il perçoit une retraite. L'échange de biens s'effectue donc entre les générations.

La Sécurité sociale permet aux Français de bénéficier, de manière égalitaire, de prestations. Celles-ci peuvent être contributives ou non. Lorsqu'elles sont contributives, cela signifie que leur montant varie selon le niveau de cotisation. Les retraites sont plus ou moins élevées selon si on a

213 DAMON Julien, FERRAS Benjamin, *La sécurité sociale*, PUF, Paris, Que sais-je, 2020, p. 60-61.

cotisé longtemps ou non, étant donné que lorsqu'on a cotisé longtemps, cela signifie qu'on a apporté plus pour les autres. D'autres cotisations ne sont pas contributives : les soins de santé sont assurés, quel que soit le montant de cotisation. Dans le même temps, la Sécurité sociale permet au Français d'exercer leur liberté, en ne s'appropriant pas excessivement leurs biens, c'est-à-dire en ne violant pas leur propriété individuelle. Par exemple, si elle sert de filet pour les classes les plus défavorisées, elle ne spolie pas les plus riches. En ce sens, la Sécurité sociale se situe donc bien entre le libéralisme et le socialisme.

Ainsi, le Solidarisme de Bourgeois a permis l'émergence de la sécurité sociale, à partir d'un projet sociétal d'envergure, fondé sur une théorie d'une solidarité entre individus. Au XIXe siècle, le projet de Bourgeois pouvait encore être considéré comme utopique, aujourd'hui, il est mis en œuvre depuis plus de 70 ans.

II. L'enjeu d'une utopie de santé publique

Actuellement, la santé publique ne se présente plus comme une utopie, ce qui peut expliquer le manque d'adhésion et d'intérêt pour cette discipline. Ainsi, comme vu précédemment, la stratégie nationale de santé ne décrit pas une société utopique, comme cela a pu être le cas pour les hygiénistes au XIXe siècle. Elle se décline seulement en objectifs opérationnels, que l'on peut mesurer avec des indicateurs. La dimension de rêve d'une meilleure société est effacée pour une opérationnalité rationnelle. Ce constat ne s'applique pas seulement à la santé publique, mais il est particulièrement vrai pour elle, en comparaison avec les utopies imaginées par les hygiénistes, comme vu précédemment.

Ainsi, le rêve n'est plus la forme utilisée par le politique. L'économiste Max Weber dans l'article « Les trois types purs de la domination légitime »²¹⁴, publié à titre posthume en 1922, décrit trois formes de domination. Celle mise en place dans la démocratie contemporaine française est la « domination rationnelle-légale », qui s'est développée avec le développement du capitalisme, ainsi que la bureaucratisation. La domination légale comprend une législation, qui évolue pour mieux s'adapter. Elle comprend donc un appareil bureaucratique. La législation permet d'établir des règles : « on obéit non pas à la personne en vertu d'un droit qui lui est propre, mais à la règle codifiée qui précise à qui l'on doit obéir, et dans quelles limites on doit lui obéir. Lorsqu'il émet un ordre, celui qui donne des ordres obéit lui aussi à une règle : à la « loi » ou au « règlement », à une norme formellement abstraite. Le type de celui qui donne des ordres est le « supérieur hiérarchique » dont le droit à la domination est légitimé par une règle codifiée à l'intérieur d'une « com-

²¹⁴ WEBER Max, « Les trois types purs de la domination légitime (Traduction d'Elisabeth Kauffmann) », *Sociologie*, PUF, Paris, 2014/3 (Vol. 5), p. 291-302.

pétence » objective, la délimitation de cette dernière reposant sur une spécialisation, à la fois en fonction de son adéquation par rapport à des buts concrets à atteindre, et d'une définition du travail spécialisé exigé du fonctionnaire ». Ainsi, celui qui donne des ordres est lui-même soumis à la règle codifiée. Par ailleurs, cette règle est formulée de manière impersonnelle et abstraite, et est adoptée rationnellement, c'est-à-dire qu'elle est choisie par le peuple ou par ses représentants, sur la base de « considérations rationnelles en finalité pesant avantages et inconvénients ». Dans ce type de régime, il y a alors peu de place à l'utopie.

Par ailleurs, après le XXe siècle, il est plus difficile de croire encore à l'idée de progrès des Lumières, et par conséquent, en la possibilité d'une meilleure société. Le rêve lorsqu'il n'est pas vu comme le signe d'immaturation, d'irrationnalité ou de naïveté, est voué à l'échec. Le réchauffement climatique et de l'effondrement de la biodiversité, couplée à l'inaction (ou l'action limitée) des politiques rend plus difficile la perspective d'une meilleure société, en témoigne l'essor des dystopies. En outre, l'esprit du collectif, si cher à la santé publique, est mis en péril par l'individualisme croissant des sociétés, qui entraîne le développement de rêves individuels, (pour un individu, un couple voire une famille, mais sans plus). « Les grandes utopies, scientifiques ou politiques, sont épuisées ; nous n'avons plus foi en un avenir qui serait mécaniquement meilleur et plus juste. Il reste pour les individus l'espoir d'un mieux-être, la fête des sens, l'attente des beautés qui nous sortent de la grisaille du quotidien »²¹⁵.

Or, le fait que la santé publique ne s'exprime plus qu'en objectifs fractionnés, sans vue d'ensemble, peut jouer un rôle dans la critique de certains vis-à-vis d'elle. En effet, même si les hygiénistes ont connu des résistances au XIXe siècle, ces résistances étaient présentes au niveau des actions concrètes de la santé publique (vaccination, interdiction d'habiter des logements insalubres, etc.), mais lorsque les hygiénistes décrivaient la société dont ils rêvaient, ils trouvaient du soutien, même en dehors de la communauté scientifique.

Aussi, il faudrait que la santé publique renoue avec un projet qui s'appuie sur les valeurs républicaines, pour se défendre contre ses détracteurs, comme l'a fait l'hygiénisme au XIXe siècle. La santé publique devrait pour se justifier sortir du champ purement sanitaire et montrer qu'elle peut améliorer les conditions de vie des personnes, et permettre une amélioration de l'égalité entre les personnes. Le fait de renouer avec l'utopie permettrait à la santé publique de s'attacher à ses difficultés actuelles, qui l'empêchent d'atteindre ladite utopie. Ainsi, il ne s'agirait pas d'être coupé de la réalité, mais de la dépasser, par la détermination de la changer. A ce propos, le philosophe Ernst Bloch écrit que : « La vie de tous les hommes est sillonnée de rêves éveillés entre lesquels, certes, entre une part de fuite insignifiante, alanguissante aussi, dont les imposteurs savent tirer parti. Mais

215 LIPOVESTKY Gilles, cité par CONIEZ Hugo in *Questions de culture générale*, Librairie générale de droit et de jurisprudence, Paris, Les Grands concours, 2020 (5^e édition), p. 539.

il s'y trouve autre chose, qui stimule, qui empêche que l'on s'accommode à l'existant néfaste et que l'on renonce. Cette autre partie a l'espoir pour noyau et elle peut être instruite. [...] La catégorie de l'utopie possède donc, à côté de son sens habituel et justement dépréciatif, cet autre sens qui, loin d'être nécessairement abstrait ou détourné du monde, est au contraire centralement préoccupé du monde : celui du dépassement de la marche naturelle des événements »²¹⁶.

Ainsi, la santé publique devrait s'exprimer dans un langage moins politico-administratif, pour retrouver une dimension utopique – rien n'empêche par ailleurs de garder les objectifs opérationnels. Cela comporterait plusieurs avantages.

En premier lieu, cela permettrait de retrouver une cohérence, parfois perdue. Par exemple, ce n'est pas avec le nombre d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou de personnels soignants par habitant qu'il faut définir la prise en charge des personnes âgées. Il faut partir de ce que les résidents, actuels et futurs, ainsi que leurs proches, veulent en termes de prise en charge. Pour ce cas précis, c'est une question qui s'adresse à l'ensemble des Français, considérant qu'ils seront sans doute un jour amenés à avoir un proche en EHPAD, voire à y entrer eux-mêmes. Ainsi faudrait-il partir des questions suivantes : comment voulons-nous prendre soin de nos anciens ? Comment voulons-nous vivre, une fois devenus âgés et dépendants ? Or ce sont des questions d'abord éthiques et philosophiques avant d'être des questions relatives à l'organisation médico-sociale ou à la prise en charge de l'utilisateur d'un établissement médico-social. Par conséquent, les réponses – en considérant qu'elles peuvent être multiples – ne peuvent être décidées dans des bureaux, elles doivent faire appel aux citoyens et aux acteurs de terrain. A partir des volontés de tous, on pourrait arriver à une meilleure prise en charge, et notamment l'acceptation que tout ne doit pas être sanitaire. Par exemple, si Monsieur a du diabète mais veut manger du gâteau le jour de son anniversaire, on pourrait considérer sans mal qu'il puisse effectivement le faire, sans qu'une décision reposant uniquement sur la médecine l'en empêche. De cette manière, l'utilisateur serait mieux respecté, et la vie retrouverait de sa valeur pour elle-même, en acceptant que tout ne peut – ou ne doit – être vu sous le prisme médical. La vie considérée seulement sous le prisme de la santé est une vie sans trop de saveur, surtout si cette prépondérance de la santé est imposée à l'utilisateur, pour des raisons de responsabilités.

Lors de la crise sanitaire, les EHPAD ont adopté un règlement sanitaire strict, interdisant notamment les visites pendant très longtemps – parfois plus que le temps des confinements. L'objectif était d'éviter des foyers épidémiques au sein des établissements, considérant qu'une fois un résident touché, il était difficile d'empêcher la contamination des autres résidents. De ce fait, le sanitaire l'a emporté : l'enjeu était que les résidents soient le moins possibles en contact avec des personnes

216 BLOCH Ernst cité par CONIEZ Hugo in *Questions de culture générale...*, op. cit., p. 541.

contagieuses. A noter que les règles étaient différentes selon les EHPAD (notamment selon s'ils avaient des cas ou non de Covid). Or, on peut se demander si la vie vaut la peine d'être vécue quand on mange seul dans sa chambre qu'on ne peut quitter, quand on n'a plus d'activités en collectif (alors que l'état de la personne peut limiter d'autres activités, comme la lecture ou l'écriture), quand on ne voit ni sa famille ni ses proches, autrement dit quand on reste dans sa chambre, avec pour seul contact l'aide-soignant. Considérant que l'homme est un être social, la vie en EHPAD pendant la crise sanitaire a été très altérée. Certains résidents ont pu être davantage touchés par le syndrome du glissement, qui entraîne chez la personne une perte de goût à la vie.

Par ailleurs, l'utopie permettrait de mettre en lumière les racines républicaines de la santé publique. Si la santé publique du IIIe Reich se fondait sur l'idéologie nazie, considérant qu'il fallait améliorer la santé des aryens, et éliminer les autres races, son projet révélait le racisme dont elle faisait preuve. Au contraire, la santé publique actuelle, si elle s'exprimait dans une forme utopique, se révélerait républicaine : souhaiter une société où les personnes sont protégées d'un certain nombre de risques, et par conséquent ont une meilleure espérance de vie en bonne santé et où elles sont en capacité de trouver des soins de qualité à proximité de leur lieu de vie n'est pas un vœu autoritaire. Si on développe ce souhait, cela veut dire qu'on met en place des mesures pour qu'il y ait des professionnels de santé partout sur le territoire, considérant que la santé est un service public pour lequel chacun paie, de même pour l'éducation et la sécurité. Cela veut également dire que les produits consommables (alimentation, médicaments, cosmétiques, produits d'entretien...) sont contrôlés pour limiter les risques d'empoisonnements. Cela signifie que les personnes sont protégées notamment contre une négligence sanitaire au profit de raisons économiques : un propriétaire qui ne rénove pas son appartement insalubre car il sait qu'il y aura toujours quelqu'un pour le louer, un industriel qui ne change pas la recette de son produit car cela coûterait plus cher, etc. Si la santé publique s'appuyait davantage sur les conséquences de ses actions, elle pourrait montrer qu'elle est source de protection, notamment pour les populations les plus démunies. Cela répond aux valeurs républicaines.

Enfin, l'utopie devrait intégrer une dimension pédagogique : en présentant d'abord l'utopie puis les actions à mettre en place pour s'en approcher, il serait plus difficile de les contester. Mieux expliquées, les actions provoqueraient l'adhésion de la population, ce qui à son tour permettrait une meilleure approche démocratique : il ne s'agirait pas de donner des règles à appliquer sans expliquer leurs intérêts. Au contraire, l'éducation de la population permettrait une meilleure adhésion de celle-ci, ainsi qu'une meilleure légitimité des actions mises en œuvre. Pendant la crise sanitaire, en France, certaines règles, sur la distanciation, le port du masque, les protocoles scolaires, etc. ont régulièrement changé, sans que ne soit fournie à la population une explication adéquate. Cela a pu donner aux Français une impression d'arbitraire, ainsi qu'un manque de fondement scientifique de

ces règles, et ainsi fragiliser leur adhésion. Il est important de penser le Français comme usagers du système de santé, mais également comme citoyens, ce qui inclut d'expliquer le bien fondé des mesures prises par la santé publique. Cependant, il ne faut pas croire à tort qu'en montrant rationnellement le bien fondé de telle recommandation, le citoyen y adhèrera obligatoirement, comme le montre la consommation de tabac encore importante, malgré les campagnes successives d'information. Il s'agit seulement de donner les clés au citoyen pour qu'il comprenne les règles mises en place, pour répondre à la dimension démocratique, en considérant qu'il est capable de comprendre les règles et d'y adhérer sans y être forcé.

III Un projet sociétal à écrire avec les citoyens

Une utopie est donc à réécrire. Au XIXe siècle, les différentes utopies ont été écrites par des hommes savants, sans trop se préoccuper de l'avis du citoyen – que ce soit Léon Bourgeois, Jean-Baptiste Godin, ou Jules Verne – ce qui a pu expliquer le manque d'adhésion de celui-ci. Aujourd'hui, l'espace politique cherche à se réinventer pour mieux prendre en compte l'avis du citoyen, sans intermédiaire.

Citons les Etats généraux de la bioéthique, organisés en 2018 par le Comité consultatif national d'éthique (CCNE). Les Etats généraux précèdent toute loi de bioéthique depuis 2011 : « Tout projet de réforme sur les problématiques éthiques et les questions de société soulevées par les progrès de la connaissance dans les domaines de la biologie, de la médecine et de la santé doit être précédé d'un débat public sous forme d'états généraux »²¹⁷. La question principale des Etats généraux de la bioéthique de 2018 était : « Quel monde voulons-nous pour demain ? ». Différents thèmes étaient abordés, comme la recherche sur l'embryon humain et les cellules souches embryonnaires humaines, les données de santé, l'intelligence artificielle et la robotisation ou encore la santé et l'environnement. Tout citoyen qui le souhaitait pouvait s'informer sur le site du CCNE des thématiques examinées et participer aux débats, organisés localement dans sa région par l'Espace de réflexion éthique régional (ERER). 271 événements ont été organisés par les ERER en 2018 et ont accueilli 21 000 personnes. Par ailleurs, un espace numérique participatif a été créé pour que chacun puisse participer, après avoir reçu des informations sur les différentes thématiques.

De même, la convention citoyenne pour le climat a été la scène d'une expérience démocratique innovante, entre octobre 2019 et juin 2020. Ainsi, les 150 membres choisis au sort à partir de lignes téléphoniques, dans le but d'obtenir une représentativité comparable à la société française, en termes de sexe, d'âge, de niveau de diplôme, de catégories socio-professionnelles, et de territoires. La convention citoyenne a été plus représentative que l'Assemblée Nationale, en représentant des

217 Loi n°2011-814 du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique, *J.O.* du 8 juillet 2011 en son article 46.

groupes sous-représentés à l'hémicycle (les femmes, les jeunes, les catégories populaires, les citoyens sans diplômes...). Les citoyens choisis se sont informés de différents thèmes relatifs au climat, notamment auprès de spécialistes, pour ensuite proposer des mesures pour lutter contre le changement climatique, avec notamment l'objectif de réduire de 40% les émissions de gaz à effet de serre d'ici 2030. Une plateforme numérique permettait également à tout citoyen de contribuer. La convention citoyenne abordait comme thèmes notamment les fait de consommer, se déplacer, se loger, se nourrir et produire et travailler. A la fin de l'expérience, un rapport final, composé de 149 propositions, remis au Gouvernement en juin 2020.

Il serait intéressant de reprendre cette forme démocratique pour écrire le nouveau projet de santé publique, pour que celui-ci ne soit pas seulement l'œuvre de scientifiques ou administratifs spécialistes. Le fait d'informer les citoyens pour que celui-ci crée les normes avec lesquelles ils vivent permettrait de renforcer la compréhension et l'adhésion à celles-ci et répondrait au fondement démocratique : certes la santé publique cherche le plus souvent à protéger le citoyen, cependant, elle ne doit pas le faire en l'infantilisant, c'est-à-dire en lui donnant une règle sans lui expliquer les raisons. « La santé publique peut revitaliser un espace démocratique où les sujets s'investissent dans la démarche d'analyse des problèmes et de recherche de solutions. C'est une démarche politique d'humilité, d'ouverture, de questionnement qui peut réintroduire le sujet désirant dans sa responsabilité éthique, dans la construction collective des règles du vivre ensemble, en citoyen responsable »²¹⁸. Par ailleurs, le fait que ce soit des citoyens et non des spécialistes permettrait de limiter le processus de médicalisation, au sens où le citoyen déciderait des normes en comprenant ce qu'elles impliqueraient pour sa vie quotidienne. Ainsi, il pourrait décider où la valeur de la santé s'arrête, pour laisser de la place à d'autres valeurs.

Enfin, le projet pourrait s'articuler avec la nécessité de changer le fonctionnement de la société, au regard du réchauffement climatique. Cela répondrait à la réalité des liens entre santé et environnement, étudiés par la santé environnementale. Celle-ci comprend, selon l'OMS, « les aspects de la santé humaine, y compris la qualité de la vie, qui sont déterminés par les facteurs physiques, chimiques, biologiques, sociaux, psychosociaux et esthétiques de notre environnement. Elle concerne également la politique et les pratiques de gestion, de résorption, de contrôle et de prévention des facteurs environnementaux susceptibles d'affecter la santé des générations actuelles et futures »²¹⁹. La santé environnementale semble être le retour au courant néo-hippocratique du XIXe siècle. Ce dernier identifiait déjà l'influence du milieu sur la santé. Aujourd'hui, il est possible de

218 LECORPS Philippe, PATURET, Jean-Bernard, *Santé publique : du biopouvoir à la démocratie*, Éditions de l'ENSP, Rennes, Hors collection 2001, p. 120

219 Organisation Mondiale de la santé, « Déclaration sur l'action pour l'environnement et la santé en Europe », Deuxième conférence européenne sur l'environnement et la santé, Helsinki, 20-22 juin 1994.

déterminer certaines substances dégradant la santé, comme les perturbateurs endocriniens, présents dans l'eau, la nourriture, les produits cosmétiques..., provoquent des troubles hormonaux et contribuent à divers problèmes (puberté précoce, infertilité...). En plus de s'attacher à la protection de notre santé, la santé environnementale est un levier de protection pour la santé animale et la santé des écosystèmes, selon le principe d'« une seule santé ». Son principe est l'interdépendance entre la santé des animaux et des écosystèmes, et celui de la santé humaine – de la même manière que la santé d'un individu est interdépendante avec celle de tous ceux qu'il côtoie. De même que la santé publique au XIXe siècle a compris que la santé de l'homme ne pouvait pas être protégée à un niveau uniquement individuel, de même, aujourd'hui, la santé environnementale comprend le caractère essentiel de la protection de l'environnement – s'il fallait un argument de plus.

Ainsi faudrait-il rêver une société protectrice à la fois de l'environnement, de l'animal et de l'homme. Ce projet de société devrait s'inscrire dans une réflexion menée par les citoyens, instruits et aidés par des experts scientifiques. Il s'agirait de se mettre d'accord sur ce qu'est une bonne société. Cela permettrait un débat démocratique pour un sujet qui concerne l'ensemble de la population, une cohérence du projet ainsi qu'une adhésion des citoyens aux mesures adoptées. Les citoyens, informés et consultés, seraient réinvestis d'un pouvoir d'action pour bâtir le monde de demain.

Une utopie est étymologiquement vouée à l'échec, puisqu'elle est le « lieu qui n'existe pas ». Pourtant, sans rêve, que nous reste-t-il ?

Conclusion

La comparaison entre l'hygiénisme du XIXe siècle et la santé publique contemporaine a permis de révéler des similarités entre eux. En effet, ils se fondent sur les mêmes champs scientifiques et interviennent dans les mêmes domaines d'actions pour atteindre le même objectif – l'amélioration de la santé de tous. Les deux rencontrent également des difficultés, que ce soit dans l'application des mesures ou l'adhésion de l'opinion publique.

Toutefois, l'hygiénisme se différencie de la santé publique actuelle en ce qu'il rêvait d'un projet sociétal. Ce projet pouvait prendre la forme d'une utopie, sans être disqualifiée par avance. Même si l'hygiénisme n'a pas pu aboutir, il a pu être vecteur de transformation profonde et création de la santé publique comme véritable discipline et domaine administratif. Certains hygiénistes ont réalisé leur utopie, notamment Jean-Baptiste Godin avec le Familistère, ou Léon Bourgeois – à titre posthume – avec la Sécurité sociale.

Aujourd'hui, l'utopie est moquée, critiquée pour être simple, naïve et illusoire. Pourtant, les projets continuent de faire rêver. La santé publique actuelle devrait peut-être quitter la posture et le langage politico-administratifs, pour se laisser rêver. Il s'agirait de construire un projet de société commun, en donnant un rôle à chacun qui le souhaite, car chaque citoyen vivra dans la société rêvée. Il faudrait partir de ce que l'on souhaiterait comme société, pour déduire les mesures de santé publique. Les citoyens, instruits, comprendraient lesdites mesures et y adhéreraient, car ils auraient participé à la fondation de ce projet. L'élaboration de celui-ci serait démocratique, et permettrait de ne pas désigner la santé comme seule valeur, au détriment des autres.

Enfin, ce projet de société inclurait la question environnementale et animale, tant d'actualité. En effet, il n'est pas possible de souhaiter améliorer la santé de l'Homme sans penser à préserver le milieu dans lequel il vit. Ce n'est qu'en protégeant l'ensemble que l'on pourra atteindre cet objectif. L'hygiénisme au XIXe siècle l'avait déjà proclamé. En effet, il a mis en lumière l'interdépendance dans la santé des individus, ainsi que les liens qui existent entre le milieu dans lequel vit l'Homme et sa santé. Cette idée revient aujourd'hui, sous le concept d'une seule santé.

Un projet de société, utopique, s'intéressant à la santé et à l'environnement, permettrait une cohérence des mesures, une espérance dans les années à venir et une adhésion de la population, voire un pouvoir d'agir. Mais peut-être n'est-ce là qu'un rêve... Celui des hygiénistes, avec beaucoup de difficultés et de retard, a fini par aboutir, pourquoi ne pas s'en inspirer ?

Bibliographie

• Ouvrages

- ARIES Philippe, *L'homme devant la mort, Le temps des gisants*, Seuil, Paris, Points. Histoire, 1977, 304 p.
- BOURDELAIS Patrice (dir), *Les hygiénistes. Enjeux, modèles et pratiques (XVIIIe- XXè siècles)*, Belin, Paris, Histoire et Société. Modernités, 2001, 520 p.
- BOURGEOIS Léon, *Solidarité*, Presses universitaires du Septentrion, Villeneuve-d'Ascq, Sociologie, 1998, 110 p.
- CHEVALIER Louis, *Classes laborieuses, classes dangereuses à Paris pendant la première moitié du XIXe siècle*, Hachette, Paris, Pluriel, 1984, 729 p.
- CONIEZ Hugo, *Questions de culture générale*, Librairie générale de droit et de jurisprudence, Paris, Les Grands concours, 2020 (5^e édition), 613 p.
- DAMON Julien, FERRAS Benjamin, *La sécurité sociale*, PUF, Paris, Que sais-je, 2020, 126 p.
- EHRENBERG Alain, *Le Culte de la performance*, Calmann-Lévi, Paris, Essai société, 1991, 323 p.
- ENGELS Friedrich, *Socialisme utopique et socialisme scientifique*, Librairie de l'Humanité, Paris, Pages socialistes, 1924, 96 p.
- FASSIN Didier, *Faire de la santé publique*, Presses de l'EHESP, Paris, Hors collection, 2008, 69 p.
- FOUCAULT Michel, *Dits et écrits*, tome III, Éditions Gallimard, Bibliothèque des sciences humaines, 1994, 835 p.
- FOUCAULT Michel, *Histoire de la sexualité*, tome 1 : *La volonté de savoir*, Gallimard, Paris, Bibliothèque des histoire, 1976, 211p.
- GODIN Jean-Baptiste, *Solutions sociales*, A. Le Chevalier : Guillaumin et Cie, Paris, Hors collection, 1871, 663 p.
- LECORPS Philippe, PATURET, Jean-Bernard, *Santé publique : du biopouvoir à la démocratie*, Éditions de l'ENSP, Rennes, Hors collection 2001, 186 p.
- LIONS-PATACCHINI Christian, *Jean-Baptiste André Godin et le familistère de Guise : éthique et pratique*, Presses universitaires d'Aix-Marseille, Aix-en-Provence, Collection du Centre d'Éthique Économique, 2012, 101 p.
- MANN Jonathan (dir), *Santé publique et droits de l'Homme*, Assistance publique-Hôpitaux de Paris, Paris, « Espace éthique », 1997, 108 p.
- MORELLE Aquilino, TABUTEAU Didier, *La santé publique*, Presses universitaires de France, Paris, Que sais-je ?, 2017 (3^e édition), 127p.
- MURARD Lion, ZYLBERMAN Patrick, *L'hygiène dans la République : la santé publique en France ou l'utopie contrariée (1870-1918)*, Fayard, Paris, Hors collection, 1996, 805 p.
- PASSERON Jean-Claude, BOURDIEU Pierre, *La Reproduction, Éléments pour une théorie du système d'enseignement*, Éditions de Minuit, France, Sens commun, 1970, 278 p.

- PORTER Dorothy (ed), *The history of public health and the modern State*, Éditions Rodopi, Amsterdam/Atlanta, 1994, The Wellcome Institut series in the history of medicine, 439 p.
 - RAIMONDEAU Jacques, *L'épreuve de santé publique*, Presses de l'EHESP, Rennes, Fondamentaux, 2021 (4^e édition), 286 p.
 - RAZAC Olivier, *La grande santé*, Climats, Paris, Hors collection, 2006, 309 p.
 - RICHARDSON Benjamin Ward, *Hygeia : une cité de la santé, communication au congrès de 1875 de la Social science association*, Éditions de la Villette, Paris, Penser l'espace, 2006, 110 p.
 - SEN Amartya, *L'idée de justice*, Flammarion, Paris, Champs, 2012, 558 p.
 - TURSZ Anne, SOUTEYRAND Yves, SALMI Rachid, *Adolescence de risque*, Syros, Paris, Hors collection, 1993, 266 p.
 - VERNE Jules, *Les 500 millions de la Bégum*, Librairie générale française, Paris, Le livre de poche, 1966, 250 p.
 - VIGARELLO Georges, *Histoire des pratiques de santé : le sain et le malsain depuis le Moyen Age*, Éditions du Seuil, Paris, Points. Histoire, 1999, 390 p.
 - VILLERME Louis René, *Tableau de l'état physique et moral des ouvriers employés dans les manufactures de coton, de laine et de soie...*, EDHIS Paris, Hors collection, 1979, 451 p.
 - WEIL Simone, *L'enracinement*, in *Œuvres*, Gallimard, Paris, « Quarto », 1999, 1275 p.
- Articles d'ouvrages
 - BARABINO Victor, « Utopies urbaines du 19^e siècle et Anthropocène » in GRUMBACH Stéphane, HAMANT Olivier, LE GALL Julie, NEGRUTIU Ioan (coord.), *Anthropocène à l'école de l'indiscipline*, Editions du temps circulaire, Lyon, Collectif Anthropocène, 2020, p. 197-200.
 - RAMSAY Matthew, « Public Health in France », in PORTER Dorothy (ed), *The history of public health and the modern State*, Éditions Rodopi, Amsterdam/Atlanta, 1994, The Wellcome Institut series in the history of medicine, 1994, p. 45-118.
- Articles
 - « Blood transfusion, haemophilia and AIDS », *The Lancet*, december 1984, 22/29, p. 8417-8418 : 1433-1435.
 - FASSIN, Didier. « Biopouvoir ou biolégitimité ? Splendeurs et misères de la santé publique », in GRANJON Marie-Christine (dir), *Penser avec Michel Foucault. Théorie critique et pratiques politiques*. Karthala, 2005, p. 161-182.
 - JORLAND Gérard, « Comment on a obligé les Français à se faire vacciner », *L'Histoire*, n° 361, février 2011, p. 8-15.
 - BAUDRY Patrick, « Le corps extrême des conduites à risque », in DELORY-MOMBERGER, *Éprouver le corps*, Cairn, Paris, Questions de société, 2017, 279 p.
 - BENEZECH Michel, RAGER Pierre, BEYLOT, « SIDA et hépatite B dans la population carcérale : une réalité épidémiologique incontournable », fac-similé de l'article paru dans le *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, n°171, 1987, p.215-218.

- MAIER Corinne, « Politiques de la bouche », *Savoirs et clinique*, Erès, Toulousen, 2011/1, n°13, p. 80-87.
 - TRON Laure, BELOT Aurélien, FAUVERNIER Mathieu, REMONTET Laurent, BOS-SARD, Ludivine LAUNAY et al., « Influence de l'environnement social sur la survie des patients atteints d'un cancer en France, étude du réseau Francim », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2021 (5), p. 81-93.
 - VERDOT Charlotte, TORRES Marion, SALANAVE Benoît, DESCHAMPS Valérie, « Corpulence des enfants et des adultes en France métropolitaine en 2015, résultats de l'étude Esteban et évolution depuis 2006 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2017 (13), p. 234-241.
 - WEBER Max, « Les trois types purs de la domination légitime (Traduction d'Elisabeth Kauffmann) », *Sociologie*, PUF, Paris, 2014/3 (Vol. 5), p. 291-302.
- Rappports
 - HURIET Claude, SOURDILLE Jacques, « Rapport de la commission d'enquête sur le système transfusionnel français en vue de son éventuelle réforme », Sénat, 11 juin 1992, 255 p.
 - MURARD Lion, ZYLBERMAN Patrick, « Recherches sur le mouvement hygiéniste en France (1875-1939) ». [Rapport de recherche], Ministère de l'équipement, du logement, de l'aménagement du territoire et des transports; École d'architecture de Paris-Villemin. 1986, 100 p.
 - Observatoire de la mutualité française, « Accès territorial aux soins, les inégalités ne sont pas définitives », octobre 2020, 48 p.
 - CHADWICK Edwin, « Report on the Sanitary Condition of the Labouring Population of Great Britain », 1842.
 - Organisation Mondiale de la santé, Division de la Promotion, de l'éducation et de la communication, « Glossaire de la promotion de la santé », 1998, 36 p.
 - Organisation Mondiale de la Santé, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, « Therapeutic Patient Education – Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the field of Chronic Disease », Copenhagen, 1996, 90 p.
 - Ministère des solidarités et de la santé, « Stratégie nationale de santé, 2018-2022 », décembre 2017, 53 p.
 - Ministère des solidarités et de la santé, « Pacte de refondation des urgences », septembre 2019, 20 p.
 - Ministère des solidarités et de la santé, Ministère de l'action et des comptes publics, « Programme national de lutte contre le tabac 2018-2022 », 45 p.
 - Organisation mondiale de la santé, « Rapport sur la santé dans le monde, réduire les risques et promouvoir une vie saine », 2002, 21 p.
 - Références juridiques
 - Loi des 16-24 août 1790 sur l'organisation judiciaire, *J.O.* du 24 août 1790.
 - Loi du 22 mars 1841 relative au travail des enfants employés dans les manufactures, usines ou ateliers, *J.O. du 24 mars 1841*.
 - Loi du 13 avril 1850 relative au logements insalubres, *J.O.* du 13 avril 1850.

- Loi du 19 mai 1874 relative au travail des enfants et des filles mineures dans l'industrie, *J.O.* du 10 juin 1874.
- Loi du 5 avril 1884 sur l'organisation municipale, *J.O.* du 6 avril 1884.
- Loi relative aux « habitations à bon marché » du 30 novembre 1894, *J.O.* du 1^{er} décembre 1894.
- Loi du 9 avril 1898 concernant les responsabilités dans les accidents du travail, *J.O.* du 10 avril 1898.
- Loi du 15 février 1902 relative à la protection de la santé publique, *J.O.* 19 février 1902.
- Loi du 3 mars 1922 relative à la police sanitaire, *J.O.* du 20 août 1944.
- Loi n°52- 854 du 21 juillet 1952 sur l'utilisation thérapeutique du sang humain, de son plasma et de leurs dérivés, *J.O.* du 22 juillet 1952.
- Loi n°91- 32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme, *J.O.* du 12 janvier 1991.
- Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, *J.O.* du 11 août 2004.
- Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, *J.O.* du 17 août 2004.
- Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, *J.O.* 22 juillet 2009.
- Loi n°2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé, *J.O.* du 20 décembre 2011.
- Loi n°2011-814 du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique, *J.O.* du 8 juillet 2011.
- Loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, *J.O.* du 29 décembre 2015.
- Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, *J.O.* 27 janvier 2016.
- Loi n°2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018, *J.O.* du 31 décembre 2017.
- Loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, *J.O.* du 26 juillet 2019.
- Loi n°2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de covid-19, *J.O.* du 24 mars 2020.
- Loi n°2021-1040 du 5 août 2021 relative à la gestion de la crise sanitaire, *J.O.* du 6 août 2021.

- Ordonnance du 4 octobre 1945 portant organisation de la sécurité sociale, *J.O.* du 6 octobre 1945.
- Ordonnance n° 2010-18 du 7 janvier 2010 portant création d'une agence nationale chargée de la sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail, *J.O.* du 8 janvier 2010.
- Arrêté du 21 août 2019 portant approbation de l'accord conventionnel interprofessionnel en faveur du développement de l'exercice coordonné et du déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé signé le 20 juin 2019, *J.O.* du 24 août 2019.
- Arrêté du 23 juillet 1985 relatif au tarif de cession des produits sanguins, *J.O.* du 24 juillet 1985.

- Décret du 18 décembre 1848 relatif à l'organisation des conseils d'hygiène et de salubrité.
- Décret n° 2015-1475 du 14 novembre 2015 portant application de la loi n° 55-385 du 3 avril 1955, *J.O.* du 14 novembre 2015.

- Décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires, *J.O.* du 12 janvier 2019.
 - Décret n° 2021-1934 du 30 décembre 2021 relative à l'expérimentation relative à l'exercice des interruptions volontaires de grossesse instrumentales en établissements de santé par sages-femmes, *J.O.* du 31 décembre 2021.
 - Décret n° 87-328 du 13 mai 1987 portant suspension des dispositions du décret 72200 du 13-03-1972 réglementant le commerce et l'importation des seringues et des aiguilles destinées aux injections parentérales en vue de lutter contre l'extension de la toxicomanie, *J.O.* du 16 mai 1987.
 - Décret n° 96- 1133 du 24 décembre 1996 relatif à l'interdiction de l'amiante, pris en application du code du travail et du code de la consommation, *J.O.* du 26 décembre 1996.
 - Décret n°54- 65 du 16 janvier 1954 portant règlement d'administration publique pour l'application du livre VI du code de la santé publique concernant l'utilisation thérapeutique du sang humain, de son plasma et de leurs dérivés, *J.O.* du 21 janvier 1954.
- Autres références
 - Assemblée générale des Nations unies, « Déclaration universelle des droits de l'Homme », Nations Unies, 217 (III) A, 1948, Paris.
 - Assemblée générale des Nations unies, « Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels », Nations Unies, 2200 A (XXI), 16 décembre 1966.
 - *Charte constitutionnelle* du 4 juin 1814.
 - *Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé*, adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946 ; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États. 1946 (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n° 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948.
 - Loi du 14 juillet 1933 sur la prévention des maladies héréditaires, *Journal officiel du Reich*, I 1933, 529.
 - Organisation mondiale de la santé, « Déclaration sur l'action pour l'environnement et la santé en Europe », Deuxième conférence européenne sur l'environnement et la santé, Helsinki, 20-22 juin 1994, 15p. bn
 - Organisation mondiale de la santé, *Charte d'Ottawa*, adoptée par la conférence internationale pour la promotion de la santé, Ottawa le 21 novembre 1986.
 - Organisation mondiale de la santé, *Constitution*, New York, 22 juillet 1946