

NNT : 2016SNCLV033

Thèse de doctorat de L'Université Paris-Saclay préparée à
L'Université de Versailles Saint Quentin en Yvelines

Ecole Doctorale n° 578 Sciences de l'Homme et de la Société
Centre de Recherche Versailles Saint Quentin Institutions Publiques
Spécialité de doctorat : Science Politique

Par
Julia Vanel

De l'éducation sanitaire à la promotion de la santé

*Enjeux et organisation des savoirs au cœur de l'action
publique sanitaire (internationale)*

Thèse présentée et soutenue à Paris le 9 juin 2016.

Composition du jury :

Laurie Boussaguet, Professeure de Science politique, Université de Rouen, Présidente du jury

Olivier Nay, Professeur de Science politique, Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne, Rapporteur

Gérard de Pouvourville, Professeur d'Economie et Gestion des entreprises, ESSEC Business School, Rapporteur

Yves Poirmeur, Professeur de Science politique, Université de Versailles Saint Quentin en Yvelines, Examineur

Thierry Leterre, Professeur de Science politique, Miami University Dolibois European Center, Directeur de thèse

Résumé

L'internationalisation de l'action publique sanitaire est aujourd'hui incontestable, et cette thèse représente une contribution intellectuelle à l'analyse de ce phénomène reconnu mais encore à explorer dans les détails. Partant d'un point très précis voire étroit, la substitution progressive dans le vocabulaire et les pratiques de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) de l'éducation sanitaire par la promotion de la santé, on retrace un parcours autrement considérable qui n'engage rien moins que les représentations historiques et politiques qui ont conduit à la mise en place de politiques publiques dans le domaine sanitaire, et ce à l'international. A la croisée de l'histoire des idées et de l'analyse des politiques publiques internationales, c'est une méthodologie innovante – articulant démarche intellectuelle et recherche empirique, notamment par l'observation participante et la conduite d'entretiens – que nous mobilisons.

Notre travail se présente comme une histoire d'enchevêtrements de savoir(s), de jeux de pouvoir et de processus d'institutionnalisation dans des contextes changeants. Partant de l'émergence, dès le XVIII^e siècle, de l'éducation sanitaire comme stratégie visant la modification des comportements individuels puis de son inscription au sein dans cette institution qu'est l'OMS, on en arrive à la question du changement. L'affirmation progressive de la promotion de la santé à partir des années 1980 traduit le travail de sens opéré par des acteurs (de l'OMS) qui, confrontés à des tensions liées à des modifications dans les équilibres jusqu'alors établis, modifient leurs discours et leurs pratiques afin de conserver, ou d'acquérir, une capacité à orienter l'action publique.

Surtout, notre recherche montre que l'action publique sanitaire (internationale) se caractérise aujourd'hui par l'effort pour concilier – dans un contexte de complexification des enjeux, d'hétérogénéité croissante des savoirs et de multiplication des acteurs susceptibles d'intervenir au nom de la santé publique – des registres de légitimation (la défense de la liberté individuelle et la nécessité d'une action collective au nom de ce « bien commun » qu'est la santé) et des stratégies d'action (individuelles et collectives) non seulement différentes mais qui souvent même s'opposent.

Summary

This doctoral thesis is an intellectual contribution to the analysis of the unquestionable, process of internationalization of public health policies. Starting from a precise and even narrow point—the transition from “health education” to “health promotion” in the discourses and practices put forward by the World Health Organization (WHO)—we retrace the historical and political representations that shape public health-related policies at the international level. This interdisciplinary work, at the crossroad of the history of ideas and the international public policies analysis, is based on an innovating methodology which articulates an intellectual and empirical research.

This history is one of knowledge intertwining with games of power and institutional processes in shifting contexts. Starting with the emergence as early as the XVIIIth century of health education as a strategy for changing personal behaviors and its inclusion far later in the WHO structure, we move to the question of (international) public (health) policies transformations. The progressive affirmation of health promotion in the 1980's reflects how WHO instances reframed the meaning of their work, when confronted to the tensions provoked by the shifting balance of well-established conceptions, and how they modified their discourse and their practice in order to keep or acquire a capacity to influence public action..

Above all, our research shows that (international) public health policies are today characterized by a attempt to combine—in a context of complexified issues and increased heterogeneity in knowledge as well as of a greater number of stakeholders in public health (action)—an array of legitimizing discourses ranging from the defense of individual freedom and the need for collective action on behalf of health as a “common good” to (individual and collective) strategies of action that are not only different but often conflicting.

« Il n'est pauvreté que d'ignorance »

Le Talmud

Je dédie cette thèse à mes grands-parents maternels et paternels, qui voyaient dans le savoir une richesse essentielle mais qui n'ont pas toujours pu, du fait d'événements de l'Histoire, l'approfondir ou en profiter pleinement.

Remerciements

C'est avec beaucoup de plaisir et d'émotions que je m'apprête à remercier celles et ceux qui ont contribué à rendre ce projet de thèse possible. Je souhaiterais tout d'abord adresser ma gratitude à mon directeur de thèse Thierry Leterre qui, par ses encouragements et sa foi inébranlable en mes capacités, m'a permis de persévérer dans ce travail qui me tenait tant à cœur. Ses suggestions de recherche ont été une source d'enrichissement considérable pour ma réflexion. Je lui suis aussi très reconnaissante de m'avoir toujours soutenu dans mes projets, notamment à l'international, sans lesquels je n'aurais pas acquis la maturité, les compétences et l'ouverture d'esprit qui me caractérisent aujourd'hui.

Mon travail de recherche a aussi été facilité par les membres de l'Unité Promotion de la Santé de l'Organisation mondiale de la Santé. Je remercie tout particulièrement Kwok Cho Tang pour avoir décidé de me prendre en stage sous sa tutelle. En m'ouvrant les portes de cette organisation internationale, il m'a permis de vivre une expérience de terrain enrichissante et décisive pour ma thèse, puisque j'y ai trouvé le point de départ de ma réflexion. Je suis également reconnaissante à Gauden Galea, à l'époque Directeur du Département Maladies Chroniques et Promotion de la Santé, d'avoir toujours répondu à mes sollicitations avec bienveillance.

Je souhaiterais aussi remercier l'équipe enseignante du Département de Science Politique de l'Université de Versailles Saint Quentin en Yvelines qui m'a fait découvrir la science politique, ainsi que celle de l'Université de Lyon 2 pour m'avoir accueilli pendant deux années comme chargée d'enseignement. J'adresse tout particulièrement un grand merci à David Garibay, qui a été mon directeur de mémoire de Master 2 et que j'ai eu le plaisir de retrouver à Lyon, ainsi qu'à Anne-France Taiclet pour sa disponibilité et ses enseignements précieux dans le domaine de l'analyse des politiques publiques.

Mes remerciements vont aussi aux personnes avec qui j'ai eu la chance de travailler ces dernières années. Je pense à Jane Canova, Katarzyna Pieprzak et Briana Lewis de l'université américaine Williams College, qui m'ont donné de précieux conseils pour améliorer ma pédagogie. J'exprime aussi toute ma gratitude à Nicole Raoult pour l'expérience professionnelle exceptionnelle vécue à ses côtés en tant que chargée d'études auprès d'organismes aussi différents que les industries du papier carton ou Radio France, et pour les compétences très utiles que j'ai développées à ses côtés.

Cette thèse ne serait pas la même sans les échanges précieux que j'ai pu avoir avec mes interlocuteurs au Bureau Europe de l'OMS, à l'Union Internationale de Promotion de la Santé et d'Education pour la Santé, à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique de Rennes et à l'Ecole de Santé Publique de Nancy. Je les remercie de m'avoir accueilli dans cet univers professionnel de la santé publique, pour lequel j'ai développé une expertise et un intérêt tout particulier.

Enfin, ces remerciements seraient incomplets si je n'en adressais pas à ceux qui m'ont apporté le soutien affectif de ce travail doctoral : ma famille et mes ami(e)s. Je pense tout particulièrement à mes parents ; sans eux, je n'aurais jamais pu mener ce projet à terme. Je remercie aussi mon oncle Daniel Vanel qui a relu et corrigé ma thèse, ainsi que Carole, Julie, Noémie, Nicolas et Léopold qui m'ont consacré un peu de leur temps pour retranscrire mes entretiens. A tous les autres, leurs encouragements (et parfois leurs silences bienveillants) m'ont été d'un immense réconfort tout au long de ces années.

Sommaire

AVANT-PROPOS.....	8

INTRODUCTION	13

<u>I. L'EDUCATION SANITAIRE A L'OMS : LES ORGANISATIONS</u>	
<u>INTERNATIONALES ET L'INTERNATIONALISATION DES POLITIQUES</u>	
<u>PUBLIQUES (DE SANTE).....</u>	38

CHAPITRE 1. NAISSANCE DE L'EDUCATION SANITAIRE : QUAND LES SAVOIRS	
RENCONTRENT LES OBJECTIFS DES POUVOIRS PUBLICS.....	40

1.1. NAISSANCE DE LA SANTE PUBLIQUE : LE XIX ^E SIECLE OU L'ERE DES MESURES	
ENVIRONNEMENTALES	41

1.2. VERS L'ERE DES MESURES INDIVIDUELLES : QUAND LES PREOCCUPATIONS	
CONTEMPORAINES RENCONTRENT LES NOUVEAUX SAVOIRS SCIENTIFIQUES	57

CHAPITRE 2. L'EDUCATION SANITAIRE, STRATEGIE D'ACTION PUBLIQUE VISANT LA	
MODIFICATION DES COMPORTEMENTS INDIVIDUELS	74

2.1. L'EDUCATION SANITAIRE, TECHNIQUE DE MODIFICATION DES COMPORTEMENTS	
INDIVIDUELS	74

2.2. L'EDUCATION SANITAIRE DANS L'IMMEDIAT APRES-GUERRE : ENTRE CONTINUITE ET	
AJUSTEMENTS	90

CHAPITRE 3. L'EDUCATION SANITAIRE A L'OMS COMME PROCESSUS	
D'INTERNATIONALISATION DE L'ACTION PUBLIQUE SANITAIRE	105

3.1. AUX ORIGINES DE LA COOPERATION INTERNATIONALE DANS LE DOMAINE SANITAIRE	
.....	106

3.2. L'EDUCATION SANITAIRE A L'OMS : UN INSTRUMENT AU SERVICE DE L'ACTION	
PUBLIQUE INTERNATIONALE	119

3.3. L'OMS EN « SITUATION D'EXPERTISE ».....	132

II. DE L'EDUCATION SANITAIRE A LA PROMOTION DE LA SANTE : TRANSFORMATIONS DE L'ACTION PULIQUE (INTERNATIONALE)..... 144

CHAPITRE 4. DE L'EDUCATION SANITAIRE A L'EDUCATION POUR LA SANTE : VERS UN DEPLACEMENT DES REGISTRES DE LEGITIMATION DE L'ACTION PUBLIQUE SANITAIRE 146

- 4.1. LE REGAIN D'INTERET POUR LA PREVENTION PRIMAIRE : NAISSANCE DE LA
PROMOTION DE LA SANTE OU RENAISSANCE DE L'EDUCATION SANITAIRE ?..... 147
- 4.2. LA REACTIVATION DES VALEURS LIBERALES : UNE SANTE PUBLIQUE SOUS TENSION..
..... 164
- 4.3. DE L'EDUCATION SANITAIRE A L'EDUCATION POUR LA SANTE : L'HETEROGENEITE
DES SAVOIRS COMME RESSOURCE D'ADAPTATION DE LA SANTE PUBLIQUE 178

CHAPITRE 5. LA PROMOTION DE LA SANTE COMME REMISE EN CAUSE DES APPROCHES INDIVIDUELLES : L'IMPOSSIBILITE DE LA SANTE PUBLIQUE CONTEMPORAINE A TRANCHER 196

- 5.1. LA REMISE EN CAUSE DE LA CAPACITE INDIVIDUELLE A AGIR 197
- 5.2. CONTROVERSES AUTOUR DE LA PLACE DES MESURES INDIVIDUELLES 211

CHAPITRE 6. L'OMS, ACTEUR DES TRANSFORMATIONS DE L'ACTION PUBLIQUE SANITAIRE 221

- 6.1. L'ADOPTION DE LA PROMOTION DE LA SANTE COMME NOUVELLE STRATEGIE
D'ACTION PUBLIQUE (INTERNATIONALE) 222
- 6.2. EVOLUTIONS DE LA PROMOTION DE LA SANTE : ENJEUX INTERNATIONAUX DES
TRANSFORMATIONS DE L'ACTION PUBLIQUE SANITAIRE 245

CONCLUSION 269

BIBLIOGRAPHIE..... 284

ANNEXES 328

Avant-Propos

Fraîchement diplômée de mon master de science politique, je décide de partir découvrir le monde. Ce projet, je l'avais en tête depuis de nombreuses années ; quand on a une mère hôtesse de l'air, le voyage est une seconde nature. Mais je ne voulais pas seulement me balader. J'avais choisi la science politique pour comprendre les sociétés et peut-être un jour participer à les améliorer ; les politiques de développement m'avaient toujours fasciné, et l'occasion se présentait enfin d'aller découvrir la « réalité du terrain ».

Avec ma sœur et une de ses amies, nous nous décidons à monter un projet. Elles sont étudiantes en médecine, je suis attirée par l'enseignement et l'humanitaire, nous allons donc faire de l' « éducation sanitaire ». Nous prenons contact avec une association locale au Burkina Faso, nous nous formons aux premiers secours, et nous défendons notre dossier pour récolter des financements.

Quelques mois plus tard, nous voilà à Ouagadougou, avec nos vingt-deux ans et nos bonnes intentions. Nous avons déjà beaucoup voyagé, que pouvait-il donc nous arriver ? Armées de notre matériel éducatif, de nos savoirs académiques et de notre incroyable motivation, nous sommes plus que jamais prêtes à remplir notre « mission ». De mon côté, j'ai emporté carnets, micro et enregistreur : je suis le Tintin de la recherche en sciences humaines et sociales, bien décidée à ramener entretiens et carnets d'observation.

Mais voilà, tout d'abord, nous ne nous trouvons pas dans les conditions que connaissent la plupart des expatriés. Cette expérience, nous allons la vivre « à la locale ». Outre la chaleur écrasante (nous décidons d'abord de dormir couvertes de la tête au pied, écharpe comprise, pour nous prémunir au maximum du paludisme, avant d'abandonner cette solution intenable au quotidien), nous dormons deux mois sur un petit tapis à même le sol, dehors.

Installées dans la maison des femmes du chef du village de Googin, où le directeur de notre association a décidé de nous faire travailler le premier mois, nous devons cuisiner au feu de bois. La seule marmite dont nous disposons est tellement énorme que nous pouvons à peine la soulever. Et quand vient le moment d'égoutter le riz, se pose une question inattendue : comment faire sans passoire ?

Nous découvrons en fait que le confort dont nous disposons en Europe ne relève pas tant de nos télévisions ou de nos téléphones portables que de ces petits objets du quotidien qui nous permettent de manger, de nous déplacer, ou de nous laver sans effort... et sans risque de maladie. Au cours des deux mois que nous passons ici, Noémie et Laure sont régulièrement malades. Et lorsque je suis brûlée au second degré à la cheville après être descendue maladroitement d'une moto vieillotte, c'est uniquement grâce aux connaissances de mes deux acolytes en matière de soins quotidiens que je peux rester au Burkina.

Outre nos conditions de vie précaires, notre projet prend lui aussi des tournures inattendues. Pour enseigner à une classe de quatre-vingt enfants burkinabais, encore faut-il qu'ils acceptent de vous parler... Nous prenons aussi conscience de l'absurdité de certains de nos conseils sanitaires. « En cas de coupure grave, appelez les secours avant de faire un point de compression », « en cas de brûlure, placez la zone affectée sous l'eau froide pendant une minute » ; conseils judicieux sans doute, mais qui supposent d'avoir un téléphone et de l'eau froide (et propre) à proximité... Je découvre déjà certains paradoxes de cette « éducation sanitaire ».

Je pourrais évoquer tant d'anecdotes pour rendre compte du décalage que nous avons ressenti, et de l'étrangeté de cette expérience : les réunions auxquelles nous assistons, assises pendant des heures à écouter une langue que nous ne comprenons pas ; nos interactions avec celles qui nous accueillent chez elles et avec qui nous ne pouvons communiquer que par gestuelles ; le poulet vivant qui nous est offert par le chef, mais que nous ne savons pas cuisiner, ou plus exactement tuer ; les enfants qui nous observent tous les soirs

nous brosser les dents et nous coucher, nous privant de toute cette intimité qui nous est si chère en occident ; sans parler des conflits de village liés à notre présence, ou nos relations compliquées avec le directeur de l'association, notamment parce que nous sommes des femmes...

Cette aventure, c'est aussi pour moi une première expérience de terrain. Décidée à récolter des premiers matériaux empiriques relatifs à la place de l'éducation sanitaire au Burkina Faso, je me mets en tête de rencontrer des personnalités publiques. Mon matériel sous le bras, je me rends au service ministériel chargé de la santé. Je traverse Ouagadougou dans un taxi où s'entassaient personnes, poules et chèvres, me présente au bureau... et subis un interrogatoire auquel je n'étais pas préparée : quel était mon but, quelle autorité m'envoyait, avais je un papier attestant de ma recherche ? Erreur de débutante, me voilà dehors en quelques minutes !

Après cet échec, mon rendez-vous avec la représentante de l'OMS à Ouagadougou sonne comme une victoire. Il me faudra y aller, attendre et voir mon entretien annulé à deux reprises pour me rendre à l'évidence : mon optimisme quant à une recherche au Burkina Faso relevait d'une grande naïveté ! Bien sûr, le tableau n'est pas si sombre. Grâce à notre « traducteur » au village de Googhin, je réussis à rencontrer le représentant de la commune de Saaba ; je m'entretiens aussi avec le personnel médical du service de santé de la région ; et j'enregistre une réunion des chefs du village... sur cassette audio.

Après ce quotidien relativement éprouvant, nous repassons quelques semaines en France pour les fêtes de Noël. Ce moment provoque chez nous un sentiment partagé, entre la joie d'être parmi les nôtres et un certain dégoût à la vue des vitrines de foie gras, chocolat et cadeaux en trop grande abondance. Heureusement, nous n'avons pas le temps de nous attarder sur cette sensation trop longtemps, car nous repartons pour une expérience similaire au Guatemala. Cette fois, nous sommes accueillies par le Padre Jaime et la Hermana Francesca dans leur école, qui fait aussi office de centre d'accueil pour enfants dénutris. Cette expérience est moins éprouvante physiquement

car nos conditions de vie sont bien meilleures (bien que nous soyons enfermées tous les soirs à partir de 18h du fait de l'insécurité), mais ne manque pas de défis : je suis certaine que les garçons de la classe *mécanos* n'ont pas oublié ce moment où trois jeunes françaises leur ont montré, dans un espagnol encore balbutiant et avec une certaine gêne, comment mettre un préservatif sur une banane !

Finalement, il me faut rentrer en France et mettre à distance ces expériences pour réussir à en tirer le meilleur : ce terrain m'a amené à réfléchir, et si ce fait initial a pris une autre tournure, de cette torsion est née mon envie de recherche. Je n'étudierai pas la réception des programmes de développement dans le domaine de l'éducation sanitaire dans les pays en développement – du moins pas pour l'instant – mais découvrir des facettes de la « réalité du terrain » me permettra par la suite de mieux saisir les enjeux des politiques internationales : lorsqu'on me parlera à l'OMS de l'absurdité d'une éducation sanitaire pensée par des professionnels de santé (occidentaux) et de ce fait très éloignée de la réalité des conditions de vie des individus, cela fera irrémédiablement écho à un certain vécu. C'est aussi grâce à cette expérience que je décroche, un an plus tard, un stage au siège de l'OMS au sein de l'Unité chargée de l'éducation sanitaire (ou plus exactement, comme nous le verrons au cours de mon travail, de la promotion de la santé).

Entre temps, je passe un an aux Etats-Unis à enseigner le français dans une des universités les plus prestigieuses du pays ; autant dire que le contraste avec mon expérience en Afrique est saisissant, qu'il s'agisse de l'abondante nourriture proposée à la cantine ou des conditions fantastiques d'enseignement. De retour en France, je deviens pendant deux ans chargée d'études dans le domaine de la prévention de la santé au travail. J'enseigne ensuite à l'Université Lyon 2 où, notamment, je crée un cours sur les politiques de santé (et d'environnement).

Dans leurs différences, ces expériences ont toutes orienté, à leur manière, mon engagement dans la recherche qui suit et touche au rôle des organisations internationales dans les politiques de santé. Elles m'ont permis d'acquérir de la

maturité, d'un point de vue intellectuel grâce aux réflexions qu'elles ont suscitées mais aussi d'un point de vue professionnel, en me permettant de mieux interagir avec les personnes engagées dans ce domaine.

Introduction

La santé publique occupe une place particulière dans les sociétés contemporaines. Elle consomme des ressources considérables de l'Etat, mais en même temps remet en cause les formes traditionnelles de l'action étatique, dirigée par un « gouvernement » vers un peuple et un territoire (pour reprendre la définition de l'Etat traditionnel). En 2014, l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest a rappelé aux Etats la porosité des frontières face aux maladies transmissibles et la nécessité, mais aussi les difficultés, à coopérer dans la gestion de ces crises sanitaires dans un contexte de mondialisation et de complexification des enjeux. D'autres domaines comme la lutte contre les maladies chroniques (en particulier les cancers), bien que moins polémiques en apparence, mobilisent aussi les Etats au niveau tant national qu'international. Ainsi, non seulement les questions sanitaires ont acquis une visibilité nouvelle, mais elles ont aussi pris plus que jamais une dimension internationale, pour ne pas dire transnationale.

En même temps, la santé publique renvoie à cet « Etat en action »¹ qui cherche à préserver et si possible à améliorer la santé des populations. Pour ce faire, les Etats ont mis en place des institutions aussi bien nationales qu'internationales ; l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), née au lendemain de la seconde guerre mondiale, en constitue certainement la forme la plus aboutie dans le domaine de la santé publique internationale. S'ils sont « partie prenante » de cette dynamique, les Etats doivent désormais composer

¹ B. Jobert et P. Muller, *L'État en action: politiques publiques et corporatismes*, Paris, Presses universitaires de France, 1987, vol. 1/, 242 p.

avec ces nouveaux acteurs – les organisations internationales – qui participent aussi à la prise en charge des enjeux politiques² (sanitaires).

Ce travail se donne pour objectif de restituer cet élément de l'histoire de la santé publique dans le monde contemporain qui est son institutionnalisation internationale à travers l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Dans ce contexte très large, j'ai choisi un point d'appui précis, étroit en apparence : les programmes d'éducation sanitaire de l'OMS. Curieusement, ce domaine d'action de l'organisation est très peu étudié alors même qu'il représente une part importante de son activité. L'intérêt de la recherche s'est plutôt porté sur le recours à des instruments contraignants : il est vrai que la gestion des quarantaines – pratique visant à isoler les individus et à les soumettre à des examens et des mesures sanitaires au nom d'un intérêt commun pour la protection contre les épidémies – est à l'origine des premières conférences internationales dans le domaine sanitaire³. On suppose également qu'ils renvoient à une conception classique de l'Etat comme force de contrainte et de ce fait qu'ils ont été plus simples à comprendre dans le cadre classique de la théorie de l'Etat comme puissance d'autorité.

L'éducation sanitaire se donne au contraire pour objectif d'inciter les individus à adopter des comportements jugés favorables à la santé. Peut-être moins spectaculaire en apparence, elle n'en est pas moins un outil de contrôle des individus, même si elle ne passe pas par la coercition. Si on considère la création d'un Département Education Sanitaire de la Population dès les premières années d'existence de l'OMS, on doit alors s'interroger sur ce processus qui inscrit le recours à l'éducation sanitaire dans une dynamique d'institutionnalisation internationale.

² T. Leterre, « Les transformations du contexte idéologique et politique - Quelle place pour l'État dans la mondialisation ? », *Cahiers français*, 2011, n° 364, p. 7-8.

³ D. Panzac, *Quarantaines et lazarets: l'Europe et la peste d'Orient, xviiie-xxe siècles*, Aix-en-Provence, Édisud, 1986 ; Sylvia Chiffoleau, *Genèse de la santé publique internationale: de la peste d'Orient à l'OMS*, Rennes Beyrouth, Presses universitaires de Rennes Institut français du Proche-Orient, 2012, vol. 1/, 287 p.

Mais un travail de recherche sur ce domaine ne saurait s'arrêter à ce point. Il doit aussi parler d'une crise conceptuelle, d'apparence très locale et même microscopique : celle de cette notion d'« éducation sanitaire » et de son remplacement, au sein de cette instance qu'est l'OMS, par celle de « promotion de la santé ». Il s'agit d'un questionnement relatif au changement, qui ne relève pas uniquement du discours, mais aussi de l'action : ce changement de préséance s'inscrit dans l'histoire organisationnelle de l'OMS. Fait remarquable, le Secrétariat de l'OMS voit le remplacement du Département Education Sanitaire dans les années 1990 par un Département Maladies Chroniques et Promotion de la Santé, dans lequel se situe une Unité Promotion de la Santé. C'est donc un ensemble de moyens, mis au service de l'action des Etats Membres de l'OMS, qui a été réaffecté. Ces changements de langage sont également des évolutions dans le regard porté sur les pratiques de santé publique, et cela à un niveau mondial.

Cet objet d'étude est original à plusieurs titres. Tout d'abord, l'OMS est une organisation internationale qui a longtemps été peu étudiée. Plus exactement, elle l'a été sous un angle particulier : celui du droit. L'ouvrage d'Yves Beigbeder, intitulé *L'Organisation Mondiale de la Santé*⁴, illustre bien cette tendance : cette étude, basée essentiellement sur la documentation officielle de l'OMS, a l'avantage d'une présentation claire – pour ne pas dire simple – de l'histoire, de la structure et des fonctions remplies par l'OMS. Par exemple, à partir des « fonctions » établies par la constitution de l'OMS⁵, elle propose une typologie susceptible d'en simplifier la lecture : l'organisation aurait donc un rôle d'« assistance technique » auprès des gouvernements, un rôle normatif par l'établissement de « conventions, accords et règlements concernant les questions internationales de la santé », des fonctions de recherche, de formation du personnel et d'information sur les questions internationales⁶.

⁴ Y. Beigbeder, *L'Organisation mondiale de la Santé*, Paris, Presses Universitaires de France - PUF, 1998, 206 p.

⁵ Article 2 de la Constitution de l'OMS.

⁶ Y. Beigbeder, *L'Organisation mondiale de la Santé*, *op. cit.*, p. 14-15.

On retrouve cette même tendance dans la présentation d'André Prost, qui distingue quant à lui les « programmes verticaux d'éradication des grandes maladies » comme la lutte contre la variole ou le paludisme, les « programmes horizontaux visant à aider les Etats qui le souhaitent à réformer leur système de santé », et enfin « l'établissement de normes et de standards internationaux, ainsi que la formulation de recommandations scientifiques et de santé publique »⁷. Ces approches permettent de savoir ce que *fait* (officiellement) l'OMS. En même temps, elles montrent rapidement leurs limites : l'OMS ne pourrait elle pas en effet favoriser l'inscription de l'éducation sanitaire dans les systèmes de santé des Etats, mobiliser par ailleurs cette stratégie dans le cadre de programmes de lutte contre des maladies, ou encore formuler des recommandations à cet égard ?

Une autre approche consiste à aborder les organisations internationales à partir de leur système institutionnel⁸. A première vue, l'OMS se caractérise à ce titre par une organisation qu'on pourrait qualifier de « pyramidale ». En effet, l'Assemblée Mondiale de la Santé (AMS) réunit les Etats Membres et Membres Associés et peut être considérée comme l'organe le plus « haut », en particulier parce qu'elle approuve le budget et le programme général de travail⁹. Le Conseil Exécutif, composé de trente-et-un membres élus tous les trois ans par le même nombre d'Etats, se présente comme l'organe exécutif de l'AMS : il applique ses décisions et ses directives, la conseille, prépare l'ordre du jour des sessions, prépare le programme général de travail¹⁰ qui lui sera soumis, examine les rapports financiers et les prévisions budgétaires du Directeur Général¹¹ et s'occupe de la création et de l'évaluation des commissions *ad hoc*¹². Le Secrétariat, composé du Directeur Général de l'OMS et de son

⁷ A. Prost, « Séminaire. Les politiques de santé. Groupe No. 17: Organisations internationales et santé. », s.l., Promotion 2002-2004 Léopold Sédar Senghor, Ecole nationale d'administration, 2003, p. 8.

⁸ M.-C. Smouts, *Les organisations internationales*, s.l., A. Colin, 1995, p. 148.

⁹ Constitution de l'OMS, articles 18 f. et 28 g.

¹⁰ Constitution de l'OMS, article 28.

¹¹ Constitution de l'OMS, articles 34 et 55.

¹² Constitution de l'OMS, articles 38, 39 et 40.

personnel technique et administratif¹³, met en œuvre la politique de l'organisation. En même temps, l'OMS se caractérise par sa régionalisation, ce qui indique une réelle division horizontale des compétences : cinq comités régionaux, autorisés à « formuler les directives se rapportant à des questions d'un caractère exclusivement régional »¹⁴, sont assistés par des Bureaux Régionaux qui « agissent en tant qu'organes exécutifs de l'Assemblée et du Conseil Exécutif dans les limites de la région »¹⁵.

Pour l'objet qui nous occupe, on doit effectivement s'appliquer à repérer les résolutions de l'AMS pour identifier ce moment de la décision des Etats de mettre en place un programme d'éducation sanitaire. On doit aussi considérer l'inscription d'un Département d'Education Sanitaire au Bureau de l'OMS comme un moyen de mettre en œuvre ce programme. Aux fonctions identifiées préalablement, cette approche permet de montrer la *manière* dont l'organisation s'acquitte de ces tâches. Pourtant, on ne sait toujours rien des *raisons* qui expliquent ces choix, ou encore des *effets* de ces activités. Pour le dire autrement, on ne sait pas *pourquoi* et *comment* l'éducation sanitaire est apparue dès la création de l'OMS dans la structure de l'organisation, et encore moins *comment* et *pourquoi*, dans les années 1980, elle réoriente ses activités en faveur d'une « nouvelle » stratégie appelée promotion de la santé.

Pour dépasser ces limites, on devrait pouvoir prendre appui sur une « théorie des organisations internationales »¹⁶ qui nous offrirait une « conceptualisation » de ce phénomène¹⁷. Pourtant, la science politique n'a que « faiblement progressé dans l'analyse de ces organisations, de leur fonctionnement interne, de leur processus de décision, de leur rôle politique »¹⁸. La domination des courants (néo)réalistes dans le domaine des relations internationales est un

¹³ Constitution de l'OMS, article 30.

¹⁴ Constitution de l'OMS, article 50.

¹⁵ G. Devin et M.-C. Smouts, *Les organisations internationales*, Paris, A. Colin, 2011, p. 34.

¹⁶ M.-C. Smouts, *Les organisations internationales*, *op. cit.*, p. 17 et 23.

¹⁷ G. Devin et M.-C. Smouts, *Les organisations internationales*, *op. cit.*, p. 6.

¹⁸ P. de Senarclens, *La politique internationale*, 4e éd., Paris, A. Colin, 2002, p. 129.

élément d'explication à ce phénomène. Selon les réalistes en effet, les Etats s'affrontent sur une scène internationale marquée par l'anarchisme et le désordre, afin de défendre leurs intérêts particuliers ; la dimension conflictuelle des relations internationales est centrale, en particulier du fait de « l'absence d'autorité capable d'imposer à ses membres un ordre contraignant »¹⁹. Les organisations internationales sont alors appréhendées comme des « institutions interétatiques entièrement soumises et contrôlées par leurs Etats membres »²⁰ : ne disposant d'aucune autonomie, elles ne sont pas considérées comme des « acteurs » de la scène internationale²¹, et n'ont alors que peu d'intérêt pour l'analyse.

A l'opposé de cette vision, le fonctionnalisme, dont David Mitrany est le précurseur²², attire l'attention sur le caractère « technique » des organisations internationales. A la manière des « instances administratives nationales », celles-ci ont pour fonction de « prendre en charge les besoins de l'humanité » en se substituant aux « instances administratives nationales » *via* leur corps de fonctionnaires et de techniciens²³. Cette perspective a l'avantage de déplacer le regard porté exclusivement sur les stratégies des Etats membres de l'OMS, réunis au sein de l'Assemblée Mondiale de la Santé (AMS), pour s'intéresser au rôle du Bureau chargé de la mise en œuvre des programmes d'éducation sanitaire. Elle a en revanche l'inconvénient d'accorder une confiance excessive aux pouvoirs des organisations internationales et d'ignorer la « politisation »²⁴ dont elles font l'objet, et cela même dans un domaine d'apparence « technique » comme la santé.

¹⁹ P. Braillard et M.-R. Djalili, *Les relations internationales*, 7e éd. mise à jour., Paris, Presses universitaires de France, 2004, p. 10 et 13.

²⁰ G. Devin et M.-C. Smouts, *Les organisations internationales*, *op. cit.*, p. 5.

²¹ P. de Senarclens, *La politique internationale*, *op. cit.*, p. 129.

²² Voir: D. Mitrany, *A working peace system*, s.l., Quadrangle Books, 1966, 230 p.

²³ J.-J. Roche, *Théories des relations internationales*, 8e éd., Paris, Montchrestien-Lextenso éd, 2010, vol. 1/, p. 181.

²⁴ M.-C. Smouts, *Les organisations internationales*, *op. cit.*, p. 153.

Finalement, les débats qui ont traversé les relations internationales pendant longtemps se sont essentiellement concentrés sur la marge d'autonomie ou de dépendance à accorder aux organisations internationales. D'un côté, les néofonctionnalistes Haas²⁵, Nye et Keohane²⁶ pour ne citer que les plus connus, ont apporté à ce courant une vision plus nuancée en insistant sur le rôle de « négociateurs » ou d'« intermédiaires » des organisations internationales pour des Etats contraints par des interdépendances croissantes, sans pour autant leur attribuer un « rôle moteur »²⁷ ; les théories de la coopération, qui peuvent être entendues comme des « aménagements de la doctrine réaliste »²⁸, ont quant à elles reconnu à travers la notion de régime international l'existence d'« un ensemble de principes implicites ou explicites, de normes, de règles et de procédures de prise de décisions considérés comme valables par les acteurs dans un domaine particulier de la scène internationale »²⁹, introduisant ainsi une dimension d'ordre permettant de nuancer la vision anarchique de la scène internationale.

Mais entre autonomie et dépendance, les théoriciens n'ont finalement pas tranché. Pour Marie-Claude Smouts, ils n'ont pas réussi à fournir « l'instrument d'analyse permettant de comprendre la nature et le rôle des organisations internationales ». En effet, les organisations internationales ont été tantôt surestimées dans leurs rôles d'« acteur », tantôt ignorées et évacuées des analyses. Surtout, l'instrumentalisation et le degré d'autonomie des organisations internationales ne doivent plus être questionnés aujourd'hui : s'il faut bien sûr identifier les formes prises par ces dynamiques, c'est sur la

²⁵ Voir: E. B. Haas, *The uniting of Europe: political, social, and economic forces, 1950-1957*, s.l., Stanford University Press, 1958, 600 p ; E. B. Haas, *Beyond the Nation-state: Functionalism and International Organization*, s.l., Stanford University Press, 1964, 616 p.

²⁶ J. S. Nye et R. O. Keohane, « Transnational Relations and World Politics: An Introduction », *International Organization*, juin 1971, vol. 25, n° 03, p. 329-349 ; R. O. Keohane et J. S. Nye, *Power and Interdependence: World Politics in Transition*, Boston, TBS The Book Service Ltd, 1977, 300 p.

²⁷ M.-C. Smouts, *Les organisations internationales*, op. cit., p. 157.

²⁸ J.-J. Roche, *Théories des relations internationales*, op. cit., p. 170.

²⁹ Nations Unies Corps commun d'inspection, *Contribution à une réflexion sur la réforme des Nations Unies: rapport établi par Maurice Bertrand*, s.l., Nations Unies, 1985, p. note 50 ; cité par: M.-C. Smouts, *Les organisations internationales*, op. cit., p. 158.

capacité de ces institutions à affecter le système international « en modifiant la nature des acteurs ou leurs interactions »³⁰ qu'il faut s'interroger.

Dans cette perspective, on peut s'appuyer sur de récentes études anglo-saxonnes et françaises qui se sont emparées des organisations internationales comme d'un objet sociologique. En particulier, une évolution relativement récente au sein de la science politique offre des pistes d'analyse prometteuses : la rencontre entre les relations internationales et l'analyse des politiques publiques. En effet, Petiteville et Smith proposent de considérer « les politiques multilatérales produites par (ou dans le cadre) d'organisations internationales » comme des « politiques publiques internationales », au sens de « l'ensemble des programmes d'action revendiqués par des autorités publiques ayant pour objet de produire des effets dépassant le cadre d'un territoire stato-national »³¹. Ils ont ouvert la voie au domaine dynamique mais pas tout à fait stabilisé de la sociologie politique de l'action publique³² internationale.

Pour saisir les termes de ce rapprochement, il faut aussi souligner les évolutions qu'a connues l'analyse des politiques publiques. En effet, celle-ci n'a que très tardivement questionné l'internationalisation des politiques publiques. Née aux Etats-Unis suite à l'ouvrage de Lerner et Lasswell *The Policy Sciences*³³, elle visait à « améliorer l'efficacité des politiques publiques en rationalisant l'action étatique », l'accent étant alors mis sur les acteurs de la décision politique et sur le postulat de leur rationalité³⁴. En France par ailleurs, l'influence du droit et des institutions politiques a favorisé, là encore, « une vision très rationnelle et hiérarchique » du politique, de type « *top-down* (par le haut) », où l'accent est mis sur les décisions centrales, leurs effets, et « le

³⁰ M.-C. Smouts, *Les organisations internationales*, *op. cit.*, p. 159-161.

³¹ F. Petiteville et A. Smith, « Analyser les politiques publiques internationales », *Revue française de science politique*, 2006, vol. 56, n° 3, p. 362-363.

³² P. Hassenteufel, *Sociologie politique : l'action publique*, Édition : 2e édition., Paris, Armand Colin, 2011, 320 p.

³³ D. Lerner et H. D. Lasswell, *The Policy Sciences: Recent Developments in Scope and Method*, s.l., Stanford University Press, 1951, 370 p.

³⁴ P. Hassenteufel, *Sociologie politique*, *op. cit.*, p. 20.

volontarisme des leaders politiques » ; finalement, c'est une vision d'un Etat unifié qui a longtemps dominé³⁵.

Dans ce contexte, la porosité des frontières de l'Etat et l'existence d'espaces comme les organisations internationales où l'action publique prend forme, ne pouvaient être envisagées. Heureusement, une nette évolution est à souligner. Depuis les années 1970 et surtout 1980, l'analyse des politiques publiques s'intéresse à ce phénomène d'internationalisation de l'action publique : face à des « enjeux politiques » transcendant les frontières nationales, les chercheurs s'accordent pour reconnaître un « changement majeur d'échelle de l'action publique contemporaine » et la nécessité d'abandonner la « distinction dépassée entre l'interne et l'externe » pour s'intéresser aux « modes de construction collective de l'action publique » à l'échelle internationale³⁶.

Cette perspective permet de dynamiser considérablement l'analyse des organisations internationales. En effet, aborder les institutions comme des espaces « par et dans lesquels s'invente et se pratique l'action publique », c'est d'abord interroger « la recomposition de l'Etat »³⁷ telle qu'elle se manifeste à travers ses actions (ou ses volontés d'action). C'est, pour le dire plus précisément, questionner le caractère original de l'OMS qui, si elle est effectivement composée d'Etats, ne dispose pas de la force de contrainte de ces derniers ; il s'agit donc de qualifier son rôle, c'est-à-dire les modalités concrètes par lesquelles elle agit et influence, ce faisant, les dynamiques qui participent à l'action publique (internationale).

Mais c'est bien plus encore. Car si l'on considère les réflexions historiques sur l'Etat, on en vient alors à interroger, *in fine*, les transformations du *politique* au sens où l'entend Rosanvallon de « champ », c'est-à-dire de « lieu » où s'élabore un « cadre d'ensemble » aux « discours » et aux « actions » permettant à la « société » d'apparaître comme « un tout qui fait sens », mais

³⁵ P. Lascoumes et P. Le Galès, *Sociologie de l'action publique*, Paris, A. Colin, 2007, vol. 1/, p. 14-17.

³⁶ P. Hassenteufel, *Sociologie politique*, *op. cit.*, p. 18.

³⁷ P. Lascoumes et P. Le Galès, *Sociologie de l'action publique*, *op. cit.*, p. 110.

aussi au sens de « travail », c'est-à-dire comme « processus par lequel un groupement humain, qui ne compose en lui-même qu'une simple "population", prend progressivement le visage d'une vraie communauté » et qui passe par « le processus toujours litigieux d'élaboration des règles explicites ou implicites du participable et du partageable qui donne forme à la vie de la cité »³⁸.

Dans cette perspective, étudier une organisation internationale ou l'internationalisation de l'action publique, c'est se demander pourquoi et surtout comment un projet politique se pense, à un moment donné, en partie, et de façon toujours dynamique voire conflictuelle, en dehors du cadre national. Analyser l'OMS, c'est donc interroger les conditions d'émergence de ce projet politique « d'amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible »³⁹ qui prend forme *via* cette institutionnalisation à l'échelle internationale ; c'est, pour le dire encore autrement, analyser la matérialisation d'une volonté d'agir sur (la santé d') une population mondiale. Alors, prendre pour objet d'étude l'éducation sanitaire à l'OMS revient à questionner les conditions d'émergence et d'évolution de discours et de pratiques reposant sur l'idée qu'une « opinion éclairée » du « public » est « d'une importance capitale pour l'amélioration de la santé des populations » du monde⁴⁰, qu'il est nécessaire de donner aux pouvoirs publics les moyens d'agir en ce sens, et qu'un moyen d'y parvenir passe par la création d'une organisation internationale.

Pour répondre à ces questions complexes, je défends ici la nécessité de recourir à un travail d'histoire des idées à la croisée avec l'analyse des politiques publiques internationales. Plus exactement, il s'agit de prendre l'histoire conceptuelle – au sens de Pierre Rosanvallon – comme angle d'attaque dans ce terrain encore faiblement stabilisé qu'est l'analyse de l'action publique internationale. En effet, pour rendre compte de toute l'« épaisseur » et

³⁸ P. Rosanvallon, *Pour une histoire conceptuelle du politique: leçon inaugurale au Collège de France faite le jeudi 28 mars 2002*, Paris, Éd. du Seuil, 2003, p. 12.

³⁹ Constitution de l'OMS, article 1.

⁴⁰ Y. Beigbeder, *L'Organisation mondiale de la Santé*, *op. cit.*, p. 14.

la « densité » de ce processus, seule une « approche historique » et la mise en lumière de la « genèse » de ce projet peut permettre de le « rendre pleinement intelligible »⁴¹. Notre objet d'étude est à ce titre particulièrement révélateur : sans prise en compte des conditions d'émergence, dès le XVIII^e siècle, de cette stratégie d'action appelée « éducation sanitaire », il est impossible de comprendre ses transformations tout au long du XX^e et du XXI^e siècle et, plus encore, le processus de délégitimation qui va conduire à son abandon (relatif) par l'OMS au milieu des années 1980.

Dans ce travail, Michel Foucault constitue bien sûr une référence centrale (anglophone et francophone). Si son épistémologie est complexe, nous retiendrons ici la dimension essentielle : celle des formes innovatrices de contrôle que revêt le pouvoir à l'ère moderne. L'éducation sanitaire illustre parfaitement cette dynamique, et l'analyser constitue un excellent point d'entrée pour mettre au jour les modalités de ce « pouvoir de *faire* vivre ou de *rejeter* la mort », de ce « pouvoir sur la vie »⁴².

Pour rendre parfaitement compte de ce processus historique, il ne suffit pas de « décrire des modèles » ou de restituer des « idées » : le politique ne peut en effet « se déchiffrer » autrement que dans « les conditions de sa mise en œuvre », et plus exactement « dans l'entrelacs des pratiques et des représentations »⁴³. L'OMS doit alors être appréhendée comme un espace où ces dimensions du politique s'articulent et se donnent à voir. Le recours à la notion d'institution, au sens d'« un ensemble de contraintes socialement construites, qui permettent de mieux appréhender les comportements des individus et des organisations dans l'espace public »⁴⁴, est évidemment essentiel pour l'analyse.

⁴¹ P. Rosanvallon, *Pour une histoire conceptuelle du politique*, op. cit., p. 17.

⁴² M. Foucault, *Histoire de la sexualité, tome 1 : La Volonté de savoir*, Paris, Gallimard, 1994, p. 181 et 183.

⁴³ P. Rosanvallon, *Pour une histoire conceptuelle du politique*, op. cit., p. 19 et 29-30.

⁴⁴ B. Palier et Y. Surel, « Les « trois I » et l'analyse de l'État en action », *Revue française de science politique*, 1 mars 2005, Vol. 55, n° 1, p. 9-10.

Plus précisément, si les différents courants du néo-institutionnalisme (du choix rationnel, historique, sociologique) ont tour à tour mis l'accent sur le poids des variables que sont les intérêts, les idées et les institutions, notre travail rejoint l'approche dite des « trois I » proposée par Palier et Surel, qui permet de dépasser ces concurrences en admettant « que les processus étudiés sont tout à la fois portés par des conflits et des compromis entre les intérêts concernés, formatés par les institutions héritées du passé et formulés au travers de cadres cognitifs, normatifs et rhétoriques »⁴⁵.

Cette démarche suppose donc de porter une attention particulière aux « facteurs organisationnels, institutionnels » tout autant qu'aux « caractéristiques sociologiques des différents acteurs »⁴⁶ et, en particulier, de privilégier « les jeux d'acteurs en mouvement plutôt que les règles et les structures »⁴⁷. Cela permet d'appréhender l'OMS dans sa complexité : il s'agit d'interroger son fonctionnement à partir de l'observation des acteurs, de leurs stratégies, mais aussi de la dimension cognitive que ceux-ci véhiculent. Les organisations internationales sont alors aussi des espaces où sont produites des interprétations « causales » et « normatives » qui participent à un « processus de mise en sens du réel »⁴⁸.

Mais cette focale se révèle trop figée et restrictive. Le recours à la notion de champ permet alors de dynamiser l'analyse : l'OMS est aussi insérée dans un espace qui est un champ au sens d'un ensemble d'institutions et d'acteurs structurés autour d'intérêts communs. Ces interactions produisent des effets, et l'OMS à la fois participe et est contrainte par ces interactions. Les « relations de pouvoir » qui la traversent s'agencent donc dans l'« environnement » dans lequel elle évolue, ce qui permet d'expliquer qu'elle « se transforme, s'adapte, ou dépérit »⁴⁹. Cette approche est donc essentielle pour appréhender les

⁴⁵ *Ibid.*, p. 11.

⁴⁶ P. Hassenteufel, *Sociologie politique*, *op. cit.*, p. 21.

⁴⁷ G. Devin et M.-C. Smouts, *Les organisations internationales*, *op. cit.*, p. 8.

⁴⁸ P. Muller, « L'analyse cognitive des politiques publiques : vers une sociologie politique de l'action publique », *Revue française de science politique*, 2000, vol. 50, n° 2, p. 195.

⁴⁹ M.-C. Smouts, *Les organisations internationales*, *op. cit.*, p. 150.

transformations qui s'opèrent à l'OMS et qui conduisent, au milieu des années 1980, à ce changement de discours et de pratiques traduit par l'adoption de la promotion de la santé.

Il faut aussi considérer que ce champ est le reflet et le produit de la sectorisation de l'action publique : la santé est un « secteur » au sens non seulement d'un « domaine d'activité découpé verticalement » mais aussi et surtout d'« assemblages de rôles sociaux structurés autour d'une logique verticale et autonome de reproduction »⁵⁰. L'OMS subit les conséquences et en même temps participe à ce processus, notamment en interagissant avec des institutions et des acteurs – communautés scientifiques, professionnels (de santé), institutions sanitaires principalement – qui se retrouvent autour de cette action sectorielle ; telles sont les dynamiques qui donnent à ce projet politique d'amélioration de la santé des populations ses contours.

L'analyse se complexifie à mesure que l'on prend en compte les porosités et les multi-appartenances qui définissent ce champ. La complexification des enjeux, notamment liée la mondialisation mais aussi justement à la multiplication et à l'hétérogénéité des savoirs disponibles pour soutenir l'action publique (internationale), se traduit par un entremêlement de ces secteurs, comme l'illustrent les rapprochements récents entre les questions environnementales et sanitaires. Les changements de discours et de pratiques au cœur de l'action publique sanitaire sont alors autant de tentatives de répondre à ces enjeux changeants.

Enfin, il faut porter une attention toute particulière aux tensions qui marquent cette histoire. Car loin de constituer un processus linéaire, l'institutionnalisation de l'éducation sanitaire puis de la promotion de la santé comme stratégie(s) d'action publique (internationale) est marquée par « des tâtonnements, des conflits et des controverses » qui illustrent « la façon dont les individus et les groupes ont élaboré leur intelligence des situations » ; en cela, l'histoire de

⁵⁰ P. Muller, « Un schéma d'analyse des politiques sectorielles », *Revue française de science politique*, 1985, vol. 35, n° 2, p. 166.

l'action publique dans le domaine sanitaire reflète ce « travail d'exploration et d'élaboration » qui définit le politique dans les sociétés contemporaines⁵¹.

A ce titre, les changements dans les discours et les pratiques, en l'occurrence l'abandon (relatif) de l'éducation sanitaire et son remplacement par la promotion de la santé, peuvent être analysés comme des moments clés où ces tensions s'illustrent de manière virulente. Ils ne se comprennent qu'en considérant les dynamiques complexes qui font intervenir, sur un temps long, des savoirs (portés par une discipline appelée « santé publique »), des préoccupations sociales et politiques (qui expliquent la réappropriation de ces savoirs à des fins de pouvoir), et des stratégies d'acteurs (individuels et collectifs) qui, tantôt contraints, tantôt dotés d'une (relative) marge d'autonomie, s'affrontent pour *in fine* donner forme (institutionnelle) à ce projet politique.

A ce titre, on découvre que la tension qui est au cœur de l'affirmation toujours conflictuelle de l'éducation sanitaire et de la promotion de la santé est à l'image de la « dualité » qui caractérise le projet politique porté par les démocraties occidentales : « celle de la liberté et de la puissance, ou du libéralisme et de la démocratie »⁵². L'étude des querelles de sens et d'acteurs, ou pour le dire plus précisément les « inaccomplissements, les fractures, les tensions, les limites et les dénégations » qui s'expriment, donnent accès et sont même au cœur de ce processus de (re)définition constante « du contrat social et des formes ressenties comme pertinentes de l'identité collective et de la solidarité »⁵³, processus qui s'inscrit aussi dans sa dimension mondiale.

Finalement, l'institutionnalisation de l'action publique (internationale) ne peut être abordée comme un point stabilisé. Il faut au contraire se demander comment ce processus traduit un travail continu de (re)définition d'un projet politique visant la protection voire l'amélioration de la santé des populations. Il s'agit bien de questionner ce projet collectif qui, *via* l'OMS, prend une

⁵¹ P. Rosanvallon, *Pour une histoire conceptuelle du politique*, op. cit., p. 17-18.

⁵² *Ibid.*, p. 17.

⁵³ *Ibid.*, p. 30-42.

dimension mondiale. L'éducation sanitaire doit alors être analysée en ce qu'elle est perçue comme un « moyen » pour parvenir à cet objectif. Elle repose sur une certaine conception du « problème » à résoudre et des moyens pour y parvenir, qu'il ne s'agit pas seulement d'identifier, mais également de restituer dans ses conditions de possibilité. De même, appréhender son abandon au profit de la promotion de la santé suppose d'interroger les dynamiques ayant rendu possible la délégitimation de cette stratégie d'action publique au profit d'une autre.

A la complexité des questions doit répondre une méthodologie innovante. Le travail d'analyse de documents, la référence aux sources, et le travail d'archive (certaines sont exploitées systématiquement dans cet ouvrage comme la consultation exhaustive de la revue *La Santé de l'Homme*, d'autres – parfois décevantes mais maintenues en toile de fond (comme la consultation des archives de l'OMS) – sont classiques dans le domaine de l'histoire des idées. En revanche, ils se trouvent ici combinés à d'autres approches, certes familières en science politique, mais rarement sollicitées dans cette sous-discipline particulière : le recours à l'observation participante, rendu possible grâce à un stage de six mois au sein de l'Unité Promotion de la Santé au Secrétariat de l'OMS à Genève, et la conduite d'entretiens semi-directifs avec des acteurs de la santé publique (internationale). Ces outils méthodologiques issus de la sociologie offrent de nombreux matériaux pour l'analyse mais constituent aussi un enjeu pour la jeune chercheuse en science politique qui débute son enquête, car ils supposent d'engager une réflexion sur la complexité de notre objet.

Tout d'abord, intégrer l'OMS suppose de s'insérer dans un espace de savoir(s) : celui (ceux) de la santé publique. On s'aperçoit en effet que cette dernière insiste fortement sur sa visée scientifique et qu'en tant que science visant l'amélioration de la santé des collectivités, elle est aux fondements des discours et des pratiques portés par l'OMS. On le devine aussi rapidement au profil des stagiaires de cette organisation qui, bien que nous n'ayons pas réussi à obtenir de chiffres sur ce point, est à l'image de la composition du

Secrétariat : ce sont majoritairement des étudiants et des étudiantes en santé publique, et de futurs professionnels de ce domaine.

Pour la chercheuse en science politique, le stage offre l'opportunité unique d'accéder aux acteurs et actrices, actuels mais aussi en devenir, et de découvrir la vie de l'institution. Il permet d'observer les tâches remplies par les individus au quotidien, et d'échanger sur un mode formel (dans le cadre de réunions professionnelles par exemple) ou informel (lors d'un déjeuner par exemple). Mais il suppose aussi un effort d'acculturation immédiat ; il s'agit très rapidement de saisir le langage indigène et, pour ce faire, de se familiariser avec ce domaine de la santé publique, marqué par sa propre histoire (ou ses propres histoires), ses concepts, et les enjeux que ceux-ci recouvrent.

Ainsi, à l'époque où j'intègre l'OMS en 2009, le Département Education sanitaire a été remplacé par le Département Maladies chroniques et promotion de la santé, au sein duquel se trouve l'Unité Promotion de la santé. Or, et non seulement à l'OMS, les changements organisationnels sont le reflet de transformations plus profondes, en l'occurrence, dans le domaine de la santé publique : la disparition du terme d'éducation sanitaire renvoie à une délégitimation de cet instrument au profit d'un nouveau. L'observation participante permet de déceler l'importance de ce changement : si les critiques faites à l'encontre de l'éducation sanitaire n'apparaissent pas dans les documents officiels de l'OMS, elles s'illustrent en revanche dans les paroles des acteurs, et cela fréquemment : c'est ainsi qu'on m'expliqua, dès les premiers jours de mon stage, que « l'éducation sanitaire ça ne fonctionne pas ».

Mais pour la chercheuse débutant son enquête, « promotion de la santé » et « éducation sanitaire » sont des idées si voisines qu'on les rendrait synonymes sans y réfléchir. « Donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer »⁵⁴, tels sont les buts que prétend poursuivre la promotion de la santé. Hors d'un contexte indigène, cela pourrait

⁵⁴ Organisation mondiale de la santé, *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, Genève, 1986, p. 1. (Annexe n°8)

tout aussi bien s'appeler « éducation sanitaire ». Ce serait oublier que les définitions sont autant de jargons qui, pour l'acteur extérieur à l'institution et au domaine spécialisé, ne font pas immédiatement sens.

Or, se risquer à un amalgame dans l'interaction avec les acteurs bureaucratiques, c'est s'exposer à être repris ; tel est le jeu de l'initiation sociale aux règles et aux habitus indigènes d'un champ. Parler d'éducation à la santé c'est faire erreur sur le bon usage, accorder de l'importance à ce qui n'en a pas, ou plutôt qui n'en a plus. En d'autres termes, les acteurs de l'institution établissent une illusion de signification, où « éducation sanitaire » et « promotion de la santé » sont des choses très différentes, et surtout — tel est le sens de l'insistance qu'on met à corriger l'impétrant, la (ou le) candide, et toute personne extérieure au monde des politiques de l'OMS — doivent être prises dans des discours, et des pratiques, différenciées. Dans cette mesure, le jeu de l'éducation sanitaire et de la promotion de la santé sont des normes locales de langage qui permettent d'ériger une barrière entre celle ou celui qui fait partie de l'institution et en maîtrise les règles indigènes, et celles et ceux qui n'ont pas été initiés aux règles du langage local, ou qui sont simplement incapables d'en comprendre et d'en utiliser les ressorts.

S'insérer dans l'organisation et gagner en crédibilité, c'est donc être capable de maîtriser cette interaction. L'usage de l'anglais rend parfois cette tâche plus complexe encore : *health education* ou *education for health*, *empowerment for health*, *health literacy*... sont autant de termes dont il faut s'approprier le sens. L'exercice de la traduction met bien souvent en exergue le fait qu'un mot n'est pas neutre, qu'il ne signifie en soi que peu de choses : les difficultés à traduire le terme *empowerment*, que l'idée de « pouvoir d'agir »⁵⁵ ne satisfait pas réellement, est un excellent exemple de cet enjeu, lié plus particulièrement à l'imposition d'une langue et d'une culture (anglo-saxonne) de l'action publique dans une organisation internationale. La maîtrise de la langue anglaise n'est pas en question ici : il s'agit plutôt d'un problème fondamental de l'interaction

⁵⁵ Y. Le Bossé, « De l'« habilitation » au « pouvoir d'agir » : vers une appréhension plus circonscrite de la notion d'empowerment », *Nouvelles pratiques sociales*, 2003, vol. 16, n° 2, p. 30.

dans une langue vernaculaire, non native, qui demande une réflexion conceptuelle dans un contexte d'internationalisation de la science politique.

La situation de stage renforce certainement ce processus d'apprentissage. Elle place en effet le directeur de stage en situation d'enseignant : il est de sa responsabilité d'insérer la jeune professionnelle à l'institution et pour ce faire, de lui inculquer les normes locales en vigueur. L'intégration d'une thésarde renforce ce phénomène, dans cette institution où les titulaires d'un doctorat sont nombreux. Pour l'acteur de l'institution, il s'agit alors non seulement d'aider l'apprenant à saisir le langage et les pratiques nécessaires pour travailler à l'OMS, mais aussi de lui permettre de les intégrer à son travail de recherche en cours. L'enjeu est d'autant plus important qu'il peut conditionner l'accès à d'autres acteurs de l'institution.

Il s'agit alors de trouver un terrain d'entente avec ces acteurs institutionnels, tout en maintenant la posture de chercheure en science politique travaillant non pas *pour* l'institution, mais *sur* l'institution. Plus largement, se manifeste ici cette tension entre, d'une part, l'identification de solutions politiques concrètes (*policy*) propre à la recherche spécialisée, et une démarche analytique valorisant la compréhension d'un enjeu particulier à travers la mise à jour des rapports de force en présence.

Or, maîtriser cette expérience s'avère difficile. La relation de subordination (hiérarchique) et de dépendance (d'apprentissage) induite par la position de stagiaire situe bien les limites de la recherche : l'échange se révèle bien plus difficile du fait de cette position asymétrique. Celle-ci est d'autant plus forte que la science politique regroupe, au même titre que la santé publique, un ensemble de savoirs qui sont le fruit d'une histoire, de discussions matérialisées dans des courants de pensée et portées par des acteurs multiples, rendant son appropriation complexe. S'adresser à des spécialistes de la santé publique, c'est donc échanger avec des acteurs qui sont souvent peu au fait de cet univers de sens.

Cette difficulté se trouve exacerbée, nous semble-t-il, par cette situation d'apprentissage dans laquelle se trouve la doctorante, ici non pas dans le

domaine de la santé publique, mais dans celle de la science politique. En effet, si le Master de recherche est un moment où s'affine la compréhension des concepts et des notions de cette discipline, il ne s'agit encore que d'une initiation à la recherche. Le travail de thèse, outre la complexité de l'objet étudié, suppose un véritable effort de confrontation entre des clés de compréhension acquises lors de la formation, et un terrain qui viendra confirmer, invalider, nuancer et surtout discuter ces cadres théoriques... Seule cette expérience, qui s'apparente selon nous à une mise en pratique, permet en retour de mieux s'appropriier, *in fine*, ces concepts. L'expérience est sans aucun doute la clé de ce passage entre le statut d'étudiant et le métier de chercheur.

Finalement, se pose la question du degré de connaissances qu'une – ou un – chercheur en science politique doit acquérir dans le domaine. Il y a à cela deux raisons d'importance. D'abord la maîtrise conceptuelle de son objet permet de cerner la dimension cognitive de l'action publique étudiée. Ensuite, étant donnée la plateforme méthodologique retenue qui implique le dialogue avec les acteurs, cela permet de contrôler l'interaction avec les acteurs de l'institution.

Mais la maîtrise des savoirs portés par la santé publique ne sont pas les seules exigences imposées par la situation de stage. Etre stagiaire à l'OMS suppose aussi d'acquérir des « savoir-faires » ou, pour le dire autrement, des compétences jugées utiles pour l'organisation. En effet, si la recherche documentaire occupe une place essentielle dans les tâches remplies par les membres du Bureau de l'OMS, elle n'est pas la seule compétence mobilisée. Le recours aux savoirs académiques et institutionnels est une étape nécessaire au repérage des connaissances propres à un sujet, mais celles-ci sont ensuite insérées dans un processus de production d'un savoir au service de l'action.

Il peut s'agir, par exemple, d'une *concept note* préparée en vue de la *Regional Preparatory Meeting on Health Literacy* tenue en Chine avant la réunion de l'*ECOSOC Annual Ministerial Review* à Genève en 2009 (dont le thème était *Implementing the internationally agreed goals and commitments in regard to global public health*). L'objectif est bien de plaider, auprès des acteurs

politiques, en faveur des activités de la promotion de la santé. Cette note, élaborée par notre directeur de stage, peut s'apparenter à un état des lieux de l'avancement des actions en faveur du « taux d'instruction à la santé » (*health literacy*) : les preuves de son impact sur la santé, l'équité et le développement sont discutées, les expériences et les bonnes pratiques susceptibles d'être reproduites sont présentées, les capacités (notamment institutionnelles) nécessaires à ces actions sont débattues, et les besoins futurs soulignés.

Plus personnellement, j'ai été amenée à élaborer des indicateurs pour les programmes de « Promotion de la santé dans les hôpitaux » (*Health Promoting Hospitals*). Or, identifier et analyser le succès du recours aux indicateurs dans l'évaluation des politiques publiques comme imposition d'un nouveau paradigme « néolibéral » ne signifie aucunement être en mesure de les élaborer. Ici, bien plus qu'un exercice d'acquisition de connaissances, c'est la mise en pratique qui prime. Le stagiaire, soumis à des « tâches », n'a d'autre solution que de s'y atteler ; viendront ensuite les corrections et, ce faisant, l'apprentissage. L'exercice n'est pas aisé. Le langage joue encore ici : par exemple la dyade issue du jargon managérial *efficacy* et *efficiency* suppose de distinguer les sens, et il serait mal venu de les confondre. Il s'agit donc d'adopter une perspective normative, en distinguant les réussites (par exemple la diminution du temps passé par les patients dans l'établissement hospitalier, ou encore la diminution des accidents du travail et des arrêts maladie pour le personnel hospitalier) des échecs des actions de promotion de la santé mises en place. Pour une jeune chercheuse en science politique soucieuse de neutralité axiologique, la conversion suppose encore un effort d'adaptation.

Ainsi, intégrer l'OMS en tant que stagiaire suppose d'acquérir ces compétences et donc des habitus propres au travail des fonctionnaires de l'organisation. Si celles-ci ne sont pas totalement éloignées de celles mobilisées pour la recherche scientifique (c'est le cas de la recherche documentaire par exemple, ou des capacités rédactionnelles), elles n'ont cependant pas le même objectif : non seulement elles s'intègrent à un domaine spécialisé, mais il s'agit d'un exercice particulier qui vise explicitement le soutien à l'action publique (internationale). Etre en situation d'observation participante suppose

nécessairement un exercice d'adaptation et d'acculturation à ces pratiques, qui a l'avantage de l'immersion dans le travail quotidien des acteurs, et l'inconvénient de rendre la prise de distance, nécessaire à la recherche en science politique, plus difficile.

Surtout, l'enjeu essentiel de l'observation participante consiste à prendre la distance suffisante avec ces savoirs et savoir-faires acquis lors de l'expérience. Cet exercice peut lui aussi se révéler bien plus difficile qu'il n'y paraît. En effet, six mois d'efforts pour maîtriser le langage et les compétences nécessaires et légitimes au sein de cette institution qu'est l'OMS peut conduire à une telle acculturation, qu'il s'avère ensuite difficile de ne pas croire à ce qui vous a été inculqué. Désormais, vous êtes bien entendu convaincus qu'éducation sanitaire et promotion de la santé n'ont rien en commun ; vous avez intégré le discours des acteurs indigènes, et vous avez même tendance à le reproduire.

Cette situation doit être dépassée. Les entretiens, tout d'abord, permettent de mieux saisir les normes de langage en vigueur et les enjeux de pouvoir qu'elles masquent. Il est alors possible de dépasser l'image lissée que l'OMS souhaite donner d'elle-même à travers ses publications et ses communications (en particulier son site internet) pour identifier les tensions et les luttes qui la traversent. Des acteurs individuels peuvent ainsi se révéler particulièrement déterminants dans cette transformation de l'action publique internationale : par leurs parcours atypiques, les ressources qu'ils mobilisent, un contexte favorable, ceux-ci sont porteurs de changements. Des acteurs collectifs peuvent également être identifiés dans cette entreprise, par exemple le Bureau Régional de l'Europe de l'OMS qui, composé d'Etats et d'acteurs pionniers ou du moins favorables à une nouvelle stratégie appelée Promotion de la santé, offre les moyens nécessaires à son affirmation à l'échelle internationale.

Finalement, s'impose le paradoxe du terrain : il est source de nombreuses informations utiles à l'analyse, s'il est mis à distance. En effet, une fois la dimension du changement identifiée, la perspective historique se révèle aussi essentielle pour mieux en saisir les contours. Si le discours officiel de l'Organisation tend à masquer cette dynamique, les archives de l'OMS ne sont

malheureusement pas beaucoup plus utiles pour cette entreprise. Tout d'abord, celles-ci sont peu organisées, à peine triées, selon des critères flous qui rendent leur étude particulièrement longue et fastidieuse. Ensuite, la sélection des documents conservés relève des Départements eux-mêmes : les sources manquantes sont nombreuses.

A titre d'exemple, les archives relatives à la première conférence internationale pour la promotion de la santé, qui conduit à la signature de la Charte d'Ottawa jugée essentielle à l'affirmation de la stratégie de la promotion de la santé, n'ont pas été conservées. Par ailleurs, l'OMS ne conserve aucune trace de ses précédents organigrammes : impossible d'identifier clairement les modifications de cet appareil bureaucratique. Quel dommage quand on a compris que ces changements organisationnels renvoient à des transformations plus profondes de l'action publique internationale. Dès lors, les acteurs se révèlent être de précieux témoins de l'histoire de l'organisation ; ils sont la mémoire de ses évolutions.

Surtout, le discours des acteurs permet de remonter à la conceptualisation de cette histoire. L'observation participante et les entretiens permettent non seulement d'identifier les jeux d'acteurs, mais aussi un contenu. En ce sens, l'histoire intellectuelle permet aussi de palier à une difficulté de la recherche empirique de type qualitatif : la difficulté d'accès aux actrices et acteurs (actrices dans un milieu moins marqué par la domination masculine, à moins de considérer que leur présence est un signe de moindre établissement institutionnel). Cette articulation entre l'histoire intellectuelle et la recherche empirique est particulièrement enrichissante pour l'analyse : l'accès aux acteurs permet de déceler les batailles de pouvoir, qui sont aussi des batailles de savoirs. Il ne s'agit alors pas seulement d'un enjeu méthodologique. Ce constat renvoie à une tonalité plus profonde : il donne accès à ce qu'est l'histoire et le fonctionnement réel de l'OMS.

Enfin, le recours à littérature scientifique relative à la santé publique est très utile. Travailler sur le rôle de l'OMS dans l'internationalisation de l'action publique dans le domaine sanitaire impose de s'intéresser à ce domaine

spécialisé qu'est la santé publique : au fondement des discours et des pratiques portées par l'organisation, celle-ci propose en effet un ensemble de savoirs qui orientent les contours pris par ces stratégies d'action publique que sont l'éducation sanitaire et la promotion de la santé. Ce constat suppose donc, pour la chercheuse en science politique, de maîtriser non seulement son histoire, qui se révèle particulièrement complexe tant elle fait intervenir un ensemble de facteurs – idéologiques, contextuels, stratégiques – mais aussi les sciences sur lesquelles elle repose – par exemple l'épidémiologie – qui font l'objet d'appropriations et d'usages changeants. Malgré les défis de cette entreprise, celle-ci se révèle indispensable.

Cette approche est alors aussi une contribution à l'approche cognitive de l'action publique. En effet, la prise en charge de la santé des populations par des institutions étatiques est un projet politique dont les origines remontent, au moins, au XIX^e siècle et à l'ère de l'hygiénisme. Histoire complexe, elle permet cependant de mettre à jour le rôle des savoirs, et des groupes d'acteurs qui les mobilisent, dans l'émergence de l'action publique sanitaire. L'hygiène publique, qui devient progressivement à partir du XX^e siècle la santé publique, à partir de ruptures elles-mêmes parfois difficiles à situer et de continuités tout aussi surprenantes, occupe alors une place centrale. Elle est au cœur des discours et des pratiques portées par les institutions publiques et, en particulier, l'OMS. Ensemble de savoirs – la santé publique, qui fait l'objet d'ouvrages spécialisés, est une discipline enseignée dans les écoles de santé publique, de médecine, et dans le cadre de certains Masters spécialisés – elle est aussi portée par des professionnels de santé publique – médecins, sociologues de la santé, épidémiologistes par exemple – dont la capacité à s'imposer et à dominer le champ de la santé publique varie, notamment en fonction du contexte. L'OMS reflète alors ces rapports de force, qui se traduisent dans les savoirs mobilisés, les discours et les pratiques qui en découlent et qui sont portés par l'institution.

Ainsi, la place de l'éducation sanitaire à l'OMS renvoie à ces processus. Héritière contrariée des politiques hygiénistes du début du XX^e siècle, où

l'éducation sanitaire à l'école et la propagande sanitaire s'imposent progressivement comme des instruments privilégiés de l'action publique⁵⁶, son inscription dans la structure organisationnelle de l'OMS marque la continuité du projet politique qu'elle porte : informer et éduquer afin de modifier les comportements des individus jugés néfastes pour leur santé.

Continuité certes, mais aussi adaptation et reflet des transformations qui s'opèrent dans le champ de la santé publique (internationale) : à l'heure des succès de la médecine curative, qui ont tendance à relayer la santé publique au second rang, celle-ci peut quand même s'appuyer sur une épidémiologie de plus en plus scientifique. Quand l'approche par les soins rencontre ses limites, dans le cadre de la lutte contre les maladies chroniques comme dans celui de l'apparition de nouvelles épidémies (le VIH-Sida en particulier), l'intérêt des Etats pour les méthodes préventives s'en trouve réactivé. Les comportements à risque, désormais constitués en données statistiques objectivées⁵⁷, deviennent la cible principale de l'action publique sanitaire (internationale), et l'éducation sanitaire, renforcée par le développement de sciences psychosociales comme la médecine du comportement et la psychologie de la santé⁵⁸ qui donnent un contenu savant en proposant des modèles explicatifs de modification des comportements⁵⁹, son outil privilégié.

Ainsi, étudier l'internationalisation de l'action publique dans le domaine de l'éducation sanitaire ne peut se faire sans prendre en compte ces dimensions à la fois historiques, sociologiques et cognitives : pour comprendre une institution comme l'OMS et les activités qu'elle prend en charge, il faut, à la manière d'un néo-institutionnalisme à l'échelle internationale, « étudier les liens qu'articulent

⁵⁶ Institut universitaire de formation des maîtres (ed.), *Éducation à la santé, XIXe-XXe siècle*, Rennes, Éd. de l'École nationale de la santé publique, 2002, 158 p.

⁵⁷ L. Berlivet, « Epidémiologie » dans *Santé publique: l'état des savoirs*, Paris, la Découverte, 2010, ; P. Peretti-Watel, « Du recours au paradigme épidémiologique pour l'étude des conduites à risque », *Revue française de sociologie*, 1 mars 2004, vol. 45, n° 1, p. 103-132.

⁵⁸ J. J. Conger, « Behavioral medicine and health psychology in a changing world », *Child Abuse & Neglect*, 1987, vol. 11, n° 3, p. 443-453 ; M. E. Vogel et S. E. Romano, « Behavioral medicine », *Primary Care*, juin 1999, vol. 26, n° 2, p. 385-400.

⁵⁹ L. Berlivet, « Naissance d'une politique symbolique : l'institutionnalisation des "grandes campagnes" d'éducation pour la santé », *Quaderni*, 1997, vol. 33, n° 1, p. 99-117.

idées, institutions et intérêts au fil du temps »⁶⁰. On comprend alors pourquoi l'étude de l'histoire de la santé publique est absolument indispensable pour une recherche sur l'internationalisation de l'action publique sanitaire.

La dimension du changement de l'action publique suppose un même investissement. Ainsi, on ne peut comprendre les évolutions qui touchent à la place de l'éducation sanitaire dans l'action publique, et notamment son ravalement au rang d'outil de la promotion de la santé dans les années 1980, sans considérer la tension qui traverse historiquement la santé publique entre une approche dominée par la médecine curative – dont la prévention (des maladies) n'est finalement qu'une illustration – et celle qui valorise la dimension sociale (et politique) des questions de santé ; la prise en compte des changements de contexte – réactivation des valeurs de liberté et d'autonomie individuelle dans un contexte de remise en cause de l'Etat Providence, mouvement de décolonisation, mouvements sociaux par exemple – vient alors compléter l'analyse en permettant d'expliquer comment et pourquoi ces rapports de force évoluent dans le temps et se traduisent, *in fine*, dans des discours et des pratiques différentes.

Identifier les origines de l'action publique internationale dans le domaine de l'éducation sanitaire aux politiques hygiénistes du XIX^e siècle, c'est se donner les moyens de comprendre cette dépendance aux sentiers passés qui caractérise bien souvent les politiques publiques et les processus institutionnels ; à l'inverse, prendre en compte les transformations plus larges qui ont touché le domaine de l'action publique à partir des années 1970 (par exemple le rôle croissant des acteurs non étatiques), c'est aussi comprendre les transformations qui s'opèrent dans le secteur de la santé publique internationale et qui se traduisent par l'adoption d'une « nouvelle » stratégie appelée promotion de la santé.

⁶⁰ S. Steinmo, « Néo-institutionnalisme historique » dans *Dictionnaire des politiques publiques*, 3e éd. actualisée et augm., Paris, Presses de Sciences Po, 2010, p. 373.

I. L'éducation sanitaire à l'OMS : les organisations internationales et l'internationalisation des politiques publiques (de santé)

Notre travail part de l'émergence de l'éducation sanitaire comme stratégie visant la modification des comportements individuels. Cette histoire, qui remonte au XVIII^e siècle au moins, met en lumière une dynamique complexe dans laquelle les savoirs, les jeux de pouvoir et les contextes sociopolitiques, participent à dessiner les contours de l'action publique sanitaire. Plus exactement, elle parle d'un travail de mise en sens et en pratique qui se caractérise par un glissement : alors que les hygiénistes considéraient l'action sur les environnements (insalubres) comme essentielles, s'affirme progressivement la nécessité d'agir directement sur les individus en les « éduquant ». Dans cette dynamique, une « science » en particulier joue un rôle décisif – l'hygiénisme – portée par des acteurs – les hygiénistes.

Cela dit, c'est bien l'institutionnalisation de l'éducation sanitaire qui en fait une stratégie d'action publique. Deux temps sont étudiés : l'avant et l'après Seconde guerre mondiale. C'est en effet au début du XX^e siècle que l'éducation sanitaire connaît un essort particulier. Le développement de l'école joue un rôle fondamental en constituant un espace de mise en application des préceptes de l'hygiénisme. Par ailleurs, le développement de la propagande sanitaire, rendue possible par l'essor de nouvelles technologies, permet aux Etats de cibler la population : c'est bien une action de la puissance publique sur le collectif, au nom d'un objectif sanitaire, qui est mise en œuvre. Les lendemains de la Seconde guerre mondiale ouvrent une nouvelle page de cette histoire : ils marquent une étape supplémentaire dans la consolidation et la rationalisation de l'éducation sanitaire.

Cette histoire intellectuelle permet alors d'aborder la question de l'internationalisation de cette stratégie d'action publique sanitaire. Ce processus prend forme à l'entrecroisement de dynamiques internationales différentes : la prise en compte de cet enjeu transfrontalier que constitue la circulation des maladies, la question des mesures (collectives) visant à le maîtriser – les quarantaines – et leur gestion par des Etats dont les interdépendances se multiplient, mais aussi l'apparition d'un « hygiénisme international » proposant des savoirs susceptibles d'orienter l'action des pouvoirs publics à cette échelle. La création de l'Organisation mondiale de la Santé se comprend alors comme un moment particulier de ce mouvement d'internationalisation : l'inscription de l'éducation sanitaire dans les activités de cette organisation internationale marque une étape supplémentaire de ce processus d'institutionnalisation de l'éducation sanitaire qui, désormais, est aussi une stratégie d'action publique internationale.

Chapitre 1. Naissance de l'éducation sanitaire : quand les savoirs rencontrent les objectifs des pouvoirs publics

L'histoire de l'éducation sanitaire débute au XIX^e siècle. Il faut donc s'intéresser à cette époque. En effet, notre travail consiste à mettre au jour les conditions d'émergence de ce que nous qualifierons comme une stratégie au service de l'action publique, à savoir l'éducation sanitaire. C'est cet angle d'attaque qui constitue le fil conducteur de notre démonstration. Cette analyse fait apparaître l'importance du contexte, et surtout le travail de mise en sens du réel qui s'opère à travers des pratiques portées par des acteurs et des discours rendus visibles ; le choix du recours à l'éducation sanitaire renvoie bien à un processus où s'articule production de savoirs, mise en forme d'un « problème public » particulier, et légitimation d'une intervention (publique) qui passe par des instruments ou des techniques de pouvoir.

Revenir sur la naissance de l'action (publique) sanitaire amène à un constat : l'éducation sanitaire, technique visant la modification des comportements individuels vis-à-vis de la santé, n'a pas toujours été mobilisée par les Etats. Le XIX^e siècle, qui peut être considéré comme le point de départ des politiques contemporaines de santé, est plutôt celui des mesures orientées vers la modification des environnements. Etudier cette période permet cependant, comme un effet de miroir, de considérer ensuite les conditions d'émergence de l'éducation sanitaire comme technique de pouvoir.

Tout d'abord, ces pratiques, qu'elles soient environnementales ou éducatives, trouvent leurs origines dans un savoir porté en premier lieu par des médecins. Il faut s'y intéresser : à « l'ère du progrès », l'action (publique) trouve sa légitimité dans le recours à la science, dont l'hygiène publique est l'exemple dans le domaine sanitaire. Proposant une interprétation des origines des maladies, ce savoir offre surtout des moyens d'action permettant de protéger et d'améliorer la santé des populations. Or, à la fin du XIX^e siècle, la théorie sur la contagion qui prévalait jusque là et justifiait les interventions sur les milieux de vie est supplantée par la découverte des agents pathogènes, qui renforce l'idée de

transmission et oriente l'action publique vers des mesures visant directement les populations.

Cela dit, il ne faudrait pas considérer non plus la production des savoirs, même lorsqu'ils se revendiquent de scientificité, comme un simple processus de découverte de la vérité. Ceux-ci renvoient également à des conditions particulières qui non seulement orientent leur contenu, mais aussi la visibilité qu'ils peuvent acquérir ; ils sont le fait de groupes sociaux et plus particulièrement professionnels – ici les médecins et plus largement les hygiénistes – qui y trouvent aussi un moyen de légitimation. Ce faisant, ces savoirs reflètent aussi les préoccupations des sociétés et plus précisément encore de leurs élites : à l'ère de l'industrialisation et de l'urbanisation, ce qu'on appelle à l'époque la question « sociale » ou, pour éviter le langage indigène, celle de la gestion des classes populaires, est centrale. A la fin du XIX^e siècle, celle-ci est supplantée par la question nationale, dans un contexte de guerres successives en Europe.

1.1. Naissance de la santé publique : le XIX^e siècle ou l'ère des mesures environnementales

Le XIX^e siècle marque incontestablement l'essor d'un savoir (d'action) : l'hygiène publique. Celui-ci propose une certaine analyse des origines des maladies et des moyens de les combattre, participant à la mise en sens d'une préoccupation (nouvelle) : la santé des populations. C'est pourtant la rencontre avec un outil – la statistique – qui transforme ce savoir avant tout « scientifique » en un savoir d'action, susceptible d'intéresser les pouvoirs publics. Dans un contexte social et politique favorable à la mise en place de mesures d'action publique (sanitaire), les hygiénistes réussissent à orienter les politiques publiques dans le sens qu'ils jugent favorable : la modiciation des environnements insalubres.

1.1.1. L'hygiène publique : naissance d'un savoir sur la santé des populations

Identifier l'émergence d'un savoir sur les maladies n'est pas aisé. En effet, on pourrait remonter à l'Antiquité où, malgré une méconnaissance des déterminations scientifiques des maladies, s'affirme déjà un « souci de bonne santé » dans une perspective philosophique⁶¹. Mais c'est au XVIII^e siècle occidental que se marque l'affirmation progressive d'un savoir que nous qualifierons de « moderne » en ce qu'il se structure en étant porté par des professionnels – principalement des médecins –, à partir d'une démarche « scientifique » – l'observation – et surtout parce qu'il est à l'origine des premières grandes politiques de santé des sociétés contemporaines. Il s'agit de l'hygiène publique, qui naît progressivement au XVIII^e siècle pour se structurer et s'institutionnaliser au XIX^e siècle.

Tout d'abord, l'hygiène publique ne constitue pas un savoir totalement homogène. Plutôt une « matière sans arêtes bien nettes »⁶², elle n'en renferme pas moins des grands principes, qui sont de très bonnes indications non seulement de l'état des connaissances de l'époque, mais aussi des acteurs qui produisent ce savoir et de la manière dont ils en dessinent les contours. Ainsi, l'hygiène publique semble d'abord être le fait de médecins : Louis Lépecq de La Cloture (1736-1804), considéré comme un des premiers hygiénistes en France, en est un exemple⁶³. Les origines des maladies étant toujours mal connues à cette époque, c'est une approche préventive qui prévaut : les médecins, plutôt que « de prétendre les soigner, au risque [...] que le remède fût pire que le

⁶¹ G. Jorland, *Une société à soigner: Hygiène et salubrité publiques en France au XIX^e siècle*, Paris, Gallimard, 2010, p. 247 et 249.

⁶² *Ibid.*, p. 19.

⁶³ D. Teyssie, « Un médecin dans la phase de constitution de l'hygiénisme, Louis Lépecq de La Cloture (1736-1804) » dans *Les hygiénistes: enjeux, modèles et pratiques (XVIII^e-XX^e siècles) [colloque]*, Paris, Belin, 2001, p. 540.

mal », préfèrent « tenter de les prévenir [...] »⁶⁴. Ils défendent ce faisant un « art de conserver la santé »⁶⁵ plutôt qu'une science visant à soigner les maladies.

Ces médecins hygiénistes n'en proposent pas moins une certaine étiologie des maladies, c'est-à-dire une certaine interprétation de leurs origines. Ils s'appuient sur un courant appelé « néo-hippocratique », qui estime « qu'une maladie naît dans des conditions d'environnement précises et qu'il suffit d'en changer l'un des éléments pour la supprimer »⁶⁶. L'identification des « miasmes » au XVIII^e siècle vient compléter ce paradigme. A partir de l'observation des marais, préoccupation importante du fait de la mortalité élevée des individus y travaillant, ces médecins identifient ces « émanations *inappréciables* des substances végétales ou animales, mêlées à l'atmosphère et produisant toutes les maladies infectieuses et infecto-contagieuses »⁶⁷. C'est donc au « milieu de vie du patient » qu'ils s'intéressent⁶⁸.

A partir du XIX^e siècle, l'hygiène publique est enseignée dans les facultés de médecine. D'un savoir isolé porté par quelques médecins de campagne, elle est devenue légitime et se transmet dans le cadre d'une institution. En France, le Docteur Hallé, également membre de la Société royale de médecine, y présente son « paradigme »⁶⁹. S'y arrêter permet de mieux apprécier les savoirs qui sont alors véhiculés. Hallé distingue tout d'abord dans l'origine de l'état de morbidité des individus des « causes prédisposantes » qui doivent être appréhendées en fonction de l'individu d'un point de vue strictement individuel – sa « constitution physique » le prédisposant à certaines maladies plus que d'autres – mais aussi d'un point de vue social – en considérant la « constitution médicale des populations » qui dépend des « particularités du lieu, de la saison,

⁶⁴ G. Jorland, « L'hygiène publique, fille des Lumières », *Les Tribunes de la santé*, 2013, vol. 38, n° 1, p. 24.

⁶⁵ D. Teyssière, « Un médecin dans la phase de constitution de l'hygiénisme, Louis Lépecq de La Cloture (1736-1804) », art cit, p. 62.

⁶⁶ P. Bourdelais, *Les épidémies terrassées: une histoire de pays riches*, Paris, La Martinière, 2003, p. 63.

⁶⁷ G. Jorland, *Une société à soigner*, op. cit., p. 66.

⁶⁸ D. Teyssière, « Un médecin dans la phase de constitution de l'hygiénisme, Louis Lépecq de La Cloture (1736-1804) », art cit, p. 61.

⁶⁹ Il nous est présenté par : G. Jorland, *Une société à soigner*, op. cit., p. 43-44.

du climat, de la population ou de la profession, etc., » et qui prédispose certains groupes aux endémies et épidémies. Ensuite, la santé ou la maladie d'une population est influencée par des agents pathogènes extérieurs. Hallé établit à ce titre une classification de ce qu'il nomme les « modificateurs de santé », distinguant : les « choses environnantes comme l'air, la lumière, le climat, selon les saisons », celles « appliquées à la surface du corps, comme les aliments, les boissons et les médicaments », celles « rejetées du corps, comme les excréments, le sperme ou le sang menstruel » ainsi que les « actions volontaires, comme la veille, le sommeil, la locomotion et le repos, selon les professions », et enfin les « perceptions, les sensations, les affections, les cognitions, subsumées toutes ensemble sous l'hygiène morale ».

On trouve finalement ici les grandes thématiques qui sont portées par les hygiénistes tout au long du XIX^e siècle. Tout d'abord, il s'agit bien d'une vision d'un individu inséré dans son milieu. Le grand paradigme, la grille conceptuelle au cœur de l'hygiène publique, se caractérise par cette « dimension anthropologique »⁷⁰, « environnementale et sociale »⁷¹. De plus, elle s'intéresse à ce milieu tant d'un point de vue matériel que moral⁷². Finalement, se révèle potentiellement pathogène tout « ce que nous pourrions appeler en termes d'aujourd'hui le mode de vie produit par le climat et le terroir locaux et, bien évidemment, dans la psychologie collective que celui-ci façonne ainsi que dans les pratiques et conduites de toutes sortes que cette dernière conditionne »⁷³. Si les comportements des individus sont bien pris en compte dans cette approche, ils sont appréhendés dans leur relation étroite au cadre de vie. Ainsi, l'hygiène publique est bien un savoir au sens d'« un ensemble cohérent de connaissances acquises au contact de la réalité ou par l'étude »⁷⁴. Plus

⁷⁰ G. Barroux, *Philosophie, maladie et médecine au XVIII^e siècle*, Paris, H. Champion, 2008, vol. 1/, p. 249.

⁷¹ D. Teyssière, « Un médecin dans la phase de constitution de l'hygiénisme, Louis Lépecq de La Cloture (1736-1804) », art cit, p. 61.

⁷² G. Jorland, *Une société à soigner*, op. cit., p. 12.

⁷³ D. Teyssière, « Un médecin dans la phase de constitution de l'hygiénisme, Louis Lépecq de La Cloture (1736-1804) », art cit, p. 68.

⁷⁴ Définition du dictionnaire Larousse.

exactement, il faut considérer le travail des médecins pour établir, progressivement, la cohérence de ce savoir ; de ce processus dépend en effet l'établissement d'une (sous)discipline (médicale) encore naissante.

Pourtant, la prétention de l'hygiène publique ne se limite pas à mettre à jour les facteurs d'amélioration ou de détérioration de la santé des individus. Plus exactement, l'interprétation des origines et des modes de transmission des épidémies permet d'orienter les actions envisagées : « en pointant du doigt [...] certaines réalités sociales pathogènes, le médecin observateur indique en creux, en quelque sorte, dans quelle condition doit aller la médecine, si elle veut non pas seulement traiter mais bien éradiquer ces endémies »⁷⁵. La prétention des hygiénistes est bien d'inscrire leur discipline « sur le double terrain de la science et de la pratique »⁷⁶. Souvent qualifiés d'« aéristes », ils prônent donc l'assainissement des milieux⁷⁷ par la circulation des éléments, en particulier l'air, dans une moindre mesure l'eau et la chaleur, et plus largement via la modification des conditions de vie et d'environnement des individus.

Ainsi, l'hygiène publique peut être définie comme un savoir qui non seulement propose une certaine interprétation des origines des maladies, à une époque où les moyens scientifiques pour les identifier sont encore limités, mais ce faisant surtout, un savoir qui porte des solutions à ce « problème » que pose les maladies des populations. Cela dit, l'influence de ce courant de pensée est liée à un second facteur, qui caractérise plutôt l'hygiène publique telle qu'elle est mobilisée au début du XIX^e siècle : par la mobilisation de la statistique, celle-ci est associée à un nouveau langage qui en fait un savoir d'action publique.

⁷⁵ D. Teyssie, « Un médecin dans la phase de constitution de l'hygiénisme, Louis Lépecq de La Cloture (1736-1804) », art cit, p. 68.

⁷⁶ A. Rasmussen, « L'hygiène en congrès (1852-1912) : circulation et configurations internationales » dans *Les hygiénistes: enjeux, modèles et pratiques (XVIIIe-XXe siècles) [colloque]*, Paris, Belin, 2001, p. 215.

⁷⁷ G. Jorland, *Une société à soigner*, op. cit., p. 12.

1.1.2. Le recours à la statistique : quand l'hygiène publique se fait savoir d'action publique

Au XIX^e siècle, le savoir des hygiénistes prend une forme bien particulière : en s'appuyant sur la statistique, celui-ci se transforme en données utiles et intelligibles non seulement pour une communauté scientifique, mais surtout, pour le sujet qui nous concerne, à destination du politique. En effet, « au XIX^e siècle, la statistique est une conscience de soi » : à l'échelle communale aussi bien que nationale, les tableaux statistiques se multiplient, offrant aux collectivités une représentation « d'elles-mêmes, avec leurs ressources, leurs mœurs, leurs paysages, leur peuplement, leurs industries, mais aussi leurs maladies endémiques [...] »⁷⁸. Les données recueillies intéressent aussi les hygiénistes, eux aussi « convaincus que des connaissances précises sur la population sont nécessaires pour la gouverner au mieux [...] »⁷⁹. Par exemple, les *Recherches statistiques sur la ville de Paris et le département de la Seine*, parues en six volumes entre 1821 et 1860, leur fournissent des indicateurs de salubrité⁸⁰ et offrent, plus largement, un « véritable portrait écologique de la ville » en mettant à jour, par exemple à propos du choléra, la mortalité différentielle des quartiers⁸¹.

Les hygiénistes ne se contentent pas de relayer ces chiffres : à partir de ces données, ils produisent leurs propres études. Celles de Villermé en fournissent un excellent exemple⁸² : elles traduisent aussi bien la profusion des études

⁷⁸ *Ibid.*, p. 87.

⁷⁹ P. Bourdelais, « Protéger, éduquer, discipliner la population » dans *Aux origines de la médecine*, Paris, Fayard, 2011, p. 186.

⁸⁰ Par exemple la durée moyenne de vie. Voir : G. Jorland, *Une société à soigner*, *op. cit.*, p. 89-90.

⁸¹ Y. Fijalkow, « Statistique sanitaire et volontés politique : le cas parisien au tournant du siècle » dans *Les hygiénistes : enjeux, modèles et pratiques (XVIIIe-XXe siècles) [colloque]*, Paris, Belin, 2001, p. 98.

⁸² L.-R. Villermé, Des prisons telle qu'elles sont et telles qu'elles devraient être, Méquignon-Marvis, 1820 ; « Rapport sur un ouvrage intitulé Recherches statistiques sur la ville de Paris et le département de la Seine et Considérations sur la mortalité dans la même ville », *Bulletins de la Société médicale d'émulation*, janvier 1822, pp. 1-41 ; « Note sur la population de la ville de Paris », *Archives générales de médecine*, t. III, 1823, pp. 468-471 ; « Considérations sur les naissances et la mortalité dans la ville de Paris », *ibid.*, t. IV, 1824, pp. 315-317 ; « Mortalité comparative dans la classe indigente et dans la classe aisée », *ibid.*, t. VI, 1824, pp. 137-139 ; « Résultats statistiques servant à établir les rapports de la mortalité à la division de la propriété foncière », *Bulletin universel des sciences et de l'industrie*, t. VI, 1825, pp. 365-367 ; « Rapport sur une série de tableaux relatifs au mouvement de la population dans les douze arrondissements municipaux de la ville de Paris, pendant les cinq années 1817, 1818, 1819, 1820 et 1821 », *Archives générales de médecine*, t. X, 1826, pp. 216-247 ; « Mémoire sur la mortalité en France, dans les classes

hygiénistes au XIX^e siècle que l'étendue des thèmes abordés et, surtout, la démarche qui les mobilisent. En effet, plus qu'une simple compilation de données statistiques, Villermé élabore sa loi de l'inégalité sociale devant la maladie et la mort : neutralisant toutes autres variables susceptibles d'influencer ses résultats (comme l'environnement ou la profession), il met à jour les liens entre taux de mortalité et de morbidité et niveau de vie⁸³. Ses conclusions ne sont pas sans susciter des débats, puisqu'elles prouvent que « la cause principale [des problèmes de santé] réside dans l'inégale répartition des richesses »⁸⁴. Elles n'en sont pas moins influentes puisqu'elles sont à l'origine de la loi du 22 mars 1841 sur le travail des enfants dont, pense-t-on, l'interdiction aura pour effet de diminuer la demande de travail et, ce faisant, d'améliorer les conditions de vie des ouvriers⁸⁵, et de la loi sur les logements insalubres de 1850 qui vise à « limiter, dans la continuité de la démonstration de Villermé, ce qui est perçu comme une grande détérioration des conditions de vie des plus humbles, et un véritable danger épidémique dans les garnis

aisées et dans la classe indigente », Mémoires de l'Académie royale de médecine, t. I, 1828, pp. 51-98 ; « Rapport à l'Académie des sciences morales et politiques sur les Recherche des causes de la richesse et de la misère des peuples civilisés par le Baron de Morogues », Revue mensuelle d'économie politique, t II, 1834, pp. 414-425 et 473-490 ; Tableau sur l'état physique et moral des ouvriers employés dans les manufactures de coton, de laine et de soie, J. Renouard, 2 vol., 1840 ; « Considérations sur les céréales et principalement les froments », Journal des économistes, t. VI, 1843, pp. 162-171 ; « Enquête sur les travail et la condition des enfants et des adolescents dans els mines de la Grande-Bretagne, ibid., t. IV, 1843, pp. 268-302 ; « Rapport à l'Académie des sciences morales et politiques sur un ouvrage intitulé De la véritable loi de la population par M. Thomas Doubleday », ibid., t. VI, 1843, pp. 397-417 ; « Sur l'institution, par le gouvernement belge, d'une Commission centrale de statistique, et observations sur les statistiques officielles publiées en France par les divers ministères », ibid., t. XI, 1845, pp. 130-148 ; « Mouvement de la population sarde pendant la période décennale de 1828 à 1837 », ibid., t. XV, 1846, pp. 344-366 ; « Recensement des Etats prussiens en 1843 », ibid., t. XIV, 1846, pp. 224-243 ; « Note sur quelques monopoles usurpés par les ouvriers de certaines industries », ibid., t. XVII, 1847, pp. 157-168 ; « Observations sur le principe de population », ibid., t. XXXV, 1853, p. 434.

L-R. Villermé et F. Villot, « Tableau comparatif [...] des départements [...] », *Bulletin universel des sciences et de l'industrie*, t. VI, 1825, pp. 7-16.

⁸³ Pour un résumé de sa démonstration, voir : G. Jorland, *Une société à soigner, op. cit.* ; P. Bourdelais, *Les épidémies terrassées, op. cit.*

⁸⁴ P. Bourdelais, *Les épidémies terrassées, op. cit.*, p. 116.

⁸⁵ G. Jorland, *Une société à soigner, op. cit.*, p. 110-115.

parisiens »⁸⁶. Les hygiénistes français remportent donc deux victoires législatives au début du XIX^e siècle⁸⁷.

Cet exemple illustre aussi très bien le fondement de la démarche des hygiénistes, qui cherche « à modifier la réalité sociale en fonction de l'analyse théorique qu'ils avaient faite de leurs observations statistiques » ; leurs études ont bien une « finalité législative »⁸⁸ et la scientificité accordée à la statistique participe de leur légitimité : proposer des approches quantifiées, c'est en effet espérer « obtenir crédibilité et reconnaissance »⁸⁹. Outre l'exemple français, on doit également citer celui anglais du *Sanitary Report* d'Edwin Chadwick, et celui du *Report of the Sanitary Commission of Massachusetts* de Lemuel Shattuck : soumis à leurs Parlements respectifs, le premier est à l'origine de la loi de santé publique de 1848, le second de l'*American State Board of Health*⁹⁰. Leurs démonstrations ont en effet de quoi interpellier les pouvoirs publics : en chiffrant les coûts des maladies « évitables », « non seulement en termes de dépenses de soins, mais aussi de manque à gagner du fait des journées de travail perdues »⁹¹, ils justifient l'élimination des causes d'insalubrité. La force des hygiénistes réside donc dans cette capacité à produire des chiffres, qui sont « censés disposer d'un pouvoir de démonstration élevé » afin « d'alerter les pouvoirs publics et les populations »⁹².

Outre ces études, des « nouveaux outils de connaissance »⁹³ voient le jour en Europe. Les casiers sanitaires en sont l'expression la plus évidente. Mis en place à Londres à partir de 1849, à Bruxelles en 1874, au Havre en 1879 puis

⁸⁶ P. Bourdelais, *Les épidémies terrassées*, op. cit., p. 117.

⁸⁷ P. Bourdelais, « Les logiques de développement de l'hygiène publique » dans *Les hygiénistes: enjeux, modèles et pratiques (XVIIIe-XXe siècles) [colloque]*, Paris, Belin, 2001, p. 14.

⁸⁸ G. Jorland, *Une société à soigner*, op. cit., p. 114,115.

⁸⁹ P. Bourdelais, *Les épidémies terrassées*, op. cit., p. 141.

⁹⁰ Pour une comparaison de ces trois études, voir : G. Jorland, *Une société à soigner*, op. cit., p. 116-141.

⁹¹ *Ibid.*, p. 121.

⁹² P. Bourdelais, *Les épidémies terrassées*, op. cit., p. 163.

⁹³ P. Bourdelais et O. Faure, *Les nouvelles pratiques de santé: acteurs, objets, logiques sociales (XVIIIe-XXe siècles)*, Paris, Belin, 2004, vol. 1/, p. 16.

en France en 1893⁹⁴, ils visent à « identifier, par la statistique et la cartographie, les maisons et les rues où régnaient la plupart des maladies épidémiques et endémiques »⁹⁵. Il s'agit de combiner des « données hétérogènes : administratives (croquis des maisons, relevé des opérations de désinfection, signalement à la Commission des logements insalubres), techniques (nombre et nature des systèmes de vidange), statistiques (mouvements démographiques), scientifiques (nature de l'eau d'alimentation ou d'usage industriel), ou encore de nature mixte (enquête sanitaire) » afin d'identifier les foyers infectieux et, surtout, les « déterminismes sociaux à l'œuvre dans l'étiologie et la transmission des maladies contagieuses » ; les hygiénistes ont finalement réussi à justifier, au nom de la prévention des épidémies, le déploiement d'un outil d'« observation permanent de l'état de santé des populations » dont l'objectif est, *in fine*, de réglementer⁹⁶.

Ainsi, la force des hygiénistes réside dans leur capacité à proposer un « nouveau savoir »⁹⁷ qui, en s'appuyant sur la statistique, se transforme et adopte ainsi un « langage commun avec les politiques »⁹⁸. « Outillage cognitif de l'hygiène »⁹⁹, la statistique participe donc de la capacité de cette nouvelle discipline qu'est l'hygiène publique à se faire savoir d'expertise, savoir de gouvernement.

⁹⁴ L. Murard et P. Zylberman, *L'hygiène dans la République: la santé publique en France ou l'utopie contrariée 1870-1918*, Paris, Fayard, 1996, p. 73.

⁹⁵ P. Bourdelais et O. Faure, *Les nouvelles pratiques de santé*, *op. cit.*, p. 16.

⁹⁶ L. Murard et P. Zylberman, *L'hygiène dans la République*, *op. cit.*, p. 73.

⁹⁷ P. Bourdelais et O. Faure, *Les nouvelles pratiques de santé*, *op. cit.*, p. 16.

⁹⁸ Y. Fijalkow, « Statistique sanitaire et volontés politique : le cas parisien au tournant du siècle », art cit, p. 115.

⁹⁹ A. Rasmussen, « L'hygiène en congrès (1852-1912) : circulation et configurations internationales », art cit, p. 216.

1.1.3. Les hygiénistes en « situation d'expertise »¹⁰⁰ : quand les savoirs rencontrent les préoccupations sociales et politiques

Si le travail de transformation d'un savoir académique en savoir d'action publique est évidemment une clé d'analyse essentielle pour comprendre l'émergence des politiques publiques de santé au XIX^e siècle, il ne faut pas s'y arrêter. En effet, la capacité des hygiénistes à orienter l'action publique, de même que la direction prise par leur expertise et leur action, ne s'expliquent que par le contexte social et politique plus large dans lequel ils s'inscrivent. Dit autrement, c'est bien la rencontre entre un savoir d'action et des préoccupations sociales et politiques propres à une époque donnée qui permet d'expliquer la forme prise par l'action publique à sa naissance : en l'occurrence, celle d'une action globale, sociale et environnementale.

La santé publique dans la société de la fin du XVIII^e et du début du XIX^e siècle a des acteurs, les hygiénistes. Elle a aussi un cadre idéologique qui traduit l'influence de la pensée des Lumières, qui fait du progrès le futur des sociétés¹⁰¹ : la science y occupe une « place centrale »¹⁰², et la santé publique participe de cette « idéologie »¹⁰³ en offrant la promesse d'une société en bonne santé. D'autre part, avec la Révolution française, la notion de citoyenneté devient une valeur centrale du nouveau projet politique en cours. Placée « au cœur de la réflexion sur les soins médicaux et [...] sur la pauvreté »¹⁰⁴, celle-ci ouvre la voie aux politiques sociales : l'Etat est désormais chargé d'assurer à ses citoyens un ensemble de droits, dont la santé fait partie. En France, le projet de décret du 31 août 1790 porté par le Comité de Mendicité illustre bien ce mouvement : la « bienfaisance/assistance publique », en se substituant à la charité et à l'aumône « particularisées et individualisées », doit offrir « à la majorité, à la très grande majorité de la population » les soins nécessaires à

¹⁰⁰ Nous empruntons cette expression à : P. Hassenteufel, *Sociologie politique*, op. cit., p. 201.

¹⁰¹ P. Bourdelais, « Le contrôle des grandes crises épidémiques », *Les Tribunes de la santé*, 10 avril 2009, n° 22, n° 1, p. 44.

¹⁰² G. Jorland, « L'hygiène publique, fille des Lumières », art cit, p. 23.

¹⁰³ P. Bourdelais, « Le contrôle des grandes crises épidémiques », art cit, p. 44.

¹⁰⁴ *Ibid.*, p. 47.

leur « bonne santé »¹⁰⁵. La création des hôpitaux publics, qui remplacent peu à peu les hospices¹⁰⁶, est une illustration des mesures prises en ce sens. Plus largement, la médecine se fait donc publique et sociale¹⁰⁷. Ce mouvement s'accompagne d'un processus de professionnalisation du corps médical¹⁰⁸, notamment à travers l'encadrement et l'institutionnalisation du savoir médical : en France par exemple, en 1776-1778, la Société royale de médecine est créée en 1776-1778¹⁰⁹, et la Convention promulgue le 4 décembre 1794 une loi créant des nouvelles Ecoles de Santé, l'une à Paris, l'autre à Strasbourg, et la dernière à Montpellier¹¹⁰.

Pourtant, l'histoire de la santé publique, qui n'est pas exactement celle de la médecine puisqu'elle désigne ces actions qui visent la collectivité, est difficile à restituer tant elle se révèle complexe. Le cas de la France est particulièrement éclairant à ce sujet. En effet, nombreux sont les auteurs à avoir souligné le paradoxe qui caractérise l'histoire de la santé publique dans ce pays. Il est parfaitement résumé par Matthew Ramsey, qui insiste sur deux paradoxes étroitement liés entre eux : premièrement, « qu'un pays qui ait participé à l'émergence de l'hygiène publique moderne et à l'établissement de la santé publique comme discipline scientifique ait été lent à appliquer des mesures de santé publique à grande échelle » et, deuxièmement, « qu'en France, dont le nom est synonyme de centralisation et d'Etat fort, l'Etat central ait longtemps joué un rôle étonnamment limité dans la santé publique » du fait d'un libéralisme particulièrement fort¹¹¹. Murard et Zylberman ont longuement relaté

¹⁰⁵ D. Teyssiere, « Un plan révolutionnaire de santé publique populaire : le projet de décret du 31 août 1790 » dans *La médecine du peuple de Tissot à Raspail: 1750-1850 [actes de la Journée d'étude du 19 novembre 1994]*, Créteil, Conseil général du Val-de-Marne, Archives départementales, 1995, p. 69,70.

¹⁰⁶ C. Hudemann-Simon, *La conquête de la santé en Europe, 1750-1900*, Paris] [Bruxelles, Belin De Boeck, 2000, p. 81.

¹⁰⁷ D. Tabuteau et A. Morelle, *La santé publique*, Paris, [diffusion] Cairn.info, 2010, p. 14.

¹⁰⁸ C. Hudemann-Simon, *La conquête de la santé en Europe, 1750-1900*, *op. cit.*, p. 89.

¹⁰⁹ P. Bourdelais, « Les logiques de développement de l'hygiène publique », art cit, p. 14,15.

¹¹⁰ J.-M. Galmiche, *Hygiène et médecine: histoire et actualité des maladies nosocomiales*, Paris, L. Pariente, 1999, p. 110,111.

¹¹¹ M. Ramsey, « Public Health in France » dans *The History of Public Health and the Modern State*, s.l., Rodopi, 1994, p. 45.

les conditions de cette « utopie contrariée » qu'est la place de l'hygiène dans l'histoire de la République française¹¹². Finalement, chaque pays semble avoir sa propre histoire quant il s'agit du développement de la santé publique comme profession, et de l'émergence des premières politiques de santé. En Allemagne par exemple, où la place de l'Etat s'affirme plus nettement en particulier sous l'influence prussienne, cette histoire dépend pourtant des particularités locales et régionales¹¹³. L'histoire de la santé publique en Angleterre est, quant à elle, caractérisée par une institutionnalisation et une étatisation précoce de la médecine, avec les *Medical Officer of Hygiene*¹¹⁴ qui semble faire figure de modèle dans le domaine. Ainsi, des pays européens d'apparence proches ont chacun leurs spécificités, que seules les études comparées, malheureusement rares, permettent d'illustrer.

De même, l'affirmation de la santé publique comme profession, la place qu'y occupe la médecine et ce faisant la capacité de ces acteurs à orienter l'action publique est tout aussi difficile à saisir. Dorothy Porter invite à beaucoup de précautions dans ce domaine. Tout en reconnaissant l'influence d'une « expertise spécialisée » sur l'histoire de la santé publique en Europe, elle met en garde contre une vision simplifiée qui n'insisterait que sur le rôle des médecins, alors même que le pouvoir de ce groupe varierait fortement en fonction de l'environnement sociopolitique dans lequel il évolue¹¹⁵. Ainsi, au début du XIX^e siècle, du fait de la faible professionnalisation de la santé publique, les mesures de santé publique sont plutôt le résultat de l'action

[Traduction par mes soins]: « Two related paradoxes, however, characterize the actual French experience. The first is that a country which helped create the modern public hygiene movement and establish public health as a scientific discipline was slow to apply public health measures on a wide scale. The second is that in France, whose name is virtually synonymous with centralization and the strong state, the central government long played a surprisingly limited role in public health. Far from subordinating the individual relentlessly to the public interest, France was one of the countries in which classic liberalism was most pervasive and persisted the longest ».

¹¹² L. Murard et P. Zylberman, *L'hygiène dans la République*, op. cit.

¹¹³ P. Weindling, « Public Health in Germany » dans *The History of Public Health and the Modern State*, s.l., Rodopi, 1994, p. 119.

¹¹⁴ C. Hamlin, « State Medicine in Great Britain » dans *The History of Public Health and the Modern State*, s.l., Rodopi, 1994, p. 133,134.

¹¹⁵ D. Porter, « Introduction » dans *The History of Public Health and the Modern State*, s.l., Rodopi, 1994, p. 19.

d'acteurs variés, où se mêlent « politiciens radicaux, serviteurs civils, philanthropistes et membres des croisades morales »¹¹⁶. Le profil des trois figures de la santé publique du début du XIX^e siècle que sont Louis Villermé en France, Edouard Chadwick en Angleterre et Lemuel Shattuck aux Etats-Unis illustre très bien cette dimension. Le premier, s'il est effectivement médecin, travaille principalement en dehors de l'université, et fait finalement partie d'une minorité de médecins ayant effectivement participé à l'élaboration des premières politiques de santé en France¹¹⁷. Le second est quant à lui de formation juridique, proche des philosophes John Stuart Mill et Jeremy Bentham, employé de la *Royal Commission* afin de réformer les *Poor Laws*. Le troisième enfin est politicien, historien, écrivain et éditeur. Loin de constituer un groupe homogène, ces figures de l'hygiénisme/santé publique des premières heures sont à l'image d'une profession dont les contours sont loin d'être définis.

Comment dans de telles conditions expliquer « l'influence du mouvement hygiéniste au XIX^e siècle »¹¹⁸? Il semble que ce soit la capacité de ces acteurs à s'insérer dans les réseaux d'action publique, et ainsi à proposer ce savoir d'action né de l'hygiène publique, qui puisse l'expliquer. Au cœur de cette démarche se situe peut être une conviction ; en effet, « parce que l'hygiène publique vise, certes des individus, mais des individus en groupe, il faut avoir partie liée avec le seul pouvoir habilité par nature à traiter les groupes ; à savoir le pouvoir politique, quelque soit son champ d'application : local, régional, national »¹¹⁹. L'exemple de Villermé est à ce titre éclairant. Celui-ci est en effet membre d'associations savantes médicales parisiennes, élu à l'Académie des sciences morales et politiques en 1832, et connu internationalement pour ses études ; c'est ainsi qu'« il a réussi à [les] diffuser parmi les hommes politiques

¹¹⁶ *Ibid.*, p. 14.

[Traduction par mes soins] : « Early public health reform was dominated by an idiosyncratic collection of political radicals, civil servants, philanthropists and moral crusaders ».

¹¹⁷ M. Ramsey, « Public Health in France », art cit, p. 53,54.

¹¹⁸ P. Bourdelais, *Les épidémies terrassées*, op. cit., p. 168.

¹¹⁹ D. Teyssière, « Un médecin dans la phase de constitution de l'hygiénisme, Louis Lépecq de La Cloture (1736-1804) », art cit, p. 68.

comme parmi les responsables de l'économie »¹²⁰. De manière générale, la capacité des hygiénistes à influencer l'action publique résulte de leur insertion au sein des institutions savantes de l'époque et de leur capacité à occuper des positions de pouvoir. En ce sens, ils se trouvent en « situation d'expertise »¹²¹, c'est-à-dire à l'interface entre un espace de savoir – l'hygiène publique – et un espace de pouvoir – en particulier les arènes législatives. Ils sont ainsi en mesure de « convaincre les responsables politiques, de l'échelon local au niveau national, de légiférer [...] »¹²² dans le sens qu'ils jugent favorable.

De plus, il est possible de faire émerger une tendance commune dans l'orientation prise par les premières politiques de santé publique. En effet, nombreux sont les auteurs à avoir souligné une de ses plus grandes caractéristiques : celle de la prédominance d'une dimension environnementale visant la modification des conditions sanitaires¹²³ et, plus largement, de politiques globales orientées vers la transformation des conditions sociales des individus¹²⁴. Les thématiques portées par Louis Villermé ou Edwin Chadwick dans leurs rapports – classes indigentes, conditions de vie des ouvriers, mortalités différentielles – et les mesures législatives qui en découlent – loi sur les logements insalubres ou réforme des *Poor Laws* – illustrent bien cette dimension.

Certes, nous avons souligné la dimension environnementale de l'hygiène publique au début du XIX^e : il faut considérer que de la forme de ce savoir découlent celles de l'action publique. Cette analyse se révèle en fait insuffisante, cette dynamique ne prenant son sens qu'une fois considéré le contexte social et politique dans lequel elle s'inscrit. En effet, la fin du XVIII^e siècle et les débuts du XX^e siècle sont largement dominés par les questions

¹²⁰ P. Bourdelais, *Les épidémies terrassées*, op. cit., p. 117.

¹²¹ P. Hassenteufel, *Sociologie politique*, op. cit., p. 201.

¹²² P. Bourdelais, « Protéger, éduquer, discipliner la population », art cit, p. 188,189.

¹²³ V. Berridge, M. Gorsky et A. Mold, *Public Health in History*, 1 édition., Maidenhead, Open University Press, 2011, p. 162.

¹²⁴ J. Colgrove, « The power of persuasion: Diphtheria immunization, advertising, and the rise of health education », *Public Health Reports (Washington, D.C.: 1974)*, octobre 2004, vol. 119, n° 5, p. 506.

sociales. Le contexte politique en Europe est globalement instable, les menaces révolutionnaires encore bien présentes, et la question de l'ordre passe par une réflexion sur les questions sociales. Au cœur des préoccupations sociales et politiques se situe la question de l'industrialisation ou, plus exactement, de ses conséquences sur l'émergence d'une classe ouvrière dont les conditions de vie et de travail particulièrement précaires inquiètent. Lutter contre les logements insalubres ou le travail des enfants, c'est espérer améliorer les conditions sanitaires mais surtout sociales des individus, moins dans une perspective de justice sociale que dans celle de maintien de l'ordre.

En effet, enjeu de sécurité et enjeu sanitaire sont étroitement associés : la « pureté », pense-t-on, est un « gage de sureté »¹²⁵. L'intérêt pour la santé des populations est alors aussi un intérêt pour le contrôle social. C'est le début des mesures de police (sanitaire)¹²⁶, entendues dans leur « sens original », c'est-à-dire visant « l'ordre de la cité »¹²⁷ : surveillance des individus et de leurs mœurs, des espaces urbains et des habitations, des commerces et des produits alimentaires... La solution d'enfermement pour chaque type de population – aux criminels les prisons, aux malades les hôpitaux, aux indigents les hospices, aux fous les asiles, mais aussi aux ouvriers les manufactures et aux enfants les écoles¹²⁸ – permet la mise en œuvre des contrôles sanitaires. Ainsi par exemple, la question de la prostitution, dans un contexte de lutte contre les risques de vérole, se résout au XIX^e siècle par l'enfermement des prostituées « de préférence dans des maisons *closes* »¹²⁹ et par la mise en place d'« examens physiques souvent douloureux »¹³⁰. Ainsi, ces lieux permettent l'établissement des techniques de pouvoir promues par l'hygiène

¹²⁵ G. Barroux, *Philosophie, maladie et médecine au XVIII^e siècle*, op. cit., p. 289.

¹²⁶ D. Tabuteau, « Les interdictions de santé publique », *Les Tribunes de la santé*, 2007, vol. 17, n° 4, p. 21.

¹²⁷ J.-C. Sournia, *La Médecine révolutionnaire: 1789-1799*, Paris, Payot, 1989, p. 195.

¹²⁸ G. Jorland, *Une société à soigner*, op. cit., p. 69.

¹²⁹ *Ibid.*

¹³⁰ G. Barroux, *Philosophie, maladie et médecine au XVIII^e siècle*, op. cit., p. 289.

publique, où contrôle des lieux et contrôle des individus sont étroitement articulés.

Enfin, l'urbanisation, conséquence de l'industrialisation, fait l'objet de réflexions qui s'articulent elles aussi avec les questions sanitaires : les villes favorisent les épidémies¹³¹ du fait des conditions de vie insalubres qui dominent, et l'hygiène publique constitue là aussi une solution à ces questions. Ainsi, la théorie des miasmes, issue de l'observation des marais dans les campagnes, est étendue à celle des voiries, égouts et fosses d'aisances dans les villes¹³². Suivant les découvertes de l'hygiène publique, c'est donc à la mauvaise circulation des éléments dans les espaces urbains que les pouvoirs publics s'attaquent, et leurs actions prennent la forme de mesures de réaménagement urbain¹³³, par exemple par le déplacement des cimetières et des abattoirs hors des villes. Plus largement, tous les espaces publics sont concernés par la volonté d'améliorer la circulation des éléments : hôpitaux, écoles, théâtres, prisons, casernes, cimetières, marchés¹³⁴... Construire les bâtiments autour d'une cours centrale et en limiter la hauteur, édifier des places et des squares, telles sont donc les solutions mises en œuvre pour faire circuler l'air dans les villes ; réaménager les systèmes d'égouts et assainir les rivières, telles sont celles qui visent la circulation de l'eau¹³⁵. L'architecture se pense, au XIX^e siècle, à travers le prisme de l'hygiène¹³⁶ : il s'agit avant tout d'améliorer les conditions de salubrité dans les villes. Ainsi, les mesures dites hygiénistes s'étendent à

¹³¹ G. Jorland, *Une société à soigner*, op. cit., p. 11.

¹³² *Ibid.*, p. 65.

¹³³ P. Bourdelais, *Les épidémies terrassées*, op. cit., p. 143.

¹³⁴ S. Nonnis Vigilante, « La réinvention de l'hygiène » dans *Aux origines de la médecine*, Paris, Fayard, 2011, p. 204.

¹³⁵ Pour une présentation plus précise de ces mesures, voir : G. Jorland, *Une société à soigner*, op. cit., p. 69-76.

¹³⁶ Pour une présentation des liens entre architecture et hygiénisme, voir : P. Mory, « Architecture et hygiénisme à Paris au début du XX^e siècle. L'architecte entre savoir médical et pouvoir politique » dans *Les hygiénistes: enjeux, modèles et pratiques (XVIII^e-XX^e siècles) [colloque]*, Paris, Belin, 2001, p. 118-144.

tous les « aspect[s] de la vie des populations »¹³⁷, conduisant à une « hygiénisation de la vie quotidienne »¹³⁸.

Telles sont donc les conditions d'émergence des premières politiques de santé : un savoir tourné vers l'action (publique), porté par des acteurs se trouvant en situation d'expertise, et une rencontre avec les préoccupations sociales et politiques de l'époque, qui font de ce savoir une solution – matérialisée dans des mesures d'action publique – aux problèmes de gouvernement. La forme prise par cette action publique dans le domaine sanitaire est alors celle d'une action globale visant la modification des environnements des individus. Or, à partir de la deuxième moitié du XIX^e siècle, et plus encore au début du XX^e siècle, ces conditions se transforment sensiblement, et l'action publique sanitaire prend alors une autre forme : celle de mesures directement orientées vers les individus.

1.2. Vers l'ère des mesures individuelles : quand les préoccupations contemporaines rencontrent les nouveaux savoirs scientifiques

Si le XIX^e siècle marque l'émergence d'un savoir, l'hygiène publique, qui dans un contexte particulier se fait savoir de gouvernement et se matérialise par des techniques de pouvoir principalement orientées vers la modification des environnements et le contrôle des populations, la fin du XIX^e siècle et la première moitié du XX^e siècle marquent les temps d'un changement : à la modification des milieux insalubres vient s'ajouter, voire se substituer, une volonté d'action directe sur les populations. Cette transformation, graduelle bien sûr, est le fait de deux facteurs en particulier. Il s'agit d'une part de changements dans les savoirs scientifiques, qui ont des conséquences

¹³⁷ P. Bourdelais, *Les épidémies terrassées*, op. cit., p. 143.

¹³⁸ Pour une présentation de l'évolution des enjeux d'insalubrité du logement à Paris, voir : E. Kalff, « Les plaintes pour l'insalubrité du logement à Paris (1850-1955), miroir de l'hygiénisation de la vie quotidienne » dans *Les hygiénistes: enjeux, modèles et pratiques (XVIIIe-XXe siècles) [colloque]*, Paris, Belin, 2001, p. 540.

majeures sur les moyens envisagés : les découvertes des germes à l'origine des maladies épidémiques consacrent en effet l'idée de contagion, placent ce faisant l'individu au cœur de la réflexion, et justifient des mesures le visant directement. Ce changement de paradigme (médical) se conjugue d'autre part avec des préoccupations sociales et politiques en mutation : dans un contexte de guerres, les questions sanitaires prennent une dimension nationale, et la question de la dégénérescence de la race, attribuée à des « fléaux sociaux », transforme l'action sur les comportements individuels en priorité nationale. Forte de cette dynamique changeante, la santé publique se professionnalise progressivement, et l'action sanitaire s'institutionnalise jusqu'à être prise en charge plus directement par l'Etat.

1.2.1. La découverte des germes : quand les savoirs de l'hygiène se font scientifiques

A la fin du XIX^e siècle, une transformation profonde des savoirs sur la maladie et la santé s'opère : la découverte des germes. De Louis Pasteur, chimiste français qui, dès les années 1850, travaille sur les fermentations avant de montrer plus tard l'existence de germes responsables de la transmission des maladies des vers à soie, ou de Robert Koch, médecin allemand connu pour la découverte du bacille responsable de la tuberculose en 1885, la paternité de cette nouvelle discipline appelée microbiologie pourrait être discutée, qu'on se situe de l'un ou de l'autre côté du Rhin¹³⁹. Quoiqu'il en soit, entre 1870 et 1918, les microorganismes responsables de la plupart des maladies transmissibles – choléra, typhoïde, tuberculose, syphilis, peste bubonique – sont découverts¹⁴⁰.

En soi, la découverte de la contagion entre individus n'est pas tout à fait nouvelle. L'histoire de l'hygiène publique est marquée par une opposition entre

¹³⁹ Voir à ce sujet la présentation de la concurrence qui oppose ces deux figures de la microbiologie et de leurs apports mutuels: A. Perrot, *Pasteur et Koch: Un duel de géants dans le monde des microbes*, s.l., Éditions Odile Jacob, 2014, 240 p.

¹⁴⁰ N. Tames, « "Destroyer and Teacher": Managing the Masses During the 1918–1919 Influenza Pandemic », *Public Health Reports*, 2010, vol. 125, Suppl 3, p. 49.

un courant « infectionniste », et un autre « contagionniste »¹⁴¹ ; d'une certaine manière, cette dernière peut être considérée comme une « esquisse de ce que la microbiologie accomplit »¹⁴², les découvertes sur les germes venant finalement trancher le débat. Surtout, ce n'est donc pas tant dans les connaissances prises par ce savoir que dans ses fondements qu'il faut chercher les sources de cette « révolution bactériologique »¹⁴³. En effet, celle-ci correspond d'abord à une transformation dans « l'ordre des savoirs » : désormais, la biologie se fait « point de départ obligé » de la médecine¹⁴⁴.

De plus, si elle ne contredit pas (tous) les hygiénistes, la microbiologie leur offre « un point d'appui » en leur indiquant « où diriger les coups » : alors qu'au début du siècle, on pensait que la maladie était « causée par un peu tout » et qu'il fallait donc « agir sur tout et partout à la fois », on clame désormais qu'il faut « extirper le microbe ». Le pasteurisme, en édifiant un « hygiénisme scientifique » dont la présence est requise « partout », le rend donc « plus fort »¹⁴⁵. Les médecins quant à eux, d'abord « sceptiques »¹⁴⁶ face à des découvertes qui menacent de rendre inutile l'approche curative, se rallient finalement à la perspective d'une médecine « scientifique »¹⁴⁷. Telles sont les modalités, mises au jour dans l'ouvrage dirigé par Claire Salomon-Bayet, qui permettent de comprendre le succès de cette « révolution pastoriennne »¹⁴⁸.

Or, ce sont les conséquences de ce nouveau « paradigme scientifique » qui nous intéressent tout particulièrement. En effet, si la médecine reste encore

¹⁴¹ B. Lécuyer, « L'hygiène en France avant Pasteur 1750-1850 » dans *Pasteur et la révolution pastoriennne*, Paris, Payot, 1986, p. 71.

¹⁴² C. Salomon-Bayet, « Penser la révolution pastoriennne » dans *Pasteur et la révolution pastoriennne*, Paris, Payot, 1986, p. 23.

¹⁴³ J. Colgrove, « The power of persuasion », art cit, p. 506.

¹⁴⁴ C. Salomon-Bayet, « Penser la révolution pastoriennne », art cit, p. 20.

¹⁴⁵ B. Latour, « Le théâtre de la preuve » dans *Pasteur et la révolution pastoriennne*, Paris, Payot, 1986, p. 348-352.

¹⁴⁶ *Ibid.*, p. 369.

¹⁴⁷ B. Lécuyer, « L'hygiène en France avant Pasteur 1750-1850 », art cit ; O. Faure, « Hygiène, hygiénisme et santé publique en France, XIXe-XXe siècle » dans *Education à la santé, XIXème-XXème siècle*, Paris, Presses de l'EHESP, 2002, .

¹⁴⁸ C. Salomon-Bayet, *Pasteur et la révolution pastoriennne*, Paris, Payot, 1986, 436 p.

« largement orientée vers la prévention »¹⁴⁹ – les traitements des principales épidémies, comme la tuberculose, n'ont pas encore été découverts – celle-ci change pourtant de forme et de cible. En effet, avec la preuve de la contagion, l'attention se porte désormais sur l'individu plutôt que sur son environnement¹⁵⁰. Par exemple, on sait désormais que la circulation de la tuberculose, et plus tard de la grippe espagnole, peut être attribuée au fait de tousser, d'éternuer ou encore de cracher¹⁵¹. Plus largement, au savoir sur l'infection atmosphérique se substitue un savoir « moderne » où les contacts entre les individus, avec la nourriture, avec l'eau contaminée ou encore avec des insectes infectés, occupent une place centrale¹⁵². Dès lors, les solutions envisagées sont sensiblement différentes de celles promues avant la découverte des germes : si les mesures globales reposant sur la modification des conditions de vie et d'environnement des individus ne sont pas tout à fait abandonnées, celles visant à lutter contre des maladies spécifiques, via des mesures ciblant directement les populations, occupent désormais une place centrale¹⁵³.

Or, si la modification des savoirs sur les maladies est un élément essentiel à la compréhension des transformations qui touchent l'action publique sanitaire au début du XX^e siècle, cette explication ne suffit pas. En effet, il faut aussi resituer ces découvertes dans les préoccupations et les configurations sociales et politiques de l'époque qui, elles aussi, se déplacent sensiblement à partir de la seconde moitié du XIX^e siècle.

¹⁴⁹ O. Faure, « Hygiène, hygiénisme et santé publique en France, XIXe-XXe siècle », art cit, p. 25.

¹⁵⁰ J. Colgrove, « The power of persuasion », art cit, p. 506.

¹⁵¹ N. Tomes, « "Destroyer and Teacher" », art cit, p. 50.

¹⁵² N. Tomes, « The making of a germ panic, then and now. », *American Journal of Public Health*, février 2000, vol. 90, n° 2, p. 192.

¹⁵³ F. Lert, « Emergence et devenir du système de prise en charge de la tuberculose en France entre 1900 et 1940 », *Social Science & Medicine*, 1982, vol. 16, n° 23, p. 2073-2082 ; Claudia Agostoni, « Popular Health Education and Propaganda in Times of Peace and War in Mexico City, 1890s–1920s », *American Journal of Public Health*, janvier 2006, vol. 96, n° 1, p. 52-61 ; J. Colgrove, « The power of persuasion », art cit., p. 506.

1.2.2. La santé publique au secours de la Nation

Si la théorie des germes est sans aucun doute à l'origine d'une transformation profonde dans la manière dont les sociétés appréhendent les maladies – aussi bien dans leurs origines que dans les moyens de lutte – son impact ne se comprend réellement qu'en considérant la manière dont ce savoir est par ailleurs mobilisé, réapproprié et finalement inséré aux préoccupations sociales et politiques de l'époque.

En effet, la fin du XIX^e siècle est marquée, dans les sociétés occidentales en particulier, par une focalisation sur la question de la « force » de la Nation. Cette inquiétude se déploie sur divers registres, et tout particulièrement les dimensions sanitaires et démographiques. En France, la défaite de 1870, interprétée comme le résultat d'une mauvaise condition physique des soldats, fait du « souci » populationniste une « véritable obsession hantant tous les discours des élites »¹⁵⁴. Plus largement le contexte de guerre, et sa menace perpétuelle renforcent les préoccupations relatives à la préservation de la force économique et militaire¹⁵⁵ ; une population saine signifie des soldats et des ouvriers en pleine capacité, socle d'une Nation puissante. Les préoccupations démographiques occupent donc une place centrale, et ce tout au long de la première moitié du XX^e siècle.

Or, cette question se pense d'un point de vue aussi bien quantitatif que qualitatif¹⁵⁶. En effet, aux côtés de la dépopulation, qui touche particulièrement la France, est associée celle de la dégénérescence¹⁵⁷. Cette question n'est pas tout à fait nouvelle puisque, dès le XVIII^e siècle, la société s'inquiète déjà des « récessions collectives », et adhère à un idéal de « régénérations »¹⁵⁸. Mais à

¹⁵⁴ O. Faure, « Hygiène, hygiénisme et santé publique en France, XIX^e-XX^e siècle », art cit, p. 24.

¹⁵⁵ F. Lert, « Emergence et devenir du système de prise en charge de la tuberculose en France entre 1900 et 1940 », art cit, p. 2075.

¹⁵⁶ V. De Luca, « Natalisme et hygiénisme en France de 1900 à 1940: L'exemple de la lutte antivénérienne », *Population*, 2009, vol. 64, n° 3, p. 538.

¹⁵⁷ P. Darmon, « Grande Guerre et flambée de la morbidité vénérienne. I. L'ampleur du fleau », *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 2000, vol. 10, n° 28, p. 754.

¹⁵⁸ G. Vigarello, « L'hygiène des Lumières » dans *Les hygiénistes: enjeux, modèles et pratiques (XVIII^e-XX^e siècles) [colloque]*, Paris, Belin, 2001, p. 33.

partir du milieu du XIX^e siècle, ce « fantasme » d'une « l'humanité décadente, dégénérée »¹⁵⁹ est exacerbé par le contexte de crise qui touche toute l'Europe¹⁶⁰ ; les menaces de guerre du début du XX^e siècle ne font que rendre ces préoccupations plus virulentes encore, comme en Angleterre où défense de l'Empire et défense de la race sont étroitement associés¹⁶¹. L'Europe n'est pas la seule dans ce cas. Au Mexique par exemple, la question sanitaire s'articule aussi à l'histoire de la Nation : d'abord étroitement liée à l'émergence de la ville de Mexico, que les élites souhaitent ériger en ville « d'ordre et de progrès », elle est ensuite associée à la suite de la révolution mexicaine – dont les conséquences sont aussi sanitaires avec la propagation des maladies – à la rénovation sociale et à la consolidation de la Nation¹⁶².

Ensuite, conditions physiques et morales ne sont pas dissociées : dans l'esprit des contemporains, « l'obscurantisme, les préjugés, les “moisissures” de l'esprit » viennent expliquer les tares et les maladies des classes insuffisamment évoluées »¹⁶³. Ainsi, « dépopulation, dégénérescence et démoralisation »¹⁶⁴ sont des phénomènes qui sont étroitement associés. Deux maladies en particulier sont au cœur de cette interprétation : la tuberculose et la syphilis, qui obsèdent particulièrement les pays européens¹⁶⁵. La tuberculose tout d'abord, du fait de « la disparition des grandes endémies, choléra, variole, typhus, grâce à l'assainissement et à l'amélioration de l'hygiène » est une des premières causes de mortalité en Europe et touche, qui plus est, des individus

¹⁵⁹ G. Jorland, *Une société à soigner*, op. cit., p. 152.

¹⁶⁰ L'année 1847 est marquée par une crise économique, bancaire, financière, industrielle, alimentaire et internationale en Europe.

¹⁶¹ B. A. Towers, « Health education policy 1916-1926: venereal disease and the prophylaxis dilemma », *Medical History*, janvier 1980, vol. 24, n° 1, p. 72.

¹⁶² C. Agostoni, « Popular Health Education and Propaganda in Times of Peace and War in Mexico City, 1890s–1920s », art cit, p. 52-61.

¹⁶³ F. Lert, « Emergence et devenir du système de prise en charge de la tuberculose en France entre 1900 et 1940 », art cit, p. 2077.

¹⁶⁴ V. De Luca, « Natalisme et hygiénisme en France de 1900 à 1940 », art cit, p. 534.

¹⁶⁵ P. Darmon, « Grande Guerre et flambée de la morbidité vénérienne. I. L'ampleur du fleau », art cit, p. 754.

jeunes¹⁶⁶. Or, celle-ci est analysée comme une « maladie de la pauvreté, de l'ignorance », le résultat d'un « comportement caractéristique des classes populaires »¹⁶⁷.

Le cas de syphilis, maladie vénérienne qui préoccupe particulièrement du fait de ses conséquences sur la natalité, est également intéressant car, comme le montre Virginie de Luca Barrusse, il met à jour le travail de mise en sens opéré par des acteurs afin que cette pathologie acquière le statut de « fléau social »¹⁶⁸. En effet, les maladies vénériennes, c'est-à-dire sexuellement transmissibles, sont jusque là « honteuses donc tues » et, surtout, associées à la « débauche », considérées comme « les justes châtiments de la turpitude » ; point de nécessité de s'y atteler dans ces circonstances. C'est la mise en avant de la « dimension collective » de cette pathologie qui permet par la suite de justifier l'action préventive. Ici, la découverte des germes permet en effet de soutenir l'argument d'une « circulation de la maladie dans l'espace social », et c'est en insistant tout particulièrement sur le risque « au sein du foyer bourgeois » – par la transmission à la mère et aux enfants « innocents » – qu'est justifiée la nécessité d'une intervention publique.

L'émergence de la question des fléaux sociaux – en particulier la tuberculose, la syphilis mais aussi l'alcoolisme¹⁶⁹, qui met « en danger la croissance du pays » en réduisant la force de travail¹⁷⁰ – est donc le résultat d'un travail de mise en sens qui articule étroitement maladie, enjeu démographique et fait social : « la société engendre la maladie qui la menace à son tour », et c'est alors en termes de « droits et de devoirs mutuels de la société et de

¹⁶⁶ A. Thebaud et F. Lert, « Maladie subie, maladie dominee, industrialisation et technologie medicale: Le cas de la tuberculose », *Social Science & Medicine*, 1985, vol. 21, n° 2, p. 131.

¹⁶⁷ F. Lert, « Emergence et devenir du systeme de prise en charge de la tuberculose en France entre 1900 et 1940 », art cit, p. 2077.

¹⁶⁸ V. De Luca, « Natalisme et hygiénisme en France de 1900 à 1940 », art cit, p. 537,538.

¹⁶⁹ O. Faure, « Hygiène, hygiénisme et santé publique en France, XIXe-XXe siècle », art cit ; P. Darmon, « Grande Guerre et flambee de la morbidite venerienne.I. L'ampleur du fleau », art cit., p. 754.

¹⁷⁰ D. Nourrisson et J. Freyssinet-Dominjon, *L'école face à l'alcool: un siècle d'enseignement antialcoolique, 1870-1970*, Saint-Étienne, Publications de l'Université de Saint-Étienne, 2009, vol. 1/, p. 75.

l'individu »¹⁷¹, d'« intérêt général »¹⁷² et national, que se justifie la nécessité d'une action sanitaire. Au nom d'une « plus grande solidarité »¹⁷³, tous les individus – et ceux des classes populaires en particulier – sont donc invités à collaborer à l'entreprise nationale. Ici, la découverte du microbe sert à justifier cet impératif. Contaminer autrui, c'est porter atteinte à la collectivité et à la Nation : « la maladie n'est plus un malheur privé, mais une atteinte à l'ordre public »¹⁷⁴.

Pour France Lert, qui étudie le cas de la tuberculose, la force de cet argument réside en particulier dans le transfert de causalité qui est opéré : « en déplaçant l'interprétation des causes de la maladie du social vers le biologique ou l'écologique, en faisant de la lutte antituberculeuse un enjeu social transcendant les intérêts catégoriels, en situant dans la transformation des modes de vie les conditions d'une régression de la maladie », cette analyse de la maladie « désamorce l'interprétation de celle-ci comme effet-preuve de l'exploitation et propose la collaboration de la classe à l'intérêt général » tout en justifiant « les mesures coercitives à l'égard des maladies et l'irruption des travailleurs sociaux dans l'intimité familiale »¹⁷⁵.

1.2.3. De la santé publique comme discipline aux politiques de santé comme action sur les individus

Dans un contexte de découvertes scientifiques et d'élévation des questions sanitaires au rang de préoccupations nationales, le mouvement en faveur de la santé publique se renforce¹⁷⁶. Cette dynamique s'illustre à plusieurs échelles.

¹⁷¹ F. Lert, « Emergence et devenir du système de prise en charge de la tuberculose en France entre 1900 et 1940 », art cit, p. 2075.

¹⁷² V. De Luca, « Natalisme et hygiénisme en France de 1900 à 1940 », art cit, p. 538.

¹⁷³ V. Vignaux, « L'éducation sanitaire par le cinéma dans l'entre-deux-guerres en France », *Sociétés & Représentations*, 2009, vol. 28, n° 2, p. 72.

¹⁷⁴ B. Latour, *Le théâtre de la preuve* ; In : C. Salomon-Bayet, *Pasteur et la révolution pastorienne*, Ed. Payot, Paris, 1986, p. 375.

¹⁷⁵ F. Lert, « Emergence et devenir du système de prise en charge de la tuberculose en France entre 1900 et 1940 », art cit, p. 2079.

¹⁷⁶ N. Tomes, « "Destroyer and Teacher" », art cit, p. 49.

Tout d'abord, on doit considérer le processus d'affirmation et d'autonomisation de la santé publique en tant que discipline à part entière, qui participe à l'émergence d'une profession dont les contours sont, cependant, encore flous. Ensuite, il faut reconnaître que l'action sanitaire du début du XX^e siècle se révèle être plutôt le fait d'associations, qui se structurent autour de la lutte contre les fléaux sociaux. Enfin, c'est le rôle de la fondation Rockefeller à partir de la première guerre mondiale qui permet d'expliquer, en France mais aussi dans de nombreux pays européens, la dynamique sans précédent que connaît l'action publique dans le domaine sanitaire, qui se structure désormais autour de mesures visant directement les populations.

Premièrement donc, la santé publique s'affirme de plus en plus comme une discipline à part entière. Ainsi, les premières écoles de santé publique voient le jour dans les pays anglo-saxons en particulier. Aux Etats-Unis, l'*American Public Health Association* naît en 1872, et la première Ecole de santé publique, la *John Hopkins School of Hygiene and Public Health*, voit le jour en 1916¹⁷⁷. Les enseignements de santé publique se multiplient à travers le pays, comme à la *Massachusetts Institute of Technology* (MIT), à Harvard-MIT, à Yale, à l'Université du Michigan et de Pennsylvanie¹⁷⁸. La première école de santé publique en Grande-Bretagne, la *London School of Hygiene and Tropical Medicine*, est créée en 1924 avec le soutien de la fondation Rockefeller¹⁷⁹.

La précocité du mouvement aux Etats-Unis, et son influence, ne doivent pas être considérées comme un détail. Le développement des premières formations en santé publique donne quelques indications sur les facteurs l'ayant rendu possible. En effet, comme le montre Arthur J. Visel tear, Professeur associé d'histoire de la médecine et de la santé publique à l'Université de Yale, elle peut être analysée comme le fait de plusieurs facteurs concomitants : le

¹⁷⁷ L. Rosenstock, B. Helsing et B. K. Rimer, « Public Health Education in the United States: Then and Now », 2011, vol. 33, n° 1, p. 40.

¹⁷⁸ A propos de l'histoire des premiers programmes de formation à la santé publique aux Etats-Unis, voir: A. J. Visel tear, « The emergence of pioneering public health education programs in the United States. », *The Yale Journal of Biology and Medicine*, 1988, vol. 61, n° 6, p. 519-548.

¹⁷⁹ K. Cole, F. Sim et H. Hogan, « The Evolution of Public Health Education and Training in the United Kingdom », 2011, vol. 33, n° 1, p. 89.

développement du commerce, l'intérêt pour l'avancement des sciences de l'industrie, le développement d'écoles dédiées aux sciences appliquées, l'urbanisation et le besoin de résoudre les problèmes qui lui sont associés, le développement des épidémies de typhoïde et de choléra qui menacent les vies et les intérêts commerciaux, et les mesures sanitaires que leur éradication nécessite, une demande croissante en professionnels de santé publique dans les villes, les camps militaires et les hôpitaux, l'émergence des *State Board of Health*, la place centrale attribuée à la bactériologie et à l'immunologie¹⁸⁰. Aux Etats-Unis, la recherche biomédicale est fortement soutenue¹⁸¹. Si l'hygiène publique est née en Europe, la santé publique contemporaine connaît un essor particulièrement fort dans les pays anglo-saxons.

Ce processus s'accompagne d'une affirmation croissante de la santé publique comme discipline et comme profession autonome et, paradoxalement peut être, cela passe par une certaine prise de distance vis-à-vis de la médecine dite curative ou thérapeutique. Ainsi, au début du XX^e siècle en Angleterre, la *Society of Medical Officers of Health* affirme que la médecine préventive est une profession distincte de la médecine thérapeutique¹⁸². Les décennies suivantes sont en réalité marquées par une tension croissante entre ces deux disciplines en pleine évolution que sont la médecine et la santé publique : les discussions autour des premiers programmes d'enseignement de santé publique à la *Massachusetts Institute of Technology* (MIT), à Harvard-MIT, à Yale, à l'Université du Michigan et de Pennsylvanie, où le statut (institutionnel) de cette discipline par rapport à la médecine – à laquelle elle est parfois subordonnée (c'est le cas tu *Yale's Department of Public Health*) – et la difficulté

¹⁸⁰ A.J. Visellear, « The emergence of pioneering public health education programs in the United States. », art cit, p. 543.

¹⁸¹ A. Perrot, *Pasteur et Koch*, op. cit., p. 224.

¹⁸² D. Porter, « Introduction », art cit, p. 15.

à faire venir des étudiants en médecine dans ces formations¹⁸³, illustrent bien cette tension.

C'est, nous semble-t-il, le début d'une longue histoire ambiguë entre la médecine et la santé publique. Le positionnement des médecins par rapport aux découvertes sur les germes l'illustre assez bien. Alors même que la révolution pastoriennne a renforcé leur place dans la société et dans l'action publique en France et en Allemagne¹⁸⁴, les médecins n'ont pas « accepté unanimement et d'emblée les formes nouvelles du savoir médical que constitue la biologie »¹⁸⁵, qui opère un déplacement vers le laboratoire. Dans le cas des maladies vénériennes, l'histoire de l'Angleterre et de la France laissent à voir une autre forme de tension, dans laquelle les savoirs médicaux se confrontent aux valeurs de la société. Ainsi, Bridget A. Jones montre comment le *Ministry of Health* se trouve tiraillé entre la tentation d'encourager les mesures prophylactiques afin de lutter efficacement contre les maladies vénériennes, et la crainte d'apparaître comme une institution immorale « encourageant le sexe illicite »¹⁸⁶. Virginie de Luca Barusse fait apparaître une même tension concernant la promotion en France du préservatif, jugé « encourager l'immoralité en facilitant des relations sexuelles à risques » ; finalement, dans un choix articulant nécessité de lutte contre les maladies et considérations morales, c'est une « voix médiane » que les médecins privilégient en évoquant le préservatif « du bout des lèvres »¹⁸⁷.

Enfin, outre des arbitrages entre le licite et l'illicite, entre le dicible et l'indicible, ce sont aussi des considérations qui relèvent de la protection de leur profession qui expliquent les positionnements des médecins par rapport et au sein de la santé publique : ainsi, bien qu'encourageant les mesures prophylactiques, une

¹⁸³ A propos de l'histoire des premiers programmes de formation à la santé publique aux Etats-Unis, voir: A.J. Viselstear, « The emergence of pioneering public health education programs in the United States. », art cit, p. 42.

¹⁸⁴ D. Porter, « Introduction », art cit, p. 14,15.

¹⁸⁵ F. Lert, « Emergence et devenir du système de prise en charge de la tuberculose en France entre 1900 et 1940 », art cit, p. 2078-2080.

¹⁸⁶ B.A. Towers, « Health education policy 1916-1926 », art cit, p. 81.

¹⁸⁷ V. De Luca, « Natalisme et hygiénisme en France de 1900 à 1940 », art cit, p. 551.

part des médecins s'opposent à la promotion de pratiques d'automédication de crainte de voir leur rôle effacé¹⁸⁸. En France, les médecins se sont surtout engagés dans « la défense de l'exercice libéral » face à une santé publique menaçante¹⁸⁹. Aux Etats-Unis, bien que minoritaires au sein de la santé publique (en tant que discipline et profession), ils n'en essaient pas moins de la contrôler¹⁹⁰. Bref, nombreux sont les exemples qui montrent la relation ambiguë qu'entretennent les médecins – qu'ils soient libéraux (comme en France) ou fonctionnaires (comme en Angleterre) – avec cette santé publique en croissante reconnaissance.

Cela étant dit, leur influence sur l'action publique sanitaire de la fin du XIX^e et du début du XX^e siècle n'en est pas moins cernable. Par exemple, les maladies vénériennes étant particulièrement connues au sein des troupes militaires, les médecins de l'armée jouent un rôle essentiel dans l'émergence des préoccupations nationales quant à cette maladie, en Angleterre¹⁹¹ comme en France¹⁹². Aux Etats-Unis, le Secrétaire exécutif de la *National Association for the Study and Preservation of Tuberculosis* est un médecin, le Dr. Livingston Farrand, qui deviendra par la suite Secrétaire exécutif de la Commission américaine de préservation contre la tuberculose au lendemain de la Première Guerre mondiale¹⁹³. Dans le cas des maladies vénériennes en France, on peut citer les exemples de la Société de prophylaxie sanitaire et morale (1901), la Ligue contre le péril vénérien (1923) ou encore le Comité d'éducation féminine (1925), qui sont toutes trois fondées par des médecins¹⁹⁴.

¹⁸⁸ B.A. Towers, « Health education policy 1916-1926 », art cit, p. 86.

¹⁸⁹ F. Lert, « Emergence et devenir du système de prise en charge de la tuberculose en France entre 1900 et 1940 », art cit, p. 2078-2080.

¹⁹⁰ D. Porter, « Introduction », art cit, p. 15.

¹⁹¹ *Ibid.*

¹⁹² P. Darmon, « Grande Guerre et flambée de la morbidité vénérienne. I. L'ampleur du fléau », art cit, p. 754-756.

¹⁹³ T. Lefebvre, « Cinéma et hygiène. Les débuts d'une fructueuse collaboration » dans *Éducation à la santé, XIXe-XXe siècle*, Rennes, Éd. de l'École nationale de la santé publique, 2002, p. 75,76.

¹⁹⁴ V. De Luca, « Natalisme et hygiénisme en France de 1900 à 1940 », art cit, p. 537.

Pour l'essentiel, l'action sanitaire du début du XX^e siècle est d'abord le fait d'associations, qui regroupent un ensemble d'individus aux profils hétérogènes mais partageant une visée commune – celle de promouvoir l'hygiène publique et de lutter contre les fléaux sociaux –. Les croisades contre les fléaux sociaux sont à l'origine de ces mobilisations. Ainsi, aux Etats-Unis, les *American purity leagues* sont particulièrement structurées et puissantes, tandis qu'en Angleterre, deux groupes de pression – le *National Council for Combatting Veneral Disease* et la *Society for the Prevention of Veneral Disease* – réunissent aussi bien des femmes de la classe moyenne élevée, des hommes d'église et des membres de la noblesse¹⁹⁵. Dans le cas de la lutte contre l'alcool et le tabac, on peut citer la Société patriotique de tempérance (fondée pendant le Siècle de Paris), l'Association française contre l'abus du tabac et des boissons spiritueux¹⁹⁶, la Croix-bleue (1883), l'Union française antialcoolique (1897) ou encore la Croix-blanche (1899) en France, et la *Women's Christian Temperance Union* aux Etats-Unis¹⁹⁷, qui se montrent particulièrement actives.

Ces groupes se structurent également en fonction de la religion : ainsi, les protestants se réunissent au sein de la Croix-bleue quand les catholiques le font au sein de la Croix-blanche¹⁹⁸. On peut ici emprunter la notion d'« entrepreneurs moraux » développée par Howard Becker dans son étude sur la pénalisation du cannabis¹⁹⁹, et rejoindre plus largement les apports des approches constructivistes quant à la formulation des « problèmes sociaux » qui sont portés par des « acteurs sociaux sur la base de leurs valeurs »²⁰⁰. On retrouve aussi les analyses de Gusfields sur l'influence des mouvements de

¹⁹⁵ B.A. Towers, « Health education policy 1916-1926 », art cit, p. 72.

¹⁹⁶ D. Nourrisson, « Naissance du tabagisme » dans *Éducation à la santé, XIXe-XXe siècle*, Rennes, Éd. de l'École nationale de la santé publique, 2002, p. 38.

¹⁹⁷ R. K. Means, *A history of health education in the United States.*, Philadelphia, Lea & Febiger, 1962, 412 p.

¹⁹⁸ T. Lefebvre, « Cinéma et hygiène. Les débuts d'une fructueuse collaboration », art cit, p. 73.

¹⁹⁹ H. S. Becker, *Outsiders: studies in the sociology of deviance*, New York, Free Press of Glencoe, a division of the Macmillan Company, 1963.

²⁰⁰ P. Hassenteufel, *Sociologie politique*, op. cit., p. 41.

tempérance et leurs « croisades symboliques » contre l'alcoolisme aux Etats-Unis²⁰¹.

Enfin, c'est sur le terrain politique que se jouent aussi les questions sanitaires. En Angleterre, on doit citer le rôle du *Local Government Board* et du *Ministry of Health*²⁰². En France, France Lert montre le rôle des syndicats ouvriers qui, parce qu'ils sont les cibles privilégiées de la lutte anti-tuberculeuse, participent aux débats sur les systèmes de santé : hostiles à une intervention publique, car privilégiant « l'action directe sur les réformes sociales », ils s'opposent aux « réformistes promoteurs d'une véritable technologie de la population »²⁰³. Ces résistances se révèlent vaines quand les défenseurs de la santé publique peuvent profiter d'un vent nationaliste qui leur est favorable ; ainsi, cet exemple illustre bien le rôle du contexte social et politique, qui pèse en faveur de certains acteurs et des solutions qu'ils prônent, expliquant alors la forme prise par les mesures d'action publique adoptées.

Finalement, tout au long du XIX^e siècle, émerge « un système constitué et institutionnalisé de santé publique, avec des centres de décision, des relais ou des médiateurs »²⁰⁴ qui participe autant qu'il illustre l'engagement des Etats européens dans l'application des règles d'hygiène et de prévention²⁰⁵. Par exemple, les conseils d'hygiène publique et de salubrité, premières institutions sanitaires chargées des mesures d'hygiène publique en France, sont créés au milieu du XIX^e siècle²⁰⁶. A la fin du XIX^e siècle, les bureaux d'hygiène municipaux en France, mais aussi en Angleterre, en Belgique ou encore en Italie, ont des fonctions relativement étendues²⁰⁷. En Prusse, les médecins de

²⁰¹ J. R. Gusfield, *Symbolic crusade: status politics and the American temperance movement*, 2nd ed., Urbana, University of Illinois Press, 1986, 226 p.

²⁰² B.A. Towers, « Health education policy 1916-1926 », art cit, p. 71.

²⁰³ F. Lert, « Emergence et devenir du système de prise en charge de la tuberculose en France entre 1900 et 1940 », art cit, p. 2074, 2075.

²⁰⁴ D. Teyssie, « Un médecin dans la phase de constitution de l'hygiénisme, Louis Lépecq de La Cloture (1736-1804) », art cit, p. 68.

²⁰⁵ J.. Ruffié et J.-C.. Sourina, *Les épidémies dans l'histoire de l'homme: essai d'anthropologie médicale*, Paris, Flammarion, 1984, p. 10.

²⁰⁶ G. Jorland, *Une société à soigner*, op. cit., p. 291.

²⁰⁷ P. Bourdelais, *Les épidémies terrassées*, op. cit., p. 155.

circonscription veillent à l'exécution des mesures légales de salubrité. En Angleterre, les conseils de santé locaux, soumis à l'autorité d'un conseil gouvernemental de santé, peuvent lever des impôts pour financer les travaux d'assainissement. En Suède, les comités de salubrité disposent d'un pouvoir de police sanitaire : ils sont habilités à imposer des mesures de salubrité comme la ventilation dans les espaces publics et industriels²⁰⁸.

En France, l'Association pour l'avancement des sciences (AFAS), créée suite à la défaite de 1870, dispose d'une section d'hygiène se donnant explicitement pour rôle de sensibiliser la classe politique à la nécessité d'une action publique en faveur de l'hygiène publique²⁰⁹. A la fin du XIX^e siècle, les hygiénistes français entrent au Parlement et finissent par constituer la deuxième catégorie socioprofessionnelle représentée ; ils réussissent alors à faire passer un ensemble de lois sanitaires entre la fin des années 1880 et les années 1900 jusqu'à l'adoption de la loi de 1902 qui est considérée comme la première grande loi de santé publique en ce qu'elle « articule toute la législation sanitaire du XIX^e siècle »²¹⁰. En Angleterre, ces acteurs aussi appartiennent directement aux instances gouvernementales, et exercent aussi leur influence via les « groupes de pression », soit qu'ils y appartiennent, soit qu'ils les financent²¹¹. Enfin, aux Etats-Unis, les étudiants issus des écoles de santé publique naissantes occupent des postes d'ingénieurs, chimistes, biologistes au sein des *State Boards of Health* des différents Etats américains²¹².

Telle est l'impulsion qui naît à la fin du XIX^e siècle dans la plupart des pays occidentaux. Or, l'exemple de la France fait apparaître une deuxième

²⁰⁸ G. Jorland, *Une société à soigner*, op. cit., p. 317, 318.

²⁰⁹ M. Renneville, « Politiques de l'hygiène à l'AFAS (1872-1914) » dans *Les hygiénistes: enjeux, modèles et pratiques (XVIIIe-XXe siècles) [colloque]*, Paris, Belin, 2001, p. 88.

²¹⁰ Citons entre autres : la loi sur la protection de la petite enfance et celle sur le travail des enfants, la loi sur l'hygiène du travail et la sécurité des travailleurs adoptée le 12 juin 1893, la loi sur la responsabilité patronale dans les accidents du travail du 9 avril 1898, la loi relative aux habitations bon marché du 30 novembre 1894, la loi du 10 juillet 1894 sur l'assainissement de Paris et de la Seine... Pour une présentation plus précise, voir : G. Jorland, *Une société à soigner*, op. cit., p. 306-315.

²¹¹ B.A. Towers, « Health education policy 1916-1926 », art cit, p. 71.

²¹² A.J. Viseltear, « The emergence of pioneering public health education programs in the United States. », art cit, p. 531.

dynamique qui marque un renforcement, une institutionnalisation et une étatisation des mesures sanitaires : il s'agit de la période de la Grande guerre, et de l'intervention de la fondation philanthropique Rockefeller. En effet, cette guerre aggrave la situation sanitaire des pays européens, en particulier la propagation de la tuberculose. En 1916, le Comité central d'assistance aux anciens militaires tuberculeux est créé avant d'être reconnu d'utilité publique en 1919, devenant ainsi le Comité national d'assistance aux anciens militaires tuberculeux puis, en 1920, le Comité national de défense contre la tuberculose. Pourtant, c'est surtout la création d'une commission de préservation contre la tuberculose par l'action conjointe de l'*International Health Division* de la fondation Rockefeller et de la Croix-Rouge américaine, qui est à l'origine d'un mouvement en faveur de l'action sanitaire et sociale sans précédent. Tout d'abord, celle-ci impose ses méthodes et ses procédures dans le domaine de l'observation, de l'enregistrement et de l'investigation et participe ce faisant à « la rationalisation de l'activité sanitaire et sociale » ; ensuite, elle participe à l'« institutionnalisation de l'hygiène sociale » en soutenant, par exemple, la création de l'Office national d'Hygiène sociale en 1924, qui réunit les principales associations de lutte contre les fléaux sociaux et qui, disparaissant en 1935, fait place au Conseil supérieur d'Hygiène sociale en 1938²¹³.

Finalement, la lutte contre la tuberculose fait apparaître une nouvelle orientation dans les mesures sanitaires : celle d'une action publique orientée vers les individus. Les dispensaires, « pivot » de la médecine sociale²¹⁴, participent d'un dispositif de plus en plus structuré de surveillance et de contrôle de la population. En France, l'organisation de la lutte antituberculeuse est d'abord de la responsabilité des départements, et s'organise via un système de répartition des tâches entre les diverses institutions : en Meurthe-et-Moselle par exemple le dispensaire central chargé « de triage et de répartition pour les entrées à

²¹³ V. De Luca Barusse, « Les interventions des démographes dans la politique de santé publique (France de la première moitié du XXe siècle) », *XVIIe colloque international de l'AIDELF sur Démographie et politiques sociales*, Ouagadougou, novembre 2012, p. 6-8.

²¹⁴ J. Parisot, Louis Spillmann,... et Jacques Parisot,... *Guérir est bien, prévenir est mieux. L'effort réalisé en hygiène et en médecine sociales dans le département de Meurthe-et-Moselle*, Nancy-Paris-Strasbourg, Éditions de la « Revue d'hygiène et de prophylaxie sociales », 1925, p. 37.

l'hôpital-sanatorium et au Sanatorium [...], d'une part, au Préventorium [...], d'autre part », et se charge d'assister et de coordonner les dispensaires d'hygiène sociale départementaux²¹⁵. On y pèse les personnes qui s'y présentent, on mène une « enquête sociale », on leur fait passer un examen médical, pour permettre l'établissement de « fichiers »²¹⁶ qui permettent un suivi (statistique) de l'état de santé des populations : se met en place un système de plus en plus complexe de recueil des données sur l'état sanitaire (mais aussi social) des populations.

De plus, une nouvelle profession fait aussi son apparition : « l'infirmière visiteuse » qui, diplômée d'Etat (notamment après une formation à l'Ecole régionale d'Infirmières à Nancy), se rend dans les foyers non seulement pour recueillir des données sur les familles (description du logement, des habitudes d'hygiène, informations sur l'histoire, le travail ou encore le budget de la famille)²¹⁷ mais aussi pour prodiguer des conseils d'hygiène, en particulier aux mères ; la « cellule familiale »²¹⁸ devient le lieu de mise en œuvre de ce pouvoir sur les populations au nom d'un intérêt général menacé par les fléaux sociaux. La théorie des germes vient alors compléter et renforcer cette dynamique en justifiant, scientifiquement, l'attention portée aux individus et en apportant un contenu, savant, à l'action publique sanitaire. C'est à ce moment que, parmi les mesures désormais promues dans la lutte contre les fléaux sociaux, une en particulier connaît un essor sans précédent : l'éducation sanitaire, cette technique qui doit permettre la modification des comportements individuels et transformer ainsi tout individu en homme sain.

²¹⁵ Pour une description précise de l'organisation de la lutte antituberculeuse en Meurthe-et-Moselle, voir : J Parisot, *Dr Jacques Parisot, ... L'Organisation de la lutte antituberculeuse dans le cadre départemental. Sa réalisation en Meurthe-et-Moselle*, Nancy-Paris-Strasbourg, Berger-Levrault, 1928, 99 p.

²¹⁶ *Ibid.* (Voir l'annexe n°6 – images du centre antituberculeux, issues de l'ouvrage).

²¹⁷ V. De Luca Barrusse, « Les interventions des démographes dans la politique de santé publique (France de la première moitié du XXe siècle) », *op. cit.*, p. 9 et 3.

²¹⁸ V. Vignaux, « Femmes et enfants ou le corps de la nation », 1895. *Mille huit cent quatre-vingt-quinze. Revue de l'association française de recherche sur l'histoire du cinéma*, 1 juillet 2002, n° 37, p. 6.

Chapitre 2. L'éducation sanitaire, stratégie d'action publique visant la modification des comportements individuels

Si les premières mesures d'action publique dans le domaine sanitaire se caractérisent par leur visée environnementale, les transformations de la fin du XIX^e siècle marquent une nouvelle orientation : la volonté de modifier les comportements individuels afin de limiter la propagation des épidémies. Sans abandonner totalement les mesures précédentes, en particulier celles de police sanitaire, les Etats se dotent d'une nouvelle technique de pouvoir : l'éducation sanitaire. Celle-ci, si elle poursuit le même objectif, à savoir la protection de la santé des individus, se distingue des mesures précédentes en ce qu'elle vise plus directement les individus, dont l'éducation sanitaire est une technique essentielle.

2.1. L'éducation sanitaire, technique de modification des comportements individuels

Cette vision d'une population à éduquer aux préceptes de l'hygiène n'est pas tout à fait nouvelle : l'hygiène publique la prône dès ses débuts. Mais c'est son appropriation par les pouvoirs publics qui marque l'émergence de l'éducation sanitaire comme technique de gouvernement. Celle-ci se matérialise alors sous deux formes en particulier. L'éducation sanitaire à l'école tout d'abord devient un élément central des politiques de santé au XX^e siècle : renfermant les futures générations, l'école constitue un lieu privilégié où le projet d'une société saine peut s'accomplir. La propagande sanitaire ensuite vient compléter cette entreprise éducative qui, si elle doit débiter dès le plus jeune âge, ne peut se passer d'une action tout au long de la vie des individus.

2.1.1. De l'hygiène publique comme acte d'éduquer à l'éducation sanitaire comme pratique professionnelle

La montée en puissance d'un discours sur « l'éducation sanitaire » constitue une réorientation profonde des intérêts portés par l'action publique dans le domaine de la santé. Elle concrétise le passage d'un intérêt pour modifier des *conditions extérieures* de vie à la recherche d'une influence sur les *comportements personnels*. Ce n'est pas une rupture absolue pour autant. Si l'hygiène publique se caractérise avant tout par sa visée collective et par la promotion de mesures d'hygiène ciblant la modification des environnements, l'éducation n'est pas absente de la réflexion qu'elle porte. En effet, sous l'influence de la philosophie des Lumières, les premiers médecins hygiénistes s'intéressent aux progrès des connaissances dans une finalité de progrès social²¹⁹. Les découvertes de la médecine préventive doivent, selon eux, être mises à la disposition du peuple pour que l'amélioration de la santé de tous devienne une réalité.

Leur discours se fonde plus précisément sur une perception négative des pratiques thérapeutiques populaires. Les mauvaises habitudes alimentaires sont particulièrement visées, comme le montre l'exemple de Louis Lépecq de La Cloture qui, en 1765, pointe du doigt l'abus de liqueurs chaudes et spiritueuses comme source de dysenterie chez les paysans²²⁰. Plus largement, « toutes les formes de dépravation »²²¹, dont l'abus d'alcool fait partie, sont fustigées. Jugé « crédule, grossier, impatient », le peuple serait surtout « manipulable » et à la merci des « charlatans », vision pessimiste du peuple à laquelle s'articule « un optimisme fondamental à propos de la possibilité de sa perfectibilité physique et morale qui permettrait de lui désapprendre ses propres crédulité, grossièreté, impatience et de lui donner les moyens de déjouer ses manipulateurs »²²².

²¹⁹ P. Bourdelais, « Les logiques de développement de l'hygiène publique », art cit, p. 20.

²²⁰ P. Bourdelais, *Les épidémies terrassées*, op. cit., p. 126.

²²¹ *Ibid.*, p. 127.

²²² S. A. A. D. Tissot, *Avis au peuple sur sa santé*, Paris, EDIMA, 1993, p. 24.

Tel est le rôle que prétend endosser l'hygiène publique : « provoquer une prise de conscience sociale » pour, *in fine*, permettre le « redressement et la correction des comportements »²²³. Une des tâches principales des médecins hygiénistes consiste donc à « convaincre la population de l'utilité de la propreté et à l'encourager à adopter des règles de comportement individuel conformes à la prévention des maladies »²²⁴. Pour ce faire, il s'agit de lui inculquer l'« ensemble des règles que les hommes doivent se donner pour vivre en bonne santé »²²⁵. S'appuyant sur Hippocrate, qui avait posé « les bases du savoir sur l'hygiène individuelle et collective »²²⁶ en établissant des lois visant à préserver la santé, les médecins hygiénistes souhaitent rétablir l'« aptitude morale » et la « bonne conduite de vie » ; ils prétendent participer au « perfectionnement du comportement humain à travers l'individu et à travers la communauté dans son ensemble »²²⁷.

L'hygiène publique est donc étroitement articulée à cette « ambition moralisatrice »²²⁸. Elle développe un « discours » visant à « éclairer » l'individu (et la société) en lui inculquant la « gouvernance tempérée de soi-même »²²⁹. Dénonciation des pratiques thérapeutiques informelles à l'origine de pratiques populaires erronées et (auto)légitimation du rôle des médecins (hygiénistes) vont en réalité de pair : il s'agit d'imposer « la seule médecine assise sur des capacités scientifiques, institutionnellement reconnues, et rationnellement validées dans leur efficacité »²³⁰.

²²³ G. Vigarello, « L'hygiène des Lumières », art cit, p. 33.

²²⁴ P. Bourdelais et O. Faure, *Les nouvelles pratiques de santé, op. cit.*, p. 16.

²²⁵ G. Barroux, *Philosophie, maladie et médecine au XVIIIe siècle, op. cit.*, p. 248.

²²⁶ P. Bourdelais, *Les hygiénistes: enjeux, modèles et pratiques (XVIIIe-XXe siècles) [colloque]*, Paris, Belin, 2001, p. 7.

²²⁷ G. Barroux, *Philosophie, maladie et médecine au XVIIIe siècle, op. cit.*, p. 249.

²²⁸ S. Nonnis Vigilante, « La réinvention de l'hygiène », art cit, p. 205.

²²⁹ G. Barroux, *Philosophie, maladie et médecine au XVIIIe siècle, op. cit.*, p. 273.

²³⁰ S.A.A.D. Tissot, *Avis au peuple sur sa santé, op. cit.*, p. 23.

La « mise en œuvre d'une action pédagogique dans le domaine des pratiques sanitaires »²³¹ se traduit d'abord, au XVIII^e siècle, par la publication d'ouvrages qui, issus d'une tradition de la « médecine des pauvres » du XVI^e siècle, sont « rédigés [...] pour le peuple » (ou plus exactement pour « les groupes sociaux servant de relais entre les médecins et le peuple »)²³². Il s'agit alors « de conserver les *pauvres* en bonne santé pour les maintenir en état de *travailler* » en améliorant leurs conditions d'existence²³³. L'ouvrage de Samuel Tissot intitulé *Avis au peuple sur sa santé* et publié pour la première fois en 1761, est une très bonne illustration de la manière dont les médecins hygiénistes s'emploient à modifier, par la diffusion de connaissances, les comportements populaires.

Le passage de l'hygiène à l'éducation sanitaire ne se produit pas comme une rupture mais plutôt comme une réorientation des priorités et un changement d'échelle des pratiques. Si au XVIII^e siècle, l'éducation sanitaire est plutôt le fait d'initiatives individuelles, celle-ci s'affirme progressivement comme une « science d'hygiène et de prévention » à part entière à partir de la fin du XIX^e siècle. En s'appuyant sur les découvertes de Pasteur, elle peut désormais proposer des « conseils » reposant sur des savoirs « scientifiques » :

L'enseignement de ces notions simples et précises découle des grandes découvertes pastoriennes. Sans elles, comment aurions-nous pu apprendre à nous protéger contre les infections pathogènes, contre les agents responsables des maladies microbiennes, et comment aurions-nous pu établir et enseigner, de façon exacte, les modes de transmission et construire toute la science de la prophylaxie des maladies infectieuses et transmissibles ?²³⁴

La théorie des germes apporte donc à la pratique de l'éducation sanitaire, jusque là encore incertaine, le contenu scientifique permettant de la légitimer. C'est ainsi à cette période que l'éducation sanitaire connaît un « vigoureux et

²³¹ S. Nonnis Vigilante, « La réinvention de l'hygiène », art cit, p. 205.

²³² S.A.A.D. Tissot, *Avis au peuple sur sa santé*, op. cit., p. 14.

²³³ Groupe de recherche en histoire sociale et épistémologie de la médecine (ed.), *La médecine du peuple de Tissot à Raspail: 1750-1850 [actes de la Journée d'étude du 19 novembre 1994]*, Créteil, Conseil général du Val-de-Marne, Archives départementales, 1995, p. 19.

²³⁴ L. Viborel (ed.), *L'Éducation sanitaire, manuel pratique et précis de technique. Préface du Prof. Jacques Parisot*,..., Tours, 1953, p. 12.

décisif essor »²³⁵. Forte de cette nouvelle reconnaissance, l'éducation sanitaire est alors mobilisée dans la lutte contre ces fléaux sociaux qui préoccupent tant les élites : en France par exemple, l'Alliance d'Hygiène Sociale s'en empare dès la fin du XIX^e siècle, puis la Ligue contre la Mortalité infantile, la Ligue contre l'Alcoolisme, la Société Française de Prophylaxie Sanitaire et Morale ou encore la Société de Préservation contre la Tuberculose.

A ce point, on en est encore au niveau d'acteurs de la société civile. La Première guerre mondiale transporte les enjeux au niveau de la gouvernance politique en conduisant à un renforcement de l'éducation sanitaire en tant que technique de gouvernement sans toutefois effacer le rôle majeur de la société civile. L'investissement de la fondation Rockefeller est ici encore à souligner. La mission américaine est en effet à l'origine d'une « intense propagande d'éducation sanitaire » qui est confiée par la suite à l'Office national d'Hygiène sociale dotée, à partir de 1926, d'une commission générale de propagande²³⁶. La fondation s'impose en effet de par sa « vaste expérience » dans le domaine, apportant ainsi « des bases solides et rationnelles »²³⁷ à une pratique jusque là faiblement structurée en France.

Paradoxalement, cette dynamique d'institutionnalisation de l'éducation sanitaire comme technique de gouvernement va de pair avec l'émergence de figures individuelles de l'éducation sanitaire dont le rôle exceptionnel est volontiers mis en avant. Ce n'est pas une contradiction. Autant l'institutionnalisation des pratiques suppose le changement d'échelle de l'initiative individuelle libre à des pratiques encadrées, et par conséquent anonymisées, autant la légitimation de l'institution elle-même réclame des « pères fondateurs ». C'est à ces personnalités qu'on attribue plus tard le rôle de pionnier quand l'entreprise de constitution de l'histoire de l'éducation sanitaire participe du processus d'affirmation d'une discipline et d'une profession à part entière.

²³⁵ *Ibid.*

²³⁶ V. De Luca Barrusse, « Les interventions des démographes dans la politique de santé publique (France de la première moitié du XX^e siècle) », *op. cit.*, p. 2 et 8.

²³⁷ *Ibid.*, p. 14.

Jacques Parisot et Lucien Viborel sont de ceux-là. Le premier est un médecin né en 1882 à Nancy qui, par ses actions lors de la Première et Seconde guerre mondiale, reçoit successivement le titre d'Officier de la Légion d'honneur en 1921 puis de Grand-Croix de la Légion d'honneur en 1953. Son parcours serait certainement trop long à détailler ici, tant il occupa de fonctions aussi bien au sein de l'université que dans des institutions de santé publique au niveau département, régional, national et même international²³⁸. On le citera surtout comme un de ces médecins qui, témoins des ravages de la tuberculose pendant la guerre, s'investissent dans la médecine préventive et sociale²³⁹. Il est à l'origine de la création en 1920 de l'Office d'hygiène sociale de Meurthe-et-Moselle²⁴⁰, dont l'activité est souvent citée comme modèle. On doit également souligner son engagement dans la défense de la législation sur les assurances sociales²⁴¹, et son rôle dans la création de la *Revue d'hygiène et de prophylaxies sociales* en 1922. Si son activité n'est pas exclusivement celle de l'éducation sanitaire, ses fonctions le conduisent à participer aux campagnes de propagande en Meurthe-et-Moselle dans le cadre de la Commission de propagande de l'Office national d'hygiène²⁴².

Lucien Viborel est, quant à lui, plus directement impliqué dans les activités d'éducation sanitaire. Lauréat de l'Académie de médecine et de l'Académie des Sciences pour son ouvrage sur la propagande sanitaire²⁴³, il est l'auteur de

²³⁸ A propos de ses travaux scientifiques, voir : J. Parisot, *Exposé des titres et travaux scientifiques du Dr Jacques Parisot*,..., Paris, Masson, 1910, 189 p.

Pour une présentation des postes qu'il a occupé, voir la notice bibliographique proposée dans : http://www.professeurs-medecine-nancy.fr/Parisot_J.htm

²³⁹ É. Thévenin, *Jacques Parisot: 1882-1967 un créateur de l'action sanitaire et sociale*, Nancy, Presses universitaires de Nancy, 2002, 268 p ; *Hommage au Professeur Jacques Parisot*, Nancy, Impr. de Berger-Levrault, 1957, 61 p.

²⁴⁰ Pour connaître les activités du centre, voir : J. Parisot, *Dr Jacques Parisot,... L'Organisation de la lutte antituberculeuse dans le cadre départemental. Sa réalisation en Meurthe-et-Moselle*, op. cit.

²⁴¹ Voir : J. Parisot, *Le projet d'équipement national et les assurances sociales*, Ed. Berger-Levrault, 1934.

²⁴² Voir le paragraphe intitulé « La propagande et l'éducation prophylactique » (p.47-50), présentant les activités de la Commission de propagande de l'Office national d'hygiène de Meurthe-et-Moselle; J. Parisot, *Louis Spillmann,... et Jacques Parisot,... Guérir est bien, prévenir est mieux. L'effort réalisé en hygiène et en médecine sociales dans le département de Meurthe-et-Moselle*, op. cit.

²⁴³ L. Viborel, *Lucien Viborel. La Technique moderne de la propagande d'hygiène sociale. Préface du professeur A. Calmette*,..., Paris, Éditions de « La Vie saine », 1930, 736 p.

nombreux autres ouvrages liés à cette activité : en 1928, il prône les vertus de l'éducation morale dans la lutte contre la syphilis²⁴⁴ ; il est aussi un grand promoteur du timbre antituberculeux en France, dont il vante les mérites à travers ses publications²⁴⁵ ; enfin, il rédige deux guides pratiques sur l'art de prévenir les maladies sociales en 1936 et 1939, auxquels participe d'ailleurs le Professeur Jacques Parisot²⁴⁶. Il occupe notamment les fonctions de Secrétaire général de la Commission de propagande de l'Office national d'hygiène sociale, de Directeur de la propagande au Comité national de défense contre la tuberculose après un passage au sein de la Commission américaine de préservation de la tuberculose, et s'investit à l'international en tant qu'expert de la Société des Nations et membre de l'Union internationale contre le péril vénérien.

Cette figure est d'autant plus intéressante qu'elle souligne le changement d'échelle qu'il nous faudra aborder par la suite : le passage de mouvement essentiellement national à une organisation internationale. On voit finalement à travers ces deux exemples comment se constituent des parcours professionnels, où la participation à des activités d'éducation sanitaire occupe une place sinon centrale, du moins essentielle, et participe de la reconnaissance dont ils jouissent. Le développement de l'éducation sanitaire comme technique de gouvernement est alors à la fois le résultat et le reflet de ce processus d'institutionnalisation, qui passe aussi par l'affirmation de spécialistes dans le domaine.

²⁴⁴ L. Viborel, *Lucien Viborel, ... L'Éducation publique contre la syphilis. De l'importance de l'éducation morale. Rapport présenté à la Conférence internationale de la défense sociale contre la syphilis*, Nancy, mai 1928, Nancy-Paris-Strasbourg, impr. de Berger-Levrault, 1928.

²⁴⁵ L. Viborel, *La Prodigieuse histoire du timbre antituberculeux*, Paris, Union internationale contre la tuberculose, 1954, 104 p ; L. Viborel, *Lucien Viborel. Le Timbre antituberculeux, instrument d'action médico-sociale*, Paris, Comité national de défense contre la tuberculose, 1936, 104 p ; L. Viborel, *Pour constituer le trésor antituberculeux français ; adoptons d'urgence le timbre antituberculeux ; sa vente produit à l'étranger des centaines de millions. La première expérience en France aura lieu en Meurthe-et-Moselle, par M. L. Viborel, ...*, Nancy-Paris-Strasbourg, impr. de Berger-Levrault, 1925, 8 p.

²⁴⁶ L. Viborel, *Savoir prévenir: guide pratique de la santé et de la lutte contre les maladies sociales*, Paris, Savoir prévenir, 1936, 583 p ; Lucien Viborel, *Savoir prévenir, guide pratique de la santé et de la lutte contre les maladies sociales par Lucien Viborel, ... Préface de M. Marc Rucart, ...*, Paris, L. V, 1939.

Le guide de Lucien Viborel « savoir prévenir » publié en 1936²⁴⁷ constitue un cas exemplaire des choix retenus et des contributeurs à l'édication d'un corpus de savoir de l'éducation sanitaire. La préface est rédigée par Calmette, Professeur de médecine, alors sous-directeur de l'Institut Pasteur et membre de l'Institut et de l'Académie de médecine. C'est aussi un excellent indicateur non seulement des thématiques portées par ces acteurs et les institutions auxquelles ils appartiennent, mais surtout de la démarche qui est la leur. Ainsi, on retrouve bien les grands sujets qui préoccupent les élites en ce début de siècle : par exemple, un chapitre est consacré respectivement à la lutte contre la tuberculose, contre le péril vénérien, contre le cancer ou encore contre l'alcoolisme ; la question de la natalité et de la dénatalité est traitée dès le second chapitre ; tandis que l'hygiène – individuelle, maternelle et infantile, dentaire, alimentaire, du vêtement – occupe une place de choix dans l'ouvrage. On trouve aussi, de façon plus surprenante peut être, un chapitre sur le thermalisme et climatisme, sur le voyage en France, ou encore sur les croisières, l'objectif étant alors d'en vanter leur rôle salubre et, bien sûr, d'inviter les individus à y avoir recours. On voit ici l'élargissement de la pratique de l'éducation sanitaire qui, si elle s'adressait à l'origine aux classes pauvres, prend désormais pour cible les classes moyennes supérieures ; il y a visiblement un effort d'universalisation des publics.

Chaque chapitre est l'occasion d'une œuvre pédagogique qui passe schématiquement par deux étapes : des informations essentielles sur le sujet (par exemple les conséquences néfastes d'un mauvais soin des dents, le rôle de l'eau dans la propagation de la typhoïde, les origines de la syphilis, etc.), suivies de recommandations sur « ce qu'il faut faire » qui sont souvent accompagnées d'une liste des institutions pouvant les y aider. Ici, c'est à l'individu, et bien souvent à la mère, qu'on s'adresse : on l'invite, par exemple, à adopter une alimentation plus saine en favorisant les légumes et à chasser la poussière, les mouches et les crachats du domicile²⁴⁸ ; à se brosser les dents

²⁴⁷ L. Viborel, *Savoir prévenir*, op. cit.

²⁴⁸ L. Viborel, *Savoir prévenir*, op. cit., p. 61.

correctement, en lui indiquant comment il doit procéder²⁴⁹ ; ou encore, dans bien des cas, à avoir recours à « l'examen médical périodique et la consultation préventive »²⁵⁰, que ce soit chez le dentiste ou auprès du médecin ; dans le cas des maladies comme la tuberculose, on lui apprend à reconnaître les symptômes pour amener si besoin le malade dans les dispensaires, ou à adopter les « précautions d'hygiène » nécessaires dans le foyer²⁵¹.

L'éducation sanitaire semble rassembler en elle l'orientation prise par l'action sanitaire : celle d'un ciblage sur les individus et sur leurs comportements. Reste à comprendre les modalités de transfert de cette pratique, d'abord professionnelle au sein du corps médical, à une sphère de gouvernementalité où elle opère comme une technique privilégiée. Deux grandes modalités de mise en pratique se présentent, qui caractérisent l'éducation sanitaire au début du XX^e siècle : l'éducation sanitaire à l'école d'abord, et la propagande sanitaire ensuite.

2.1.2. L'éducation sanitaire comme technique de gouvernement : l'éducation sanitaire à l'école

A la fin du XIX^e siècle, l'éducation sanitaire trouve un terrain d'application concret, l'école, et se fait ainsi instrument d'action publique alors que l'Etat impose dans différents pays l'institution scolaire comme une obligation universelle ou quasi universelle. La cible n'est donc plus seulement la société en général, ni même les classes pauvres en particulier. C'est l'enfant. Ce resserrement dans les publics visés est concomitant avec un intérêt pour l'enfance qui s'est développé, tout comme la préoccupation pour l'hygiène, mais sans nécessairement de rapport avec celle-ci, au XVIII^e siècle : sous l'influence de Rousseau²⁵², on le considère désormais comme « une personne qui a droit

²⁴⁹ *Ibid.*, p. 225, 226.

²⁵⁰ *Ibid.*, p. 49.

²⁵¹ *Ibid.*, p. 444, 445.

²⁵² J.-J. Rousseau, *Émile, ou, De l'éducation*, Chicoutimi, J.-M. Tremblay, 2002.

aux considérations les plus attentives, dans la mesure où dans l'enfant, on prépare l'adulte de demain, c'est-à-dire celui qui devra être à même d'échapper aux préjugés les plus funestes qui n'ont cessé d'endommager et de corrompre l'humanité »²⁵³. En orientant leurs actions vers cette nouvelle « cible », les hygiénistes pensent donc s'attaquer aux racines de ces croyances populaires erronées et ainsi accroître l'efficacité de leur action²⁵⁴. Dans le contexte de préoccupation démographique qui s'accroît au XIX^e siècle, cette orientation est renforcée : c'est à l'école que doit commencer le « redressement de la Nation »²⁵⁵. On voit bien ici que de l'articulation entre un savoir, porté par l'hygiène publique, et des préoccupations de pouvoir, qu'englobe l'idée de force de la Nation (guerre et force de travail en particulier), naissent les contours pris par cette technique de pouvoir qu'est l'éducation sanitaire.

On ne peut ignorer bien sûr la congruence entre le développement de l'éducation sanitaire d'une part, et le renforcement du rôle de l'école d'autre part : l'institutionnalisation de la première passe par ce maillon qu'est le second, et l'éducation sanitaire devient alors une stratégie d'action de l'Etat. Aux Etats-Unis aussi, le développement de l'éducation sanitaire à l'école, bien qu'amorcé au courant du XIX^e siècle, s'appuie sur le développement de l'école obligatoire, dont les Etats de Rhode Island et du Massachusetts sont les précurseurs²⁵⁶. L'Allemagne, qui s'affirme comme un pionnier dans le domaine de l'éducation en général, et de l'éducation sanitaire en particulier, sert de modèle à d'autres pays comme les Etats-Unis ; elle produit d'ailleurs les premiers ouvrages d'éducation sanitaire à destination des enseignants et des élèves²⁵⁷. Au Mexique aussi, l'éducation, qui s'impose à la fin du XIX^e siècle comme un

²⁵³ G. Barroux, *Philosophie, maladie et médecine au XVIII^e siècle*, op. cit., p. 279.

²⁵⁴ P. Bourdelais, « Protéger, éduquer, discipliner la population », art cit, p. 194.

²⁵⁵ Séverine Parayre, « L'hygiène à l'école aux XVIII^e et XIX^e siècles : vers la création d'une éducation à la santé », *Recherches & Educations*, 2008, n° 1, p. 9.

²⁵⁶ R. K. Means, *A history of health education in the United States.*, op. cit., p. 43.

²⁵⁷ B. Gebhard, « Health Education in Germany », *American Journal of Public Health and the Nations Health*, novembre 1934, vol. 24, n° 11, p. 1149.

instrument de transformation de la société, devient obligatoire au niveau élémentaire²⁵⁸.

L'école, parce qu'elle est devenue une institution, est donc considérée comme un lieu privilégié où peuvent se développer les techniques de pouvoir en général et de l'action sanitaire en particulier. Elle est en effet pensée à la fois « comme un lieu de refuge sanitaire (les principes d'hygiène doivent y être réunis pour protéger les enfants depuis le plus jeune âge) » et comme « lieu d'instruction » : « protéger, éduquer, discipliner la population » est devenu possible par l'intermédiaire de l'école²⁵⁹. L'école permet plus exactement deux types d'interventions. La première consiste à intégrer aux programmes scolaires des enseignements d'hygiène²⁶⁰ ; la seconde se situe dans la surveillance²⁶¹ de l'état de santé et de propreté des enfants et des locaux, notamment par les médecins chargés de l'inspection sanitaire²⁶².

Les mères sont particulièrement visées. En 1893, la « visite de propreté », effectuée par l'instituteur à l'entrée de la classe, se fait en leur présence ; « en bannissant de l'école la saleté au même titre que la maladie contagieuse, on escompte que les mères prendront l'habitude d'observer, pour leur progéniture, les règles d'hygiène requises par l'institution, et ce afin de s'éviter le désagrément et la honte de devoir ramener leur enfant à la maison »²⁶³. L'objectif de modification des comportements de la population a trouvé un espace d'application.

Le contenu des enseignements sanitaires renvoie aux préoccupations mais aussi aux savoirs disponibles à cette époque. L'attention portée aux

²⁵⁸ C. Agostoni, « Popular Health Education and Propaganda in Times of Peace and War in Mexico City, 1890s–1920s », art cit, p. 54.

²⁵⁹ P. Bourdelais, « Protéger, éduquer, discipliner la population », art cit, p. 185.

²⁶⁰ En France, l'enseignement à l'hygiène est imposé par la loi du 21 juin 1865 puis par la loi de 1882.

²⁶¹ M. Foucault, *Surveiller et punir: Naissance de la prison*, Paris, Gallimard, 1993.

²⁶² J. Csergo, « Propreté et enfance au XIXe siècle » dans *Education à la santé, XIXème-XXème siècle*, Rennes, Éd. de l'École nationale de la santé publique, 2002, p. 158 ; G. Vigarello et M.-N. Indjeagopian, « Les médecins nouveaux acteurs de l'école », *Revue française de pédagogie*, 1996, vol. 114, n° 1, p. 19-27.

²⁶³ J. Csergo, « Propreté et enfance au XIXe siècle », art cit, p. 56.

infrastructures scolaires, et la surveillance des enfants, s'expliquent clairement par cette tentative d'endiguement des épidémies. La promotion de la propreté occupe par ailleurs une place centrale. Avec les progrès des connaissances « sur le corps et ses fonctionnalités », c'est une « conception scientifique et médicale du propre et du sale » qui est traduite dans les manuels d'hygiène : on enseigne alors les gestes quotidiens de propreté corporelle, et on lutte contre cette croyance ancestrale dans les vertus de la crasse des enfants²⁶⁴. Le recentrage sur l'école n'exclut nullement un but plus large portant sur l'ensemble de la collectivité.

L'influence des mouvements de lutte contre les « fléaux sociaux » sur le contenu de l'éducation sanitaire se révèle particulièrement important ; en effet, l'éducation étant jugée comme le meilleur chemin vers la tempérance, le sujet de l'alcool et de l'alcoolisme fait partie du programme de l'éducation sanitaire aux écoles²⁶⁵. C'est dans le même esprit que l'éducation physique est intégrée aux programmes scolaires sous l'influence du courant « médical »²⁶⁶ avec, pour la France du moins, un arrière plan miliare : aux côtés de la lutte contre « les déviances physiques, intellectuelles et morales », la gymnastique doit permettre en effet « le renforcement des corps »²⁶⁷. Aux Etats-Unis aussi, l'éducation physique dans les écoles se développe : elle devient par exemple obligatoire dans l'Etat de l'Ohio en 1892 et dans celui du Dakota du Nord en 1899 avant d'être étendue à l'ensemble des Etats américains en moins de trois décennies.

Enfin, du point de vue de la méthode, l'éducation sanitaire à l'école s'inscrit dans les pratiques éducatives de l'époque : « des résumés appris par cœur, inlassablement répétés en classe, des maximes à méditer [...], des lectures en classe, des récitations, des chansons [...] »²⁶⁸. L'éducation se fait « par la

²⁶⁴ *Ibid.*, p. 44-56.

²⁶⁵ D. Nourrisson et J. Freyssinet-Dominjon, *L'école face à l'alcool*, *op. cit.*, p. 11 et 93.

²⁶⁶ T. Terret, « Education physique et santé (1880-1998) » dans *Education à la santé, XIXème-XXème siècle*, Rennes, Éd. de l'École nationale de la santé publique, 2002, p. 107, 110 et 111.

²⁶⁷ S. Parayre, « L'hygiène à l'école aux XVIIIe et XIXe siècles : vers la création d'une éducation à la santé », *art cit.*, p. 9.

²⁶⁸ J. Csergo, « Propreté et enfance au XIXe siècle », *art cit.*, p. 52.

parole et l'exemple », ce qui explique le rôle essentiel attribué à l'instituteur, appuyée si possible par l'image dont on reconnaît « l'intérêt pédagogique »²⁶⁹. Outre leur mission d'enseignement, ceux-ci doivent de plus montrer l'exemple afin d'inciter à l'adoption de comportements sains²⁷⁰. Ils se voient attribuer un rôle essentiel dans la diffusion et la promotion des valeurs de l'hygiène, en France²⁷¹ ou encore en Allemagne²⁷². Les instituteurs servent aussi de relais entre l'Etat et la population, par l'intermédiaire des enfants, et sont invités à sensibiliser les parents, considérés comme les premiers responsables de l'éducation aux saines habitudes de vie²⁷³, par exemple sur « la légitimité de la vaccination antivariolique »²⁷⁴. L'instituteur (ou l'institutrice) est un opérateur d'intériorisation des *habitus*²⁷⁵ désirés par le pouvoir²⁷⁶. Il est là pour démontrer la pratique et la valeur de l'absorption des *habitus* par la population (scolaire) à ce moment crucial qu'est l'école.

Ainsi, l'école devient le lieu privilégié d'une mise en pratique des préceptes de l'hygiénisme. En devenant obligatoire, elle offre aux pouvoirs publics un espace d'action sur l'essentiel de la population : non seulement sur tous les enfants, et ce faisant sur l'ensemble des futurs citoyens et travailleurs de la Nation, mais également sur la communauté dans son ensemble, puisqu'elle permet indirectement de cibler les parents et d'agir, ce faisant, sur ces croyances populaires jugées néfastes pour la santé. Les connaissances nouvelles de la médecine permettent quant à elles d'offrir le contenu savant nécessaire à l'entreprise de lutte contre ces maladies infectieuses mais aussi « sociales ».

²⁶⁹ D. Nourrisson et J. Freyssinet-Dominjon, *L'école face à l'alcool*, op. cit., p. 94 et 22.

²⁷⁰ J. Csergo, « Propreté et enfance au XIXe siècle », art cit, p. 60.

²⁷¹ S. Parayre, « L'hygiène à l'école aux XVIIIe et XIXe siècles : vers la création d'une éducation à la santé », art cit, p. 9.

²⁷² B. Gebhard, « Health Education in Germany », art cit, p. 1149.

²⁷³ *Ibid.*

²⁷⁴ S. Parayre, « L'hygiène à l'école aux XVIIIe et XIXe siècles : vers la création d'une éducation à la santé », art cit, p. 8.

²⁷⁵ Pierre Bourdieu, *Esquisse d'une théorie de la pratique*, Paris, Seuil, 2000.

²⁷⁶ M. Foucault, *Surveiller et punir*, op. cit. ; Michel Foucault, *Naissance de la clinique*, 8e édition., Paris, Presses Universitaires de France - PUF, 2009, 240 p ; M. Foucault, *Histoire de la sexualité, tome 1*, op. cit. ; M. Foucault, *Histoire de la sexualité, tome 2 : L'usage des plaisirs*, Paris, Gallimard, 1994 ; M. Foucault, *Histoire de la sexualité, tome 3 : Le souci de soi*, Paris, Gallimard, 1994.

Les élites, médecine et élus en tête, trouvent donc dans cette technique qu'est l'éducation sanitaire à l'école un point de rencontre pour leurs aspirations mutuelles, faites de légitimation et de pouvoir. L'éducation sanitaire résulte bien de la rencontre d'un univers de savoirs, pour l'heure essentiellement issus de la médecine, et d'un espace de pouvoir, préoccupé à ce moment par l'avenir de la Nation. C'est dans cette configuration, alors que le cadre d'intervention de l'éducation sanitaire est bien établi qu'à partir du premier tiers du XX^e siècle se développe un nouveau type de technologies dont l'influence sur l'éducation sanitaire se révèle immense : l'audiovisuel permet à la propagande sanitaire de connaître une nouvelle impulsion.

2.1.3. L'éducation sanitaire comme propagande sanitaire : un combat continu pour former des citoyens sains

On l'a déjà signalé : l'école, avec son institutionnalisation et sa massification au XIX^e siècle, est un point d'entrée crucial pour l'éducation sanitaire. Mais à ce titre, elle n'est qu'une entrée limitée. Si l'éducation sanitaire doit commencer à l'école il faut aussi, selon ses défenseurs, qu'elle continue tout au long de la vie des individus : c'est l'ère de la propagande sanitaire, qui s'organise aussi bien dans les casernes, les usines²⁷⁷ que les villages²⁷⁸, bref à tous les niveaux du collectif dont s'empare l'Etat.

Celle-ci passe par de nombreux supports : brochures, tracts, conférences, affiches, romans, pièces de théâtre constituent la première « ossature » de cette éducation sanitaire²⁷⁹. Par exemple, le Comité national de défense contre la tuberculose (CNDT) édite à partir de 1923 une revue mensuelle appelée *La Vie saine*, et organise le premier groupe automobile de propagande en France en juin 1928²⁸⁰. Le recours à « la publicité rédactionnelle dans les journaux

²⁷⁷ D. Nourrisson et J. Freyssinet-Dominjon, *L'école face à l'alcool*, op. cit., p. 94.

²⁷⁸ E. M. Remarque, A. Hella et O. Bournac, *A l'ouest rien de nouveau*, Le Livre de Poche., Paris, Le Livre de Poche, 1973.

²⁷⁹ V. De Luca, « Natalisme et hygiénisme en France de 1900 à 1940 », art cit, p. 539.

²⁸⁰ V. Vignaux, « L'éducation sanitaire par le cinéma dans l'entre-deux-guerres en France », art cit, p. 74.

(essentiellement de province) » est aussi d'usage fréquent, tandis que l'organisation d'expositions, itinérantes ou fixes, se développe²⁸¹ : le Musée allemand d'hygiène en organise dans les villages d'Allemagne, de Suisse, d'Autriche, de Tchécoslovaquie, de Norvège ou encore de Hongrie²⁸². L'Allemagne sert d'ailleurs de modèle à cette éducation sanitaire « visuelle » organisée par les musées d'hygiène : celui de Dresden, dont l'exposition *Eugenics in the New Germany* est produite en anglais, inspire l'Association Américaine de Santé Publique qui fonde le Musée Américain de Santé (*American Museum of Health*) en 1939²⁸³. Au Mexique, la première exposition d'éducation sanitaire (la *Popular Hygiene Exhibition*) est organisée par l'Etat en 1910²⁸⁴.

L'engouement pour la propagande sanitaire est étroitement lié à une conception particulière de l'œuvre éducative, où l'emploi de l'image occupe une place centrale. Le succès du recours au cinéma, en particulier après la Première guerre mondiale, l'illustre bien. En effet, « selon les autorités de l'époque – parlementaires ou hauts fonctionnaires – le cinéma possède d'abord en lui-même une fonction éducative », qui permet la « vulgarisation des connaissances » scientifiques tout en constituant « un moment récréatif, de divertissement »²⁸⁵. Les progrès dans le domaine cinématographique ont beaucoup à voir avec le recours croissant aux films dans l'entreprise d'éducation sanitaire. En effet, le procédé, qui reposait d'abord sur des images produites sous forme de « séries de vues sur verre », évolue dans les années 1920 grâce à « un nouveau média éducatif et visuel » appelé « film fixe », dont l'usage s'avère bien plus pratique grâce à l'invention d'une « diapositive incassable, légère » et de moindre coût ; dès lors, sa production ne cesse

²⁸¹ T. Lefebvre, « Cinéma et hygiène. Les débuts d'une fructueuse collaboration », art cit, p. 76.

²⁸² B. Gebhard, « Health Education in Germany », art cit, p. 1155.

²⁸³ E. McLeary et E. Toon, « "Here man learns about himself": visual education and the rise and fall of the American Museum of Health », *American Journal of Public Health*, juillet 2012, vol. 102, n° 7, p. 27-36.

²⁸⁴ C. Agostoni, « Popular Health Education and Propaganda in Times of Peace and War in Mexico City, 1890s–1920s », art cit, p. 56.

²⁸⁵ F. Zarch, « La caméra sanitaire » dans *Education à la santé, XIXème-XXème siècle*, Rennes, Éd. de l'École nationale de la santé publique, 2002, p. 89.

d'augmenter²⁸⁶. C'est ainsi que la société Pathé élabore, en France, un grand nombre de « films éducatifs » centrés sur les trois grands « fléaux sociaux » qui préoccupent alors : l'alcoolisme, la tuberculose et les maladies vénériennes²⁸⁷. Ces films viennent soutenir la parole de « conférenciers », souvent « éducateurs, médecins ou infirmières »²⁸⁸.

Ici, le rôle joué par les Etats-Unis et la fondation Rockefeller dans le recours croissant à l'image, et au cinéma en particulier, comme méthode d'éducation sanitaire est particulièrement visible. Preuve de l'engagement de la commission dans la propagande sanitaire, le premier directeur de l'*International Health Board* de la fondation, le médecin Livingston Farrand, publie en 1907 un article sur ses méthodes dans le cadre de la lutte contre la tuberculose²⁸⁹. L'influence de l'institution s'explique aussi par la préexistence de nombreux films sanitaires américains²⁹⁰. La fondation confie d'ailleurs au Comité national de défense contre la tuberculose le soin de « perpétuer les méthodes américaines » en France et, pour ce faire, forme des conférenciers aux méthodes de propagande sanitaire²⁹¹.

Finalement, l'éducation sanitaire telle qu'elle se déploie au début du XX^e siècle se pense comme une combinaison de pratiques. Les activités de l'Office national d'hygiène de Meurthe-et-Moselle, dirigé par Jacques Parisot, illustrent bien cette dimension. Partant du principe qu'« en matière d'hygiène sociale, l'éducation du public [...] est de première importance », l'Office déploie « un enseignement à trois échelons » : des « conférences d'hygiène aux enfants » menées par les instituteurs ; des « causeries » organisées « de temps à autres » pour les habitants des agglomérations, occasion de leur proposer des

²⁸⁶ D. Nourrisson et J. Freyssinet-Dominjon, *L'école face à l'alcool*, op. cit., p. 24,25.

²⁸⁷ T. Lefebvre, « Cinéma et hygiène. Les débuts d'une fructueuse collaboration », art cit, p. 73.

²⁸⁸ V. Vignaux, « L'éducation sanitaire par le cinéma dans l'entre-deux-guerres en France », art cit, p. 72.

²⁸⁹ L. Farrand, « Educational methods in the campaign against tuberculosis. », *Journal of the American Medical Association*, 7 septembre 1907, XLIX, n° 10, p. 815-818.

²⁹⁰ T. Lefebvre, « Cinéma et hygiène. Les débuts d'une fructueuse collaboration », art cit, p. 75-78.

²⁹¹ V. Vignaux, « L'éducation sanitaire par le cinéma dans l'entre-deux-guerres en France », art cit, p. 70, 71.

« films adaptés aux conditions du travail local : film d'éducation ou d'intérêt agricole, vinicole, apicole, industriel, etc... » ; et enfin, des grandes campagnes d'éducation sanitaire :

Véritable propagande de renforcement, elle se fera dans un but plus large, s'adressant à des auditeurs plus nombreux, de toutes catégories, et précédée d'appels et de tracts invitant le public à assister à la réunion, où les conférences auront trait aux maladies évitables, visant particulièrement la tuberculose, la syphilis, la mortalité infantile. Elles seront accompagnées de films d'un degré plus élevé [...]. Cette propagande sera assurée directement par les médecins techniciens de l'Office ou sous leur direction²⁹².

Ainsi, l'individu en groupe peut être atteint grâce à des interventions pensées à différents échelons, chacune permettant une éducation sanitaire particulière : à l'école le lieu des premiers apprentissages, au village la possibilité de cibler l'information en fonction des particularités locales, à l'échelle nationale la continuité du projet sanitaire tout au long de la vie des individus.

2.2. L'éducation sanitaire dans l'immédiat après-guerre : entre continuité et ajustements

L'éducation sanitaire émerge au début du XX^e siècle comme instrument d'action publique visant la modification des comportements individuels vis-à-vis de la santé. Pendant la Seconde guerre mondiale et l'immédiat après-guerre, on constate une très forte continuité non seulement dans les discours mais aussi dans les pratiques de l'éducation sanitaire. Cela dit, cette continuité ne va pas sans un effort de plus en plus important de rationalisation des savoirs et de professionnalisation de la discipline, qui passe en particulier par son institutionnalisation croissante. L'éducation sanitaire devient alors un instrument au service d'Etats qui, devenus Providence, sont chargés d'assurer aux individus un ensemble de droits : dans le domaine de la santé, l'accès aux soins.

²⁹² J. Parisot, *Louis Spillmann, ... et Jacques Parisot, ... Guérir est bien, prévenir est mieux. L'effort réalisé en hygiène et en médecine sociales dans le département de Meurthe-et-Moselle*, op. cit., p. 48-50.

2.2.1. Le succès de la médecine (curative) et la difficile autonomisation de la santé publique

L'éducation sanitaire, en tant qu'instrument d'action publique, reflète et participe aux changements sociaux et politiques qui caractérisent une époque. Celle qui émerge au lendemain de la Seconde guerre mondiale ne fait pas exception. Deux dynamiques s'entremêlent pour donner à l'éducation sanitaire sa forme contemporaine. La première concerne l'émergence d'« un modèle de société dans lequel l'intervention étatique joue un grand rôle de régulateur » : non seulement l'Etat est chargé de « seconder le domaine de l'économie privée », mais il est aussi « investi d'un rôle social non négligeable puisqu'il corrige en quelque sorte les retombées négatives du marché en s'appuyant sur des institutions et législations sociales [...] »²⁹³. De la reconnaissance de l'existence de « risques inhérents à la vie sociale », s'affirme pour tout citoyen un « droit à la réparation »²⁹⁴, une « protection sociale » que l'Etat doit assurer à travers sa « politique sociale »²⁹⁵ : contre le chômage, la vieillesse, la maladie, « l'Etat protecteur devient un Etat qui procure une “assurance” [...], un Etat-providence »²⁹⁶. En France par exemple, le devoir de l'Etat dans la « protection de la santé » est inscrit dans la Constitution de 1946.

La seconde dynamique qui caractérise les politiques de santé « contemporaines » renvoie à sa focalisation sur les soins. En effet, pour protéger la santé des populations, l'action publique des pays occidentaux prend deux directions. La première est celle d'un renforcement de l'offre de soins par des investissements massifs²⁹⁷ dans un système moderne²⁹⁸ où les structures hospitalières occupent une place centrale. La seconde se traduit par l'adoption

²⁹³ D. Giauque, *La bureaucratie libérale: nouvelle gestion publique et régulation organisationnelle*, Paris, Harmattan, 2003, p. 60-61.

²⁹⁴ R. Massé, « La santé publique comme projet politique et projet individuel. » dans *Systèmes et politiques de santé. De la santé publique à l'anthropologie*, s.l., Kathala, 2001, p. 9.

²⁹⁵ C. André, « État providence et compromis institutionnalisés. Des origines à la crise contemporaine », *Recherches*, 1 janvier 2002, p. 144.

²⁹⁶ D. Giauque, *La bureaucratie libérale*, *op. cit.*, p. 61.

²⁹⁷ M.-P. Pomey, B. Lejeune et J.-M. Poullier, *Santé publique*, Paris, Ellipses Marketing, 2000, p. 13.

²⁹⁸ S. Tessier, J.-B. Andréys et M.-A. Ribeiro, *Santé publique, santé communautaire*, 2e éd., Paris, Maloine, 2004, p. 30.

des systèmes de sécurité sociale²⁹⁹, qui doivent permettre à tous les citoyens de recourir à ces soins.

Cette orientation reflète et entretient une dynamique déjà bien engagée : celle de l'affirmation d'une médecine « scientifique »³⁰⁰ qui, depuis le développement de la microbiologie grâce à Pasteur et Koch, remplace progressivement l'« art » de soigner (et non de guérir). Celle souvent appelée « biomédecine », pour illustrer la « place nouvelle [occupée par les sciences biologiques] dans la hiérarchie des connaissances »³⁰¹, connecte en effet deux champs. D'une part, la médecine apparaît appuyée sur un savoir biologique de plus en plus précis, de plus en plus scientifique, celui des sciences biologiques. D'autre part, celles-ci reçoivent de la médecine des possibilités d'application inédite. La biologie n'est plus seulement le savoir du vivant comme l'étymologie le souligne ; elle devient *via* la médecine moderne une « bio-praxis », une action sur le vivant. Aux découvertes scientifiques, qui permettent la production de médicaments – par exemple la pénicilline, premier antibiotique à être produit massivement à partir de 1945 – correspond la victoire de cette nouvelle médecine, désormais en mesure de guérir les maladies infectieuses. Soutenue (surtout financièrement) par des Etats occidentaux qui perçoivent dans ces avancées la possibilité de remplir leur « devoir », et par une nouvelle génération de médecins³⁰² qui ont bien perçu l'intérêt, pour leur profession, d'embrasser cette « révolution », cette médecine « curative » s'impose comme l'un des progrès majeurs de cette seconde moitié du XX^e siècle.

La question de la place de la santé publique dans ce contexte est particulièrement complexe à analyser, du fait de la relation ambivalente que celle-ci entretient avec la médecine. Jusqu'ici en effet, la santé publique n'était

²⁹⁹ C. André, « État providence et compromis institutionnalisés. Des origines à la crise contemporaine », art cit, p. 148.

³⁰⁰ J.-F. Picard, « Naissance de la biomédecine, le point de vue d'un historien », *médecine/sciences*, 1996, vol. 12, n° 1, p. 98-99.

³⁰¹ J.-P. Gaudillière, « Biomédecine » dans *Santé publique : l'état des savoirs*, Paris, La Découverte, 2010, vol. 1, p. 23.

³⁰² J.F. Picard, « Naissance de la biomédecine, le point de vue d'un historien », art cit, p. 99.

qu'une sous-discipline de la médecine, certes prestigieuse, mais soumise à ce lien de subordination que traduisait bien son institutionnalisation : en 1915, elle prenait la forme d'un Département de la *Yale School of Medicine*. On mesure donc le changement lorsqu'au lendemain de la Seconde guerre mondiale, en 1946 exactement, le Département devient une Ecole de santé publique autonome, la *Yale School of Public Health*. Ce fait d'apparence anodin illustre la volonté d'autonomisation de la santé publique et les espoirs que celle-ci fonde en ce moment d'épanouissement de l'Etat social en Amérique. L'opposition cruciale porte sur la conception même de l'action pour la santé. Si la médecine, parce qu'elle dispose de moyens d'action considérables grâce aux techniques et à la pharmacopée modernes, est devenue principalement curative, la santé publique, pour sa part, est axée sur la prévention, entendue comme « l'ensemble des mesures visant à empêcher les maladies d'apparaître, ou permettant de les dépister à un stade précoce »³⁰³.

Pourtant, cette santé publique se pense principalement en rapport à la maladie, même s'il s'agit de la prévenir. C'est, semble-t-il, l'un de ses plus grands paradoxes : parce qu'elle se présente comme un territoire beaucoup moins bien cartographié que la médecine, les acteurs de la santé publique eux-mêmes ne sachant pas si elle est une « discipline »³⁰⁴, une « spécialité », un « domaine d'activités »³⁰⁵ ou une « doctrine »³⁰⁶, elle peine à se penser sans référence à la médecine. Les frontières sont d'autant plus floues que le médecin lui-même participe à l'action préventive, en particulier lors des visites médicales au nom du dépistage précoce des maladies, ou bien par l'action de la vaccination. Le terme même de « prophylaxie », défini comme « l'ensemble de moyens médicaux mis en œuvre pour empêcher l'apparition, l'aggravation ou l'extension des maladies »³⁰⁷, montre bien les frontières poreuses qui séparent encore la

³⁰³ J.-C. Sournia, *Dictionnaire français de santé publique*, Paris, Editions de santé, 1991, p. 260.

³⁰⁴ *Ibid.*, p. 288.

³⁰⁵ M.-P. Pomey, B. Lejeune et J.-M. Poullier, *Santé publique, op. cit.*, p. 9.

³⁰⁶ Didier Tabuteau et Aquilino Morelle, *La santé publique*, Paris, Presses Universitaires de France - PUF, 2010, p. 3.

³⁰⁷ Définition du Dictionnaire Larousse : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/prophylaxie/64379>

médecine de la santé publique. Il ne faut pas oublier que la médecine préventive et sociale a été à l'origine du mouvement de la santé publique au XIX^e et au début du XX^e siècle ; si celle-ci est occultée par cette nouvelle médecine curative, elle n'en est pas pour autant abandonnée. Il faut donc dépasser ces débats, et plutôt constater que la santé publique, au lendemain de la Seconde guerre mondiale, se trouve encore être le fait de la médecine, même si celle-ci est « sociale » et « préventive ». Il en est d'ailleurs de même de l'éducation sanitaire.

2.2.2. L'organisation rationnelle de l'éducation sanitaire et la domination de la figure du médecin

Curieusement, la place de l'éducation sanitaire à cette époque est très peu analysée. Pour dépasser cette limite, nous avons travaillé directement sur archives ; notre présentation se focalise donc sur le cas de la France, mais on suppose, étant donné ce que nous avons constaté jusqu'ici quant au développement de la santé publique en occident, que les tendances mises au jour se retrouvent dans les autres pays occidentaux.

Notre premier constat est simple et pourtant paradoxal, du moins en apparence ; si l'action publique se caractérise par un intérêt considérable pour la question des soins, l'éducation sanitaire n'en est pas pour autant abandonnée et, même, connaît une institutionnalisation croissante. Cette dynamique s'inscrit dans la continuité des actions engagées au début du XX^e siècle. Dès la Seconde guerre mondiale, l'organisation institutionnelle de l'éducation sanitaire est déjà plus complexe et, surtout, inscrite dans l'appareil étatique. Le Secrétariat d'Etat à la santé est en effet composé de deux organismes : la Commission centrale de Propagande éducative – chargée d'élaborer les programmes, de présenter les solutions, et d'exécuter les plans – qui dépend directement du Cabinet du ministre ; et la Section de propagande et d'éducation sanitaire du Comité permanent d'Hygiène sociale qui, rattachée à la

Direction de la Santé, qui étudie les questions techniques et émet des avis et vœux³⁰⁸.

Dans cette organisation de type bureaucratique, une division des tâches s'opère aussi de manière plus verticale : au Ministère les activités nécessitant le recours aux « grands moyens d'information comme la presse, la radiodiffusion et le cinéma », aux « grandes institutions d'hygiène » – le Comité national de l'enfance, le Comité national de défense contre la tuberculose, le Comité national d'hygiène dentaire, la Société Française de prophylaxie sanitaire et morale, la Ligue nationale contre l'alcoolisme, l'Association « sauvons les mères et les bébés », la Ligue française contre le cancer et la Ligue de préservation sociale – les autres activités.

Enfin, l'action publique est également régionalisée : cinq Centres régionaux d'éducation sanitaire dépendent de la Direction régionale de la Santé et de l'Assistance à Paris, Lyon, Marseille, Bordeaux et Toulouse. L'enthousiasme des défenseurs de l'éducation sanitaire face à ce processus est palpable : leur science est enfin « sur le point d'être systématisée et dotée d'une solide armature »³⁰⁹.

Leurs espoirs se révèlent fondés puisque, dans l'immédiat après-guerre, ce mouvement d'institutionnalisation est soutenu par le nouveau gouvernement³¹⁰. La structure officielle de l'éducation sanitaire et sociale en France se décline en hiérarchie pyramidale en haut de laquelle culmine le Ministère de la santé publique et de la population (et son Conseil national d'éducation sanitaire et sociale), soutenu par l'Institut National d'Hygiène (et son conseil d'administration), le Centre National d'Education Sanitaire et Sociale (et son

³⁰⁸ L. Viborel, *Lucien Viborel. L'Éducation sanitaire science d'action. Préface du Professeur Jacques Parisot*,..., Tours, Arrault, 1944, p. 182-184.

³⁰⁹ *Ibid.*, p. 185.

³¹⁰ Nous nous appuyons ici sur l'enquête réalisée en 1964 par le Comité français d'éducation sanitaire et sociale sur les activités des Centres régionaux et des associations : *L'Éducation sanitaire et sociale en France, enquête sur les activités éducatives animées et coordonnées par les centres régionaux et leurs délégations et les associations interdépartementales d'éducation sanitaire et sociale, réalisée par le Comité français d'éducation sanitaire et sociale*, Paris, Centre national d'éducation sanitaire et sociale (impr. Gendt frères), 1964, 85 p.

comité de direction), les Centres régionaux d'éducation sanitaire et les Comités départementaux. Ces instituts travaillent en étroite collaboration avec leurs homologues du privé : le Comité français d'éducation sanitaire et sociale, les Associations interdépartementales d'éducation sanitaire et sociale, les Associations départementales d'éducation sanitaire et sociale, et leurs sections locales. On retrouve la nébuleuse d'acteurs institutionnels qui caractérisait déjà le développement de l'éducation sanitaire à partir du début du XX^e siècle, et pour laquelle œuvraient des structures d'Etat et des associations. Seulement, c'est par l'organisation rationnelle à travers l'organisme étatique que l'éducation sanitaire se meut définitivement en « dispositif social ».

Ce processus de rationalisation attribue aux institutions publiques un rôle particulier : celui de l'organisation et de la coordination des activités d'éducation sanitaire. En effet, les centres n'interviennent directement auprès des populations que dans certains cas : soit qu'il s'agisse de « soutenir une action éducative entreprise à l'échelon national dans le cadre d'une campagne, soit d'attirer l'attention de la population sur un important problème d'ordre général [...], ou d'intérêt local ». Mais la plupart du temps, ils sont chargés d'aider l'action de ceux appelés les « acteurs permanents » – terme visant à désigner les professionnels qui sont en contact direct avec les populations, comme l'enseignant ou le pharmacien par exemple – en participant à leur formation (directement par l'organisation de séminaires par exemple, ou indirectement par l'inscription dans les curriculums universitaires de modules relatifs à l'éducation sanitaire), ou en leur fournissant le matériel éducatif nécessaire.

Plus précisément, cette division des tâches renvoie à une hiérarchisation de la figure de l'« éducateur sanitaire »³¹¹. En haut de cette pyramide, on trouve l'éducateur sanitaire « de niveau universitaire ». Cette exigence de qualification est très importante, parce qu'elle se traduit par la prédominance d'un certain type de professionnels : même s'ils peuvent être en théorie « pharmaciens,

³¹¹ Nous nous appuyons ici sur la présentation faite par Lucien Viborel dans son ouvrage : L. Viborel (ed.), *L'Éducation sanitaire, manuel pratique et précis de technique. Préface du Prof. Jacques Parisot, ..., op. cit.*

enseignants, travailleurs sociaux, psycho-sociologues, cadres infirmiers supérieurs, cadres supérieurs du service social », ils sont dans la pratique « essentiellement des médecins ». Ceux-ci sont chargés de tâches particulières qui traduisent leur statut élevé : « contacts directs avec les échelons les plus élevés des services et organismes publics ou privés », « coordination des activités dans la région » ou encore « supervision des activités des éducateurs sanitaires de niveau moyen ». Ces derniers (infirmières, instituteurs, assistantes sociales, professeurs d'enseignement ménager, fonctionnaires de la Sécurité sociale) sont quant à eux « appelés à travailler sur une échelle plus réduite et plus au contact de la population ». Ainsi, cette organisation illustre autant qu'elle confirme la domination de la figure du médecin dans le domaine de l'éducation sanitaire ; les directeurs techniques des Centres régionaux sont « tous des médecins », leur « spécialisation » (notamment en santé publique mais aussi en pédiatrie par exemple) suffisant à les orienter « tout naturellement vers l'aspect éducatif des problèmes sanitaires et sociaux ».

Enfin, outre leurs professions, les acteurs qui dominent le champ de la santé publique au lendemain de la Seconde guerre mondiale ont plusieurs caractéristiques qui doivent être soulignées. Tout d'abord, ceux-ci ne sont pas « nouveaux », la Seconde guerre mondiale n'ayant pas servi de point de rupture. De plus, ils occupent des postes à hautes responsabilités, qu'ils soient universitaires ou fonctionnaires d'ailleurs, et bien souvent, se caractérisent par leur multimensionnalité. Ainsi, nous retrouvons deux acteurs déjà évoqués précédemment : Lucien Viborel et Jacques Parisot³¹². En 1944, Lucien Viborel occupe les fonctions de Conseiller technique sanitaire, Chef de la propagande éducative au Ministère de la Santé publique, Directeur de l'éducation sanitaire au Comité national de défense contre la tuberculose, membre du Conseil supérieur d'hygiène publique et Secrétaire de la section d'éducation sanitaire du Comité permanent d'Hygiène sociale. Jacques Parisot est quant à lui Membre correspondant de l'Académie de médecine et Professeur d'hygiène et

³¹² L. Viborel, *Lucien Viborel. L'Éducation sanitaire science d'action. Préface du Professeur Jacques Parisot, ..., op. cit.* ; L. Viborel (ed.), *L'Éducation sanitaire, manuel pratique et précis de technique. Préface du Prof. Jacques Parisot, ..., op. cit.*

de médecine sociale à l'Université de Nancy. En 1953, le premier est devenu directeur du Centre national de l'éducation sanitaire, démographique et sociale au Ministère de la santé publique de la population, le second président de la Commission d'éducation sanitaire du Conseil permanent d'hygiène sociale, et président du Comité technique de direction du Centre national de l'éducation sanitaire, démographique et sociale du Ministère de la Santé publique et de la population³¹³.

Aux vues de cette analyse, on est finalement moins surpris de constater l'institutionnalisation de l'éducation sanitaire qui, portée par une branche de cette discipline/profession appelée « médecine sociale et préventive », trouve sa place dans l'appareil étatique. En effet, le succès des acteurs de l'éducation sanitaire réside dans leur capacité à faire de cet instrument d'action un moyen supplémentaire pour soutenir les efforts des pouvoirs publics dans l'amélioration de l'accès aux soins.

2.2.3. Effort de rationalisation des savoirs de l'éducation sanitaire : entre continuité et adaptation

L'institutionnalisation croissante de l'éducation sanitaire s'accompagne d'un effort de rationalisation des savoirs : aux « premiers tâtonnements » d'avant-guerre se substitue une « doctrine cohérente, ordonnée »³¹⁴. Celle-ci s'exprime, notamment, dans les ouvrages de Lucien Viborel³¹⁵, ainsi que dans les articles de la revue créée en 1942, *La Santé de l'Homme*³¹⁶, dont l'existence même traduit une dimension réaffirmée de l'éducation sanitaire : passer par la diffusion de l'information, en particulier en direction des acteurs

³¹³ L. Viborel, *Lucien Viborel. L'Éducation sanitaire science d'action. Préface du Professeur Jacques Parisot,...*, op. cit., p. 243-496.

³¹⁴ *Ibid.*, p. 185.

³¹⁵ L. Viborel, *Lucien Viborel. L'Éducation sanitaire science d'action. Préface du Professeur Jacques Parisot,...*, op. cit. ; L. Viborel (ed.), *L'Éducation sanitaire, manuel pratique et précis de technique. Préface du Prof. Jacques Parisot,...*, op. cit.

³¹⁶ Pour le travail qui suit, nous nous appuyons notamment sur la revue : *La Santé de l'homme : journal mensuel d'éducation sanitaire*, Lyon, Centre régional d'éducation sanitaire, dont nous avons étudié les numéros (mensuels) de 1942 à 1956.

« intermédiaires » de l'éducation sanitaire (professionnels de santé et de l'éducation en tête). L'étude du contenu de cette revue est aussi très utile pour identifier les discours qui fondent les pratiques de l'éducation sanitaire dans l'immédiat après-guerre.

Une première lecture invite plutôt à souligner une très forte continuité idéologique avec l'éducation sanitaire de la première moitié du XX^e siècle. On rappelle en effet que la santé est avant tout « affaire d'éducation », et que l'éducation sanitaire vise à développer « une mentalité de santé »³¹⁷ chez des individus touchés par « l'ignorance », la croyance en des « idées fausses » et des « préjugés »³¹⁸ : l'éducateur sanitaire est alors celui qui doit persuader, informer et enseigner³¹⁹ pour sortir la population de cette situation qui nuit à sa santé. L'entreprise de normalisation des comportements au cœur de l'éducation sanitaire est évidente car elle est explicitement revendiquée : on indique à l'individu « comment » se comporter, ce qu'il « doit savoir », les « signes » des maladies qu'il doit connaître et, *in fine*, on lui enseigne « les règles » et les « lois de la vie saine »³²⁰. A titre d'exemple, on peut citer cet article sur les « fautes d'hygiène » à éviter pour lutter contre la tuberculose :

Si tu ne veux pas que le germe de la tuberculose envahisse tes poumons, tes os, tes organes [...]. Tu dois développer tes forces, en entraînant progressivement ton corps à l'exercice raisonné, aux sports pratiqués sans abus [...]. Tu dois éviter la vie dans une atmosphère confinée, préférer l'existence au grand air [...]. Tu dois ne pas céder aux plaisirs déprimants de la jeunesse, chercher dans le culte de la spiritualité le contrepoids nécessaire pour lutter contre les entraînements qui dégradent l'esprit [...]. Tu dois savoir que l'alcoolisme est notre fléau national et que s'il est le grand pourvoyeur de la folie, il est aussi l'agent de recrutement le plus actif de la tuberculose. Si tu connais ces vérités, si tu es assez intelligent pour en apprécier la valeur, jeune Français, tu ne deviendras pas tuberculeux³²¹.

³¹⁷ Page de présentation rédigée par le Docteur Pierre Delore, fondateur de la Revue. Voir : Centre d'éducation sanitaire, *La Santé de l'Homme*, N°1, avril 1942.

³¹⁸ P. Delore, « Doctrine et pédagogie de l'action éducative sanitaire » dans *L'Éducation sanitaire, manuel pratique et précis de technique. Préface du Prof. Jacques Parisot*,..., Tours, 1953, p. 2.

³¹⁹ L. Viborel, *Lucien Viborel. L'Éducation sanitaire science d'action. Préface du Professeur Jacques Parisot*,..., *op. cit.*, p. 175.

³²⁰ Centre d'éducation sanitaire, *La Santé de l'Homme*, N°1, avril 1942.

³²¹ A. Dufourt, « comment on devient tuberculeux : les fautes d'hygiène », *La Santé de l'Homme*, N°2, p. 11.

On doit aussi constater la persistance des préoccupations qui étaient déjà celles de l'avant-guerre. Ainsi, la promotion de l'hygiène et de la propreté revient très régulièrement : hygiène ménagère, rurale, sociale, publique, mentale, du lait, des pieds, ils occupent onze des numéros de la période étudiée³²². La lutte contre les fléaux sociaux est, elle aussi, encore bien présente : quatre numéros de la revue sont spécialement dédiés à la question de l'alcoolisme³²³, quatre à celle de la tuberculose³²⁴, un aux maladies vénériennes et trois plus largement aux maladies infectieuses³²⁵, trois enfin aux cancers³²⁶. Notons que ces thèmes reviennent également régulièrement sous forme de petits articles au sein des différents numéros de la revue.

L'éducation sanitaire n'a pas non plus abandonné ses cibles privilégiées : la mère et l'enfant. La revue leur consacre pas moins de huit numéros entre mai 1943³²⁷ et décembre 1959, qu'il s'agisse plus spécifiquement de traiter d'un état de santé particulier de l'enfant (malade, déficient, abandonné), d'un stade de son évolution (la jeune fille, le mineur, l'enfant d'âge préscolaire) ou plus

³²² CES, « Des français propres dans une France propre », *La Santé de l'Homme*, n° 13, mai 1943 ; CES, « Hygiène ménagère », *La Santé de l'Homme*, n° 35, Mars-Avril 1946 ; CES, « Hygiène rurale », *La Santé de l'Homme*, n° 37, Juillet-Août 1947 ; CES, « L'hygiène sociale dans les grandes villes », *La Santé de l'Homme*, n° 38, Septembre-Octobre 1946 ; CES, « L'hygiène publique dans les grandes villes », *La Santé de l'Homme*, n° 40, Janvier-Février 1947 ; CES, « Hygiène du lait », *La Santé de l'Homme*, n° 44, Août-Septembre 1947 ; CES, « Hygiène mentale », *La Santé de l'Homme*, n° 45, Octobre-Novembre-Décembre 1947 ; CES, « Hygiène du pied », *La Santé de l'Homme*, n° 50, Août-Septembre 1948 ; CES, « Hygiène et médecine scolaire », *La Santé de l'Homme*, n° 64, Janvier-Février 1951 ; CES, « Hygiène mentale », *La Santé de l'Homme*, n° 90, Août-Septembre-Octobre 1955 ; CES, « Hygiène mentale II », *La Santé de l'Homme*, n° 91, Novembre-Décembre 1955.

³²³ CES, « L'alcoolisme », *La Santé de l'Homme*, n° 19, Janvier 1944 ; CES, « L'alcoolisme », *La Santé de l'Homme*, n° 89, Mai-Juin-Juillet 1955 ; CES, « Ne sombrez pas dans l'alcoolisme », *La Santé de l'Homme*, n° 110, Mai-Juin 1959 ; CES, « Ne sombrez pas dans l'alcoolisme », *La Santé de l'Homme*, n° 111, Juillet-Août-Septembre 1959.

³²⁴ CES, « Le Sanatorium », *La Santé de l'Homme*, n° 39, Novembre-Décembre 1946 ; CES, « Tuberculose », *La Santé de l'Homme*, n° 74, Septembre-Octobre 1952 ; CES, « La réhabilitation du tuberculeux », *La Santé de l'Homme*, n° 85, Juillet-Août 1954 ; CES, « Tuberculose 1956 », *La Santé de l'Homme*, n° 96, Septembre-Octobre 1956.

³²⁵ CES, « Les maladies vénériennes », *La Santé de l'Homme*, n° 18, Décembre 1943 ; CES, « Les maladies infectieuses », *La Santé de l'Homme*, n° 30, avril-mai 1945 ; CES, « Prévention des maladies infectieuses », *La Santé de l'Homme*, n° 63, Novembre-Décembre 1950 ; CES, « Les maladies infectieuses », *La Santé de l'Homme*, n° 101, Août-Septembre 1957 ;

³²⁶ CES, « Les heures passent... Le cancer n'attend pas », *La Santé de l'Homme*, n° 20, Février 1944 ; CES, « Cancer », *La Santé de l'Homme*, n° 71, mars-avril 1952 ; CES, « Vaincre le cancer », *La Santé de l'Homme*, n° 98, Janvier-Février 1957.

³²⁷ Avant le numéro 13 de mai 1943 (exception faite du numéro du 8 décembre 1942), les numéros des revues ne sont pas orientés vers une thématique particulière, et leur titre est encore simplement « La Santé de l'Homme ».

généralement de la protection maternelle et infantile³²⁸. Les registres mobilisés pour justifier ces « cibles » sont bien les mêmes qu'avant la guerre : c'est en agissant « de très bonne heure », « dès la toute petite enfance »³²⁹, au moment où son « cerveau [est] malléable » et donc sa « réceptivité » plus grande³³⁰, qu'il faut agir afin de propager ces idées saines dans la population. C'est enfin parce qu'elle permet d'« atteindre [...] toute la population », l'enfant pouvant « réformer les mauvaises habitudes familiales »³³¹, qu'elle est si souhaitable. Sans surprise alors, le rôle de l'école est régulièrement réaffirmé³³², de même que celui de la propagande. De l'usage de la presse à la radiodiffusion, de la conférence à l'exposition, des tracts et brochures au cinéma, les outils mobilisés n'ont pas changé non plus³³³.

Finalement, c'est tout l'argumentaire qui permet de justifier le recours à l'éducation sanitaire qu'on retrouve pendant la Seconde guerre mondiale, et pendant les premières décennies qui suivent. Cette très forte continuité s'explique par un contexte qui pose des problèmes déjà rencontrés

³²⁸ CES, « La jeune fille », *La Santé de l'Homme*, n° 21, avril 1944 ; CES, « L'enfant », *La Santé de l'Homme*, n° 25, Novembre 1944 ; CES, « L'enfant malade », *La Santé de l'Homme*, n° 26, Décembre 1944 ; CES, « L'enfance déficiente ou en danger moral », *La Santé de l'Homme*, n° 27, Janvier 1945 ; CES, « La mère et l'enfant », *La Santé de l'Homme*, n°41, Mars 1947 ; CES, « L'enfant abandonné », *La Santé de l'Homme*, n° 47, Avril 1948 ; CES, « La protection maternelle et infantile », *La Santé de l'Homme*, n° 52, Janvier-Février 1949 ; CES, « La santé du mineur », *La Santé de l'Homme*, n° 65, Mars-Avril 1951 ; CES, « L'enfant d'âge pré-scolaire », *La Santé de l'Homme*, n° 79, Juillet-Août 1953 ; CES, « Les accidents d'enfants », *La Santé de l'Homme*, n° 105, Mai-Juin-Juillet 1958.

³²⁹ L. Viborel, *Lucien Viborel. L'Education sanitaire science d'action. Préface du Professeur Jacques Parisot*,..., op. cit., p. 31-42.

³³⁰ L. Viborel, « Techniques et méthodes d'éducation sanitaire » dans *L'Éducation sanitaire, manuel pratique et précis de technique. Préface du Prof. Jacques Parisot*,..., Tours, 1953, p. 193.

³³¹ D. Douady et M. Pelletier, « L'éducation sanitaire dans les établissements d'enseignement » dans *L'Éducation sanitaire, manuel pratique et précis de technique. Préface du Prof. Jacques Parisot*,..., Tours, 1953, p. 170.

³³² CES, « Ecole et santé », *La Santé de l'Homme*, n° 15, Juillet-Août 1943 ; CES, « Ecole et santé », *La Santé de l'Homme*, n°16, Septembre-Octobre 1943 ; CES, « L'école et la santé », *La Santé de l'Homme*, n° 17, Novembre 1943 ; CES, « Enseignement ménager », *La Santé de l'Homme*, n° 53, Mars-Avril 1949 ; CES, « Semer des idées saines », *La Santé de l'Homme*, n° 54, Mai-Juin 1949 ; CES, « Education de la santé », *La Santé de l'Homme*, n° 81, Novembre-Décembre 1953 ; CES, « L'éducation sanitaire dans le monde », *La Santé de l'Homme*, n° 94, Mai-Juin 1956 ; CES, « Exigences éducatives et sociale du monde de demain. Colloque éducatif et médico-social, Evian, Septembre 1956 », *La Santé de l'Homme*, n° 97, Novembre-Décembre 1956.

³³³ L. Viborel, *Lucien Viborel. L'Education sanitaire science d'action. Préface du Professeur Jacques Parisot*,..., op. cit., p. 126.

auparavant : la propagation des épidémies, en particulier la tuberculose³³⁴, dans un contexte d'insalubrité lié aux dégâts produits par la guerre, ainsi qu'une préoccupation pour la « régénération »³³⁵. On voit bien que les acteurs, qui sont bien souvent les mêmes qu'avant-guerre, reproduisent les schémas cognitifs qui structuraient déjà leurs discours et leurs pratiques. Mais ceci n'empêche pas, aussi, un certain renouveau qui, sans s'opposer au passé, fait plutôt écho aux transformations qui s'opèrent dans les politiques de santé sous l'impulsion des Etats-Providence : l'éducation sanitaire s'appuie en effet sur cette dynamique pour défendre, justement, la nécessité de la prévention par l'éducation.

Tout d'abord, elle trouve dans l'affirmation du droit à la santé le point d'appui pour rappeler aux individus le devoir qui l'accompagne :

[...] Le droit qu'a l'individu à être protégé dans sa santé par la société lui confère des devoirs. L'accomplissement de ces devoirs suppose que tout citoyen a pleinement conscience de sa solidarité avec le corps social et de sa responsabilité vis-à-vis de lui dans le présent et pour l'avenir. Conserver sa santé et sa propreté physiques et mentales est pour l'individu le premier des devoirs envers lui-même et envers les groupes (famille, profession, commune) et la communauté nationale dans lesquels il vit³³⁶.

La dimension collective de la santé – qui concerne le corps social – est bien réaffirmée, et c'est au nom d'un accès élargi à des prestations collectives que l'individu est appelé à s'investir en retour pour la collectivité.

L'éducation sanitaire sert non seulement à rappeler aux individus leurs devoirs mais, mieux encore, à les aider à les remplir. En effet, elle se donne aussi pour tâche de promouvoir auprès d'eux, par l'information et l'éducation, les services qui sont mis à leur disposition : démontrer à l'individu que le recours aux

³³⁴ A. Mouret, « L'imagerie de la lutte contre la tuberculose : le timbre antituberculeux, instrument d'éducation sanitaire », *Les Cahiers du Centre de Recherches Historiques. Archives*, 12 avril 1994, n° 12, p. 335.

³³⁵ A. Dufourt, « comment on devient tuberculeux : les fautes d'hygiène », In : *La Santé de l'Homme*, N°2, p. 11.

³³⁶ P. Delore et F. Perroux, *Projet pour une déclaration des Droits et des Devoirs sanitaires de l'Homme*, Paris, Musée social, 1937 ; cité par L. Viborel, *Lucien Viborel. L'Education sanitaire science d'action. Préface du Professeur Jacques Parisot*,..., op. cit., p. 116-122.

Assurances sociales est dans « son intérêt le plus évident »³³⁷ – en 1945, la Revue consacre un numéro complet à cette question³³⁸ – et le convaincre des bienfaits de la médecine préventive qui, en permettant de dépister précocement les maladies ou d'empêcher leurs aggravations, participe aux efforts visant à améliorer leur santé.

Elle invite donc l'individu à « consulter son médecin », dont il devra suivre « très scrupuleusement les conseils ». L'éducation sanitaire, sans doute, participe activement à l'affirmation du pouvoir particulier auquel les médecins prétendent, finalement depuis longtemps : celui d'agir, au nom de leurs savoirs, sur les comportements individuels. Pour légitimer cette action, elle s'appuie, comme au XIX^e siècle, sur l'ignorance supposée des populations : pour lutter contre « les motifs d'ordre moral, social ou même psychologique, pour refuser certaines mesures de prévention »³³⁹ (en particulier la vaccination), elle informe sur les vaccins et les sérums (en éduquant, c'est-à-dire en expliquant leurs origines, leurs modes de fonctionnement, etc.³⁴⁰). De même, elle s'engage à « revaloriser » l'hôpital par l'information. Rappelant les origines de la méfiance des populations vis-à-vis de cette structure, qui était avant tout « le lieu de renfermement des indésirables », elle se pose comme un moyen de « réduire à néant la triste réputation (certes méritée dans le passé), qui est faite aux hôpitaux et en général à tous les établissements de soin »³⁴¹. Pour lutter contre les « préjugés sur l'hôpital », elle propose une « éducation non seulement sanitaire, mais civique et sociale de la jeunesse »³⁴².

³³⁷ L. Viborel, *Lucien Viborel. L'Éducation sanitaire science d'action. Préface du Professeur Jacques Parisot,...*, op. cit., p. 197-200.

³³⁸ CES, « Les assurances sociales », *La Santé de l'Homme*, n° 28, Février 1945.

³³⁹ R. Arnaud, « La lutte contre les fléaux sociaux dans la région de Lyon », *La Santé de l'Homme*, n° 28, Février 1945, p. 36-38.

³⁴⁰ A. Bertoye, « Vaccins et sérums », *La Santé de l'Homme*, n° 27, Janvier 1945, p. 24, 25.

³⁴¹ H. Thoillier, « L'hôpital moderne et l'hôpital de demain », *La Santé de l'Homme*, n° 27, Janvier 1945, p. 97-101.

³⁴² P. Delore, « De l'hôpital de jadis au centre de santé de demain », *La Santé de l'Homme*, n° 27, Janvier 1945, p. 102-105.

Finalement, si les discours et les pratiques de l'éducation sanitaire évoluent sensiblement après la Seconde guerre mondiale, s'adaptant aux évolutions qui touchent l'action publique sanitaire, aucune rupture fondamentale n'est à signaler. La continuité idéologique est très forte, ce qui n'empêche pas de reconnaître un effort de rationalisation des savoirs – auxquels la professionnalisation des acteurs et le développement de la recherche participent – et, surtout, l'affirmation d'un dispositif social plus structuré au sein de l'appareil d'Etat. Pourtant, l'institutionnalisation de cet instrument d'action publique visant la modification des comportements individuels ne se limite pas à une entreprise nationale. En effet, très tôt, ce processus connaît également un développement à l'international qui, loin d'être une simple transposition à une autre échelle, repose et produit une dynamique propre, autonome.

Chapitre 3. L'éducation sanitaire à l'OMS comme processus d'internationalisation de l'action publique sanitaire

L'internationalisation de l'action publique est aujourd'hui incontestable. Le rôle des organisations internationales, et de l'OMS dans le domaine sanitaire, est souvent évoqué pour illustrer cette dynamique. Pourtant, loin d'être un point de départ, la création des institutions des Nations Unies relève de dynamiques engagées bien avant. L'étude de l'émergence de cet instrument d'action publique qu'est l'éducation sanitaire est particulièrement éclairante sur ce point : le projet politique que constitue la gestion de la santé des populations s'inscrit très tôt dans une dynamique internationale.

Il faut donc considérer le processus qui conduit à l'institutionnalisation croissante de l'éducation sanitaire comme instrument d'action publique internationale, dont l'inscription à l'OMS constitue une étape supplémentaire. L'étude des origines de la coopération internationale dans le domaine sanitaire permet de mettre à jour des processus qui, s'ils rejoignent parfois ceux identifiés à l'échelle nationale, ne s'y résument pas. Pour une même maladie (la peste ou le choléra par exemple) ou pour un même type de maladies (les épidémies en l'occurrence), le problème et les solutions ne peuvent être envisagés de la même manière qu'à l'échelle nationale, car de nombreux facteurs propres à la scène internationale sont en jeu.

L'inscription de l'éducation sanitaire dans le champ d'action de l'OMS révèle alors deux dynamiques. La première est celle d'une continuité historique et d'un processus d'institutionnalisation croissante de l'action publique internationale, pour laquelle l'OMS constitue la forme la plus aboutie (à ce jour). La seconde suppose de considérer que cette nouvelle forme d'action internationale s'autonomise pour produire des effets particuliers.

3.1. Aux origines de la coopération internationale dans le domaine sanitaire

L'étude des origines de la coopération internationale dans le domaine sanitaire est un très bon point de départ, car elle permet de considérer les dynamiques internationales, multinationales, voire transnationales, qui participent à dessiner les contours de ce qui deviendra, ensuite, une action publique internationale.

Tout d'abord, le caractère transfrontalier des épidémies, s'il peut sembler évident aujourd'hui, émerge en fait dans des conditions bien particulières : celles d'un déplacement accru des populations, et des marchandises, rendu possible en particulier par le développement de nouvelles technologies comme les caravanes et les navires. De même, la question des mesures et des instruments susceptibles d'être mobilisés par les pouvoirs publics afin de répondre au problème constitué par cette circulation des maladies met en jeu des intérêts qui ne se comprennent qu'en considérant leur dimension internationale. L'origine de la coopération internationale ne relève pas de l'élaboration de mesures de protection : les quarantaines sont de la responsabilité de chaque Etat, et aucun d'entre eux ne voit la nécessité de se coordonner pour les rendre plus efficaces. En revanche, l'émergence du commerce international et l'affirmation d'un libéralisme aussi bien économique que politique transforme le système quarantenaire en problème à résoudre : celui-ci, considéré désormais comme une entrave à ces nouvelles priorités, doit au mieux être abandonné, au pire être rationalisé. Les intérêts des Etats se révélant parfois antagonistes, la coopération internationale s'impose comme moyen d'accord.

Si de prime abord, cette histoire semble bien éloignée de celle de l'hygiénisme, elle permet cependant d'en comprendre le succès international : cette volonté d'abandon des mesures contraignantes prises au nom d'un risque sanitaire mais troublant l'ordre des échanges, renforce l'intérêt des Etats pour les mesures prônées par des hygiénistes qui mettent l'accent sur des mesures environnementales et incitatives, et dont l'éducation à l'hygiène fait partie. Outre ce contexte favorable, leur succès se comprend aussi par leur inscription dans

des arènes internationales leur permettant de rendre visible, intelligible et légitime, les solutions qu'ils proposent à ces Etats en quête de solutions nouvelles.

3.1.1. La peste, enjeu transfrontalier de sécurité sanitaire

L'histoire de l'action publique internationale dans le domaine sanitaire débute avec celle d'une maladie : la peste. Plus que l'existence de cette maladie, qui émerge bien avant le Moyen-âge, c'est l'ampleur qu'elle prend à partir de cette époque qui explique qu'elle se constitue à ce moment en problème international.

Rappelons ses modes de transmission pour être en mesure plus tard d'identifier les causes de son déploiement. La contamination se fait en effet par le rat, plus exactement par l'intermédiaire de la puce³⁴³. La contamination inter-humaine passe quant à elle par les gouttelettes de salive infectées projetées par la toux lors de la complication pulmonaire de la peste³⁴⁴. Historiquement, la peste prend d'abord la forme d'épidémies, terme qui permet de désigner « l'apparition d'un grand nombre de cas d'une maladie transmissible fortement concentrés dans le temps et dans l'espace »³⁴⁵.

Mais le Moyen-âge marque une étape supplémentaire : l'apparition des pandémies, c'est-à-dire d'épidémies qui touchent « toute une région et risque de s'étendre largement »³⁴⁶. Le caractère transfrontalier de cette maladie n'échappe pas aux contemporains. En effet, lorsqu'elle touche l'Empire de

³⁴³ En particulier le rat noir (*Rattus rattus*)

³⁴⁴ La contamination d'homme à homme s'opère également par l'intermédiaire d'un ectoparasite humain, la puce *Pulex irritans*, qui à cette époque vivent dans les vêtements, les draps, les tapis...

Pour une explication plus précise du processus de transmission de la peste, voir : D. Panzac, *Quarantaines et lazarets, op. cit.*, p. 15-18 ; J. Vitaux, *Histoire de la peste*, Paris, Presses universitaires de France, 2010, vol. 1/, p. 5-7.

³⁴⁵ *Le nouveau dictionnaire de la santé publique & de l'action sociale*, [2e éd., Malakoff, Foucher, 2013, vol. 1/, p. 298.

³⁴⁶ *Ibid.*

Byzance au VI^e siècle³⁴⁷, ils identifient l'origine de cette maladie en Ethiopie, et son expansion en Egypte, en Palestine, en Syrie, puis finalement à Constantinople. La peste se répand par ailleurs vers la Perse, mais apparaît aussi à Marseille en 543, continuant alors vers le Nord de la France et l'Espagne³⁴⁸. Elle frappe aussi le monde musulman et la Chine³⁴⁹. Lorsqu'elle réapparaît en 1347, elle se déploie à nouveau de l'Orient vers l'Occident, empruntant la voie caravanière du nord de la Caspienne et suivant les migrations mongoles. En Europe, elle débute dans la ville de Caffa³⁵⁰ alors que Génois et Tatars s'affrontent³⁵¹ et se répand ensuite par les voies commerciales, pour atteindre toute l'Europe.

La navigation, alors « active dans le bassin méditerranéen », est donc à l'origine de la circulation de la peste de l'Orient jusqu'à l'Occident ; la dissémination à l'intérieur des terres se fait ensuite via les ports et les grandes voies de communication³⁵². Au XIV^e siècle, ce phénomène s'accroît alors même que le commerce méditerranéen est en pleine expansion et que de nombreux ports sont construits, créant un « vaste réseau d'échange [favorisant] la colonisation du rat noir »³⁵³ et donc la peste.

Outre sa propagation à l'échelle mondiale, la peste a des conséquences particulièrement désastreuses. Véritable « cataclysme », celle appelée « peste noire » conduit, au XIV^e siècle, à une mortalité sans précédent : « toute proportion gardée, elle représenterait aujourd'hui l'équivalent d'une guerre atomique à l'échelle mondiale »³⁵⁴. En effet, le tiers sinon la moitié de la

³⁴⁷ J. Vitaux, *Histoire de la peste*, op. cit., p. 10.

³⁴⁸ *Ibid.*, p. 10-11.

³⁴⁹ *Ibid.*, p. 15.

³⁵⁰ Aujourd'hui ville de Féodassia en Ukraine.

³⁵¹ Voir le récit de cette guerre (où les Tartares catapultèrent des cadavres infestés dans la ville avant de la quitter) et plus largement celui de la propagation de la peste noire de 1347 : J. Ruffié et J.-C. Sournia, *Les épidémies dans l'histoire de l'homme*, op. cit., p. 92-97 ; J. Vitaux, *Histoire de la peste*, op. cit., p. 16-24.

³⁵² J. Ruffié et J.-C. Sournia, *Les épidémies dans l'histoire de l'homme*, op. cit., p. 89-90.

³⁵³ J.-F. Saluzzo, *Des hommes et des germes*, Paris, Presses universitaires de France, 2004, p. 53.

³⁵⁴ J. Ruffié et J.-C. Sournia, *Les épidémies dans l'histoire de l'homme*, op. cit., p. 92.

population européenne en meurt³⁵⁵, tandis que la population chinoise passe de 125 à 90 millions d'individus entre 1331 et 1393³⁵⁶. Elle est « l'épidémie la plus mortifère pour l'humanité »³⁵⁷.

Mais c'est aussi en termes d'impact économique qu'il faut trouver les raisons de l'inquiétude croissante des pouvoirs politiques face à cette maladie : la pandémie conduit en effet à un fort exode rural, entrave les grands chantiers comme la construction des cathédrales, conduit à l'augmentation du prix de la main d'œuvre devenue plus rare, provoque une augmentation de la criminalité, accentue la famine³⁵⁸... Cette maladie est donc source de dépopulation, de désordre et de pertes économiques, autant d'enjeux d'autant plus difficiles à surmonter que la pandémie s'étend sur plusieurs siècles³⁵⁹, et qu'elle se mêle aux nombreuses guerres³⁶⁰ qui touchent l'Europe à cette époque. Si elle disparaît à la fin du XVII^e siècle³⁶¹, elle réapparaît une dernière fois à la fin du XIX^e et au début du XX^e siècle.

Ainsi, c'est parce que la peste est contagieuse, transfrontalière, et qu'elle a des conséquences brutales et durables, qu'elle est à l'origine des premières mesures publiques de santé. Parmi celles-ci³⁶², certaines concernent directement les individus, qui sont isolés dans les maisons infectées voir dans des quartiers entiers, limités dans leurs déplacements et interdits de rassemblement dans les lieux publics (foires, théâtres, cabarets, etc.). D'autres visent le milieu : on isole les corps infectés dans des fosses communes ou des

³⁵⁵ J. Vitaux, *Histoire de la peste*, op. cit., p. 15.

³⁵⁶ J. -F. Saluzzo, *Des hommes et des germes*, PUF, Paris, 2004, p. 52.

³⁵⁷ J. Vitaux, *Histoire de la peste*, op. cit., p. 4.

³⁵⁸ *Ibid.*, p. 24.

³⁵⁹ Avec des cycles de « rechutes » qui surviennent tous les dix ans environ.

³⁶⁰ Notamment la guerre de cent ans.

³⁶¹ Pour un récit des pestes survenues à Milan en 1630, à Barcelone de 1348 à 1654, à Londres de 1665-1666, et à Marseille en 1720, voir : J. Ruffié et J.-C. Sournia, *Les épidémies dans l'histoire de l'homme*, op. cit., p. 111-123.

³⁶² J. Vitaux, *Histoire de la peste*, op. cit., p. 146. Jean Vitaux en dénombre huit. Nous reprenons ces éléments tout en proposant une distinction en fonction de l'objet visé (individu ou milieu) ; et, surtout, nous traiterons de la quarantaine et des lazarets à part, pour insister non seulement sur le caractère hautement contraignant de ces mesures, mais surtout pour insister sur le caractère international de ces mesures qui sont d'ailleurs à l'origine des conférences sanitaires internationales.

cimetières prévus à cet effet, on ramasse les ordures, et on brûle les vêtements et les meubles ayant appartenus à des personnes infectées. Les *statuti sanitari* mis en place à Florence de 1321 à 1324 pour lutter contre la peste visent par exemple le contrôle de la vente de la viande et des denrées alimentaires ainsi que l'interdiction de la revente des vêtements portés par les malades³⁶³. La lutte contre la peste permet donc de « justifier » des mesures contraignantes « prises au nom de la protection de la collectivité »³⁶⁴.

Parmi celles-ci, la mesure la plus spectaculaire est la quarantaine, qui s'applique en particulier dans les ports. En effet, cette maladie se répandant par les voies commerciales, en particulier maritimes, il s'agit alors de contrôler les navires. La première quarantaine maritime est instituée dans le port de Raguse³⁶⁵ en 1377, « tant [est] vif le souvenir des bateaux génois contaminés qui amenèrent l'épidémie en Europe »³⁶⁶. Toute personne susceptible de véhiculer la maladie est alors soumise à contrôle³⁶⁷. Le premier des lazarets, ces « pièces maîtresses du dispositif sanitaire où s'effectue la formalité fondamentale de cette politique, la quarantaine »³⁶⁸, est également fondé en 1423 en Italie, à Venise plus exactement.

A mesure que le commerce et les échanges se développent, « ce système se généralise dans tous les ports européens »³⁶⁹. Cette progression correspond aussi à la reconnaissance de l'origine orientale de la peste³⁷⁰ : il s'agit explicitement de protéger le continent européen en contrôlant les personnes et les marchandises venues d'Orient. Alors, les lazarets sont construits non seulement le long des côtes méditerranéennes, mais également sur les

³⁶³ É. Callot Carpentier, *Une Ville devant la peste, Orvieto et la peste noire de 1348...* par Élisabeth Carpentier, Paris, Impr. nationale, 1962, p. 145.

³⁶⁴ P. Bourdelais, « Le contrôle des grandes crises épidémiques », art cit, p. 49.

³⁶⁵ Actuelle Dubrovnik en Croatie.

³⁶⁶ J. Vitaux, *Histoire de la peste*, op. cit., p. 43.

³⁶⁷ S. Chiffolleau, *Genèse de la santé publique internationale*, op. cit., p. 48.

³⁶⁸ D. Panzac, *Quarantaines et lazarets*, op. cit., p. 6.

³⁶⁹ S. Chiffolleau, *Genèse de la santé publique internationale*, op. cit., p. 48.

³⁷⁰ D. Panzac, *Quarantaines et lazarets*, op. cit., p. 19.

frontières terrestres communes avec l'Etat turc³⁷¹. L'histoire des relations entre l'Europe et l'Orient rythme les évolutions du système quarantenaire. Suite au (second) mouvement de colonisation au XIX^e siècle, la Méditerranée et l'Océan indien d'une part – parce qu' « une grande part de la navigation » s'y effectue – et les pays du Moyen-Orient – parce qu'ils se trouvent « à la charnière de trois continents » et des « intenses mobilités humaines qu'y suscite chaque année le pèlerinage à la Mecque »³⁷² – font l'objet des plus vives attentions de la part de pays européens soucieux de protéger leurs frontières de la peste.

Ainsi, l'histoire des politiques internationales de santé commence avec celle de « la sécurité sanitaire liée au contrôle des épidémies », devenu un « enjeu global »³⁷³. Mais il ne s'agit pas encore d'une coopération entre les Nations, même si les Etats européens se retrouvent sur cette volonté de protéger le continent d'une menace venue désormais de l'extérieur. Les lazarets et les quarantaines relèvent des prérogatives des Etats nationaux, qui mettent en place des administrations et des législations sanitaires pour les encadrer³⁷⁴ ; si le problème est effectivement appréhendé dans sa dimension internationale, les réponses apportées par les Etats restent strictement nationales. Il faut attendre le XIX^e siècle, et un changement de perception des quarantaines, pour que les Etats décident de se réunir afin d'harmoniser leurs politiques de lutte contre les épidémies.

3.1.2. La remise en cause des dispositifs quarantenaires et les premières conférences sanitaires internationales : une « fenêtre d'opportunité » pour les hygiénistes

Bien qu'il soit plaisant d'imaginer l'origine de la coopération internationale dans le domaine sanitaire comme une volonté commune de protéger la santé des populations, la réalité est plus nuancée : il s'agit plutôt, à un moment où les

³⁷¹ *Ibid.*, p. 6.

³⁷² S. Chiffolleau, *Genèse de la santé publique internationale*, *op. cit.*, p. 15.

³⁷³ *Ibid.*, p. 11.

³⁷⁴ *Ibid.*, p. 48.

Etats affirment un libéralisme aussi bien économique que politique, d'organiser le dispositif des quarantaines afin qu'il ne soit ni une entrave au commerce international en plein essor, ni une atteinte aux libertés individuelles perçues désormais comme des valeurs fondamentales.

En effet, la fin des guerres napoléoniennes ouvre une nouvelle ère pour le commerce international, en particulier entre la Grande-Bretagne et sa nouvelle colonie indienne. De plus, le commerce maritime s'intensifie grâce à une nouvelle technologie, la navigation à vapeur, qui permet un gain de temps considérable sur les trajets. Alors qu'il fallait environ quinze à trente jours à un voilier pour rejoindre Alexandrie et Marseille, les navires à vapeur n'en mettent plus que six ; « mais passer ensuite de quatorze à vingt-et-un jours au lazaret, voilà qui annule l'effet bénéfique du pyroscaphe pour les passagers et grève lourdement les frais fixes de l'armateur »³⁷⁵.

Les quarantaines, mesures prises au nom de la sécurité sanitaire, posent désormais un problème aux Etats européens eux-mêmes : elles entravent le libre commerce³⁷⁶, « lequel est associé à la liberté politique d'une part et, dans la lignée de Montesquieu, considéré d'autre part comme un vecteur de paix entre les nations »³⁷⁷. Le dilemme est complexe, puisqu'il oppose sécurité sanitaire et intérêts économiques et politiques. Plutôt que d'une remise en cause radicale des quarantaines, c'est donc la question des incohérences du système, dont la procédure et surtout la durée dépendent des législations nationales, qui sont critiquées ; les « négociations »³⁷⁸ se présentent alors comme une solution à ce problème. Ainsi naît l'initiative, d'abord française, d'organiser une conférence sanitaire internationale, prévue en 1839.

Mais d'autres facteurs entrent en jeu et freinent cette dynamique. En effet, la conférence n'a pas lieu du fait de la guerre qui éclate entre la Turquie et

³⁷⁵ D. Panzac, *Quarantaines et lazarets*, op. cit., p. 109.

³⁷⁶ Nous verrons à plusieurs reprises que les intérêts commerciaux constituent des entraves aux intérêts de la santé publique (par exemple dans la lutte contre le tabagisme ou encore contre l'obésité).

³⁷⁷ S. Chiffolleau, *Genèse de la santé publique internationale*, op. cit., p. 49.

³⁷⁸ *Ibid.*, p. 50.

l’Egypte, et des tensions entre l’Angleterre et la France³⁷⁹. Ces deux Etats défendent en effet des intérêts différents. La France, parce qu’elle est directement concernée par le risque de propagation des maladies du Moyen-Orient, est moins favorable à un abandon du système des quarantaines que l’Angleterre. Dans son propre intérêt, elle soutient le développement, en Egypte, en Turquie et en Syrie, de systèmes sanitaires, et lorsque la peste disparaît enfin³⁸⁰, la France et l’Angleterre peuvent donc se mettre d’accord pour « alléger le fardeau des quarantaines sur son littoral »³⁸¹. Les relations internationales peuvent donc tour à tour freiner ou favoriser la coopération internationale ; il faut pour cela que les intérêts des Etats en présence se rejoignent, au moins à minima.

Une autre dimension, qui relève cette fois de l’action publique, est aussi en cause. En effet, si la peste a disparu, de « nouvelles menaces » sanitaires³⁸² sont apparues, la fièvre jaune et le choléra en particulier. Or, ces maladies posent autrement le problème de la sécurité sanitaire. Tout d’abord, le dispositif quarantenaire s’est révélé inefficace lors de la survenue du choléra en 1832³⁸³. Ensuite, les scientifiques proposent deux interprétations quant aux modes de transmission de ces maladies. La première défend la théorie de la contagion entre individus ; la seconde celle de l’infection³⁸⁴, à savoir que « seules la saleté et la pauvreté ainsi que des causes climatiques ponctuelles sont à l’origine des épidémies »³⁸⁵. La « révolution pasteurienne » n’ayant pas encore eu lieu, les connaissances scientifiques ne permettent pas de trancher. Or, du choix d’interprétation dépend les mesures envisagées : l’isolement des

³⁷⁹ D. Panzac, *Quarantaines et lazarets*, op. cit., p. 109-110.

³⁸⁰ *Ibid.*, p. 115.

³⁸¹ S. Chiffolleau, *Genèse de la santé publique internationale*, op. cit., p. 73.

³⁸² D. Panzac, *Quarantaines et lazarets*, op. cit., p. 116-117.

³⁸³ S. Chiffolleau, *Genèse de la santé publique internationale*, op. cit., p. 50.

³⁸⁴ D. Panzac, *Quarantaines et lazarets*, op. cit., p. 102 ; P. Bourdelais, *Les épidémies terrassées*, op. cit., p. 80.

³⁸⁵ P. Bourdelais, *Les épidémies terrassées*, op. cit., p. 144.

malades, dont la fameuse quarantaine en constitue le moyen le plus spectaculaire, ou l'action sur les environnements insalubres.

Ce sont donc d'autres considérations qui expliquent le choix de la théorie de l'infection. Celle-ci en effet « présente de très nombreux avantages » puisqu'en permettant de renoncer aux quarantaines, elle résout deux problèmes auxquels sont confrontés les Etats occidentaux : l'obstruction au commerce international, et le refus de plus en plus violent des populations de subir des mesures contraignantes³⁸⁶. Ainsi, le changement de paradigme global, où le libéralisme aussi bien économique que politique se fait valeur fondamentale des sociétés occidentales, a des conséquences particulièrement fortes sur le secteur de la santé : il conduit à une critique vive des dispositifs quarantenaires et engage la recherche de nouvelles solutions. Il constitue alors une « fenêtre d'opportunité » pour les hygiénistes qui, majoritairement en faveur de la théorie de l'infection, peuvent prétendre répondre aux attentes des Etats.

3.1.3. L'hygiénisme international ou la naissance d'une communauté scientifique internationalisée

Ce contexte international, qui déplace les intérêts des Etats, se révèle favorable à un groupe d'acteurs : les hygiénistes qui, en se constituant en « mouvement international »³⁸⁷, peuvent se positionner favorablement en prétendant répondre aux attentes des pouvoirs publics. Deux processus sont en cours. Le premier conduit à l'élaboration d'un espace international propre à l'hygiène publique, où des acteurs se rencontrent et se constituent en tant que groupe professionnel en élaborant des idées et des références communes dans une dimension strictement internationale. Le second renvoie à la circulation des idées et des modèles nationaux (et internationaux) d'hygiène entre, mais aussi au-delà, des pays européens.

³⁸⁶ *Ibid.*, p. 101. Plus largement sur le rôle du choléra dans l'abandon des mesures de protection traditionnelles, voir le chapitre III, p. 77-106.

³⁸⁷ P. Bourdelais, *Les hygiénistes*, *op. cit.*, p. 211.

Pour se constituer en « discipline internationale », les hygiénistes ont besoin d'institutions pour leur permettre de s'inscrire dans l'espace international : ce sont, d'abord, les congrès internationaux d'hygiène et de démographie. L'hygiène est « la toute première discipline revendiquant un corpus savant à trouver une expression internationale »³⁸⁸, preuve non seulement de l'intérêt que ce savoir suscite, et des efforts pour le rendre visible et, justement, international. A la précocité du mouvement s'ajoute la fréquence de ces congrès : Bruxelles en 1876, Paris en 1878, Turin en 1880, Genève en 1882, La Haye en 1884, Vienne en 1886, Londres en 1891, Paris en 1900... Ce mouvement illustre autant qu'il permet « la pénétration politique et culturelle de la pensée hygiéniste dans la société européenne industrialisée [...] »³⁸⁹.

C'est aussi une « communauté internationale d'hygiène », dont « l'unité intellectuelle de la discipline « hygiène » » est le ciment, et les congrès scientifiques internationaux le lieu d'expression³⁹⁰, qui émerge. Non seulement des hygiénistes de nationalités différentes se rencontrent et échangent, mais ils finissent par proposer un discours « à l'unisson »³⁹¹ ; de leur effort pour se présenter comme un groupe sinon homogène, tout du moins réuni au nom d'intérêts communs, dépend leur capacité à affirmer leur « rôle social »³⁹² non plus seulement pour des Etats pris isolément, mais désormais pour une coopération internationale réunie au nom d'un intérêt commun, celui de la protection et de l'amélioration de la santé des populations : c'est une solidarité face aux menaces épidémiques et aux enjeux sanitaires globaux qui leur permet de justifier la nécessité d'une hygiène « universelle ».

De plus, les congrès scientifiques internationaux permettent aux hygiénistes de donner à leur discipline les moyens de cette prétention à l'universalisme. Ainsi

³⁸⁸ A. Rasmussen, « L'hygiène en congrès (1852-1912) : circulation et configurations internationales », art cit, p. 215.

³⁸⁹ S. Nonnis Vigilante, « La réinvention de l'hygiène », art cit, p. 206.

³⁹⁰ A. Rasmussen, « L'hygiène en congrès (1852-1912) : circulation et configurations internationales », art cit, p. 216-219.

³⁹¹ S. Nonnis Vigilante, « La réinvention de l'hygiène », art cit, p. 207.

³⁹² *Ibid.*

seront désormais mis en commun, « au nom de la pratique »³⁹³, les observations et les données collectées à l'échelle nationale. En effet, si les enjeux sanitaires auxquels sont confrontés les peuples et les Nations sont similaires, pour ne pas dire identiques, il est alors possible et souhaitable de mieux se connaître (pour se reconnaître) : non seulement il faut suivre l'évolution des maladies dans le monde, mais également comparer les mesures prises et les résultats obtenus. Si l'hygiénisme a ouvert la voie à la surveillance des populations, l'hygiénisme international la justifie à l'échelle mondiale. Outre la compilation de données nationales, il s'agit aussi d'élaborer des études strictement internationales, grâce notamment à une uniformisation des questionnaires, rédigés par une commission internationale³⁹⁴. L'hygiénisme international dispose désormais d'outils et de pratiques qui lui sont propres et se constitue, ce faisant, en discipline internationale.

La coopération entre les Etats, au sens traditionnel d'une diplomatie, n'est pas au centre de cette dynamique d'internationalisation ; celle-ci est le fait des conférences internationales. D'ailleurs, les hygiénistes eux-mêmes attribuent aux congrès scientifique un rôle de « tribune scientifique » censée « éclairer », et non celui d'une « arène législative »³⁹⁵ ; les promoteurs du congrès de Paris de 1878 aiment rappeler qu'ils ne souhaitent nullement s'emparer du travail du législateur ou de l'administrateur³⁹⁶.

Pourtant, les injonctions en direction des gouvernements se multiplient : lors du congrès de Turin en 1880, les hygiénistes se tournent directement vers les instances politiques nationales pour l'élaboration de législations relatives à l'hygiène publique, et revendiquent même des positions au Parlement ou dans les conseils régionaux ou municipaux³⁹⁷. Ces congrès constituent donc une

³⁹³ A. Rasmussen, « L'hygiène en congrès (1852-1912) : circulation et configurations internationales », art cit, p. 216.

³⁹⁴ *Ibid.*, p. 235.

³⁹⁵ *Ibid.*, p. 229.

³⁹⁶ S. Nonnis Vigilante, « Idéologie sanitaire et projet politique. Les congrès internationaux d'hygiène de Bruxelles, Paris et Turin (1876-1880) » dans *Les hygiénistes: enjeux, modèles et pratiques (XVIIIe-XXe siècles) [colloque]*, Paris, Belin, 2001, p. 242.

³⁹⁷ *Ibid.*, p. 243.

opportunité pour les hygiénistes de « demander aux gouvernements d'assurer par la coercition l'assainissement de la société »³⁹⁸. Finalement, il s'agit plutôt d'un « continuum » entre conférences et congrès³⁹⁹ : in fine, les liens qui unissent l'hygiénisme international et la coopération internationale sont bien étroits. Si le glissement d'un savoir scientifique à un savoir de gouvernement a d'abord eu lieu au niveau national, les hygiénistes ont trouvé, à l'échelle internationale et par l'intermédiaire des congrès, un nouvel espace leur permettant d'orienter, au nom d'une expertise internationale, l'action publique des Etats du monde dans le domaine sanitaire.

Outre le développement d'un hygiénisme à dimension strictement internationale, l'internationalisation de l'hygiénisme se laisse également voir à travers les « similitudes »⁴⁰⁰ observées entre les dispositifs nationaux mis en place au XIX^e siècle. Celles-ci peuvent en effet se comprendre comme le résultat des « influences réciproques » entre, en particulier, la France, l'Angleterre et l'Allemagne⁴⁰¹. Les études produites par les grands noms de l'hygiénisme, en particulier Villermé en France, Chadwick en Angleterre et Shattuck aux Etats-Unis, illustrent aussi très bien un mouvement de circulation des idées qui traverse les frontières nationales : sources pour les uns⁴⁰², objet de débat pour les autres, ces enquêtes sont l'opportunité d'un échange qui participe peut être d'une harmonisation des idées et des théories hygiénistes, tout du moins à l'échelle européenne.

La question de la transposition des idées est cependant une question délicate. « Mesurer les “influences” qui s'exercent par le biais des lectures, de la mobilité des hommes, de la circulation des savoirs universitaires ou des échanges

³⁹⁸ S. Nonnis Vigilante, « La réinvention de l'hygiène », art cit, p. 207.

³⁹⁹ A. Rasmussen, « L'hygiène en congrès (1852-1912) : circulation et configurations internationales », art cit, p. 230.

⁴⁰⁰ *Ibid.*, p. 213.

⁴⁰¹ L. Murard et P. Zylberman, *L'hygiène dans la République*, op. cit., p. 76.

⁴⁰² G. Jorland, *Une société à soigner*, op. cit., p. 117.

professionnels » n'est pas sans obstacle méthodologique⁴⁰³. Il est difficile en effet d'ignorer la question du processus de réception des modèles, souvent source de transformations de sens et de « distorsions » imputables aux « configurations locales » et aux stratégies des acteurs qui les mobilisent⁴⁰⁴.

Ces précautions acquises, il n'en reste pas moins qu'un réseau d'influences peut bien être mis au jour dans des processus d'« appropriation des actions sanitaires et hygiénistes européennes »⁴⁰⁵. A propos du Brésil, Etelvina Maria de Castro Trindade montre comment, malgré un contexte différent, il est « incontestable que les efforts déployés pour l'assainissement du Brésil ont stimulé la régularisation de la profession de médecin dont les représentants ont contribué à légitimer l'intervention de l'Etat dans les questions de santé et d'hygiène publique »⁴⁰⁶. A propos de la Chine, Angela Ki Che Leung souligne comment, alors même que des règles d'hygiène privée et individuelle existaient dès les origines de la civilisation chinoise, l'hygiène publique au milieu du XVII^e siècle était encore très « imparfaite » au regard de ce qui se faisait déjà en Occident⁴⁰⁷. Elle montre surtout comment la présence d'occidentaux en Chine à partir du XIX^e siècle transforme cette situation en « honte nationale », sentiment à l'origine de l'action des responsables gouvernementaux de la fin de l'Empire qui font alors « appel aux doctrines d'hygiène occidentale » ; elle n'en souligne pas moins la singularité de cette hygiène publique chinoise, dont la dimension hautement nationaliste, la résistance des populations à la médecine occidentale et la persistance de pratiques traditionnelles constituent les facteurs les plus déterminants⁴⁰⁸.

⁴⁰³ A. Rasmussen, « L'hygiène en congrès (1852-1912) : circulation et configurations internationales », art cit, p. 213.

⁴⁰⁴ E. –M. de Castro Trindade, « Modèles et emprunts : l'hygiénisme au Brésil (fin XIX^e-début XX^e siècles) », In : P. Bourdelais (dir.), *Les Hygiénistes, enjeux, modèles et pratiques*, Ed. Belin, 2001, p.269.

⁴⁰⁵ E. M. de Castro Trindade, « Modèles et emprunts : l'hygiénisme au Brésil (fin XIX^e-début XX^e siècles) » dans *Les hygiénistes: enjeux, modèles et pratiques (XVIII^e-XX^e siècles) [colloque]*, Paris, Belin, 2001, p. 270.

⁴⁰⁶ *Ibid.*, p. 294.

⁴⁰⁷ A. Ki Che Leung, « Hygiène et santé publique dans la Chine pré-moderne » dans *Les hygiénistes: enjeux, modèles et pratiques (XVIII^e-XX^e siècles) [colloque]*, Paris, Belin, 2001, p. 361.

⁴⁰⁸ *Ibid.*, p. 362-371.

Faut-il considérer que la circulation des hommes participe, au XIX^e siècle, de l'émergence d'une conscience voire d'un sentiment d'appartenance à un même groupe qui, dès lors, favorise l'élaboration d'arènes internationales propres aux hygiénistes, ou au contraire que de l'élaboration de cet espace strictement international, où se rencontrent des hygiénistes de nationalités différentes, naît une dynamique de diffusion des idées et des modèles d'hygiène publique à l'origine européenne ? On sait aujourd'hui que ces deux mouvements s'entretiennent simultanément. Ils illustrent, *in fine*, cette dynamique d'internationalisation de l'hygiène publique comme action publique internationale dans le domaine sanitaire, qui passe en particulier par l'émergence d'une communauté de professionnels désormais inscrits à l'international et proposant un savoir au service de l'action publique internationale ou, pour le dire autrement, une expertise internationale au service des Etats du monde.

Cette dynamique n'en est en réalité qu'à ses premières démonstrations. Elle se concrétise dès le début du XX^e siècle par l'émergence d'institutions internationales chargées non plus seulement d'offrir un espace de coopération aux Etats, ou de réflexion aux scientifiques, mais de prendre en charge des activités dans le domaine sanitaire. Ce processus aboutit finalement à la création, en 1948, de l'Organisation Mondiale de la Santé, et marque une nouvelle étape dans l'internationalisation de l'action publique internationale en général, et de l'éducation sanitaire en particulier.

3.2. L'éducation sanitaire à l'OMS : un instrument au service de l'action publique internationale

Lorsque naît l'OMS en 1948, l'éducation sanitaire est immédiatement introduite dans ses stratégies d'action. Ce constat invite à analyser deux dynamiques en particulier. L'une consiste à considérer la continuité qui caractérise le processus d'institutionnalisation de l'action publique internationale dans le domaine sanitaire, et dont l'OMS est l'héritière. En même temps, plus qu'une copie des institutions qui l'ont précédée, elle propose un cadre pour l'action relativement

original, qu'on pourrait qualifier de plus abouti en ce qu'il regroupe un espace de décision, où les Etats sont amenés à décider en commun d'une (de) politique(s) sanitaire(s) internationale(s), et un espace de mise en œuvre.

L'autre dynamique révèle plutôt la continuité idéologique au fondement de cette institutionnalisation. Les « valeurs », les « missions » et les stratégies d'action qui fondent l'OMS rappellent en effet celles qui ont porté la santé publique depuis ses débuts : le recours à l'éducation sanitaire est un marqueur très fort de cette dynamique. Enfin, au-delà des héritages historiques, l'inscription de l'éducation sanitaire comme stratégie d'action de l'OMS engage des dynamiques propres ; l'internationalisation de l'action publique par son institutionnalisation engage aussi un processus autonome.

3.2.1. Naissance de l'OMS : institutionnalisation d'une coopération internationale dans le domaine de l'éducation sanitaire

L'OMS, créée en 1948, ne naît pas de rien, mais prolonge l'action de l'hygiénisme sur l'action publique, en particulier à l'échelle internationale. Les institutions créées au début du siècle l'attestent : en 1903 naît l'Office international d'hygiène publique et, au lendemain de la Première guerre mondiale, la Société des nations se dote d'un Office d'hygiène. Outre ces appellations, les fonctions remplies par ces organismes rappellent le projet politique porté par l'hygiénisme. Aux côtés du Bureau sanitaire panaméricain, créé en 1902, ils se chargent principalement de la lutte contre les épidémies, et jouent un rôle déterminant dans la centralisation des informations⁴⁰⁹ : actions contre les maladies transmissibles et surveillance sont encore au cœur de l'action publique internationale dans le domaine sanitaire. La Seconde guerre mondiale marque en revanche une certaine rupture. Le Comité de secours interallié, remplacé rapidement par l'*United Nations Relief and Rehabilitation Administration*, se charge de « porter assistance » aux autorités nationales affaiblies par la situation. Il s'agit plus largement d'une entreprise politique,

⁴⁰⁹ Y. Beigbeder, *L'Organisation mondiale de la Santé*, op. cit., p. 3-4.

principalement américaine, visant à aider les pays européens dévastés par la guerre à se rétablir rapidement, notamment en contrôlant la diffusion de la malaria, du typhus, du choléra et de la tuberculose dont les ravages peuvent freiner la reconstruction des pays concernés.

Tout aussi importante que cette histoire est le fait que les préoccupations « indigènes » se plaisent à souligner la continuité. Ainsi Yves Beigbeder, docteur en droit public et surtout ancien fonctionnaire de l'OMS, consacre un chapitre de son ouvrage aux origines historiques de l'OMS et souligne à ce titre :

Le rôle réglementaire de l'OMS a pour origine les Conventions sanitaires internationales; son rôle de bureau international d'information et de forum, ainsi que son action dans le domaine de la standardisation et de la normalisation lui vient de l'OIHP; son vaste domaine d'action, qui inclut non seulement la lutte contre la propagation des maladies, mais aussi l'enseignement, l'hygiène, l'hygiène rurale, l'habitation, la nutrition lui a été inspiré par l'Organisation d'Hygiène de la SDN; l'UNRRA lui a transmis ses fonctions d'assistance opérationnelle dans la lutte contre les épidémies, la distribution de fournitures médicales de base. L'existence du Bureau sanitaire américain a engagé l'OMS dans la voie de la régionalisation⁴¹⁰.

Dans une vision indigène, l'OMS est donc l'héritière de ce mouvement d'institutionnalisation d'une action publique internationale dans le domaine sanitaire. En même temps, elle peut être considérée comme une étape supplémentaire dans l'organisation rationnelle des moyens d'action, puisque des activités auparavant prises en charge par plusieurs organismes sont désormais regroupées au sein d'une seule et même institution, l'OMS.

La naissance de l'OMS s'inscrit aussi dans une dynamique plus large qui ne concerne pas seulement la santé. Créée dans le cadre du système des Nations Unies, elle appartient donc à un système international très complexe, né en vue d'instaurer « une coopération de type libéral et démocratique », l'objectif étant alors de « mieux coordonner les politiques nationales » voire, si possible, de « les rapprocher »⁴¹¹. Ainsi voient le jour les organismes spécialisés des Nations Unies : on doit citer notamment l'UNESCO, chargée du domaine de

⁴¹⁰ *Ibid.*, p. 6-7.

⁴¹¹ G. Devin et M.-C. Smouts, *Les organisations internationales*, *op. cit.*, p. 34-35.

l'éducation et de la culture, l'Organisation internationale du travail (OIT), chargée de celui du travail, et bien sûr l'OMS, qui prend en charge le domaine de la santé. Cette division du travail au niveau international rappelle (étrangement) celle établie au niveau national, et dont les Ministères sectoriels sont la manifestation.

Enfin, s'il faut parler de politiques publiques internationales, c'est que l'OMS propose « des programmes d'action [...] ayant pour objet de produire des effets dépassant le cadre d'un territoire stato-national »⁴¹². Le mandat de l'OMS, assigné par sa Constitution, consiste à « amener tous les peuples à un niveau de santé le plus élevé possible »⁴¹³. Il ne s'agit pas d'une action diplomatique classique, où la coopération entre les Etats est visée ; il s'agit bien d'une action multilatérale visant une cible qui ne se définit plus par son appartenance à un territoire national, mais en fonction d'un « besoin », la santé, jugé universel, c'est-à-dire nécessaire à la population mondiale. En cela, l'action de l'OMS est bien orientée par des « valeurs »⁴¹⁴ censées transcender les Etats nationaux. Son rôle est alors de décider, et de mettre en œuvre, une action publique internationale.

Ces « valeurs » s'expriment également à travers les « fonctions » attribuées à l'OMS (article 2 de la Constitution). Celles-ci renvoient à une certaine manière de concevoir l'action publique sanitaire. On trouve par l'exemple la reconnaissance du rôle des « gouvernements » qui agissent à travers leurs « services de santé », le rôle des « services administratifs et techniques » dans la mise à disposition de connaissances sur la santé des populations (l'épidémiologie et la statistique étant explicitement nommées), le rôle joué par « les groupes scientifiques et professionnels » dans l'amélioration de la santé des populations et, pour le sujet qui nous concerne encore plus spécifiquement, le nécessité de « former, parmi les peuples, une option publique éclairée en ce qui concerne la santé ».

⁴¹² F. Petiteville et A. Smith, « Analyser les politiques publiques internationales », art cit, p. 362-363.

⁴¹³ Art.1 de la Constitution de l'OMS.

⁴¹⁴ G. Devin et M.-C. Smouts, *Les organisations internationales*, op. cit., p. 35.

Cette présentation illustre la très forte continuité idéologique qui caractérise la création de l'OMS. Le dernier point, en particulier, permet de considérer les raisons de l'inscription de l'éducation sanitaire au(x) programme(s) de l'OMS dès ses débuts, puisqu'on retrouve les registres de légitimation mobilisés dès ses débuts pour justifier du recours à cet instrument d'action publique. Un élément en particulier permet d'expliquer cet héritage. Celui-ci concerne les acteurs qui participent à la création de l'OMS. En effet, parmi les membres de la délégation française⁴¹⁵ réunis lors de la Conférence internationale de la santé le 19 juin 1946, et qui allait donner naissance à l'OMS, on trouve le Professeur Jacques Parisot, dont nous avons souligné le rôle dans le développement de l'éducation sanitaire en France. Celui-ci signe d'ailleurs la Constitution de l'OMS au nom de la France le 22 juillet 1946⁴¹⁶. Il participe ensuite aux sessions de la Commission intérimaire de l'OMS de 1946 à 1948, est élu Président du Conseil Exécutif de l'OMS en 1951 et, en 1956, Président de l'Assemblée Mondiale de la Santé.

La carrière de Jacques Parisot illustre le changement d'échelle : des acteurs, d'abord investis dans leurs pays, s'inscrivent progressivement dans des carrières internationales. Ce faisant, ils exportent les cadres d'entendement et les habitus qu'ils ont développés au cours de leurs parcours professionnels. Notons que les organisations internationales ne sont pas les seules à s'inscrire dans cette dynamique, comme le montre la création en 1951 de l'Union internationale pour l'éducation sanitaire de la population, première organisation non gouvernementale internationale dans ce domaine : le Comité provisoire a pour Président d'honneur Jacques Parisot, et pour Secrétaire général Lucien Viborel⁴¹⁷. La multipositionnalité des acteurs sur la scène internationale est

⁴¹⁵ On peut supposer qu'un même constat aurait émergé de l'étude des acteurs de l'éducation sanitaire dans d'autres pays, par exemple les Etats-Unis.

⁴¹⁶ J. S. Cayla, « Parisot à la conférence internationale de la santé qui a adopté en juillet 1946 la Constitution de l'OMS. Souvenir d'un témoin. » dans *Le doyen Jacques Parisot (1882-1967)*, Paris, Editions Nouvelles et Impressions, 1968.

⁴¹⁷ Voir : « Création de l'Union internationale pour l'éducation sanitaire populaire », *Population*, 1951, vol. 6, n° 4, p. 35.

aussi une dimension qui caractérise cette (nouvelle) action publique internationale.

Finalement, nous pensons que l'inscription de l'éducation sanitaire dans les stratégies d'action de l'OMS relève de ces dimensions historiques où se combinent en particulier héritage institutionnel et idéologique. On en trouve les premières traces dans les résolutions de l'Assemblée Mondiale de la Santé (AMS) et du Conseil Exécutif (CE)⁴¹⁸. Ainsi, lors de sa première réunion en Juillet 1948, l'AMS invite le CE à examiner « [...] la nécessité d'encourager la production, l'emploi et l'échange de films et d'autres moyens audio-visuels en matière de médecine, d'hygiène et de sciences connexes »⁴¹⁹ ; le CE confirme cet intérêt pour « le domaine de l'éducation sanitaire »⁴²⁰ et, en 1950, la troisième AMS « approuve le programme en matière d'éducation sanitaire du public [...] »⁴²¹. Celle qui peut être considérée comme l'espace décisionnel de l'OMS fait donc de l'éducation sanitaire un élément de la politique générale de l'organisation.

L'éducation sanitaire entre donc dans le champ d'action de l'OMS, et ce pour plusieurs décennies. En effet, par la suite, l'éducation sanitaire fait régulièrement l'objet des résolutions de l'AMS et du CE : en 1952 lors de la Cinquième Assemblée Mondiale de la Santé⁴²², en 1954, 1958, 1969 et 1972 au sein du Conseil Exécutif⁴²³. En 1974, le Conseil Exécutif, qui examine en détail un secteur déterminé du programme de l'OMS, choisit l'éducation sanitaire⁴²⁴. Le Secrétariat prépare à cette occasion un document retraçant les activités de l'Organisation dans ce domaine pendant les vingt-cinq premières

⁴¹⁸ Voir, pour une présentation par thème des premières résolutions de l'AMS et du CE de l'OMS : [http://whqlibdoc.who.int/wha_eb_handbooks/9242652067_Vol1_\(part1-3\).pdf](http://whqlibdoc.who.int/wha_eb_handbooks/9242652067_Vol1_(part1-3).pdf)

⁴¹⁹ Résolution WHA1.41, Juillet 1948.

⁴²⁰ Résolution EB2.R9, Novembre 1948.

⁴²¹ Résolution WHA3.66, Mai 1950.

⁴²² Résolution WHA5, 1952.

⁴²³ Résolutions EB14.R4, EB22.R26, EB25.R11, EB43.R2, EB49.R3.

⁴²⁴ Résolution EB53.R38.

années de son existence⁴²⁵. La vingt-septième Assemblée Mondiale de la Santé approuve ce document et adopte deux nouvelles résolutions, invitant l'organisation à intensifier ses actions dans ce domaine⁴²⁶. Ainsi, l'importance de l'éducation sanitaire dans le projet porté par l'OMS est régulièrement réaffirmée.

L'adoption d'un programme d'éducation sanitaire à l'OMS fait donc entrer l'éducation sanitaire dans le champ de l'action publique multilatérale, mais sous une forme très particulière, celle d'une bureaucratie internationale dont l'analyse relève de réflexions sur le fait institutionnel et ses acteurs. Ainsi, l'éducation sanitaire comme mode d'action de l'OMS ne renvoie pas uniquement aux aléas d'une histoire internationale. Elle s'autonomise au sein d'un modèle d'organisation administrative particulier, même s'il suit le modèle bureaucratique national.

3.2.2. Le Service de l'Education Sanitaire du Public : une administration au service de l'action publique internationale

Lorsque l'AMS adopte un programme d'action en faveur de l'éducation sanitaire du public, elle s'adresse alors à une autre instance de l'OMS pour appliquer sa décision : le Secrétariat, dont le siège est à Genève, qui est composé d'un Service de l'Education Sanitaire du Public, dirigé pendant près de vingt ans par le Docteur A. Helen Martikainen⁴²⁷. Ce faisant, l'organisation attribue un ensemble de ressources (notamment financières, mais aussi de personnel) dans des activités qui, bien que diverses, ont toutes pour objectif de favoriser le développement de cet instrument d'action publique.

La structure organisationnelle de l'OMS traduit les orientations du modèle bureaucratique tel qu'il s'est imposé dans les démocraties occidentales et, en

⁴²⁵ World Health Organization Executive Board Session (53rd: 1974: Geneva et World Health Organization Director-General, « Analyse de programme : l'éducation pour la santé », 1974.

⁴²⁶ Résolutions WHA27.27 et WHA27.28.

⁴²⁷ Son titre officiel en anglais, tel qu'il apparaît dans les documents officiels de l'OMS, est : *Chief, Health Education of the Public Section, WHO*.

particulier, dans des pays comme la France et la Grande-Bretagne « dotés d'une longue tradition de service public »⁴²⁸. Ainsi, le Service de l'Education Sanitaire du Public se compose d'un personnel choisi en fonction de ses compétences techniques et administratives⁴²⁹. La division du travail à l'OMS fait écho à cet idéal type wébérien où l'administration bureaucratique repose sur une séparation entre les acteurs politiques, chargés de la décision, et les acteurs administratifs, chargés de la mise en œuvre : à l'Assemblée Mondiale de la Santé le rôle de la décision dans le choix d'une politique sanitaire internationale, au Conseil Exécutif et au Secrétariat celui de son application et de sa mise en œuvre à travers des programmes d'action internationaux.

A cette nuance près que l'AMS ne tient pas sa légitimité du processus démocratique – même si les participants sont bien élus à l'échelle nationale – mais de son universalité⁴³⁰, renforcée par le processus de décision basé sur le principe d'égalité des Etats membres⁴³¹ ; une décision de l'AMS est donc légitime parce qu'elle est adoptée à la majorité⁴³². En revanche, les principes auxquels sont soumis les « fonctionnaires internationaux » de l'OMS – une telle appellation illustrant sans ambiguïté l'influence du modèle bureaucratique sur la forme donnée à l'OMS – rappellent bien ceux des fonctionnaires nationaux : soumis à une hiérarchie stricte⁴³³, le personnel du Secrétariat, nommé directement par le Directeur Général, doit être recruté uniquement en vue d'assurer « l'efficacité, l'intégrité et la représentation du caractère international du Secrétariat » ; le DG et son personnel ne peuvent « solliciter ou recevoir d'instructions d'aucun Gouvernement ou d'aucune autorité étrangère à

⁴²⁸ G. Devin et M.-C. Smouts, *Les organisations internationales*, op. cit., p. 30.

⁴²⁹ Constitution de l'OMS, art. 30.

⁴³⁰ Selon l'article 3 de la Constitution de l'OMS, tous les Etats du monde peuvent devenir membre de l'organisation.

⁴³¹ Selon l'article 59 de la Constitution de l'OMS, chaque Etat membre dispose d'un vote.

⁴³² Selon l'article 60 de la Constitution de l'OMS, les décisions « importantes » (adoption de conventions ou d'accords, approbation d'accords avec les Nations Unies et les organisations intergouvernementales, modifications apportées à la Constitution) sont adoptées à la majorité des deux tiers des Etats Membres présents et votants ; pour toutes les autres questions, seule une majorité simple est nécessaire.

⁴³³ Selon l'article 31 de la Constitution, le Directeur général de l'OMS, plus haut fonctionnaire de l'organisation, est placé sous l'autorité directe du Conseil Exécutif. Mais il peut aussi, selon l'article 18g de la Constitution, recevoir des instructions directes de l'AMS.

l'Organisation » et chaque Etat membre, en signant la Constitution de l'OMS, s'engage « à respecter le caractère exclusivement international du Directeur Général et du personnel et à ne pas chercher à les influencer »⁴³⁴. Il s'agit bien de « protéger le personnel contre les pressions politiques éventuelles des Etats et à sauvegarder l'indépendance du Secrétariat »⁴³⁵ ; à la manière des administrations nationales, les activités des membres du Secrétariat relèvent donc (en principe) d'une « application stricte des décisions prises »⁴³⁶ par l'AMS.

Le Service d'Education Sanitaire du Public occupe, dès sa création, une place particulière dans la structure même du Secrétariat. En effet, celui-ci est placé sous la direction de l'Assistant du Directeur Général (ADG). D'apparence anodine, cette position renvoie en réalité à une certaine vision de la place de l'éducation sanitaire dans l'action sanitaire internationale. Plus précisément, elle lui offre un champ d'action pratiquement illimité. Chargée de promouvoir « la participation active du public à l'application des programmes sanitaires nationaux et des programmes de développement social et économique ayant des incidences sur la santé », elle peut en effet être mobilisée dans tous les programmes dits « verticaux »⁴³⁷ (visant l'éradication d'une maladie spécifique comme le paludisme) mis en place par l'Organisation et surtout par ses Etats membres. Le rapport du Directeur Général à la 53e session du Conseil Exécutif de l'OMS en 1974⁴³⁸ présentant les activités du Service de l'Education Sanitaire du Public pendant vingt-cinq ans montre bien l'étendue des domaines d'action dans lesquels celui-ci a pu intervenir : outre la lutte contre des maladies spécifiques comme le paludisme au Surinam, la variole en Egypte ou en Inde ou encore la bilharziose aux Philippines, le Service est aussi sollicité dans des

⁴³⁴ Constitution de l'OMS, chapitre VII, article 37.

⁴³⁵ Y. Beigbeder, *L'Organisation mondiale de la Santé*, op. cit., p. 33.

⁴³⁶ P. Hassenteufel, *Sociologie politique*, op. cit., p. 85.

⁴³⁷ A. Prost, « Séminaire. Les politiques de santé. Groupe No. 17: Organisations internationales et santé. », art cit, p. 8.

⁴³⁸ W.H.O.E.B.S. (53rd : 1974 : Geneva et W.H.O. Director-General, « Analyse de programme », art cit.

programmes d'hygiène rurale, d'assainissement ou encore de protection maternelle et infantile.

La relation directe avec l'ADG est aussi un atout pour ce Service dans la lutte d'influence qui peut l'opposer à d'autres services du Secrétariat. Tout d'abord, c'est d'indépendance dont il s'agit ; le Service d'Education Sanitaire du Public n'est soumis à aucune hiérarchie dans ses relations avec les autres services, qu'on suppose régulières étant donné la diversité des programmes d'action pour lesquels l'éducation sanitaire peut être mobilisée. Surtout, cette relation directe avec l'ADG lui offre aussi un accès plus direct à l'espace de décision qu'est l'AMS. En effet, au-delà de l'apparente neutralité dont semble se parer le Secrétariat, chargé strictement de la mise en œuvre des décisions, les fonctionnaires ne sont pas dépourvus d'influence. Celle-ci passe par les relations qu'entretiennent les Services, et leurs directeurs en particulier, avec le Directeur Général de l'OMS qui, en tant que « plus haut fonctionnaire » de l'OMS, est aussi le secrétaire de l'Assemblée et du Conseil⁴³⁹. Il prépare en particulier les rapports financiers et les prévisions budgétaires pour le Conseil Exécutif qui, après examen, les soumet à l'AMS⁴⁴⁰. Etre en relation directe avec l'ADG, c'est être en mesure d'accéder plus rapidement à cette instance de décision que constitue l'AMS.

La capacité d'action du Service d'Education Sanitaire du Public est aussi mesurable à l'aune des relations que celui-ci entretient avec les services nationaux de santé. En effet, l'activité du Service consiste principalement à soutenir les Etats dans leurs propres actions touchant au domaine sanitaire. Ainsi, dès 1952, il met à la disposition des Etats de l'Honduras et du Nicaragua des conseillers en éducation sanitaire chargés d'appuyer leurs services nationaux. Des conseillers à plein temps sont aussi attachés aux ministères de la santé des Etats qui en font la demande, comme le Ceylan, la Birmanie, l'Indonésie, le Paraguay ou encore Haïti. En 1957, le gouvernement de l'Afghanistan, avec le soutien du Bureau Régional d'Asie du Sud-est, lance un

⁴³⁹ Article 31 de la Constitution de l'OMS.

⁴⁴⁰ Article 34 et 55 de la Constitution de l'OMS.

plan quinquennal d'éducation sanitaire avec le soutien d'un conseiller en éducation sanitaire de l'OMS. En Europe aussi, le Service aide les Etats qui souhaitent mettre en place ou réorganiser leurs services d'éducation sanitaire. Lorsqu'il s'agit d'un programme spécifique, le Service de l'OMS met en place des commissions (nationales, régionales, locales) qui apportent leurs connaissances, leur expertise, dans le domaine de l'éducation sanitaire aux autres services nationaux en charge du dit programme. Lorsqu'il n'envoie pas directement un de ses conseillers, le Service formule directement des avis et des recommandations quant à l'organisation des services d'éducation sanitaire, par exemple en Inde, au Libéria, aux Philippines ainsi qu'à plusieurs Etats d'Amérique latine. Au Panama, l'OMS intervient auprès et à la demande du Ministère de la Santé et plus particulièrement de sa Division de l'Education sanitaire et des services sociaux, et leur collaboration conduit à un décret ministériel autorisant la création de comités de la santé⁴⁴¹ : six-cents sont établis pendant les deux premières années du projet, et les activités de ces comités sont toutes approuvées et patronnées par le Ministère de la Santé du Panama.

Ainsi, le Service d'Education Sanitaire du Public de l'OMS est amené à entrer en relation avec un nombre important de services sanitaires nationaux, spécialisés ou non dans l'éducation sanitaire. L'activité du Service consiste donc à soutenir l'action publique, ici nationale, en insérant du personnel (des « spécialistes », des « consultants »), qu'on doit qualifier d'experts au sens où ils sont détenteurs de savoirs spécialisés, dans les structures nationales. Sans surprise, les premiers interlocuteurs de l'OMS sont les ministères nationaux de santé, et cette relation privilégiée fait de l'OMS un acteur de l'action publique : elle sait se rendre indispensable en fournissant aux Etats membres qui le demandent des conseillers techniques à même d'établir les plans et d'assurer l'exécution de la partie du programme national de santé qui concerne l'éducation sanitaire. L'OMS répond à la pénurie de personnel qualifié à laquelle

⁴⁴¹ W.H.O.E.B.S. (53rd : 1974 : Geneva et W.H.O. Director-General), « Analyse de programme », art cit, p. 52.

ses Etats membres doivent faire face : soit en leur envoyant directement des consultants, spécialistes, conseillers techniques en éducation sanitaire, soit en les soutenant dans leur entreprise visant à accroître leurs propres capacités dans ce domaine. Ce faisant, elle renforce la capacité des Etats à mettre en place des actions d'éducation sanitaire ; elle est un acteur (intermédiaire) de l'action publique sanitaire.

Outre les pouvoirs publics, le Service d'Education Sanitaire du Public s'adresse à d'autres acteurs (nationaux) qui participent à l'affirmation de l'éducation sanitaire comme instrument d'action publique. Ainsi, une part importante des activités du Service consiste à favoriser l'établissement de programmes d'enseignement sur l'éducation sanitaire dans les formations proposées dans les écoles de santé publique. En fournissant par exemple des bourses pour des études de perfectionnement en éducation sanitaire, le Service participe à la formation des personnels (de santé, de l'enseignement) dans le domaine de l'éducation sanitaire.

En Inde par exemple, il apporte son soutien et ses recommandations en matière de formation à l'éducation sanitaire lors d'un projet de révision du programme de formation du personnel enseignant. Avec le soutien du FISE, l'OMS met à disposition des consultants et du matériel dans le cadre de projets d'éducation sanitaire à l'école. Elle s'investit aussi dans l'organisation de cours de perfectionnement destinés aux personnes enseignant les méthodes de l'éducation sanitaire à l'école. Avec le concours de l'UNESCO, elle a établi un guide pour l'étude de la formation à donner aux enseignants en matière d'éducation sanitaire, à l'intention des autorités sanitaires et scolaires qui élaborent des plans en vue de renforcer l'éducation sanitaire dans les écoles publiques et les écoles d'instituteurs. Le Service participe ainsi à la professionnalisation de l'éducation sanitaire, c'est-à-dire ici à l'affirmation de savoirs et de compétences jugées nécessaires à des professions.

Le soutien (financier) à la recherche en éducation sanitaire entre également dans le domaine d'action du Service. Les établissements qui bénéficient du soutien de l'OMS sont nombreux : entre 1971 et 1973, le Département de

Médecine sociale et préventive de l'Université des Indes occidentales en Jamaïque, le Centre de Médecine sociale et de Santé des Collectivités de l'Université Jawaharlal Nehru à New Delhi en Inde, l'Ecole de Santé publique de l'Université de Téhéran en Iran, l'Ecole de Santé publique de l'Université de Sao Paulo au Brésil, l'Ecole de Santé publique de l'Université nationale de Séoul en Corée, le Département de médecine préventive et de Santé publique de l'Université Haïlé Sélassié I à Addis-Abéba en Ethiopie, la Faculté de Médecine – Département de Médecine sociale et préventive – de l'Université d'Ibadan au Nigeria et enfin la Direction générale de la Recherche du Ministère de la Santé de Djakarta en Indonésie bénéficient de subventions de l'OMS pour des recherches collectives menées dans le domaine de l'éducation sanitaire⁴⁴². On notera d'ailleurs à ce sujet que les directeurs de recherche concernés sont presque tous Spécialistes ou Professeurs d'éducation sanitaire.

Lorsqu'il ne facilite pas l'établissement de connaissances en matière d'éducation sanitaire par le financement de recherches nationales, le Service organise des conférences et des séminaires. En 1955, l'OMS s'allie à la FAO pour l'organisation d'un séminaire régional sur l'éducation sanitaire en matière de nutrition, qui se tient aux Philippines. En 1957, c'est en Europe qu'est organisée une nouvelle conférence sur la formation du personnel sanitaire en matière d'éducation sanitaire ; l'OMS, pour s'assurer une certaine visibilité et un impact conséquent, y invite aussi bien des médecins des services nationaux et provinciaux de santé, des professeurs de médecine préventive et de santé publique, des infirmières, des spécialistes de l'éducation sanitaire, de la psychologie sociale et de l'éducation des adultes, des médecins scolaires, des inspecteurs des écoles d'instituteurs, des ethnologues ou des publicistes. On voit bien ici que les interlocuteurs de l'OMS ne sont pas seulement les institutions nationales : il s'agit aussi plus directement de professionnels, amenés à prendre en charge des actions d'éducation sanitaire.

⁴⁴² *Ibid.*, p. 71.

Il s'agit bien, *in fine*, de faire de l'éducation sanitaire une discipline (de recherche), une profession (l'éducateur sanitaire) et une compétence (en éducation sanitaire) : l'OMS participe bien à l'institutionnalisation de l'éducation sanitaire et à son affirmation en tant que compétence spécialisée nécessaire à l'action sanitaire. Le Secrétariat, quant à lui, répond à cette demande d'action multilatérale. Il peut s'apparenter, même si nous serons amenés à nuancer cette affirmation, à une administration chargée de mettre en œuvre l'action publique de l'Etat. Il dispose en effet de moyens, aussi bien financiers (le budget ordinaire de l'OMS issu de la contribution des Etats membres) qu'humains (les fonctionnaires de l'OMS en particulier) et techniques (allant de l'allocation de bourses d'étude à l'envoi de spécialistes auprès des Etats qui en font la demande) tous « indispensables à la mise en œuvre effective d'une politique publique »⁴⁴³. Il me semble que ces éléments attestent du rôle de l'OMS dans l'action publique multilatérale.

3.3. L'OMS en « situation d'expertise »

L'OMS n'est pas seulement un espace de décision et de mise en œuvre d'une action publique dans le domaine de l'éducation sanitaire : elle se trouve aussi « en situation d'expertise ». D'une part, la mise en place de Comités d'Experts permet l'élaboration d'une expertise institutionnelle, collective et internationale. D'autre part, l'OMS entretient des relations officielles avec un ensemble d'acteurs (institutionnels) du champ sanitaire (international). Notre travail ne se résume pas à l'identification de ces modalités d'action : il s'agit d'analyser ce qui fait la spécificité de cette organisation internationale, ou pour le dire autrement de mieux caractériser le rôle que joue l'OMS dans l'action publique (internationale).

⁴⁴³ P. Hassenteufel, *Sociologie politique*, op. cit., p. 90.

3.3.1. Les Comités d'Experts de l'OMS : produire une expertise collective et internationale dans le domaine de l'éducation sanitaire

Une des modalités principales des activités de l'OMS pendant les premières décennies de son existence consiste à réunir des « Comités d'Experts » et « Groupes d'Etude » sur les domaines d'action qu'elle prend en charge. Le premier d'entre eux, intitulé « Education sanitaire de la Population »⁴⁴⁴ et dont la première session se tient à Paris du 7 au 11 décembre 1953, se réunit suite à la décision de la Cinquième Assemblée Mondiale de la Santé ; au cours de sa quatorzième session, le Conseil Exécutif adopte la résolution suivante :

Le Conseil Exécutif :

1. PREND ACTE du premier rapport du Comité d'Experts de l'Education sanitaire de la Population ;
2. REMERCIE les membres du Comité du travail qu'ils ont accompli ; et
3. AUTORISE la publication du rapport (Résolution EB14.R4, Actes off. Org. mond. Santé, 57, 2).

Par la suite, il faut citer : le Comité d'Experts de la Formation à donner au Personnel de Santé en matière d'Education sanitaire de la Population (résolution EB22.R26, 1958 ; publié dans *Série de Rapports techniques* N°156) ; le Comité d'Experts de la Formation à donner aux Enseignants en matière d'Education sanitaire (OMS/UNESCO ; résolution EB25.R11, 1960 ; *Série de Rapports Techniques* N°193) ; le Comité d'Experts de la Planification et Evaluation des Services d'Education sanitaire (résolution EB43.R2, 1969 ; *Série de Rapports techniques* N°409) ; le Groupe d'Etude de l' Education sanitaire en matière de planification familiale (résolution EB49.R3, 1973 ; *Série de Rapports techniques* N°483)⁴⁴⁵.

⁴⁴⁴ Voir: *Acte off. Org. mond. Santé*, 42, 218, 22.

⁴⁴⁵ Organisation mondiale de la Santé, « Comité d'Experts de l'Education sanitaire de la Population », *OMS, Série de rapports techniques*, , n° 89, Genève, 1954 ; Organisation mondiale de la Santé, « Comité d'Experts de la Formation à donner au Personnel de Santé en matière d'Education sanitaire de la Population », *OMS, Série de rapports techniques*, , n° 156, Genève, 1958 ; Organisation mondiale de la Santé et UNESCO, « Comité d'Experts de la Formation à donner aux Enseignants en matière d'Education sanitaire », *OMS, Série de rapports techniques*, , n° 193, Genève, 1960 ; Organisation mondiale de la Santé, « Comité d'Experts de la Planification et l'Evaluation des Services d'Education sanitaire », *Série de Rapports techniques*, , n° 409, Genève, 1969 ; Organisation mondiale de la Santé, « Groupe d'Etude de

Il est intéressant d'étudier les modalités qui orchestrent ces Comités d'Experts. Ainsi, chacun de ces comités fait l'objet d'une préparation. Il s'agit surtout d'évaluer les besoins des pays membres et de leurs professionnels de santé, dont les experts se présentent comme des relais. A titre d'exemple, l'usage fait par les Etats membres des guides précédemment publiés par l'OMS est évalué selon les usages, les obstacles et les limites rencontrées au niveau national ; cette évaluation permet ensuite d'envisager les nouvelles orientations nécessaires. Ces Comités d'Experts ont également recours à des revues de la littérature existante, qu'ils tentent souvent de classer afin de faire ressortir des points de préoccupation convergents. Il s'agit dans tous les cas d'établir un état des lieux des pratiques, d'identifier les lacunes et les besoins pour faire des recommandations générales que les Etats sont invités à impulser au niveau national. Ces rapports passent donc en revue les connaissances relatives au sujet étudié (l'Education sanitaire en général, la question de la formation du personnel sanitaire, du personnel enseignant, etc.). A titre d'exemple, le premier Comité d'Experts de l'OMS présente ses réflexions comme suit :

Si le Comité n'a pas cherché à établir de programme uniforme, il s'est efforcé : 1) de définir les objectifs et le champ de l'éducation sanitaire ; 2) d'exposer le processus d'acquisition des connaissances, ainsi que le rôle de l'éducateur dans l'exécution des programmes sanitaires ; 3) de formuler un certain nombre de principes généraux concernant l'élaboration, l'évaluation critique et l'organisation des programmes ; et de décrire 4) la mise au point et l'emploi de méthodes appropriées, et 5) la formation qu'il convient de donner au personnel. [...]⁴⁴⁶.

Surtout, chaque rapport se conclue par des « avis » formulés en direction de l'OMS. Ainsi, le premier Comité d'Experts de l'OMS sur l'Education sanitaire de la population conclut :

1) Le Comité recommande la convocation d'une conférence ou d'un Groupe d'Etude technique chargé de délimiter les secteurs de l'éducation sanitaire dans lesquels il semble particulièrement urgent de promouvoir des études et des

l'Education sanitaire en matière de Planification familiale », OMS, *Série de Rapports techniques*, n° 483, Genève, 1973.

D'autres rapports de Groupes d'Etude de l'OMS sur l'éducation sanitaire existent (ils sont disponibles pour le personnel de l'OMS via l'Intranet) mais sont confidentiels et ne peuvent être cités ici.

⁴⁴⁶ Organisation mondiale de la Santé, « Comité d'Experts de l'Education sanitaire de la Population », art cit, p. 4.

travaux expérimentaux. L'examen pourrait notamment porter sur les méthodes connues et sur les moyens propres à resserrer la collaboration entre éducateurs sanitaire et entre spécialistes de questions sociales.

2) Reconnaissant le rôle important que les établissements d'enseignement sont à même de jouer dans l'éducation sanitaire, le Comité recommande que l'OMS convoque, de concert avec l'UNESCO, un Groupe d'Etude ou une conférence mixte chargés d'examiner comment on pourrait favoriser à cet égard la formation des élèves et étudiants des écoles normales d'instituteurs et des universités.

Il y a un certain nombre d'autres questions qui, de l'avis du Comité, seraient à examiner : 1) types de personnel spécialisé et de personnel auxiliaire à former et organisation de leur formation ; 2) rôle du clinicien dans l'éducation sanitaire ; 3) nature de l'éducation sanitaire à donner à certains groupes qui ont à faire face à des problèmes spéciaux tels que les enfants inadaptés ou diminués⁴⁴⁷.

Il faut souligner l'exercice en tant que tel. J'ai beaucoup insisté, auparavant, sur le rôle des Etats membres de l'OMS et le fait que les activités de cette Organisation Intergouvernementale doivent d'abord être appréhendées comme le résultat d'une décision collective issue des Etats membres. En ce sens, l'OMS se comprenait avant tout comme le reflet de la volonté des Etats. Ici, on aborde une dimension supplémentaire du travail et du rôle de l'OMS, à savoir son rôle dans la mise en interaction d'acteurs nationaux, réunis au nom de leur compétence dans le domaine concerné.

La composition des Comités d'Experts est une bonne indication des «profils» invités à se réunir au niveau multinational. Des membres du Secrétariat, et en particulier ceux représentant le domaine concerné, y participent. Le premier Comité d'Experts de l'Education sanitaire de la Population était ainsi composé de : A. Helen Martikainen, Chef de la Section de l'Education sanitaire de la Population de l'OMS, aux côtés d' E. Grzegorzewski, Directeur de la Division des Services d'Enseignement et de Formation Professionnel de l'OMS et de Vivian V. Drenckhaln, Conseiller Régional pour l'Education Sanitaire du Bureau Régional de l'Europe de l'OMS. Sont également présents des représentants de l'UNESCO : M. A. Hurbli et M. A. Lestage, de la Division de l'Education de Base et de l'Education des Adultes.

⁴⁴⁷ *Ibid.*, p. 37-38.

Mais ceux qui nous intéressent plus encore ici sont les « membres » de ce Comité d'Experts : Majsa Andrell, Inspectrice des Services infirmiers de la Direction générale de la Santé publique de Stocholm (Suède), désignée Vice-Présidente du Comité ; John Burton, *Medical Director* du *Central Council of Health Education* de Londres (Angleterre), désigné Président du Comité ; Mayhew Derryberry, *Ph.D.*, *Chief du Health Education Services, Public Health Service, Department of Health, Education and Welfare* de Washington D.C. (Etats-Unis d'Amérique), désigné Rapporteur du Comité ; K. Koekebakker, Directeur du Département de la Santé mentale de l'Institut néerlandais de Médecine préventive de Leyde (Pays-Bas) ; J. Parisot, Doyen de la Faculté de Médecine de l'Université de Nancy (France) ; Orlando J. da Silva, Directeur de la Division de l'Education sanitaire du *Serviço Especial de Saude Publica* de Rio de Janeiro (Brésil) ; C. E. Turner, *Assistant to the President* de la *National Foundation for Infantile Paralysis* de New York (Etats-Unis d'Amérique)⁴⁴⁸.

Ces membres changent en réalité d'un comité à l'autre, en fonction des priorités assignées au Comité d'Experts (la formation professionnelle, la planification des programmes, etc.). Certains, comme John Buron du *Central Council for Health Education* de Londres, peuvent être conviés plusieurs fois. On doit noter que les membres de ces comités sont des acteurs qui appartiennent majoritairement aux institutions étatiques nationales. Ils y occupent le plus souvent une position en vue : ministères et instituts de santé publique, centres d'études et de recherches, universités publiques (etc.), la plupart des membres des Comités d'Experts étant Docteurs, Professeurs des Universités, Directeurs de Départements ou d'institutions publiques ; ils occupent bien des postes à (haute) responsabilité au niveau national dans le domaine de la santé publique (et éventuellement de l'éducation).

Il faut également souligner le caractère international de ces comités, mais aussi une prédominance claire des pays occidentaux : ainsi, lors du premier Comité d'Experts de l'Education Sanitaire de la Population, on ne dénombre qu'un seul

⁴⁴⁸ Voir l'annexe n° 4 (première page du Rapport).

membre originaire d'un pays « du Sud » (le Brésil). On notera la présence quasi-systématique d'un membre originaire des Etats-Unis d'Amérique, ce qui n'empêche pas parfois celle d'un ressortissant de l'URSS (c'est le cas par exemple en 1958 au sein du Comité d'Experts de la Formation à donner au personnel de santé en matière d'éducation sanitaire de la population, où est présent V. S. Erchov, Directeur de Département de l'Institut central pour la Recherche Scientifique en matière d'Education Sanitaire à Moscou).

L'OMS réunit aussi des « Groupes Scientifiques »⁴⁴⁹ et dans ce cas, les universités nationales sont les principales intéressées (l'Université du Lagos au Nigeria, l'Université des Philippines à Manille, l'Université d'Harvard des Etats-Unis d'Amérique). On note que s'opère une distinction entre les professionnels de santé publique et les chercheurs : les premiers sont chargés de la mise en œuvre des activités d'éducation sanitaire, les second d'apporter les connaissances nécessaires à son développement.

Enfin, bien que les institutions publiques soient les plus représentées, il arrive que certains membres soient issus de ce qu'il est commun d'appeler aujourd'hui « la société civile » : ainsi, au sein du Groupe d'Etude de l'OMS sur l'Education sanitaire en matière de planification familiale (Série de rapports techniques n°483, 1971), le Dr. Alfaro-Alvarez, alors Directeur de l'*Association péruvienne de protection de la famille*, est présent en tant que membre, au même titre que le *Directeur Général de l'Education sanitaire du Ministère de la Santé* du Caire.

Grâce aux archives de l'OMS, il m'a été possible d'identifier les modalités d'élaboration de la liste des experts de l'OMS. Le *Service d'Education sanitaire de la Population* remplit justement cette fonction : identifier les partenaires potentiels, établir les contacts nécessaires afin, *in fine*, de recevoir l'aval des Etats membres d'une part et du Directeur Général de l'OMS de l'autre part quant à l'inscription d'une personne sur la liste des Comités d'Experts de l'OMS. Malheureusement, ces archives ne m'ont pas permis d'identifier les

⁴⁴⁹ Organisation mondiale de la Santé, « Groupe Scientifique de la Recherche en Education Sanitaire », OMS, *Série de Rapports techniques*, , n° 439, Genève, 1969.

critères de sélection de ces « experts ». On doit en effet se demander ce qui permettrait de qualifier ces acteurs comme tel. En revanche, on doit déjà souligner « l'hétérogénéité des savoirs, des compétences, des ressources et des intérêts qu'ils embrassent »; l'expertise telle qu'elle s'institutionnalise à l'OMS prendre une forme « collective et collégiale »⁴⁵⁰.

L'autre intérêt de cette analyse est de montrer la manière dont se construit, à travers l'OMS, la figure de l'expert : ces acteurs sont avant tout des professionnels de la santé publique au niveau national, mais ils sont conviés à l'OMS au nom de leur expertise. L'expert international l'est donc avant tout de par sa « propriété situationnelle », c'est à dire du fait que « dans un contexte donné, des acteurs s'accordent pour reconnaître à la parole d'un individu une autorité singulière »⁴⁵¹.

Plus encore, au-delà de la diversité de leurs compétences, une caractéristique propre au multilatéralisme tel qu'il s'institutionnalise à travers une organisation internationale comme l'OMS est justement le caractère multinational des participants. S'ils sont conviés au nom de leurs compétences au niveau national, ils sont invités à travers ces Comités d'Experts à formuler des avis censés transcender les particularismes nationaux : la « spécificité » de ces comités est donc « d'organiser procéduralement la confrontation et l'ajustement entre des acteurs aux compétences différentes » et, plus encore, inscrits dans des contextes nationaux multiples. Ces experts de l'OMS peuvent alors être considérés comme « des acteurs intermédiaires chargés de produire un sens partagé (généralistes) et des compromis entre des intérêts divergents (courtiers) »⁴⁵² : ils participent, ce faisant, au développement d'une expertise multilatérale.

On voit bien ici comment se met en place une forme d'institutionnalisation de l'expertise multilatérale à l'OMS : les Etats membres convient, via l'AMS, un

⁴⁵⁰ P. Hassenteufel, *op. cité*, p. 205.

⁴⁵¹ C. Robert, « Expertise et action publique », In: O. Borraz et V. Guiraudon (dir.), *Politiques publiques. 1, La France dans la gouvernance européenne*, Paris: Presses de Sciences Po, 2008, p.311.

⁴⁵² P. Hassenteufel, *op. cité*, p. 205.

Comité d'Experts réunissant des professionnels issus principalement d'institutions publiques nationales sur un sujet qu'ils jugent prioritaire ; en retour, ces comités établissent un état des lieux de la situation « mondiale » (ou du moins intergouvernementale) et des recommandations en direction de l'OMS qui sont, par la suite, validées (et donc publiées) par cette même AMS.

Finalement, on doit reconnaître que cette organisation internationale ne produit pas seulement une expertise mais se trouve en « situation d'expertise », c'est-à-dire qu'elle se trouve placée « entre le pôle intellectuel et le pôle politique »⁴⁵³. Si l'on considère la définition proposée par le Cresal en 1985⁴⁵⁴, à savoir qu'une situation d'expertise correspond à « la rencontre d'une conjoncture problématique et d'un savoir spécialisé », sachant qu'une conjoncture problématique « renvoie à une situation que les parties prenantes ne parviennent pas à résoudre » et qui les conduit à faire « appel à un tiers non partie prenante de la situation qui émet des appréciations et des recommandations visant à contribuer à la prise de décision », alors on voit que l'OMS – ou plus exactement son Siège – se trouve effectivement dans cette situation : à la demande des Etats Membres qui, via l'Assemblée Mondiale de la Santé, s'accordent sur des problèmes à résoudre (qui se traduisent par des priorités d'action), l'OMS produit des avis, des propositions, un diagnostic sur le développement de ces activités au niveau national (sur l'état de la formation des professionnels de santé, sur l'établissement de comités régionaux d'éducation sanitaire, sur les obstacles à la réalisation d'un programme d'éradication du paludisme). Ce faisant, elle agit comme un acteur intermédiaire des politiques publiques, puisqu'elle dispose d' « un pouvoir d'influence indirect par une expertise collective institutionnalisée ».

⁴⁵³ P. Hassenteufel, *Sociologie politique*, op. cit., p. 202.

⁴⁵⁴ Cresal, « Situations d'expertise et socialisation des savoirs », Actes du colloque organisé par le Cresal, Saint-Etienne, p. 3-9 ; cité par : P. Hassenteufel, op. cit., p. 201.

3.3.2. L'OMS, espace d'institutionnalisation d'une communauté de politique publique multilatérale dans le domaine de l'éducation sanitaire

Il faut enfin décentrer le regard porté sur l'Organisation pour s'intéresser aux interactions que celle-ci s'établit, dans le domaine de l'éducation sanitaire, avec d'autres institutions. Les organisations intergouvernementales sont souvent considérées comme étant l'affaire stricte des Etats. Pourtant, dès les premières années de sa création, force est de constater que l'OMS met en place des partenariats formels avec d'autres institutions, dont la nature permet de s'écarter sensiblement d'une vision « stato-centrée » des organisations internationales intergouvernementales puisqu'il s'agit d'acteurs principalement non-étatiques.

La recours à la notion de réseau, entendue comme « le résultat de la coopération plus ou moins stable, non hiérarchique, entre des organisations qui se connaissent et se reconnaissent, négocient, échangent des ressources et peuvent partager des normes et des intérêts »⁴⁵⁵, s'avère ici très utile. L'OMS entretient ce type de relations avec des institutions diverses. Nous en avons choisi deux qui illustrent très bien la diversité des acteurs qui sont inscrits dans le champ sanitaire (international). Les premiers sont les Centres Collaborateurs de l'OMS, le second est l'Union Internationale d'Education Sanitaire (UIES), qui est une organisation non-gouvernementale.

Tout d'abord les Centres Collaborateurs, désignés par le Directeur Général de l'OMS après proposition du Département ou du Service concerné, sont en général des Divisions d'instituts nationaux de recherche, des Départements d'université, de laboratoires, d'hôpitaux ou de Ministères de la Santé, voire des Académies. Aujourd'hui, les Offices Régionaux de l'OMS jouent un rôle particulièrement important dans leur identification, ainsi que dans l'entretien des relations qui les unissent à l'OMS. L'OMS en dénombre huit-cent, répartis dans plus de quatre-vingt Etats Membres. Notons que deux-cent-quatre-vingt-dix Centres sont présents dans trente-quatre pays de la Région européenne de

⁴⁵⁵ P. Le Galès et M. Thatcher, *Les réseaux de politique publique*, Paris, L'Harmattan, 1995, p. 14.

l'OMS, ce qui correspond à un pourcentage de 36% du total mondial. On décèle ici l'influence de certaines régions du monde sur l'activité de l'OMS.

Il est intéressant de voir qu'une part non négligeable des activités du Service de l'Education Sanitaire de la Population du Secrétariat de l'OMS a été consacrée à l'établissement de ce réseau mondial de Centres Collaborateurs. La question qui se pose est alors celle de l'intérêt, pour l'organisation, d'orienter une part de ses activités dans ce sens. Le discours de l'OMS à ce propos est éclairant. Celle-ci expose en effet les « avantages mutuels » qui découlent de cette collaboration :

Grâce au réseau mondial des Centres Collaborateurs, l'OMS a accès à des institutions de haut niveau de par le monde qui peuvent appuyer ses activités et garantir la validité scientifique du programme sanitaire mondiale. Les Centres Collaborateurs acquièrent une plus grande visibilité et une plus grande reconnaissance de la part des autorités nationales, et suscitent davantage d'attention du public envers les thèmes de santé qu'ils abordent. Ils ont le plus souvent l'occasion de procéder à un échange d'informations, de développer la coopération technique avec d'autres institutions, en particulier au niveau international, et de mobiliser des ressources supplémentaires chez les partenaires financiers⁴⁵⁶.

Ainsi, cette collaboration participe à un processus de légitimation. Pour l'OMS, les ressources apportées par les Centres Collaborateurs lui assurent une crédibilité « scientifique » qui renforce ses « argumentaires permettant de légitimer l'adoption des mesures de politique publique »⁴⁵⁷. Plus précisément, les Centres Collaborateurs de l'OMS participent à la production de données scientifiques qui permettent de légitimer les activités de l'OMS à double titre. D'une part, en fournissant des données statistiques sur l'état de santé des populations, ils renforcent le processus de légitimation des priorités d'action de cette institution (par exemple la lutte contre le tabac devient une priorité des pouvoirs publics lorsqu'il a été démontré que la consommation de tabac est une des premières causes de mortalité dans les pays occidentaux). D'autre part, ils donnent une validité scientifique aux méthodes choisies pour s'y attaquer : les Centres Collaborateurs de l'OMS permettent l'expérimentation des méthodes

⁴⁵⁶ Voir : www.euro.who.int/fr/who-we-are/who-collaborating-centres

⁴⁵⁷ P. Hassenteufel, *Sociologie politique*, op. cit., p. 211.

de l'éducation sanitaire et, lorsque cet exercice s'avère positif, ils participent donc à légitimer leurs recours. Ainsi, ce processus d'institutionnalisation permet bien à l'OMS « d'objectiver [ses] propositions et [ses] recommandations »⁴⁵⁸.

Un autre acteur mérite notre attention. Il s'agit de l'Union Internationale d'Education Sanitaire. Fondée en 1951 à Paris, elle entre officiellement en relation directe avec l'OMS dès 1955. Elle comprend trois catégories de membres : les *membres constitutants* (« comités nationaux d'éducation pour la santé ou d'organisations nationales ayant notamment pour vocation de favoriser, de coordonner et de renforcer [...] les activités d'éducation pour la santé dans leur pays ») ; les *membres collectifs* (« toute collectivité dont les buts et les activités rapportent à l'éducation pour la santé, notamment des organisations professionnelles travaillant dans le domaine de la santé ou dans des domaines connexes [...] ») ; les *membres individuels* (« personnes ayant un intérêt professionnel ou personnel dans l'éducation pour la santé [...] »). A travers sa collaboration avec l'UIES, l'OMS peut donc entrer en relation avec les divers acteurs (non-étatiques) de l'action publique sanitaire (internationale).

L'UIES n'est pas seulement un espace de mise en relation : elle produit des effets par le « rôle » qui lui est attribué :

L'Union sert de lien entre les organisations et les particuliers travaillant dans le domaine de l'éducation pour la santé dans les divers pays en les aidant à mettre en commun leurs expériences et leurs connaissances ; en facilitant les échanges d'information et les confrontations d'expériences à travers le monde pour tout ce qui touche à l'éducation pour la santé, et notamment aux programmes, à la formation professionnelle, à la recherche, aux méthodes et aux techniques, aux moyens de communication, etc ; en favorisant la recherche scientifique et l'amélioration de la formation professionnelle en matière d'éducation pour la santé ; en favorisant le développement d'une opinion publique avertie de tout ce qui rapporte à une existence saine.

On voit bien ici que les objectifs assignés à cette ONG rencontrent très largement ceux de l'OMS, notamment en ce qui concerne la recherche, la formation ou encore la diffusion des méthodes et techniques de l'éducation sanitaire.

⁴⁵⁸ Idem.

Enfin, l'Union dispose de moyens propres pour remplir son rôle : elle organise périodiquement une *Conférence Internationale d'Education pour la Santé* (à Paris en 1953 ; à Rome en 1956 ; à Düsseldorf en 1959 ; à Philadelphie en 1962 ; à Madrid en 1965 ; à Buenos Aires en 1969 ; à Paris en 1973 ; et à Ottawa en 1976) et des séminaires régionaux ; elle publie trimestriellement la *Revue Internationale d'Education pour la Santé* en une édition trilingue (français, anglais et allemand) et des ouvrages techniques ; elle développe des activités et des projets dans le cadre de sa Commission de Développement Technique⁴⁵⁹.

Ainsi, non seulement l'OMS et l'UIES partagent des intérêts communs, mais on remarque aussi que leur collaboration les renforce mutuellement. D'un côté, l'UIES sert de « pont » entre des institutions notamment étatiques comme l'OMS et des particuliers et des institutions de professionnels de la santé engagés dans des activités d'éducation sanitaire ou intéressés par le sujet. D'un autre côté, les relations officielles qu'entretient l'OMS avec l'Union assure à cette organisation internationale un « relais » auprès de ces acteurs non étatiques. C'est bien la rencontre entre des intérêts communs – des « attentes » de la part des professionnels de santé quant au développement de leur discipline et de leur profession, un « intérêt » des Etats pour le renforcement des services de santé publique, des « fonctions » attribuées à l'OMS lesquelles incluent le soutien aux Etats membres pour le renforcement de leurs services de santé et, en particulier, l'éducation sanitaire, et la recherche d'efficacité qui l'accompagne – qui explique l'existence de ce réseau d'action publique dont l'OMS participe à dessiner les contours. Ce réseau, en retour, agit sur l'action publique internationale dans le domaine de l'éducation sanitaire en participant à la diffusion des idées, à l'institutionnalisation de collaborations entre des acteurs divers, à la mise en place de programmes, etc.

⁴⁵⁹ « Union Internationale d'Education pour la Santé », *Médecine sociale et préventive*, 1977, vol. 22, n° 5, p. 287.

II. De l'éducation sanitaire à la promotion de la santé : transformations de l'action publique (internationale)

L'histoire de l'action publique (internationale) est le fait de processus contingents, et toujours changeants. Si l'affirmation de l'éducation sanitaire comme stratégie d'action (internationale) relève d'une dynamique engagée sur le long terme, elle n'est pas figée ni immuable. Notre travail s'oriente ici vers la question du changement : à partir des années 1970 se développe un discours défendant la nécessité d'adopter une « nouvelle » stratégie appelée promotion de la santé. Celui-ci se matérialise, à l'échelle internationale, par son adoption par l'Organisation mondiale de la Santé au milieu des années 1980. La question qui guide notre analyse est bien la suivante : pourquoi et surtout comment l'OMS décide de réorienter ses activités vers la promotion de la santé, abandonnant (partiellement) l'éducation sanitaire ?

Pour y répondre, nous avons à nouveau recours à une histoire conceptuelle. Celle-ci débute par l'analyse des transformations qui s'opèrent à partir des années 1970 et qui conduisent à la remise en cause des approches passées, auxquelles l'éducation sanitaire appartient. On découvre un premier glissement de langage, avec l'adoption de l'éducation pour la santé, qui traduit un déplacement des registres de légitimation soutenant cette stratégie d'action : dans un contexte de réactivation des valeurs libérales, il s'agit de marquer une prise de distance avec des pratiques délégitimées et de proposer des nouvelles manières d'agir qui s'inscrivent dans les valeurs promues par les sociétés (occidentales).

Cet exercice ne se révèle pourtant pas suffisant. Les transformations qui touchent les sociétés (occidentales) et l'action publique sont aussi marquées par une concurrence d'acteurs et de discours : à l'approche individuelle que constitue (encore) l'éducation pour la santé s'oppose progressivement une

approche collective (sur les environnements) des questions sanitaires, désignée sous le terme de promotion de la santé. Jeux de savoir et d'acteurs sont, là encore, au cœur de ce processus conflictuel de (re)mise en sens et en pratique de l'action sanitaire. Enfin, dans cette histoire du passage de l'éducation sanitaire à la promotion de la santé, l'Organisation mondiale de la Santé occupe une place particulière : c'est en son sein que s'opère le travail de formulation de ce qui allait devenir une (nouvelle) stratégie d'action publique (internationale).

Chapitre 4. De l'éducation sanitaire à l'éducation pour la santé : vers un déplacement des registres de légitimation de l'action publique sanitaire

Nous ouvrons une nouvelle page de l'histoire de l'action publique (internationale) dans le domaine de l'éducation sanitaire : celle de ses transformations. Cette question du « changement », si elle est incontournable⁴⁶⁰, est cependant complexe à analyser. Le glissement (subtil) de l'éducation sanitaire à l'éducation *pour* la santé, dont nous nous apprêtons à présenter les conditions de possibilité, l'illustre bien.

Un premier niveau d'analyse fait émerger un paradoxe : dans le contexte des années 1970, où l'action publique sanitaire est à la fois invitée à repenser ses objectifs – d'une lutte contre les maladies transmissibles à celle contre les maladies dites « chroniques » – et les moyens pour y parvenir – une approche curative par les systèmes de soin devant laisser place à action préventive ciblant directement les individus – c'est un instrument d'action publique déjà mobilisé par le passé qui fait l'objet d'un regain d'intérêt de la part des pouvoirs publics : l'éducation sanitaire.

Cette première démonstration se révèle pourtant incomplète : elle omet en effet un déplacement de sens, relativement invisible pour le profane, qui relève des valeurs qui permettent de soutenir l'action publique (sanitaire). L'analyse de ce jeu d'idées – la réactivation des valeurs de liberté individuelle et d'autonomie servant de socle à la remise en cause des politiques de santé « traditionnelles » – et d'acteurs – puisqu'il s'agit aussi de sociologues de la santé qui s'opposent au groupe dominant le champ de la santé publique, les médecins – est fondamentale.

Non seulement elle permet de mettre au jour les conditions de ce changement comme contrainte – la dénonciation des « échecs » des politiques passées servant à les délégitimer – mais aussi par la suite comme opportunité : ce

⁴⁶⁰ P. Muller, « Esquisse d'une théorie du changement dans l'action publique: Structures, acteurs et cadres cognitifs », *Revue française de science politique*, 2005, vol. 55, n° 1, p. 155 -187.

changement de langage que traduit l'adoption de l'éducation *pour* la santé illustre la capacité d'adaptation de la santé publique, qui trouve dans les valeurs et les (nouveaux) acteurs qui les portent les moyens de changer de discours et, *in fine* puisque c'est d'action publique dont il s'agit, de pratiques.

4.1. Le regain d'intérêt pour la prévention primaire : naissance de la promotion de la santé ou renaissance de l'éducation sanitaire ?

Les années 1970 marquent un ensemble de changements dans le domaine de l'action publique sanitaire. Cette affirmation, d'apparence simple voire évidente, ne peut être formulée qu'après un recours à une littérature vaste et un travail de décryptage minutieux et complexe. Il ne s'agit pas seulement d'établir un constat – l'apparition d'un « nouveau » problème public, la lutte contre les maladies chroniques, et la remise en cause des approches curatives et des politiques de soin – mais aussi de mettre au jour leurs conditions de possibilité.

C'est ainsi que nous pouvons proposer une analyse fine des forces multiples qui traversent le champ de la santé publique. Celles-ci font intervenir différents espaces, qu'on pourrait appeler « forums », au sens de « « lieu(x) » producteur(s) d'idées et de représentations sur cette politique, qui peuvent être interprétées en fonction des règles du jeu du forum, des acteurs et des intérêts qui les composent et des rapports de force qui opposent ces différents acteurs »⁴⁶¹ : celui « scientifique » des épidémiologistes, qui proposent une nouvelle grille d'analyse des problèmes de santé, et celui des « communautés de politiques publiques » de santé, qui travaillent la question de l'action publique.

De l'enchevêtrement de ces deux espaces de mise en sens du réel naissent les (nouvelles) formes de l'action publique sanitaire : c'est parce que l'épidémiologie réussit à démontrer la prévalence des maladies chroniques

⁴⁶¹ L. Boussaguet, « Forums » dans *Dictionnaire des politiques publiques*, 3e éd. actualisée et augm., Paris, Presses de Sciences Po, 2010, p. 284.

dans les pays occidentaux et à construire un modèle explicatif – sous-tendu par le recours à la notion de « facteurs de risque » – et que les pouvoirs publics questionnent la pertinence des systèmes de soin au nom d'un impératif économique, qu'une action préventive ciblant directement les individus rendus responsables de leur état de santé s'impose comme la solution la plus pertinente.

4.1.1. L'épidémiologie et la lutte contre les maladies chroniques : les « comportements à risque » comme nouvelle cible pour l'action

Si l'histoire de l'action publique dans le domaine sanitaire est marquée par la lutte contre les épidémies, les années 1970 annoncent incontestablement une nouvelle ère : celle de la lutte contre les maladies chroniques. Bien sûr, ces dernières avaient déjà fait l'objet de réflexions et d'actions, mais elles ne constituaient pas encore le « problème » majeur auquel il fallait s'atteler. Le renversement qui s'opère est d'abord le fait d'un savoir, l'épidémiologie, cette science définie comme l'« étude de la distribution et des déterminants d'états de santé ou d'événements liés à la santé dans des populations données [...] »⁴⁶². Dans sa dimension dite descriptive, elle permet de connaître l'état de santé d'une population, mais elle peut aussi identifier et décrire les causes des maladies (ce que les spécialistes appellent leur étiologie)⁴⁶³.

L'épidémiologie n'est pas une science tout à fait nouvelle. Dès le XIX^e siècle en effet, elle est utilisée pour observer les épidémies. John Snow, considéré comme un des pionniers de la discipline, étudie via l'outil de la cartographie la répartition du choléra en Angleterre lors de l'épidémie de 1854 ; il émet l'hypothèse d'une transmission par l'eau et ferme une pompe à eau située à

⁴⁶² J. M. Last, *Dictionnaire d'épidémiologie: enrichi d'un lexique anglais-français*, traduit par Lise Talbot-Bélair et Michel C. Thuriaux, [Québec] Paris, EDISEM Maloine, 2004, p. 78.

⁴⁶³ S. Tessier, J.-B. Andréys et M.-A. Ribeiro, *Santé publique, santé communautaire*, op. cit., p. 44.

proximité des égouts, stoppant ainsi l'épidémie de choléra⁴⁶⁴. Cette référence sert à illustrer un trait essentiel de l'épidémiologie telle que la conçoivent les spécialistes, celui de « la primauté accordée à la prévision des phénomènes étudiés, aux dépens de leur compréhension » ; à l'image de John Snow, dont l'action de fermeture de la pompe à eau précédait de trente années l'identification du bacille par Koch, la démarche de l'épidémiologie vise en effet à « étudier les variations d'un mal (le scorbut, le choléra) en fonction de facteurs modifiables (l'alimentation, l'approvisionnement en eau), pour déterminer sur quel facteur il faut jouer pour éradiquer le mal »⁴⁶⁵. Sa visée est donc clairement affirmée : c'est l'action.

Au cours du XX^e siècle, elle subit des transformations qui lui donnent son caractère « moderne » : elle s'appuie désormais sur des méthodes quantitatives, et élargit son domaine d'étude aux maladies non transmissibles, en particulier le cancer⁴⁶⁶. Ces deux évolutions sont fondamentales, car elles expliquent la place centrale qu'occupe l'épidémiologie dans la santé publique depuis. L'outil statistique lui permet, tout d'abord, de faire pendant à la biologie en termes scientifiques. Ensuite, l'épidémiologie réintègre ces maladies si « individuelles » que sont les cancers dans un cadre collectif, et non plus seulement dans le « geste réparateur ».

Cette prouesse se traduit plus précisément par l'émergence de la notion de « facteurs de risque », qui va devenir centrale dans les politiques de prévention du cancer⁴⁶⁷. Pour bien la comprendre, il faut revenir sur ses conditions d'émergence. Dans l'histoire de l'épidémiologie, la recherche de la causalité occupe une place essentielle. Suite aux travaux de Pasteur sur les micro-organismes, des règles sont élaborées pour permettre d'établir « si un

⁴⁶⁴ R. Bonita, R. Beaglehole et T. Kjellström, *Eléments d'épidémiologie*, 2e éd., Genève, OMS, 2010, vol. 1/, p. 1.

⁴⁶⁵ P. Peretti-Watel, « Du recours au paradigme épidémiologique pour l'étude des conduites à risque », *Revue française de sociologie*, 1 mars 2004, Vol. 45, n° 1, p. 106.

⁴⁶⁶ R. Bonita, R. Beaglehole et T. Kjellström, *Eléments d'épidémiologie*, *op. cit.*, p. 1.

⁴⁶⁷ P. Castel, « Cancers » dans *Santé publique: l'état des savoirs*, Paris, la Découverte, 2010, p. 28.

organisme vivant particulier est l'agent d'une maladie donnée »⁴⁶⁸. Or, très rapidement, les épidémiologistes mettent à jour les limites de cette recherche de causalité unique qui, si elle s'applique pour un agent infectieux hautement pathogène, se révèle plus difficile à établir dans le cas particulier des maladies dites chroniques.

Cette tension devient flagrante dans les années 1950, lorsqu'éclatent les controverses autour de la mise en évidence du lien entre tabagisme et cancer du poumon. En 1948, des chercheurs américains et britanniques établissent pour la première fois un lien statistique : les débats s'articulent alors autour de la question de l'existence ou non d'un lien « causal », c'est-à-dire la possibilité de déduire d'une corrélation statistique une relation de cause à effet⁴⁶⁹. Le problème pourrait être résumé ainsi : si les fumeurs de cigarette développent plus souvent un cancer des poumons, fumer n'est ni nécessaire ni suffisant pour avoir un cancer des poumons⁴⁷⁰. La relation de causalité ne pouvant être établie, l'épidémiologie doit donc repenser ses modes de raisonnement pour proposer une explication.

Ce passionnant problème d'histoire de sciences montre l'adaptation des instruments d'analyse aux problèmes étudiés. L'enjeu est d'autant plus important qu'il conditionne la capacité de l'épidémiologie, et à travers elle de la santé publique, à orienter l'action des pouvoirs publics dans un contexte où l'usage de la « preuve » peut permettre de contrer les arguments – reposant sur l'approche héréditaire – des opposants à une législation sur le tabac. Les enjeux de savoir sont plus que jamais des luttes de pouvoir, qui passent par la capacité à orienter l'action publique en fonction des connaissances produites.

Il faut attendre 1964 pour que cette controverse évolue, grâce à l'élaboration des « critères de causalité de Hill »⁴⁷¹ : « sorte de grammaire de l'inférence

⁴⁶⁸ R. Bonita, R. Beaglehole et T. Kjellström, *Éléments d'épidémiologie*, op. cit., p. 94.

⁴⁶⁹ L. Berlivet, « Epidémiologie », art cit, p. 38.

⁴⁷⁰ M. Parascandola, « Épidémiologie ; causalité ; inférence causale ; cancer ; prévention », *Revue d'histoire des sciences*, 11 décembre 2011, vol. 2, n° 2, p. 82.

⁴⁷¹ Voir: R.Doll et A. Bradford Hill, « Mortality in Relation to Smoking: Ten Years' Observations of British Doctors », *British Medical Journal*, 6 juin 1964, vol. 1, n° 5396, p. 1460-1467.

causale »⁴⁷², le raisonnement statistique proposé repose désormais sur une « logique de probabilité »⁴⁷³ et la mise en évidence de « facteurs de présomption causale »⁴⁷⁴. On parvient donc à un niveau de sophistication épistémologique particulièrement remarquable, puisqu'à travers l'épidémiologie, on surmonte les obstacles de la relation corrélation / causalité par un recours à un autre outil statistique, celui de la probabilité.

De cet entrecroisement qui n'est pas moins remarquable intellectuellement et scientifiquement que les progrès de la biologie pour la médecine curative, naît une notion dérivée qui joue un rôle central : celle de « facteur de risque ». Elle peut être définie comme « toute entité, biologique, physico-chimique ou sociale, positivement ou négativement corrélée à un état de santé »⁴⁷⁵. Il s'agit d'identifier « les facteurs qui sont associés positivement au risque de contracter une maladie mais ne suffisent pas à la provoquer » : alors, « certains facteurs de risque (comme le tabagisme) sont associés à plusieurs maladies, et certaines maladies (comme les cardiopathies coronariennes) sont associées à plusieurs facteurs de risque »⁴⁷⁶. En étudiant les risques, l'épidémiologie établit donc des « liens de probabilité, parfois même de causalité, entre des situations [...] et leurs effets sur la santé »⁴⁷⁷. Désormais, l'épidémiologie repose sur le modèle multifactoriel des causes des maladies⁴⁷⁸.

De plus, l'épidémiologie se révèle d'une efficacité redoutable. Non seulement elle permet de produire un modèle explicatif des maladies chroniques, mais elle va plus loin encore lorsqu'elle parvient, au cours des années 1970, à apporter la « preuve » de leur prévalence ainsi que de la possibilité de lutter contre ce « problème ». Tout d'abord, un chercheur américain développe en 1971 la

⁴⁷² L. Berlivet, « Epidémiologie », art cit, p. 39.

⁴⁷³ D. Fassin et B. Hauray, *Santé publique: l'état des savoirs*, Paris, la Découverte, 2010, vol. 1/, p. 45.

⁴⁷⁴ R. Bonita, R. Beaglehole et T. Kjellström, *Eléments d'épidémiologie*, op. cit., p. 95-99.

⁴⁷⁵ L. Berlivet, « Epidémiologie », art cit, p. 39.

⁴⁷⁶ R. Bonita, R. Beaglehole et T. Kjellström, *Eléments d'épidémiologie*, op. cit., p. 95.

⁴⁷⁷ P. Lecorps et J.-B. Paturet, *Santé publique, du biopouvoir à la démocratie*, Paris, Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, 2000, p. 29.

⁴⁷⁸ P. Castel, « Cancers », art cit, p. 127.

théorie de la « transition épidémiologique »⁴⁷⁹. Celle-ci s'inscrit dans des débats complexes et historiques sur les dynamiques des populations⁴⁸⁰, dont l'étude est traditionnellement dévolue à la démographie⁴⁸¹. Nous nous intéressons ici à ce qui a été retenu de sa théorie : à savoir l'augmentation des maladies chroniques dans les pays industrialisés⁴⁸² et, en particulier, le fait que les « maladies dégénératives et de société » constituent désormais la « première cause de mortalité »⁴⁸³.

Le succès de la théorie d'Orman est immense : le terme de « transition épidémiologique » devient une citation « classique » dans l'univers de la santé publique⁴⁸⁴. On se trouve ici face à un cas particulièrement remarquable de la sociologie de la réception, puisque l'intérêt de ce texte n'est pas tant dans ce qui est écrit que dans la manière dont il est reçu. D'une démonstration complexe, c'est bien cette notion qui retient l'attention, sans doute parce qu'elle correspond justement à ce que les acteurs de la santé publique souhaitent démontrer : le recours nécessaires à la prévention pour remédier à ce « nouveau » problème que représente pour les sociétés la prévalence des maladies non transmissibles.

⁴⁷⁹ A. R. Omran, « The Epidemiologic Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change », *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 1 octobre 1971, vol. 49, n° 4, p. 509-538.

⁴⁸⁰ Voir : G. Weisz et J. Olszynko-Gryn, « The theory of epidemiologic transition: the origins of a citation classic », *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, juillet 2010, vol. 65, n° 3, p. 287-326.

⁴⁸¹ Pour introduire sa théorie, Omran écrit : « Bien que la démographie continue d'être la discipline dominante dans l'étude des dynamiques des populations, l'investissement d'autres disciplines est hautement désirable ».

[Traduction par mes soins] : « Although demography continues to be the most prominent discipline concerned with population dynamics, involvement of other disciplines is highly desirable ».

⁴⁸² Dans sa démonstration, Orman distingue en effet trois périodes de transition : la première est « l'âge de la pestilence et de la famine » (*the Age of Pestilence and Famine*), caractérisée par une forte mortalité et une faible espérance de vie ; la seconde étape dite « âge du recul des pandémies » (*The Age of Receding Pandemics*), est marquée par l'élimination des grandes épidémies et une augmentation de la population ; enfin, l'« âge des maladies de dégénérescence et de société » (*The Age of Degenerative and Man-Made Diseases*) se traduit par une baisse de la mortalité et une augmentation de l'espérance de vie.

⁴⁸³ A.R. Omran, « The Epidemiologic Transition », art cit, p. 162-163

[Traduction par mes soins] : « During the transition, a long-term shift occurs in mortality and disease patterns whereby pandemics of infection are gradually displaced by degenerative and man-made diseases as the chief form of morbidity and primary cause of death ».

⁴⁸⁴ Nous reprenons ici le titre de l'article : G. Weisz et J. Olszynko-Gryn, « The theory of epidemiologic transition », art cit.

Pour bien le comprendre, il faut s'arrêter sur la formulation proposée par Orman : celle de « *man-made diseases* ». La traduction française de « maladie de société » ne nous semble pas judicieuse, puisqu'en ayant recours à ce terme générique d'une entité abstraite qu'est la « société », elle tend à masquer l'imputabilité de la responsabilité que sous-tend l'expression anglaise. Nous lui préférons donc celle de « maladie créée par l'homme », qui permet alors de bien comprendre l'intérêt que cette notion présente pour la santé publique⁴⁸⁵ : au « mystère » des maladies chroniques se substitue la possibilité de les prévenir en agissant sur l'humain. La théorie de la transition démographique peut donc être utilisée à deux titres : faire des maladies chroniques un problème de première importance, et supposer la capacité de la santé publique à agir pour le régler. On est bien face à un processus de construction sociologique d'un paradigme dominant, auquel le succès de cette notion donne une illustration parfaite puisqu'elle va orienter aussi bien la santé publique que l'action publique sanitaire ; l'usage de l'épidémiologie se révèle décidément très utile.

Un autre concept peut aussi être mobilisé pour souligner cette capacité modificatrice : celui de « mortalité évitable » (*avoidable mortality*). Développé en 1976 par Rutstein *et al.*⁴⁸⁶, il n'est pas à proprement dit un modèle épidémiologique, mais le résultat du travail d'une équipe composée certes d'épidémiologistes, mais aussi de médecins et d'experts en santé publique⁴⁸⁷ ; la grande flexibilité du modèle plurifactoriel de l'épidémiologie, qui peut « s'adapter à de nombreux domaines de recherche »⁴⁸⁸, explique aussi son succès. Le concept de « mortalité évitable » est alors défini comme « toutes les morts qui, étant donné les connaissances médicales et technologiques,

⁴⁸⁵ J. C. Caldwell, « Population health in transition. », *Bulletin of the World Health Organization*, 2001, vol. 79, n° 2, p. 159.

⁴⁸⁶ D. D. Rutstein *et al.*, « Measuring the quality of medical care. A clinical method », *The New England Journal of Medicine*, 11 mars 1976, vol. 294, n° 11, p. 582-588.

⁴⁸⁷ A. Castelli *et* O. Nizalova, *Avoidable mortality: what it means and how it is measured*, s.l., Centre for Health Economics, University of York, 2011, p. 2.

⁴⁸⁸ P. Peretti-Watel, « Du recours au paradigme épidémiologique pour l'étude des conduites à risque », *art cit*, p. 110.

pourraient être évitées par le système sanitaire soit par la prévention soit par le traitement »⁴⁸⁹. D'abord inventé pour évaluer la qualité des services de soin⁴⁹⁰, il est ensuite étendu et complexifié à mesure que des nouvelles variables sont ajoutées, notamment les politiques de santé publique mais aussi les facteurs « individuels »⁴⁹¹.

Ce qui est tout à fait remarquable, pour reprendre Philippe Paturet et Jean-Bernard Lecorps, c'est la force du message : « on pourrait maîtriser les “morts évitables” en changeant des comportements »⁴⁹². La santé publique peut ainsi identifier les maladies responsables du mauvais état de santé des populations, mais surtout montrer « à quel point celles-ci peuvent être évitées, et à quel coût »⁴⁹³. Là encore, c'est son efficacité qui est mise en avant : la santé publique, armée de l'épidémiologie, peut prétendre offrir aux pouvoirs publics les moyens de l'action.

L'histoire de l'épidémiologie est fondamentale pour comprendre la santé publique contemporaine, car elle y occupe une place centrale. Tant et si bien qu'elle constitue, comme le montre cet extrait, un socle de savoirs indispensable à tout acteur qui souhaiterait se revendiquer de l'univers professionnel de la santé publique :

[L'épidémiologie] est une science de base ; [...] l'épidémiologie est faite par tout le monde. Personne ne peut prétendre avoir, je pense, une formation en santé publique sans avoir fait de l'épidémiologie. C'est une science fondamentale de toute la santé publique. Si vous ne pouvez pas interpréter des données en relation avec la santé et la maladie d'un point de vue populationnel et de sous-groupes, si vous ne pouvez pas faire cela alors vous êtes peut-être quelque

⁴⁸⁹ A. Castelli et O. Nizalova, *Avoidable mortality*, *op. cit.*, p. 1.

[Traduction par mes soins]: « The concept of “avoidable mortality” refers, broadly speaking, to all those deaths that, given current medical knowledge and technology, could be avoided by the healthcare system through either prevention and/or treatment ».

⁴⁹⁰ G. Stevens et C. Mathers, « Avoidable mortality—a tool for policy evaluation in developing countries? », *The European Journal of Public Health*, 1 juin 2010, vol. 20, n° 3, p. 2110.

⁴⁹¹ Voir : A. Castelli et O. Nizalova, *Avoidable mortality*, *op. cit.*

⁴⁹² P. Lecorps et J.-B. Paturet, *Santé publique, du biopouvoir à la démocratie*, *op. cit.*, p. 34.

⁴⁹³ G. Stevens et C. Mathers, « Avoidable mortality—a tool for policy evaluation in developing countries? », *art cit.*, p. 211.

chose d'autre mais vous n'êtes pas un acteur de la santé publique de mon point de vue⁴⁹⁴.

Oui, je veux dire l'épidémiologie c'est la science de base de la santé publique. C'est l'assise. C'est la pierre fondatrice de n'importe quel programme de santé publique, c'est l'épidémiologie⁴⁹⁵.

4.1.2. La remise en cause des politiques de soin et la réactivation des valeurs de « responsabilité individuelle »

On sait que les savoirs ne suffisent jamais à expliquer à eux seuls l'orientation de l'action publique. Les espaces où les sens de l'action publique sont travaillés sont multiples, et seule une sociologie intellectuelle permet d'en rendre compte. Sociologiquement, il faut des « groupes relais » puisque « les constructions intellectuelles ne sont seulement des constructions mentales, mais bien des *phénomènes sociaux organisés*, et à ce titre, incarnés et défendus par des groupes bien définis »⁴⁹⁶. Politiquement, il faut l'intérêt des gouvernants. De l'enchevêtrement de ces dynamiques, qui est le fait de relations complexes et d'histoires entrecroisées, naissent les contours de l'action publique.

Pour comprendre pourquoi et comment le problème des maladies chroniques retient l'attention des gouvernants au cours des années 1970, il faut considérer le contexte plus « global » dans lequel celui-ci intervient : la remise en cause de ce modèle de gouvernement qu'est l'Etat-Providence. Cette « crise » se manifeste d'abord dans des termes économiques : à la suite des chocs pétroliers, les Etats occidentaux doivent faire face à l'augmentation des dépenses publiques⁴⁹⁷. On retrouve ici ce que Pierre Muller a identifié comme

⁴⁹⁴ Entretien interviewé(e) n°1, Annexe n°1.1.

[Traduction par nos soins] : « [Epidemiology] is a basic science; [...] epidemiology is done by everyone. No one has, I believe, a valid public health training if they haven't done epidemiology. It is the fundamental science of all public health. If you cannot interpret data in relation to health and disease from the point of view of population and sub-groups, if you can't do that you may be something else but you are not a public health person in my opinion ».

⁴⁹⁵ Entretien interviewé(e) n°3, Annexe n°1.3.

⁴⁹⁶ T. Leterre, « Entre compétences et liberté d'opinion: le pouvoir spirituel comtien comme modèle de sociologie intellectuelle » dans M. Bourdeau, J. -F. Braunstein et A. Petit (eds.), *Auguste Comte aujourd'hui*, Kimé., s.l., 2003, p. 204.

⁴⁹⁷ D. Giauque et Y. Emery, *La bureaucratie libérale: Nouvelle gestion publique et régulation organisationnelle*, Paris, Editions L'Harmattan, 2004, p. 62.

un changement de « référentiel global » : à un « *référentiel de l'Etat providence* qui met en avant l'intervention nécessaire de l'Etat dans le social et l'économique » succède un « *référentiel de marché* [qui] repose sur une redéfinition de la frontière public-privé avec le recentrage du rôle de l'Etat sur des fonctions de régulation économique et l'affichage de normes d'efficience calquées sur des modes de gestion privée »⁴⁹⁸, ce que Bruno Jobert appelle le « tournant néo-libéral »⁴⁹⁹.

On décèle aussi les dynamiques « d'inscription du référentiel global »⁵⁰⁰ dans le secteur sanitaire, qui se traduisent par l'émergence de discours « alarmistes » à propos de l'augmentation des dépenses de santé comme menace sur la stabilité économique des Etats, de la capacité du système de santé à prendre en charge des maladies chroniques – qui engagent des soins lourds et donc coûteux – et de la nécessité d'un « infléchissement du tout hospitalier »⁵⁰¹. Plus qu'un simple registre économique, cette remise en cause des systèmes de santé est perçue comme la « fin d'un cycle de représentation de l'idéologie du progrès »⁵⁰² : non seulement la disparition des épidémies en occident ne suffit pas à considérer que les « problèmes de santé » sont réglés, mais les politiques de santé, qui ont pourtant constitué une des grandes promesses des sociétés d'après-guerre, sont à repenser.

Nous rejoignons enfin Pierre Muller sur la nécessité de reconnaître que « les intérêts mis en jeu dans les politiques publiques ne s'expriment qu'à travers la production des cadres d'interprétation du monde »⁵⁰³. Même si le registre de dénonciation de l'approche par les soins peut s'imposer dans une certaine

⁴⁹⁸ P. Muller, « Référentiel » dans *Dictionnaire des politiques publiques*, 3e éd. actualisée et augm., Paris, Presses de Sciences Po, 2010, p. 557-558.

⁴⁹⁹ B. Jobert (dir.), *Le tournant néo-libéral en Europe: Idées et recettes dans les pratiques gouvernementales*, Paris, Editions L'Harmattan, 1994, 328 p.

⁵⁰⁰ P. Muller, « L'analyse cognitive des politiques publiques : vers une sociologie politique de l'action publique », *Revue française de science politique*, 2000, vol. 50, n° 2, p. 199.

⁵⁰¹ L. Berlivet, « Naissance d'une politique symbolique », art cit, p. 102.

⁵⁰² P. Bourdelais, « Le contrôle des grandes crises épidémiques », *Les Tribunes de la santé*, 10 avril 2009, n° 22, n° 1, p. 45.

⁵⁰³ P. Muller, « L'analyse cognitive des politiques publiques », art cit, p. 193.

mesure aux acteurs en se présentant comme une « évidence », sa mobilisation par les tenants de la prévention sanitaire est aussi une stratégie visant à se positionner favorablement comme les porteurs des solutions à ce problème. La mise en avant de l' « échec » des approches curatives sert aux acteurs de la prévention qui réussissent à inscrire ce thème « à l'agenda de nombreux Etats en Europe et en Amérique du Nord »⁵⁰⁴.

Luc Berlivet a raison de parler d'agenda : il s'agit bien d'une vraie « mise sur agenda » au sens « d'inscription durable d'un problème à l'agenda » politique, qui passe par des « processus cognitifs et normatifs de définition et de qualification (ou de « problématisation ») qui donnent sens à ce problème » et traduisent les « rapports de force » en présence⁵⁰⁵. En l'occurrence, la question des coûts des soins permet à des acteurs de la santé publique, jusqu'alors dominés par des médecins valorisant l'approche curative, de faire entendre leurs discours sur l'intérêt de la prévention primaire⁵⁰⁶, présentée comme un moyen d'empêcher la survenue des maladies et donc de diminuer la charge financière que celles-ci représentent.

Cette réorientation s'explique aussi par la capacité des tenants de l'approche préventive à proposer des solutions qui s'inscrivent dans le cadre global évoqué. Ainsi, ceux-ci défendent une « nouvelle » manière de faire de la prévention « hors » de ce système de soins⁵⁰⁷. Un document en particulier illustre et impulse cette dynamique : la publication, en 1974, du rapport produit par le Ministre de la Santé nationale et du Bien-être social intitulé *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*⁵⁰⁸. Il est considéré comme étant le premier rapport gouvernemental à « reconnaître publiquement que le système

⁵⁰⁴ L. Berlivet, « De l'éducation sanitaire à la promotion de la santé. La santé publique face aux accusations de moralisme » dans *La santé dans tous ses états*, s.l., Atlantica, 2000, p. 247.

⁵⁰⁵ P. Garraud, « Agenda/Émergence » dans *Dictionnaire des politiques publiques*, 3e éd. actualisée et augm., Paris, Presses de Sciences Po, 2010, p. 58-60.

⁵⁰⁶ P. Castel, « Cancers », art cit, p. 127.

⁵⁰⁷ C. Serano, *Ottawa-Bangkok: un aller simple?*, <http://educationsante.be/article/ottawa-bangkok-un-aller-simple/>, septembre 2006, (consulté le 10 novembre 2015).

⁵⁰⁸ Santé Canada Gouvernement du Canada, *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens (rapport Lalonde)*, s.l., 2005.

de soins n'était pas le plus important facteur dans la détermination de l'état de santé »⁵⁰⁹.

La force de ce document est non seulement de souligner les échecs de la médecine curative, mais surtout de proposer de nouveaux moyens d'action. Aux côtés de l'organisation des soins de santé, Lalonde identifie trois autres éléments responsables de la santé des populations que sont « la biologie humaine, l'environnement, [et] les habitudes de vie » ; c'est ce qu'il appelle la « conception globale de la santé »⁵¹⁰. Il défend alors une « *stratégie de promotion de la santé* destinée à informer, sensibiliser et aider les particuliers et les organismes, afin qu'ils acceptent d'assumer une responsabilité plus grande et de participer plus activement aux activités liées à l'amélioration de la santé mentale et physique »⁵¹¹.

On est bien face à un travail de « [re]mise en sens du réel » dans sa dimension cognitive, c'est-à-dire d'« explication du monde » – les pays occidentaux doivent (encore) faire face à des problèmes de santé parce que la biologie, l'environnement et les habitudes de vie sont à l'origine des maladies chroniques – et normative, c'est-à-dire de « mise en normes du monde »⁵¹² – il faut éduquer et responsabiliser les individus pour lutter contre ce problème.

Le succès rencontré par le rapport Lalonde est immense. Il suscite un véritable intérêt auprès d'autres gouvernements qui, à leur tour, produisent des rapports s'en inspirant : celui du *Department of Health & Social Services* britannique intitulé *Prevention & Health : Everybody's Business*⁵¹³, celui du *Ministry of*

⁵⁰⁹ Sur le rapport Lalonde et son importance, voir : T. Hancock, « Lalonde and beyond: looking back at "A New Perspective on the Health of Canadians" », *Health Promotion (Oxford, England)*, mai 1986, vol. 1, n° 1, p. 93. La thèse d'Hancock est confirmée unanimement par mes interlocuteurs, qui m'ont tous cité le rapport comme un moment fondamental de l'histoire de la santé publique et de la remise en cause de l'approche par les systèmes de soin.

⁵¹⁰ Voir le chapitre 4 du rapport, intitulé « la conception globale de la santé », p. 33-36.

⁵¹¹ S.C. Gouvernement du Canada, *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens (rapport Lalonde)*, op. cit., p. 70-71.

⁵¹² P. Muller, « L'analyse cognitive des politiques publiques », art cit, p. 195.

⁵¹³ Great Britain (ed.), *Prevention and health, everybody's business: a reassessment of public and personal health*, London, H.M.S.O, 1976, 96 p.

Health & Social Affairs suédois *Health In Sweden*⁵¹⁴ ou encore celui du *Department of Health, Education & Welfare* américain *Healthy People : The Surgeon General's Report on Health Promotion & Disease Prevention*⁵¹⁵. Le concept de « santé globale » avait d'ailleurs reçu un accueil favorable auprès de différentes instances, notamment gouvernementales, en amont de son inscription dans le rapport : suite à la publication en 1973 d'un article dans la revue *Canadian Medical Association Journal*⁵¹⁶ la présentant, Marc Lalonde en défend les fondements lors de l'Assemblée Mondiale de la Santé à Genève en Juin 1973, lors d'une rencontre de l'Organisation Panaméricaine de la Santé à Ottawa en Septembre 1973 et lors d'une rencontre avec les Ministères de la santé fédéraux et provinciaux au Canada en Février 1974⁵¹⁷.

Ce rapport s'inscrit clairement dans les préoccupations contemporaines. Le ministre canadien insiste sur la possibilité de « diminuer la fréquence de la maladie » et ce faisant de réduire « le coût des services actuels » pour ouvrir de nouveaux fonds et « étendre l'assurance-maladie à des services toujours plus nombreux et pour implanter les installations nécessaires »⁵¹⁸. On perçoit bien dans son discours l'émergence de ce nouveau registre de légitimation et impératif : l'efficacité de l'action publique (sanitaire). Prenant l'exemple, lors de son allocution à l'Association américaine de santé publique, des tests de dépistage, il défend une « approche sélective de la prévention » :

Mon point de vue général est que, pour justifier des coûts et du sentiment de sécurité qu'ils offrent, les programmes de dépistage doivent être à la fois efficaces et efficients : efficace dans le sens où ils doivent être utilisés uniquement pour détecter les maladies qui peuvent ainsi être plus facilement

⁵¹⁴ *Health in Sweden : facts from basic studies under the HS 90 programme.*, Stockholm, Swedish Ministry of Health and Social Affairs, 1982.

⁵¹⁵ United States Public Health Service Office of the Surgeon General et United States Public Health Service Office of the Assistant Secretary for Health, *Healthy People: The Surgeon General's Report on Health Promotion and Disease Prevention*, <http://profiles.nlm.nih.gov/NN/B/B/G/K/>, 1979, (consulté le 10 novembre 2015).

⁵¹⁶ H. L. Laframboise, « Health policy: breaking the problem down into more manageable segments », *Canadian Medical Association Journal*, 3 février 1973, vol. 108, n° 3, p. 393.

⁵¹⁷ T. Hancock, « Lalonde and beyond », art cit, p. 94.

⁵¹⁸ S.C. Gouvernement du Canada, *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens (rapport Lalonde)*, op. cit., p. 39.

guéries ou du moins allégées ; efficient au sens où ils se concentrent sur les groupes jugés les plus à risque⁵¹⁹.

Cet extrait est fascinant, tant il illustre les changements de perception profonds qui s'opèrent au sein des instances dirigeantes quant aux politiques de santé : aux efforts pour amener (toute) la population – par le développement de l'offre de soin et de l'assurance-maladie – à recourir aux outils de la médecine curative, se substitue celle d'une rationalisation d'une action essentiellement préventive, orientée par l'objectif de réduction des coûts, et pour laquelle l'identification des populations « à risque » se présente comme une solution efficace puisque permettant de cibler (et de réduire) l'action. Plus largement, la santé publique doit désormais faire la preuve de l'efficacité des mesures qu'elle préconise afin d'engager les gouvernements à investir dans les actions qu'elle défend, et elle développe pour ce faire un « discours rationaliste sur les retombées économiques de la prévention »⁵²⁰.

Ce qui retient particulièrement notre attention, c'est la rencontre entre les attentes des pouvoirs publics et l'épidémiologie qui s'opère via l'attention portée aux individus. Epistémologiquement, on est encore dans une histoire enchevêtrée des savoirs et des pratiques. D'un côté, l'épidémiologie n'échappe pas à la tendance encore dominante de la santé publique d'en revenir toujours à l'individu. Le recours et le succès de la notion de « comportements » ou « conduites à risque » – pour désigner par exemple que le fait de fumer, de mal se nourrir ou de ne pas faire d'exercice physique augmente la probabilité de développer un cancer du poumon ou des maladies cardiovasculaires – sont très significatifs : malgré l'approche multifactorielle dont elle se revendique désormais, « l'individu reste l'unité d'analyse privilégiée », et la recherche se limite principalement à la découverte de « facteurs de risque individuels »⁵²¹.

⁵¹⁹ [Traduction par mes soins] « My general view is that, to justify their cost and the sense of security they create, screening programs must be both effective and efficient; effective in the sense they are used to detect only diseases which can thereby be more easily cured or at least alleviated; efficient in the sense they concentrate on those groups which are mostly at risk ».

⁵²⁰ R. Massé, « La santé publique comme projet politique et projet individuel. », art cit, p. 11.

⁵²¹ P. Peretti-Watel, « Du recours au paradigme épidémiologique pour l'étude des conduites à risque », art cit, p. 110.

On passe finalement d'un *facteur de risque* qui est une donnée objective, aux *comportements à risques* qui sont ancrés dans l'attitude du sujet.

De leurs côtés, les pouvoirs publics ont aussi tendance à se concentrer sur les comportements individuels : parmi les trois facteurs mis en avant dans le rapport Lalonde, c'est la notion d'« habitudes de vie » qui retient majoritairement leur attention. Cet intérêt renvoie à la réactivation d'une valeur : celle de la responsabilité individuelle. En effet, Lalonde classe les habitudes de vie dans les facteurs « pouvant être « contrôlés » par les individus et surtout comme étant délibérément choisis par une personne »⁵²². La définition proposée dans le rapport l'illustre bien :

Les habitudes de vie représentent l'ensemble des décisions que prennent les individus et qui ont des répercussions sur leur propre santé, en somme les facteurs sur lesquels l'homme peut exercer un certain contrôle. [...] Le comportement et les habitudes de vie qui nuisent à la santé créent des risques auxquels la personne s'expose délibérément. Lorsque ces risques provoquent la maladie ou la mort, on peut dire que le mode de vie d'une personne est la cause, directe ou indirecte, de sa propre maladie ou de son décès⁵²³.

Certes, le ministre canadien considère aussi l'environnement comme un facteur influençant la santé des individus. Il le définit en effet comme « l'ensemble des facteurs extérieurs au corps humain qui ont une incidence sur la santé et qui échappent en tout ou en partie à la maîtrise de chacun ». Mais c'est bien la valeur de « responsabilité individuelle » qui lui permet de trancher : même s'il propose une réponse « d'ordre moral et philosophique » quant à la nécessité d'intervenir en vue de ne pas « délaisser les personnes dont les habitudes de vie mettent en danger leur propre santé », il se refuse à une « vision déterministe » au profit d'une « foi dans le pouvoir de la volonté ». De cette vision découle la nécessité d'agir sur les comportements individuels afin de réduire les « risques auxquels l'individu s'expose délibérément »⁵²⁴.

⁵²² M.-P. Pomey, B. Lejeune et J.-M. Poullier, *Santé publique*, *op. cit.*, p. 57.

⁵²³ S.C. Gouvernement du Canada, *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens (rapport Lalonde)*, *op. cit.*, p. 34.

⁵²⁴ *Ibid.*, p. 34, 37-38 et 35.

L'approche en termes de « style de vie » se présente comme une confirmation de la nécessité d'agir en priorité sur la transformation des comportements à risque⁵²⁵. Dans une vision plus critique, certains considèrent qu'elle sert surtout d'argument pour justifier du retrait de l'Etat dans les mesures de santé publique, non seulement au nom de leur inefficacité dans l'amélioration de la santé des populations, mais aussi de cette responsabilité qui incomberait aux individus⁵²⁶. Ce constat semble être confirmé, notamment, par l'arrivée de gouvernements conservateurs aux Etats-Unis et en Angleterre : à la suite de l'institution de Ronald Reagan en 1980, le Congrès choisit de diminuer de 25% les aides fédérales accordées aux programmes de prévention et de santé communautaire⁵²⁷. Là encore, on voit bien que les cadres d'interprétation du monde produits à travers l'action publique reflètent les intérêts en jeu.

Enfin, si on y prête attention, cette concentration sur l'individu renoue avec le passé des pratiques de médecine curative auquel la santé publique est censée s'opposer. Il y a donc un effet de continuité au sein même du bouleversement qu'introduit la santé publique. Il est d'autant plus important de souligner cet élément de continuité qu'il constituera par la suite le pivot critique qui donnera sens à la notion de promotion de la santé.

4.1.3. Promotion de la santé... ou éducation sanitaire ?

Si l'on s'arrête à cette histoire de la promotion de la santé, on se trouve face à une difficulté : celle de la distinguer de l'éducation sanitaire. En 1978, la première Direction de la promotion de la santé (DPS) est bien créée au sein du Ministère de la santé et du bien-être social canadien. Le changement d'appellation pourrait donc laisser penser à un changement d'action. Pourtant,

⁵²⁵ C. Ellen, « La santé: nouvelles conceptions, nouvelles images » dans *Traité d'anthropologie médicale. L'institution de la santé et de la maladie*, Québec Lyon, Presses de l'Université du Québec Institut québécois de recherche sur la culture Presses universitaires de Lyon, 1985, p. 57.

⁵²⁶ R. Evans, « A retrospective on the "New Perspective" », *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 1982, vol. 7, n° 2, p. 325-344.

⁵²⁷ M. Terris, « Newer Perspectives on the Health of Canadians: Beyond the Lalonde Report. The Rosenstadt Lecture », *Journal of Public Health Policy*, Vol. 5, N°3, September 1984, p. 332.

les préconisations du rapport Lalonde offrent une place centrale à l'éducation sanitaire : élaboration de « programmes éducatifs sur la nutrition à l'intention du grand public », mise en place de « campagnes d'éducation destinées à sensibiliser la population à la gravité et aux causes des accidents de la circulation », diffusion de « renseignements destinés à rendre les gens plus conscients des dangers de l'automédication », intensification des « campagnes d'information dans le but de sensibiliser le public aux problèmes de santé attribuables aux maladies vénériennes de même qu'à l'abus de l'alcool, des drogues et du tabac », promotion de « programmes d'éducation sanitaire pour les étudiants et les adultes »⁵²⁸. Dans cette optique, le gouvernement canadien met en place l'*Operation Lifestyle* visant à « informer, éduquer et persuader »⁵²⁹ la population canadienne des dangers sanitaires auxquels elle s'expose. C'est donc tout à fait curieux : si on s'y intéresse de près, on ne peut pas parler d'une révolution dans les manières de penser les stratégies d'action.

Le même constat peut être dressé si on considère le regain d'intérêt pour les « grandes campagnes » d'éducation sanitaire en France à partir des années 1970⁵³⁰. La lutte contre le tabagisme en est l'objectif central, et la méthode ne semble pas nouvelle : « fournir une information au plus grand nombre possible de catégories de personnes », mobiliser les statistiques afin de « susciter une « prise de conscience » » et plus largement apporter les connaissances « scientifiques » nécessaires aux individus pour les amener à changer de comportement (par exemple ici, arrêter de fumer)⁵³¹. Le recours aux « nouveaux outils » de la « communication de masse » apparaît comme la grande nouveauté, mais il s'agit toujours de « trouver le bon message pour modifier les mauvais comportements »⁵³².

⁵²⁸ S.C. Gouvernement du Canada, *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens (rapport Lalonde)*, op. cit., p. 71-72.

⁵²⁹ M. Lalonde, « Beyond a new perspective: fourth annual Matthew B. Rosenhaus lecture. », *American Journal of Public Health*, avril 1977, vol. 67, n° 4, p. 357.

⁵³⁰ L. Berlivet, « Naissance d'une politique symbolique », art cit.

⁵³¹ *Ibid.*, p. 104.

⁵³² Y. Jaffré, « Éducation pour la santé et pratiques sociales », *Bulletin de l'APAD*, 15 mars 1992, n° 3, p. 2.

On se trouve donc face à une certaine impasse. Qu'on considère la réactivation des campagnes d'éducation sanitaire ou les « programmes relatifs aux modes de vie »⁵³³ développés sous l'appellation de « promotion de la santé », on a toujours affaire à un renforcement de mesures qui, prises au nom d'un intérêt collectif, restent centrées sur les individus au nom de la reconnaissance de leurs « responsabilités ». On ne peut saisir le déplacement que si l'on comprend qu'à partir de mesures en apparence semblables, une réorientation des pratiques se fait jour à partir de la réactivation des valeurs libérales, qui se fondent sur un individu dont le rapport à la santé est redéfini.

4.2. La réactivation des valeurs libérales : une santé publique sous tension

L'analyse de la mise sur agenda d'un problème et de ses conséquences sur les stratégies d'action publique mobilisées doit être complétée. Si les mesures d'action publique sanitaire semblent identiques à celles mobilisées par le passé, en revanche l'esprit dans lequel elles sont façonnées a changé. Ainsi, derrière l'apparente réactivation de l'éducation sanitaire se cache une transformation, relativement invisible au premier abord, dans les fondements, les discours et les pratiques qui la sous-tendent. Pour le comprendre, il faut d'abord revenir au contexte des années 1970 et à la « vision du monde » qui émerge « au-delà de sa dimension économique »⁵³⁴, et qui est liée à la réactivation des valeurs du libéralisme que sont, en particulier, la liberté et l'autonomie individuelle.

Cette dynamique constitue d'abord une contrainte pour la santé publique, dont les pratiques passées sont fortement critiquées. D'une part, les sciences humaines et sociales prennent pour cible la médecine et son influence sur la santé publique, et d'autre part, ces débats s'inscrivent progressivement dans le débat public : l'émergence du VIH/Sida au début des années 1980 constitue un

⁵³³ L. Pinder, « Le rôle du gouvernement fédéral en promotion de la santé: une éclipse partielle? » dans *Promotion de la santé au Canada et au Québec, perspectives critiques*, s.l., Presses Université Laval, 2006, p. 57.

⁵³⁴ P. Muller, « Référentiel », art cit, p. 558.

moment critique pour la santé publique qui, en même temps qu'elle acquiert une visibilité très forte du fait de l'ampleur de la « crise » sanitaire, voit ses fondements remis en cause de façon virulente.

Dans ce contexte, l'éducation sanitaire est particulièrement montrée du doigt : parce qu'elle vise explicitement la modification des comportements individuels, elle est présentée comme une mesure particulièrement illustrative des « dérives » potentielles de la santé publique.

4.2.1. L'entrée des sciences sociales et humaines et la remise en cause de la santé publique comme entreprise « moralisatrice »

L'histoire de la santé publique, et plus particulièrement de l'éducation sanitaire, est toujours celle d'un enchevêtrement complexe entre des dynamiques d'apparence éloignées. L'enjeu est alors de les identifier et de restituer ces points de rencontre qui donnent forme à l'action publique sanitaire. Ainsi, pour comprendre les critiques qui émergent au cours des années 1970 à l'encontre de la santé publique, il faut considérer plus largement l'émergence de la sociologie « critique », principalement américaine, et du contexte particulier qui la rend possible : les vagues de contestations qui, aux Etats-Unis en particulier, sont portées par les mouvements contestataires étudiants et le mouvement pour les droits civiques, auxquels viennent s'ajouter le combat féministe et le mouvement gay⁵³⁵. Malgré leur relative hétérogénéité, ces groupes se retrouvent tous autour d'un registre de dénonciation : une méfiance envers les institutions et le refus de toute notion « morale », avec pour corollaire la défense de valeurs de participation et d'engagement individuel et, surtout, d'une suprématie de la liberté individuelle⁵³⁶.

⁵³⁵ Voir : C. Saint-Jean-Paulin, *Quand l'Amérique contestait: 1960-1970 analyses, chronologie et documents*, Gap Paris, Ophrys Ploton, 1999, 191 p.

⁵³⁶ *Ibid.*, p. 47 et 57.

Ces discours sont aussi relayés par des chercheurs universitaires. Le philosophe américain Herbert Marcuse⁵³⁷ est évidemment de ceux-là. D'autres prennent directement pour cible la médecine. C'est le cas du sociologue Eliot Freidson⁵³⁸ qui, en 1970, propose « une critique sociale de la médecine » en montrant en particulier comment elle s'est constituée en « profession », s'octroyant « un monopole du diagnostic et du traitement des maladies »⁵³⁹. Les analyses de Michel Foucault, en particulier celles relatives à l'émergence d'un « biopouvoir »⁵⁴⁰ caractérisé par le recours à des technologies de pouvoir investissant la vie et les corps individuels, reçoivent un écho très favorable aux Etats-Unis, et servent aussi à alimenter les débats de cette « sociologie de la santé »⁵⁴¹.

Une des critiques les plus radicales de cette domination médicale est celle développée par Ivan Illich qui, en 1976, dénonce dans son ouvrage au titre révélateur *Medical Nemesis : The Expropriation of Health*⁵⁴² l'action d'un corps médical qui « aurait contribué à priver les individus de leurs propres ressources en matière d'auto-prise en charge de leur santé »⁵⁴³. Elle est complétée, un an après, par les notions de « médicalisation » et d'« *healthism* » proposées par Irving Kenneth Zola⁵⁴⁴, qui dénonce la tyrannie de l'« idéologie envahissante,

⁵³⁷ H. Marcuse, *Herbert Marcuse. Eros et civilisation, contribution à Freud* [« *Eros and civilization, a philosophical inquiry into Freud* »]. Traduit de l'anglais par Jean-Guy Nény et Boris Fraenkel. Traduction entièrement revue par l'auteur..., traduit par B. Fraenkel et J.-G. Nény, Paris, Éditions de Minuit (Besançon, impr. Jacques et Demontrond), 1963, 240 p ; H. Marcuse, *L'Homme unidimensionnel: essai sur l'idéologie de la société industrielle avancée*, traduit par Monique Wittig, Paris, Éditions du Seuil, 1970, 316 p.

⁵³⁸ E. Freidson, *Profession of medicine: a study of the sociology of applied knowledge*, New York, Harper & Row, 1970.

⁵³⁹ N. Dodier et S. Darbon, « Eliot Freidson, ~~La profession médicale~~ », *Sciences sociales et santé*, 1985, vol. 3, n° 1, p. 129.

⁵⁴⁰ M. Foucault, *Histoire de la sexualité...*, Paris, Gallimard, 1976.

⁵⁴¹ Les théories de Michel Foucault sont reprises par la sociologie de la santé. Voir par exemple : A. d'Houtaud, *Sociologie de la santé: langage et savoirs, environnement et éthique*, Paris Montréal (Québec), l'Harmattan, 1998, p. 189 ; E. Annandale, *The sociology of health and medicine: a critical introduction*, Cambridge, Polity press, 1998, p. 34-45.

⁵⁴² I. Illich, *Némésis médicale: l'expropriation de la santé*, Paris, Seuil, 1975, 221 p.

⁵⁴³ M. Drulhe, F. Sicot et Collectif, *La santé à coeur ouvert : Sociologie du bien-être, de la maladie et du soin*, Toulouse, Presses Universitaires du Mirail, 2011, p. 50.

⁵⁴⁴ I. Kenneth Zola, « Healthism and Disabling Medicalization » dans *Disabling Professions*, London, Marion Boyars, p. 41-67.

totalisante et normalisatrice » de la santé comme « valeur suprême de nos sociétés »⁵⁴⁵.

Sans épuiser tous les registres de dénonciation, on reconnaît dans ces critiques une vision commune : celle d'un modèle médical qui, derrière une « soi-disant neutralité [...] occulte la composante morale et normative dans la définition de la maladie », phénomène jugé d'autant plus inquiétant que cette médecine, en élargissant son « champ d'action (sexualité, naissance, mort, anxiété, obésité...) », deviendrait « un mécanisme de contrôle social beaucoup plus important que la religion ou le droit », avec pour conséquence la dépossession des individus « de leur autonomie et de leur liberté »⁵⁴⁶. Ces théories font bien écho à la critique radicale apportée par les mouvements sociaux quant « aux nombreuses dépendances que la modernité pouvait engendrer là où on croyait qu'elle pouvait être libératrice »⁵⁴⁷.

Dans ce contexte, les « nouvelles » orientations prises par la santé publique dans le domaine de la prévention n'échappent pas à ces critiques. Ainsi, l'épidémiologie, par le recours au concept de « facteurs de risque » qu'elle propose pour expliquer la maladie, est accusée de participer à la redéfinition de « sain et du malsain » *via* la création d'un « état intermédiaire » : « l' "individu à risque" [...] n'est certes pas encore malade, mais sa probabilité élevée de développer la maladie semble déjà interdire qu'on puisse le dire en bonne santé »⁵⁴⁸. Plus largement, c'est le « discours moralisateur de la santé publique et l'agressivité qu'elle démontre dans son entreprise d'acculturation des populations aux valeurs liées à la prévention » qui sont dénoncés⁵⁴⁹ : l'épidémiologie, en définissant « les normes et les déviations non acceptables

⁵⁴⁵ M. Drulhe, F. Sicot et Collectif, *La santé à coeur ouvert*, op. cit., p. 49.

⁵⁴⁶ M. Renaud, *De la sociologie médicale à la sociologie de la santé: trente ans de recherche sur le malade et la maladie*, Chicoutimi, J.-M. Tremblay, 2006, p. 90.

⁵⁴⁷ M. Drulhe, F. Sicot et Collectif, *La santé à coeur ouvert*, op. cit., p. 50-51.

⁵⁴⁸ L. Berlivet, « Déchiffrer la maladie » dans *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*, Paris, Editions Balland, 2001, p. 101-102.

⁵⁴⁹ R. Massé, « Les sciences humaines et les enjeux contemporains de la santé », CHUV Lausanne, Médecine et sciences humaines. Sciences humaines en médecine: formation et collaboration, 2006, p. 100-101.

aux normes » participe de cette « entreprise de normalisation des groupes indisciplinés » et, *in fine*, au « jugement moral » implicitement porté par cette santé publique⁵⁵⁰.

On le voit bien ici : il s'agit aussi d'une remise en cause directe des équilibres en présence. Ces sociologues et anthropologues (de la santé) s'attaquent non seulement aux cadres cognitifs qui sont au fondement de l'action publique sanitaire, mais aussi à la profession médicale et à sa prétention (et sa capacité) à orienter les discours et les pratiques de la santé publique. Outre le contexte général de revendications, qui permet d'expliquer l'existence et le succès croissant du discours porté par ces sociologues, un ensemble d'événements propulse ces débats sur la scène publique et les renforce.

4.2.2. Des expériences critiques : quand la santé publique empiète sur les libertés individuelles

Les critiques adressées à la santé publique ne s'illustrent pas seulement dans le domaine de la recherche en sciences humaines et sociales. Plusieurs événements participent à entretenir ce registre de dénonciation. Visibles dans la sphère publique, ceux-ci matérialisent les « nouveaux » enjeux auxquels la santé publique doit faire face et qui concernent, en particulier, les limites des méthodes traditionnelles qu'elle mobilisait jusqu'à présent.

Au milieu des années 1960, la lutte contre le tabagisme constitue un de ces terrains sur lesquels ces tensions s'illustrent. Ainsi, la publication du premier rapport sur les dangers de la cigarette par le bureau du *US Surgeon General* en 1964 conduit à « un long combat mettant aux prises les compagnies de tabac et des groupes de citoyens défendant la liberté d'expression et de choix, et les autorités de santé publique et d'autres groupes de citoyens soutenant la nécessité d'imposer des limites aux fumeurs en vue de protéger la santé de la

⁵⁵⁰ R. Massé, « La santé publique comme projet politique et projet individuel. », art cit, p. 11.

population »⁵⁵¹. La réactivation des valeurs de liberté individuelle pose bien un défi à la santé publique : comment justifier d'une relative privation des libertés au nom d'un intérêt collectif ?

C'est pourtant dans le domaine plus traditionnel de la gestion des épidémies que cette santé publique se trouve particulièrement mise en danger. L'émergence du VIH/Sida constitue un moment particulièrement fort de son histoire contemporaine. Elle participe aussi à ébranler le « mythe » d'une société sans épidémies⁵⁵² sur lequel la santé publique avait pu compter jusque là. De plus, l'incapacité à trouver un vaccin montre les limites de la biomédecine. Enfin, ses conséquences sur la santé publique sont paradoxales. D'un côté, cette épidémie conduit à la revalorisation des mesures de prévention, primaire d'abord avec la promotion de « mesures de protection individuelle »⁵⁵³ et en particulier le port du préservatif, et secondaire ensuite, par l'invitation au dépistage. D'un autre côté, la visibilité acquise par la santé publique du fait de l'ampleur de cette « crise » participe aux critiques quant à ses pratiques : plus que jamais, celle-ci se rend coupable de dérives de « moralisation »⁵⁵⁴.

Pour bien le comprendre, il faut souligner quelques caractéristiques des réponses apportées par les institutions sanitaires⁵⁵⁵. L'une des premières concerne le rôle de l'épidémiologie qui, sur ce terrain pourtant connu des épidémies, commet une « erreur » qui met à mal l'image de « scientificité » qui participait à son succès. Si elle identifie effectivement le sida grâce à un

⁵⁵¹ S. Gravel et al., « Éthique et santé publique : Quelle place pour l'autonomie ? », *Éthique publique. Revue internationale d'éthique sociétale et gouvernementale*, 28 décembre 2010, vol. 12, n° 1, p. 230.

⁵⁵² P. Adam, Claudine Herzlich et F. de Singly, *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Paris, Armand Colin, 2007, p. 21.

⁵⁵³ S. Tessier, J.-B. Andreys et M.-A. Ribeiro, *Santé publique, santé communautaire*, Paris, Maloine, 2004, p. 19.

⁵⁵⁴ Il faut insister sur le fait que la crise du VIH/Sida joue ici un rôle spéculaire : on retrouve cette ambiguïté de la moralisation dans des domaines très différents et parfois anecdotiques. Ainsi en 2007 au Guatemala, le matériel distribué pour l'éducation sanitaire fait clairement passer le message que l'égoïsme est une valeur négative sous couvert de promouvoir des pratiques de santé (voir Annexe n°2).

⁵⁵⁵ Pour un rappel des étapes qui ont marqué l'histoire de l'émergence du VIH/Sida, voir : M. Dražen Grmek, *Histoire du sida : début et origine d'une pandémie actuelle*, Nouv. éd. rev. et augm., Paris, Payot et Rivages, 1995, 491 p.

système de surveillance où les *Center of Disease Control (CDC)* américains jouent le premier rôle, elle se trompe dans l'identification de la cause : après avoir remonté l'histoire individuelle des personnes identifiées comme étant à l'origine de cette maladie encore inconnue, les épidémiologistes identifient «un facteur commun d'homosexualité masculine » et pointent du doigt l'usage des « poppers » (aérosols d'aphrodisiaques) ; plusieurs mois s'écoulent avant que ne soit isolé « le facteur responsable d'immunodéficience, le VIH». L'interprétation épidémiologique est donc à l'origine de ce malentendu : cet épisode met au jour « le danger qu'il peut y avoir à établir des relations trop rapides entre facteurs en apparence proches mais en réalité indépendants »⁵⁵⁶.

Surtout, cette incertitude scientifique conduit et entretient une dimension très caractéristique de l'épidémie du VIH/Sida : l'association entre maladie et conduites moralement répréhensibles. Rappelons à ce titre les différents noms utilisés pour décrire cette maladie avant que les causes ne soient véritablement connues : d'abord « cancer des gays », puis « maladie des quatre H » (homosexuels, héroïnomanes, haïtiens et hémophiles), elle est associée à une maladie qui touche des « marginaux », des personnes « « stigmatisées » d'avance par leur comportement, par leur origine ethnique ou par leur tare »⁵⁵⁷.

Même lorsque sont enfin identifiés les modes de transmission, des « peurs disparues »⁵⁵⁸ refont surface. Quand la transmission par le sang, puis par des rapports hétérosexuels, est avérée, les autorités sanitaires doivent faire face à des « réactions hystériques collectives » qui rappellent celles des épidémies du passé : on s'inquiète de la possibilité d'une transmission par « les soins de toilette, le contact des peaux et des muqueuses, un simple baiser ou l'usage commun des verres et des assiettes », des peurs qui sont même relayées par

⁵⁵⁶ S. Tessier, J.-B. Andreys et M.-A. Ribeiro, *Santé publique, santé communautaire*, op. cit., p. 48.

⁵⁵⁷ M. D. Grmek, *Histoire du sida*, op. cit., p. 70.

⁵⁵⁸ P. Adam, C. Herzlich et F. de Singly, *Sociologie de la maladie et de la médecine*, op. cit., p. 21.

le *Journal of the American Medical Association* et les médias⁵⁵⁹. La santé publique est donc accusée d'entretenir ces dérives.

De plus, l'épidémie du VIH-Sida conduit à des questionnements nouveaux relatifs à des pratiques de la santé publique traditionnelle. A ce titre, la question du dépistage obligatoire est significative. Elle révèle une tension entre deux logiques : « l'une, au nom de la santé publique, prétend imposer le test à tous pour que les séropositifs ainsi révélés puissent bénéficier de soins précoces et surtout deviennent moins menaçants pour la collectivité » quand « l'autre [...] invoque les droits de la personne, notamment la liberté de connaître son statut sérologique, et redoute un danger de discrimination des individus dépistés contre leur gré »⁵⁶⁰. Là encore, il s'agit bien d'une tension entre respect de la liberté individuelle et protection de la santé collective.

Ainsi, l'épidémie du VIH/Sida se présente comme un révélateur des limites de la santé publique qui, au mieux, n'est pas en mesure de contrer les interprétations « moralisatrices » qui circulent au sein de la société et conduisent à la stigmatisation de certains groupes et, au pire, y participe par l'identification de populations « à risque » auxquelles elle prétend imposer des mesures contraignantes.

Surtout, la singularité de cette « crise » est qu'elle dépasse largement le domaine strictement sanitaire ; celle-ci illustre, en même temps qu'elle impulse, des transformations plus profondes dans la manière de penser l'Etat, son rôle et sa manière de faire et, *in fine*, son rapport à la société⁵⁶¹. L'« épisode » du VIH/Sida marque l'affirmation d'un nouveau type d'acteur de l'action publique : les mouvements de défenseur des droits des homosexuels, qui jouent un rôle « déterminant » en dénonçant notamment les risques de stigmatisation liées

⁵⁵⁹ M. D. Grmek, *Histoire du sida*, op. cit., p. 25 et 80-82.

⁵⁶⁰ D. Fassin, « Au cœur de la cité salubre. La santé publique entre les mots et les choses » dans Jean-Pierre Dozon et Didier Fassin (eds.), *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*, Paris, Balland, 2001, p. 67-68.

⁵⁶¹ J. Eun, *Sida et action publique: une analyse du changement de politiques en France*, Paris, l'Harmattan, 2009, vol. 1/, 420 p.

aux mesures envisagées par les pouvoirs publics⁵⁶². Le rôle des associations d'aide aux malades donne donc un « poids inhabituel » au point de vue des malades et de la société face à celui des médecins⁵⁶³. Dans une vision plus radicale, on trouve le *Self Health Care Movement*⁵⁶⁴, porté par des institutions comme la *People Health Society*⁵⁶⁵. Désormais, la santé publique doit donc composer avec cette « société civile ». Ces transformations dans le secteur sanitaire illustrent plus largement une dynamique nouvelle qui a des conséquences fortes pour l'action publique : l'émergence de nouveaux acteurs, extérieurs à l'Etat, qui défendent un droit à participer à l'action publique.

Finalement, face à l'émergence d'une revendication à la liberté et à l'autonomie, les institutions sanitaires doivent se montrer vigilantes « vis-à-vis de méthodes qui pourraient s'apparenter à une privation des libertés »⁵⁶⁶ afin de ne pas être jugées « autoritaires », voire « antidémocratiques »⁵⁶⁷. Elles doivent faire la « preuve » de la nécessité des interventions qu'elles prônent, les justifier, les légitimer. Le développement d'un discours sur l'« éthique », présenté comme un moyen de « juger de l'acceptabilité de telle ou telle intervention »⁵⁶⁸ en offrant un « cadre » de réflexion qui assure que « les moyens utilisés par la santé publique pour réaliser ses mandats de diminuer la mortalité et la morbidité dans la population » respectent la liberté et l'autonomie des individus⁵⁶⁹, renvoie à l'imposition de cette nouvelle contrainte avec laquelle les acteurs de la santé publique doivent désormais composer, et les registres qui se mettent en place pour intégrer cette nouvelle contrainte.

⁵⁶² S. Gravel et al., « Éthique et santé publique », art cit, p. 230.

⁵⁶³ P. Adam, C. Herzlich et F. de Singly, *Sociologie de la maladie et de la médecine*, op. cit., p. 21-22.

⁵⁶⁴ Pour une présentation de l'histoire de ce mouvement, voir : P. L. Schiller et J. S. Levin, « Is self-care a social movement? », *Social Science & Medicine* (1982), 1983, vol. 17, n° 18, p. 1343-1352.

⁵⁶⁵ Pour une présentation de cette association, voir: *The People's Health Society (Incorporated)*., s.l., People's Health Society, 1925, 16 p.

⁵⁶⁶ M. Santiago-Delfosse et K. Chamberlain, « Évolution des idées en psychologie de la santé dans le monde anglo-saxon. De la psychologie de la santé (health psychology) à la psychologie critique de la santé (critical health psychology) », *Psychologie Française*, juin 2008, vol. 53, n° 2, p. 199.

⁵⁶⁷ J.-P. Dozon, « Quatre modèles de prévention » dans *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*, Paris, Balland, 2001, p. 37.

⁵⁶⁸ R. Massé, « Les sciences humaines et les enjeux contemporains de la santé », art cit. p. 13.

⁵⁶⁹ S. Gravel et al., « Éthique et santé publique », art cit, p. 238.

La santé publique contemporaine tente donc de concilier ces impératifs, non seulement dans ses discours, mais aussi dans ses pratiques. Par exemple, lorsque se pose la question du dépistage de l'hépatite B aux Etats-Unis, le gouvernement choisit d'imposer le dépistage systématique aux femmes enceintes originaires d'Asie du Sud-Est – au nom de la reconnaissance d'un « portage [...] fréquent parmi les immigrés » de cette région – mais de ne pas le faire aux enfants adoptés afin « d'éviter toute discrimination », en particulier à l'école⁵⁷⁰. On le voit bien, la marge de manœuvre de la santé publique est étroite. A l'identification de « populations à risque » rendue possible par l'épidémiologie se couple une réflexion d'ordre « éthique » quant aux conséquences de ce ciblage en termes de « discrimination » pouvant modifier l'action.

Le cas de l'interdiction de fumer est aussi très significatif, puisqu'il faut pouvoir justifier de l'usage de mesures contraignantes – la plus significative étant l'interdiction de fumer dans les espaces publics – en inscrivant ce comportement individuel qu'est l'acte de fumer dans un enjeu collectif. Le recours à l'argument de la fumée secondaire – qui suppose donc qu'un fumeur ne met pas seulement sa propre vie en danger – est évidemment un registre qui s'inscrit dans cette direction : il permet en effet de justifier la limitation de la liberté des uns au nom de la protection de la collectivité⁵⁷¹. Finalement, face à la réactivation des valeurs de liberté individuelle, affirmer la santé comme « un bien commun » ou un « bien public » voire comme un « bien supérieur » qui justifie une action en faveur « de l'intérêt collectif » n'est plus une « chose simple »⁵⁷².

⁵⁷⁰ R. Massé, « Les sciences humaines et les enjeux contemporains de la santé », art cit. p.66-67.

⁵⁷¹ S. Gravel et al., « Éthique et santé publique », art cit, p. 230.

⁵⁷² D. Fassin, « Au cœur de la cité salubre. La santé publique entre les mots et les choses », art cit, p. 53 et 71.

4.2.3. L'éducation sanitaire : point de cristallisation des tensions

Dans ce contexte, comment s'étonner que l'éducation sanitaire soit prise comme cible privilégiée des critiques ? En tant que stratégie visant la modification des comportements « à risque », ne symbolise t'elle pas cette tentation des pouvoirs publics de s'immiscer dans la sphère privée ? Effectivement, l'éducation sanitaire fait l'objet, à partir des années 1970, de nombreuses critiques. Cependant, il s'agit moins de questionnements sur son objectif, et donc sa raison d'exister, que de discussions « techniques » quant à ses modalités de mise en œuvre. Pour le comprendre, il faut considérer les évolutions qu'a connues l'éducation sanitaire au cours des années 1950 et 1960.

En effet, cette période correspond à l'émergence de « nouveaux » savoirs sur les comportements individuels et l'éducation. Un courant en particulier connaît un véritable succès : le *behaviorisme* ou, pour éviter l'anglicisme, la *science du comportement* qui, comme son nom l'indique, vise à promouvoir les études scientifiques sur le comportement⁵⁷³. Si elle ne s'intéresse pas spécifiquement aux comportements sanitaires, ce n'est pas le cas de la médecine du comportement (*behavioral medicine*) qui, émergeant au début dans les années 1960, se définit comme un « champ interdisciplinaire visant l'intégration des perspectives biologiques et psychologiques du comportement humain et l'application de ces principes à la prévention des maladies et l'amélioration de la santé »⁵⁷⁴. L'ambition de cette discipline est claire : soutenir la médecine et la santé publique dans leur entreprise en leur donnant les clés de compréhension des facteurs intervenant dans la formation des comportements sanitaires.

⁵⁷³ G. Graham, « Behaviorism » dans Edward N. Zalta (ed.), *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*, Spring 2015., s.l., 2015, .

[Traduction par mes soins] : « It has sometimes been said that "behave is what organisms do". Behaviorism is built on this assumption, and its goal is to promote the scientific study of behavior ».

⁵⁷⁴ M.E. Vogel et S.E. Romano, « Behavioral medicine », art cit, p. 385.

[Traduction par mes soins] : « the interdisciplinary field concerned with the integration of biological and psychological perspectives of human behavior, and the application of these principals to the prevention of disease and enhancement of health ».

L'influence de ces savoirs sur l'éducation sanitaire est très forte. Celle-ci, inspirée des modèles « néo-behavioristes » qui proposent une « méthode pédagogique dont l'objectif premier est la prédiction des comportements et leur contrôle par renforcements », promeut la transmission d'informations « construites à partir de discours basés sur des injonctions comportementales et la vulgarisation des connaissances biomédicales » ; il s'agit donc de mettre « l'apprenant » face à des « situations aversives », par exemple en le rendant « coupable de sa mauvaise santé », afin de l'amener à « se résoudre à modifier son comportement ». Le postulat constructiviste est également à l'origine de cette approche, qui considère que « les personnes qui reçoivent une information réagissent de façon rationnelle en adoptant les comportements et les modes de vie qui sont reconnus pour préserver de la maladie »⁵⁷⁵.

Sans surprise, ces pratiques sont critiquées à partir des années 1970. Tout d'abord, les limites de l'approche dite « informative » de l'éducation sanitaire sont soulignées : se contenter « d'apporter quelques données informatives sur les questions de santé en presumant que celles-ci suffiront pour modifier les comportements »⁵⁷⁶ ne suffit pas, car « les gens informés ne changent pas nécessairement leur comportement face à la santé »⁵⁷⁷. Il s'agit là d'une critique sur l'efficacité de l'éducation sanitaire, qui s'appuie sur les résultats des politiques passées et ses échecs : « l'éducation sanitaire, ça ne fonctionne pas »⁵⁷⁸.

A cela se combine une remise en cause des valeurs qui sont au fondement de cette action et qui vise, plus directement, le postulat sur lequel le behaviorisme comme le constructivisme se fondent : celui d'un individu « désocialisé sensé réagir de façon rationnelle pour se préserver de la maladie »⁵⁷⁹, qui amène à

⁵⁷⁵ J. Billon, « Essai de théorisation des modèles explicatifs appliqués à la santé », *Spirale - Revue de Recherches en Education*, 2000, n° 25, p. 20.

⁵⁷⁶ S. Tessier, J.-B. Andreys et M.-A. Ribeiro, *Santé publique, santé communautaire*, op. cit., p. 102.

⁵⁷⁷ J.-C. Manderscheid, « Modèles et principes en éducation pour la santé », *Revue française de pédagogie*, 1994, vol. 107, n° 1, p. 84.

⁵⁷⁸ Discussion informelle avec un membre de l'OMS lors de mon stage au sein de l'Unité de la Promotion de la Santé au Siège, Genève, octobre 2009.

⁵⁷⁹ J. Billon, « Essai de théorisation des modèles explicatifs appliqués à la santé », art cit, p. 23.

considérer l'individu « comme « objet » de réflexion, d'analyse, de même que le corps est l'objet d'étude pour l'anatomiste ou le physiologiste »⁵⁸⁰. Ainsi, le processus de délégitimation des pratiques passées dans un contexte de déplacement des cadres cognitifs de l'action publique (sanitaire) s'articule à une remise en cause des équilibres de pouvoir en présence, puisqu'il s'agit bien ici de viser les approches – et les acteurs qui les portent – dominant le champ.

Les pratiques mobilisées dans le cadre de l'éducation sanitaire sont aussi dénoncées. L'une des plus connues est celle du « pied à la porte », parfois dite « doigt dans l'engrenage », développée en 1966 par deux chercheurs américains⁵⁸¹. Celle-ci, reposant sur la croyance que « les choix, les options ne sont pas prédéterminés par les idées mais par les actions », consiste à amener l'individu à adopter le comportement souhaité « en le mettant en situation de réaliser un premier acte peu coûteux et qu'il ne peut donc pas refuser », avant de l'engager « vers d'autres actes de plus en plus coûteux, de plus en plus engageants qui aboutissent au comportement attendu »⁵⁸². Ici encore, la vision d'un individu passif est au cœur des critiques : en oubliant de faire « appel au raisonnement conscient de la part du sujet », on l'accuse d'exploiter « à l'insu du sujet, les mécanismes inconscients de prise de décision », et de s'apparenter alors à de la « manipulation »⁵⁸³.

Finalement, l'éducation sanitaire est présentée comme un symbole des dérives normatives dont la santé publique est désormais accusée. En érigeant « l'avis de l'expert personnel de santé [...] en norme », cette « conception hygiéniste » rappelle une vision véhiculée par des religions « qui imposaient des comportements comme représentant le bien et stigmatisaient d'autres comme étant le mal, la punition de la transgression étant la maladie, châtement divin pour les péchés ainsi commis »⁵⁸⁴. Les démarches mobilisées lors des

⁵⁸⁰ J.-C. Manderscheid, « Modèles et principes en éducation pour la santé », art cit, p. 88.

⁵⁸¹ J. L. Freedman et S. C. Fraser, « Compliance without pressure: The foot-in-the-door technique », *Journal of Personality and Social Psychology*, 1966, vol. 4, n° 2, p. 195-202.

⁵⁸² J.-C. Manderscheid, « Modèles et principes en éducation pour la santé », art cit, p. 86.

⁵⁸³ *Ibid.*, p. 84.

⁵⁸⁴ S. Tessier, J.-B. Andreys et M.-A. Ribeiro, *Santé publique, santé communautaire*, op. cit., p. 98-99.

campagnes de prévention du VIH/Sida n'échappent pas à ces remarques : visant à « faire de la promotion du préservatif » et « à conditionner les adolescents à les utiliser », on reproche à cette stratégie de s'écarter du « souci réellement éducatif » pour emprunter « une démarche hygiéniste dans laquelle les choix sont faits d'avance à la place du sujet qui dès lors n'a plus de question à se poser, n'a plus à penser »⁵⁸⁵.

Il est amusant de noter comme « l'hygiénisme » est désormais strictement associé à l'entreprise moralisatrice.

L'utilisation des médias audiovisuels pour les campagnes d'éducation sanitaire est également dénoncée. Le recours à l'image, qui était pourtant valorisée au début du XX^e siècle pour ses vertus pédagogiques, est désormais critiqué : pensée en fonction des « théories de la communication »⁵⁸⁶, on lui reproche de s'adresser à l'« affect » et non à l'« intellect », de suggérer plus que d'expliciter, de disposer d'un « pouvoir de séduction des gestes faciles » et d'oublier, ce faisant, la « valeur éducative »⁵⁸⁷.

On retrouve la notion d'« éthique » au centre des débats : les campagnes de prévention, « initiées par les pouvoirs publics afin de nous convaincre de renoncer à certains comportements ou au contraire d'en adopter d'autres, pour le plus grand bénéfice de notre précieuse santé », posent la question du « caractère insidieux d'un tel contrôle social », c'est-à-dire des limites à tracer entre « le privé » et « le public » ou, pour le dire autrement, de la légitimité de l'Etat à « s'immiscer dans la vie quotidienne des citoyens »⁵⁸⁸.

Ces discours critiques rappellent bien ceux énoncés plus largement à l'encontre de la santé publique. L'éducation sanitaire, telle qu'elle est pratiquée, se présente comme cette pratique par excellence de domination, de manipulation,

⁵⁸⁵ F. Galichet, J.-C. Manderscheid et E. Aventurin, « La réflexion sur le sida comme question philosophique : une expérience d'enseignement », *Revue française de pédagogie*, 1996, vol. 114, n° 1, p. 45.

⁵⁸⁶ Y. Jaffré, « Éducation pour la santé et pratiques sociales », art cit, p. 2.

⁵⁸⁷ L.-P. Aujoulat, « L'éducation pour la santé dans les pays du Tiers Monde », *Tiers-Monde*, 1973, vol. 14, n° 53, p. 58.

⁵⁸⁸ L. Berlivet, « Naissance d'une politique symbolique », art cit, p. 99.

de moralisme et finalement de non-respect de l'autonomie et de la liberté dont les individus sont dotés. On doit considérer, comme le fait Luc Berlivet, que les « succès social » de ces théories s'expliquent par le fait que « cette analyse du monde politique redonne des représentations ordinaires faites de défiance face à une supposée duplicité des gouvernants » ; surtout, les tenants de l'éducation sanitaire auront, à partir de cette époque, « à se défendre en permanence contre de telles accusations »⁵⁸⁹.

On se trouve finalement ici face à « l'invalidation des fondements cognitifs »⁵⁹⁰ qui sous-tendent cette stratégie d'action publique qu'est l'éducation sanitaire, résultat d'une « dissonance » cognitive, c'est-à-dire d'un « décalage avec le cadre d'interprétation globale d'une société » (ce que Pierre Muller appelle le « référentiel global »)⁵⁹¹ : dans un contexte de réactivation des valeurs libérales, les pratiques de la santé publique qui reposent sur une conception jugée dépassée de l'action sont délégitimées.

4.3. De l'éducation sanitaire à l'éducation pour la santé : l'hétérogénéité des savoirs comme ressource d'adaptation de la santé publique

Loin d'être totalement démunie face aux attaques qui lui sont portées au nom du respect de la liberté individuelle, la santé publique développe un « nouveau » discours et de « nouvelles » pratiques visant à réintégrer cette « nouvelle » contrainte. Le passage de l'éducation sanitaire à l'éducation pour la santé renvoie justement à cette dynamique. Il ne s'agit plus ici de se demander *pourquoi* l'action publique se transforme, mais *comment*. Il faut alors s'intéresser au travail de sens qui est opéré, visant à rendre (à nouveau) acceptable et légitime les discours et les pratiques de la santé publique, mais aussi aux modalités qui les rendent possible.

⁵⁸⁹ *Ibid.*, p. 100.

⁵⁹⁰ P. Hassenteufel, *Sociologie politique*, *op. cit.*, p. 247.

⁵⁹¹ P. Muller, « L'analyse cognitive des politiques publiques », *art cit.*, p. 196.

Dans un secteur comme la santé, où la « science » occupe une place centrale, c'est sur ce terrain que se joue d'abord cet enjeu. Si la médecine ne peut plus (à elle seule) servir à légitimer ses stratégies, la santé publique doit recourir à d'autres disciplines : elle se tourne vers les sciences humaines et sociales. On touche là sans doute à un paradoxe : en dénonçant la domination du modèle biomédical dans l'orientation de la santé publique, celles-ci réussissent progressivement à se positionner comme une solution à ce « problème » qu'elles ont elles-mêmes participé à faire émerger. Autrement dit, le (nouveau) cadre qui s'impose, dans une certaine mesure, aux acteurs de l'action publique sanitaire constitue aussi une « opportunité »⁵⁹² pour ceux qui cherchent « à occuper une nouvelle position de pouvoir »⁵⁹³. En même temps, ce déplacement est subtil, car il fait intervenir à l'intérieur même des disciplines concernées des courants qui se concurrencent. Ainsi, la psychologie, au cœur du développement de l'éducation sanitaire, ne perd pas sa suprématie : ce sont les approches dominantes, et les acteurs qui les portent, qui se trouvent mis en danger par la reconnaissance croissante acquise par des approches (et des acteurs) jugé(e)s plus « social(e)s ».

Ce processus passe donc par la production de cadres d'analyse qui s'inscrivent dans les (nouvelles) valeurs dominantes : à un paradigme biomédical où l'individu est l'unité d'analyse privilégiée, ces sciences proposent une approche visant à le réinsérer dans son environnement (social) et, surtout, à lui rendre sa place d'« acteur » au sein des politiques de santé. Ainsi, la psychologie dite « communautaire », inspirée fortement des « théories sociales » de l'éducation⁵⁹⁴, défend une démarche qui, en prenant en compte l'environnement dans lequel un individu ou un groupe s'insère, prétend le libérer des contraintes qui pèsent sur lui en l'aidant à agir. Les sciences dites « psychosociales » proposent quant à elles une vision complexifiée des modalités d'adoption des comportements individuels, en intégrant des variables « environnementales ».

⁵⁹² P. Muller, « Référentiel », art cit, p. 559-560.

⁵⁹³ P. Hassenteufel, *Sociologie politique*, op. cit., p. 247.

⁵⁹⁴ J. Billon, « Essai de théorisation des modèles explicatifs appliqués à la santé », art cit, p. 24.

Forte de ces influences, l'éducation pour la santé se présente alors comme une entreprise entièrement dédiée à la « libération » des individus.

4.3.1. La psychologie communautaire et la valorisation de l'individu « acteur » du « changement social »

Aux environs des années 1960, une psychologie appelée « communautaire » voit le jour. Celle-ci insiste sur la nécessité de prendre en compte les « facteurs environnementaux dans l'intervention »⁵⁹⁵. Le « modèle écologique » lui sert de fondement théorique. Développé à l'origine par Kurt Lewin, auteur en 1951 de « la formule $C = f(P, E)$ (*le comportement est fonction de l'interaction entre la personne et son environnement*) »⁵⁹⁶, il est finalisé par Bronfenbrenner dont l'ouvrage de référence paraît en 1979⁵⁹⁷. Celui-ci, dont l'influence se révèle particulièrement significative dans le développement de cette psychologie parfois qualifiée d'ailleurs d'« environnementale »⁵⁹⁸, propose un modèle où l'individu n'est pas inséré dans « un, mais des environnements, plus ou moins proches du sujet (de la sphère familiale à l'environnement sociétal et politique) » et dans lesquels il « n'évolue pas de manière constante », ce qui suppose alors de « les distinguer, afin de mieux repérer les ressources, compétences, ou problématiques, selon le contexte qui les génère » : ce modèle, en mettant l'accent sur « la complexité de l'environnement de vie des individus », permettrait donc à la psychologie communautaire de « contourner la conception réductrice du sujet à une problématique isolée »⁵⁹⁹.

⁵⁹⁵ M. Loreto Martínez et al., « Psychologie communautaire en Amérique latine : trajectoire historique et enjeux actuels », *Pratiques Psychologiques*, mars 2009, vol. 15, n° 1, p. 33.

⁵⁹⁶ T. Saïas, « Cadre et concepts-clés de la psychologie communautaire », *Pratiques Psychologiques*, mars 2009, vol. 15, n° 1, p. 11.

⁵⁹⁷ U. Bronfenbrenner, *The Ecology of Human Development*, s.l., Harvard University Press, 1979, 352 p.

⁵⁹⁸ M. Morin, F. Terrade et M. Préau, « Psychologie communautaire et psychologie de la santé : l'implication de la recherche psychosociale dans la promotion de la santé », *Psychologie Française*, juin 2012, vol. 57, n° 2, p. 113.

⁵⁹⁹ T. Saïas, « Cadre et concepts-clés de la psychologie communautaire », art cit, p. 11.

La psychologie communautaire valorise aussi l'idée d'un « être humain actif et constructeur de la réalité »⁶⁰⁰ en l'insérant dans une dynamique sociale. Pour cela, le recours à Paulo Freire, cet éducateur brésilien qui, en 1974, publie son ouvrage *Pédagogie des opprimés* et théorise « le processus de conscientisation », est fréquent : dans une « approche critique de l'éducation »⁶⁰¹, il s'agit de prôner une « méthode d'éducation populaire basée sur l'action et la réflexion créative des participants » devant permettre la « prise de conscience tant des individus que des groupes »⁶⁰².

Le succès de ces approches se manifeste par la multiplication des concepts permettant de les soutenir. Ainsi en est-il de celui d'*empowerment*, qui trouve ses origines dans les « domaines aussi variés que le féminisme, le freudisme, la théologie, le mouvement black power ou le gandhisme »⁶⁰³, preuve là encore de l'importance des mouvements sociaux dans la réorientation des pratiques de la santé publique (et de l'action publique plus largement). Sa réappropriation dans des disciplines scientifiques, d'abord aux Etats-Unis, complète ce processus : Rappaport, dont l'ouvrage paru en 1977 constitue « une référence incontournable dans le domaine » de la psychologie communautaire⁶⁰⁴, fait de l'*empowerment* « le phénomène d'intérêt »⁶⁰⁵ de ce courant.

Il est cependant difficile de trouver une seule définition de cette notion. Pour Saïas, l'*empowerment* est un « concept [qui] recouvre la promotion des ressources, le développement des réseaux sociaux et de la participation

⁶⁰⁰ M. Santiago-Delfosse et K. Chamberlain, « Évolution des idées en psychologie de la santé dans le monde anglo-saxon. De la psychologie de la santé (health psychology) à la psychologie critique de la santé (critical health psychology) », art cit, p. 31.

⁶⁰¹ M. Murray, « Psychologie communautaire de la santé, arts et changement social. Panorama dans le monde anglo-saxon », *Bulletin de psychologie*, 1 octobre 2012, Numéro 521, n° 5, p. 421.

⁶⁰² M. Loreto Martínez et al., « Psychologie communautaire en Amérique latine », art cit, p. 31.

⁶⁰³ A.-E. Calvès, « « Empowerment » : généalogie d'un concept clé du discours contemporain sur le développement », *Revue Tiers Monde*, 1 décembre 2009, n° 200, p. 736.

Pour une histoire de l'émergence de cette notion aux Etats-Unis, voir aussi: B. L. Simon, *The Empowerment Tradition in American Social Work: A History*, 1st edition., New York, Columbia University Press, 1994, 227 p.

⁶⁰⁴ I. Marcoux, H. Angelique et M.R. Culley, « La psychologie communautaire en Amérique du Nord : historiques et applications », *Pratiques Psychologiques*, mars 2009, vol. 15, n° 1, p. 19.

⁶⁰⁵ T. Saïas, « Cadre et concepts-clés de la psychologie communautaire », art cit, p. 12.

communautaire », et peut à la fois être « une référence théorique, mais aussi un plan d'action, un but, un processus, un résultat » : il peut autant signifier « la manière par laquelle le sujet va accroître ses habilités favorisant l'estime de soi, la confiance en soi, l'initiative et le contrôle », qu'être utilisé « pour caractériser un processus communautaire promouvant le sentiment de compétence des membres de la communauté »⁶⁰⁶. Malgré cette diversité, on voit bien que la vision d'un individu autonome et au « contrôle » de sa destinée est au centre de cette approche. La valorisation du « savoir profane et [de] l'expertise vécue »⁶⁰⁷ est aussi au fondement de ce discours : il s'agit de donner « au sujet de l'intervention un rôle de partenaire actif »⁶⁰⁸. Ainsi, l'approche communautaire propose une nouvelle manière de penser l'action : celle d'une « démarche ascendante (*bottom-up*) et non descendante (*top-down*) »⁶⁰⁹. Elle fait de la « participation » une de ses valeurs et démarches fondamentales.

Cet intérêt se manifeste par une « nouvelle » attitude des tenants de cette approche, professionnels de la santé publique autant que chercheurs : celle de « l'engagement ». Ce qui est en effet frappant à la lecture de l'histoire de l'émergence de ce domaine, c'est la manière dont les chercheurs de cette discipline réfléchissent à leurs propres pratiques. Par exemple, il semble que ce que Paulo Freire indique du rôle de l'éducateur, qui « s'engage avec les étudiants de manière dialogique afin de favoriser leur processus réflexifs et autonomes »⁶¹⁰, les chercheurs en psychologie communautaire se l'approprient pour l'appliquer à leur propre démarche.

Cette dimension se traduit par la revendication d'une « nouvelle » manière de faire de la recherche : la « recherche-action participative »⁶¹¹. L'origine de cette

⁶⁰⁶ *Ibid.*, p. 12-13.

⁶⁰⁷ M. Morin, F. Terrade et M. Préau, « Psychologie communautaire et psychologie de la santé », art cit, p. 115.

⁶⁰⁸ T. Saïas, « Cadre et concepts-clés de la psychologie communautaire », art cit, p. 10.

⁶⁰⁹ M. Morin, F. Terrade et M. Préau, « Psychologie communautaire et psychologie de la santé », art cit, p. 115.

⁶¹⁰ M. Murray, « Psychologie communautaire de la santé, arts et changement social. Panorama dans le monde anglo-saxon », art cit, p. 421.

⁶¹¹ *Ibid.*

démarche est attribuée au colombien Orlando Fals Borda qui, en 1959, souligne l'importance de considérer « l'expertise du sujet dans la recherche et le rôle de la connaissance dans l'action »⁶¹². Il s'agit bien de donner aux « participants » des interventions une place : ceux-ci deviennent alors « co-chercheurs »⁶¹³. A la participation communautaire comme nouvelle manière d'intervenir dans le domaine de la santé se superpose donc une participation communautaire comme nouvelle manière de faire de la recherche.

Cette injonction s'articule étroitement à la seconde dimension portée par le principe de « recherche action participative » : celle d'une croyance dans la finalité de la recherche, qui doit « servir les intérêts de la société en contribuant au bien-être des communautés et des personnes »⁶¹⁴. Les tenants de la psychologie communautaire prônent une psychologie « engagée », mise « au service des plus démunis » et « porteuse de justice sociale » ; leur réflexion concerne bien « l'utilité de la psychologie », qui doit participer « aux processus de revendication des groupes marginalisés du point de vue social, politique et économique »⁶¹⁵. Ces chercheurs « engagés » se donnent donc pour objectif, affirmé, « d'influencer les politiques sociales », en contribuant à leur « élaboration » via « l'apport d'informations »⁶¹⁶. Ainsi, cette psychologie communautaire symbolise « un lien de plus en plus marqué entre recherche et application, analyse et actions, demandes sociales et intervention »⁶¹⁷. On doit considérer qu'il s'agit d'une manière de revendiquer une place dans l'action publique ; on est bien face à un cas exemplaire de processus qui participe à la

⁶¹² M. Loreto Martínez et al., « Psychologie communautaire en Amérique latine », art cit, p. 31.

⁶¹³ M. Murray, « Psychologie communautaire de la santé, arts et changement social. Panorama dans le monde anglo-saxon », art cit, p. 421.

⁶¹⁴ I. Marcoux, H. Angelique et M.R. Culley, « La psychologie communautaire en Amérique du Nord », art cit, p. 24.

⁶¹⁵ M. Santiago-Delfosse et K. Chamberlain, « Évolution des idées en psychologie de la santé dans le monde anglo-saxon. De la psychologie de la santé (health psychology) à la psychologie critique de la santé (critical health psychology) », art cit, p. 205.

⁶¹⁶ I. Marcoux, H. Angelique et M.R. Culley, « La psychologie communautaire en Amérique du Nord », art cit, p. 24.

⁶¹⁷ M. Morin, F. Terrade et M. Préau, « Psychologie communautaire et psychologie de la santé », art cit, p. 112.

multiplication des acteurs qui revendiquent leur droit à participer à l'organisation de la société.

Cette revendication passe, sans surprise, par une dénonciation de la domination du paradigme biomédical sur la psychiatrie et sur la psychologie de la santé. Il s'agit par là même d'une remise en cause directe des rapports de force en présence, puisque cette orientation s'incarne dans la figure de J. D. Matarasso, alors directeur de l'Association de psychologie américaine⁶¹⁸. Cette psychologie, parfois qualifiée de « clinique » est la cible des critiques portées par un groupe d'acteurs jusqu'alors marginalisé ; en dénonçant les actions « sur les facteurs individuels »⁶¹⁹, qui rappellent le paradigme médical d'une « gestion de la maladie au niveau individuel »⁶²⁰, les acteurs de la santé communautaire en appellent à « une meilleure distribution des rôles dans le système sanitaire, alors exclusivement soumis à l'autorité médicale »⁶²¹. Encore une fois, mobilisation des savoirs et enjeux de pouvoir dans le champ de la santé publique s'articulent étroitement.

Cette conquête ne pourrait être aboutie sans sa traduction dans une dynamique d'institutionnalisation. En 1967, soit deux ans à peine après la conférence de Boston considérée comme étant à l'origine de la naissance de la psychologie communautaire, l'Association américaine de psychologie crée une division intitulée *The Society for Community Research and Action*. Par ailleurs, la naissance de la revue *Community Mental Health* en 1965 puis de l'*American Journal of Community Psychology* et du *Journal of Community Psychology* en 1973, illustre, et participe, à la reconnaissance « scientifique » de la psychologie communautaire. Enfin, son inscription progressive dans les programmes académiques des universités américaines, dont une formation

⁶¹⁸ M. Santiago-Delfosse et K. Chamberlain, « Évolution des idées en psychologie de la santé dans le monde anglo-saxon. De la psychologie de la santé (health psychology) à la psychologie critique de la santé (critical health psychology) », art cit, p. 198.

⁶¹⁹ M. Loreto Martínez et al., « Psychologie communautaire en Amérique latine », art cit, p. 31.

⁶²⁰ M. Murray, « Psychologie communautaire de la santé, arts et changement social. Panorama dans le monde anglo-saxon », art cit, p. 42.

⁶²¹ T. Saïas, « Cadre et concepts-clés de la psychologie communautaire », art cit, p. 9.

doctorale à la New York University en 1969 et un programme au niveau de la maîtrise à la New Haven University en 1974⁶²², vient parfaire cette dynamique : une future génération d'acteurs spécialisés dans le domaine de la psychologie communautaire est donc entrain de se former, ce qui reflète et impulse une capacité grandissante à influencer le champ de la santé publique et, *in fine*, à (ré)orienter les formes prises par l'action publique sanitaire.

4.3.2. Les sciences psychocognitives et sociocognitives comme renouveau des savoirs sur les comportements individuels

Aux théories « sociales » portées par la psychologie communautaire vont se superposer celles dites « sociocognitives » et « psychocognitives », qui se donnent pour rôle de « comprendre les comportements de santé » non plus comme le faisait le behaviorisme à partir d'« hypothèses relatives au conditionnement », mais « des traitements cognitifs et conatifs dans les apprentissages et des caractéristiques du sujet social »⁶²³. C'est la naissance des sciences dites « psychosociales », qui considèrent que la décision d'un individu « d'agir ou de ne pas agir dans une direction donnée » dépend d'un ensemble de facteurs dits « psychosociaux » ; s'ouvre alors un champ très vaste visant l'étude des « réalités sociales dans lesquelles les comportements sont réalisés »⁶²⁴.

Deux nouvelles dimensions sont alors prises en compte dans l'analyse des comportements des individus : celle dite « cognitive », qui met l'accent sur les « processus mentaux impliqués dans l'acquisition, la production et l'utilisation des connaissances humaines (les cognitions) »⁶²⁵, et celle « sociale », qui sert à souligner que « la pensée et l'action [sont] fondamentalement sociales »⁶²⁶.

⁶²² I. Marcoux, H. Angelique et M.R. Culley, « La psychologie communautaire en Amérique du Nord », art cit., p. 19.

⁶²³ J. Billon, « Essai de théorisation des modèles explicatifs appliqués à la santé », art cit, p. 26.

⁶²⁴ G. Godin, « L'éducation pour la santé : les fondements psycho-sociaux de la définition des messages éducatifs », *Sciences sociales et santé*, 1991, vol. 9, n° 1, p. 58.

⁶²⁵ A. Bertrand et P.-H. Garnier, *Psychologie cognitive*, s.l., Studyrama, 2005, p. 60.

⁶²⁶ J. Billon, « Essai de théorisation des modèles explicatifs appliqués à la santé », art cit, p. 26.

Les théories psychocognitives et sociocognitives ont finalement en commun de s'intéresser « aux origines sociales de la pensée, aux processus d'apprentissage, aux traitements cognitifs de l'information et aux caractéristiques de l'apprenant »⁶²⁷.

De nombreux modèles explicatifs du comportement humain⁶²⁸ sont formulés. L'un des plus connus est le *Health Belief Model* (HBM) ou *modèle des croyances relatives à la santé*⁶²⁹. Théorisé à l'origine par Hochbaum en 1958⁶³⁰, il avait d'abord comme objectif « d'expliquer les raisons du choix des personnes, de participer ou non à des campagnes de dépistage médical »⁶³¹. Au cours des années 1970, il est étendu à « l'étude des comportements liés à la santé (par ex. les habitudes de vie) »⁶³². Ce modèle met en avant la nécessité de prendre en compte « la perception qu'ont les personnes d'une menace sur leur santé »⁶³³.

Le renversement opéré est très intéressant : en incluant la dimension cognitive et sociale, il permet par exemple de montrer qu'une consommation pourtant excessive d'alcool peut ne pas être perçue comme dangereuse⁶³⁴. A la rationalité de l'expert (médecin) peut désormais être opposée celle du profane qui, inséré dans un univers social, fait tout autant preuve de rationalité. Ce modèle sert aussi à comprendre « l'observance par les malades des régimes thérapeutiques prescrits » ou encore « l'adoption volontaire d'un comportement sain » ; il permet donc « d'identifier et de clarifier les perceptions des individus

⁶²⁷ *Ibid.*

⁶²⁸ Selon l'Inserm, il en existerait plus de dix-huit aujourd'hui. Voir : INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale), *Education pour la santé des jeunes : concepts, modèles, évolution*, Paris, Editions INSERM, 2001, p. 152.

⁶²⁹ G. Godin, « L'éducation pour la santé », art cit, p. 69-73.

⁶³⁰ G. M Hochbaum et al., *Public participation in medical screening programs; a socio-psychological study.*, [Washington], 1958.

⁶³¹ J.-C. Manderscheid, « Modèles et principes en éducation pour la santé », art cit, p. 87.

⁶³² G. Godin, « L'éducation pour la santé », art cit, p. 69-70.

⁶³³ P. Lamour et O. Brixi, « Education pour la santé. Entre conceptions dominantes et nouvelles approches » dans *Traité de santé publique*, Flammarion., s.l., 2007, p. 204.

⁶³⁴ *L'alcool, symbole de virilité ?*, http://www.scienceshumaines.com/l-alcool-symbole-de-virilite_fr_3142.html, (consulté le 7 mars 2016) ; cité par : P. Lamour et O. Brixi, « Education pour la santé. Entre conceptions dominantes et nouvelles approches », art cit, p. 204.

ciblés face aux risques possibles et aux solutions envisagées »⁶³⁵. Il constitue surtout un exemple parfait de l'adaptation des outils d'analyse aux priorités de la santé publique et de l'action publique sanitaire.

On doit également citer la *théorie de l'action raisonnée* développée en 1975⁶³⁶ qui met l'accent sur « le rôle central des normes sociales dans l'adoption d'un comportement »⁶³⁷ : les variables retenues sont alors « l'attitude à l'égard du comportement (*Aact-composate attitude*) et l'importance [accordée] à l'opinion des gens qui lui sont proches », qui déterminent « l'intention d'une personne d'adopter ou de ne pas adopter un comportement »⁶³⁸. La *théorie des comportements interpersonnels*, proposée en 1977 par Triandis⁶³⁹, « accorde une place prépondérante à l'habitude »⁶⁴⁰.

La *théorie sociale cognitive* développée par Bandura⁶⁴¹ introduit quant à elle la « croyance en l'efficacité personnelle dans la possibilité et le maintien d'un comportement positif pour sa santé »⁶⁴². La force de cet « outil » est de permettre « de prévoir l'orientation des changements de comportements et leur stabilité dans le temps »⁶⁴³. Par exemple, des études montrent que « les gens animés d'une forte croyance en leur efficacité personnelle au début d'un programme pour cesser de fumer réussissaient dans une plus grande proportion à éliminer la cigarette de façon définitive »⁶⁴⁴.

⁶³⁵ G. Godin, « L'éducation pour la santé », art cit, p. 71-72.

⁶³⁶ R. J. Hill, M. Fishbein et I. Ajzen, « Belief, Attitude, Intention and Behavior: An Introduction to Theory and Research. », *Contemporary Sociology*, mars 1977, vol. 6, n° 2, p. 244.

⁶³⁷ P. Lamour et O. Brix, « Education pour la santé. Entre conceptions dominantes et nouvelles approches », art cit, p. 204.

⁶³⁸ G. Godin, « L'éducation pour la santé », art cit, p. 75.

⁶³⁹ H. Charalambos Triandis, *Interpersonal behavior*, s.l., Brooks/Cole Pub. Co., 1977, 360 p.

⁶⁴⁰ P. Lamour et O. Brix, « Education pour la santé. Entre conceptions dominantes et nouvelles approches », art cit, p. 204.

⁶⁴¹ A. Bandura, « « J'y arriverai » : le sentiment d'efficacité personnelle », *Sciences humaines*, avril 2004, n° 148, p. 40.

⁶⁴² P. Lamour et O. Brix, « Education pour la santé. Entre conceptions dominantes et nouvelles approches », art cit, p. 204.

⁶⁴³ J.-C. Manderscheid, « Modèles et principes en éducation pour la santé », art cit, p. 86.

⁶⁴⁴ G. Godin, « L'éducation pour la santé », art cit, p. 75.

Enfin, il faut souligner les apports des études sur le stress, dont la multiplication se comprend par l'intérêt croissant de la santé publique pour la santé mentale, notamment aux Etats-Unis. L'une des figures les plus marquantes dans ce domaine est le psychologue « social »⁶⁴⁵ Richard S. Lazarus qui, à l'image de nombreux de ses pairs à cette époque, propose une théorie visant à dépasser les approches inspirées des théories behavioristes où le stress est appréhendé comme une « réponse » aux stimuli ou facteurs environnementaux⁶⁴⁶. Le modèle transactionnel du stress et des stratégies d'adaptation (*Transactional Model of Stress and Coping*) qu'il propose⁶⁴⁷ met au contraire l'accent sur les transactions qui s'opèrent entre l'individu et son environnement pour expliquer le stress.

Deux processus sont au cœur de ce modèle. Tout d'abord, l'« évaluation cognitive » (*cognitive appraisal*) est définie comme « le processus par lequel une personne évalue si une rencontre particulière avec l'environnement est pertinente pour son bien-être, et dans ce cas, de quelle manière »⁶⁴⁸. Suite à ces évaluations, la personne élabore des stratégies d'adaptation ou de *coping*, définies comme « les efforts cognitifs et comportementaux constamment changeants pour maîtriser les exigences internes et/ou externes qui menacent ou dépassent les ressources d'un individu »⁶⁴⁹, qui peuvent être centrés sur la résolution des problèmes (*problem-focused strategies*) ou sur les émotions (*emotion-focus strategies*). Dans la perspective proposée, les stratégies

⁶⁴⁵ B. L. Lyon, « Stress, Coping and Health. A Conceptual Overview. » dans *Handbook of Stress, Coping and Health*, Virginia Hill Rice., s.l., 3-23, p. 8.

⁶⁴⁶ *Ibid.*, p. 3-4.

Une des figures centrales de ce courant est le médecin Hans Selye : H. Selye, *The stress of life*, s.l., McGraw-Hill, 1956, 364 p.

⁶⁴⁷ R. S. Lazarus, *Psychological Stress and the Coping Process*, s.l., McGraw-Hill, 1966, 492 p ; S. Folkman et al., « Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes », *Journal of Personality and Social Psychology*, mai 1986, vol. 50, n° 5, p. 992-1003 ; R. S. Lazarus et S. Folkman, *Stress, Appraisal, and Coping*, s.l., Springer Publishing Company, 1984, 460 p.

⁶⁴⁸ S. Folkman et al., « Dynamics of a stressful encounter », art cit, p. 992.

[Traduction par mes soins] : « Cognitive appraisal is a process through which the person evaluates whether a particular encounter with the environment is relevant to his or her well-being, and if so, in what ways ».

⁶⁴⁹ R.S. Lazarus et S. Folkman, *Stress, Appraisal, and Coping*, op. cit., p. 141.

adaptatives sont non seulement perçues comme relevant de processus dynamiques et non d'un processus automatique d'adaptation des comportements, mais aussi comme un effort de « maîtrise » qui peut se traduire par des actions visant à « minimiser, tolérer, accepter ou changer la situation perçue comme stressante »⁶⁵⁰.

Sans aller plus loin dans cette présentation – les subtilités de ces analyses, qui supposent de bonnes connaissances des approches psychologiques et des débats qui les animent, dépassant largement l'objet de notre analyse – il faut souligner le succès rencontré par cette approche et, en particulier, pour l'approche en termes de stratégies d'action (*coping*). Celle-ci permet sans doute d'aller à l'encontre d'une vision de l'individu comme être passif, renvoyant à cette croyance plus large dans la capacité d'action, d'autonomie et de contrôle des individus. L'approche transactionnelle permet en même temps de considérer l'influence des ressources, individuelles mais aussi environnementales, sur cette capacité d'action.

De plus, cette théorie s'inscrit dans l'air du temps, car elle donne un point d'appui supplémentaire à la critique du modèle biomédical : à une vision de la santé comme absence de maladie, la théorie transactionnelle propose celle d'une santé comme « phénomène subjectif »⁶⁵¹, supposant une approche « holistique » susceptible de prendre en compte l'ensemble des variables qui participent à la « santé » des individus et des populations. Cette perspective semble d'ailleurs constituer un des points essentiels de convergence avec la théorie d'une autre figure incontournable des sciences humaines et sociales de la santé : Aaron Antonovsky, connu pour le développement de l'approche appelée « salutogénèse » (*salutogenesis*). Sociologue de la santé⁶⁵², ses travaux s'inscrivent d'abord dans l'étude des liens entre classes sociales et

⁶⁵⁰ B. L. Lyon, « Stress, Coping and Health. A Conceptual Overview. », art cit, p. 9.

⁶⁵¹ *Ibid.*, p. 12.

⁶⁵² Formé aux Etats-Unis où il est né, il exerce plus tard en tant que Professeur émérite de Sociologie de la santé à la Faculté des Sciences de la santé de l'Université de Neveg en Israël.

santé⁶⁵³, pour ensuite se tourner vers les questions de l'impact du stress sur la santé⁶⁵⁴, comme en témoigne la publication de son ouvrage *Health, Stress and Coping* en 1979⁶⁵⁵. L'histoire raconte que « l'idée » d'une approche « salutogène » lui serait venue lors d'une étude en Israël sur la ménopause de femmes ayant survécu aux camps de concentration et que, constatant que certaines d'entre elles vivaient en bonne santé physique mais aussi mentale, il en serait venu à considérer le « chaos » et le « stress » comme des « conditions naturelles » de la vie : dès lors, il s'agissait de se demander ce qui permettait aux individus de « survivre malgré ça » et, *in fine*, de se poser la question de « ce qui cause la santé (*salutogenesis*) et non des raisons de la maladie (*pathogenesis*) »⁶⁵⁶.

Deux concepts, qu'il développe plus particulièrement en 1987⁶⁵⁷, constituent le socle théorique sur lequel Antonovsky fait reposer sa réflexion : celui des « ressources de résistance généralisées » (*generalized resistance resources*) et celui du « sens de la cohérence » (*sens of coherence*, SOC). Ces ressources, ajoute-t-il, sont « unies » entre elles parce qu'elles encourageraient des « expériences de vie répétées » qui donnent « sens » au monde, renforçant ainsi « la motivation » de la personne à mettre en œuvre les « stratégies d'adaptation », mais aussi sa « croyance » dans sa capacité à cerner l'enjeu et dans l'existence de ces ressources nécessaires aux stratégies d'adaptation⁶⁵⁸.

Le succès des approches « psychosociales » est à l'image des nombreuses théories qui sont développées. Il s'explique non seulement par leur inscription

⁶⁵³ Il publie en 1967: A. Antonovsky, « Social class, life expectancy and overall mortality », *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, avril 1967, vol. 45, n° 2, p. 31-73.

⁶⁵⁴ B. Lindström et M. Eriksson, « Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development », *Health Promotion International*, 1 septembre 2006, vol. 21, n° 3, p. 140.

⁶⁵⁵ A. Antonovsky, *Health, Stress and Coping*, 1st edition., San Francisco, Jossey-Bass Inc Pub, 1979, 255 p.

⁶⁵⁶ B. Lindström et M. Eriksson, « Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development », art cit, p. 238 et 240-241.

⁶⁵⁷ A. Antonovsky, *Unraveling the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well*, 1st edition., San Francisco, Jossey-Bass, 1987, 238 p.

⁶⁵⁸ A. Antonovsky, « The salutogenic model as a theory to guide health promotion », *Health Promotion International*, 1 mars 1996, vol. 11, n° 1, p. 15.

dans les nouvelles valeurs et normes (le référentiel) qui s'imposent dans les politiques (de santé), mais aussi par la capacité des acteurs qui les portent à occuper une place plus importante dans le champ de la santé publique, et en particulier dans le « sous-champ » de l'éducation sanitaire : en offrant un « contenu savant »⁶⁵⁹ à la notion de comportement (à risque), elles ouvrent la voie à une nouvelle manière de dire et de faire l'éducation sanitaire.

4.3.3. Naissance de l'éducation pour la santé : une santé publique « libératrice »

Les savoirs constituent une ressource précieuse pour l'action publique sanitaire. Ils servent de registres de légitimation et, *in fine*, permettent de réorienter les pratiques à un moment où celles-ci se trouvent remises en cause. Les modèles psychosociaux et la psychologie communautaire, en proposant une vision complexifiée des comportements humains et des méthodes pour les modifier, invitent l'éducation sanitaire à se repenser : parce qu'ils ont démontré le rôle de variables comme les « croyances », les « habitudes » ou les « valeurs ». Ils permettent à l'éducation sanitaire d'abandonner une approche jugée simpliste, et lui offrent des modèles pouvant la servir à réorienter son action. C'est l'émergence de l'éducation pour la santé, une stratégie qui se veut soucieuse du respect de l'autonomie mais aussi de la capacité d'agir des individus.

Ce qui est tout à fait remarquable, c'est le déplacement opéré d'une éducation sanitaire suspectée de dérives moralisatrices, à une éducation pour la santé orientée vers l'« auto-contrôle »⁶⁶⁰ et faisant appel au raisonnement « éclairé » des individus. Celle-ci souhaite s'adresser aux « biens-portants » ou plus exactement « à toute personne susceptible de [...] devenir [malade] selon les risques auxquels elle se soumet » ; elle « s'appuie sur les besoins et les préférences » de l'individu et vise à lui permettre « d'augmenter son contrôle »,

⁶⁵⁹ L. Berlivet, « Epidémiologie », art cit, p. 42.

⁶⁶⁰ R. Massé, « La santé publique comme projet politique et projet individuel. », art cit, p. 50.

en particulier sur son « environnement physique et social »⁶⁶¹. Le succès de cette nouvelle stratégie repose donc sur deux éléments : sa capacité à intégrer les nouvelles valeurs et normes qui guident l'action publique sanitaire, mais aussi l'intérêt qu'elle présente pour la santé publique, puisqu'elle lui permet d'élargir considérablement son mandat en ciblant l'ensemble de la population (puisque tout le monde est potentiellement « à risque »).

L'incitation au recours à l'entourage est très symbolique de ce déplacement : parce que les études psychosociales ont mis au jour le rôle des proches dans l'adoption des comportements individuels, l'éducation pour la santé réoriente ses messages et ses actions dans ce sens. L'approche environnementale présente aussi l'avantage de ne plus considérer uniquement l'individu, mais aussi toutes les personnes qui ont un impact potentiel sur son « mode de vie ». Les campagnes de lutte contre les comportements à risque dans les années 1970 et 1980 sont à ce titre exemplaire. Par exemple, à partir d'« enquêtes minutieuses des occasions et des modalités du boire », l'individu est présenté comme la « victime d'une sorte de jeu collectif » : il s'agit alors d'inciter le jeune à se « libérer » de la pression sociale exercée par le groupe et donc « de s'autonomiser vis-à-vis des phénomènes de dépendance préjudiciables à la santé »⁶⁶².

Cette autonomisation affecte aussi l'autre part de la médecine au cœur de la relation clinique : le médecin et son patient. Désormais, « les professionnels doivent s'abstenir d'imposer leur propre point de vue, et ne doivent rien entreprendre sans le consentement de la personne »⁶⁶³. Ils sont invités à adopter une position non plus d'enseignant mais de facilitateur, pour ne pas dire de libérateur, respectueux des « valeurs » de leurs patients, même lorsque celles-ci ne sont pas « conformes » à leurs propres « perceptions » : soucieux de « développer le sens des responsabilités individuelles et collectives », ils ont

⁶⁶¹ M. Blanchet, « La médecine comme pédagogie » dans *Traité d'anthropologie médicale. L'institution de la santé et de la maladie*, Québec Lyon, Presses de l'Université du Québec Institut québécois de recherche sur la culture Presses universitaires de Lyon, 1985, p. 146.

⁶⁶² M. Drulhe, F. Sicot et Collectif, *La santé à coeur ouvert*, op. cit., p. 58.

⁶⁶³ *Ibid.*, p. 57.

désormais vocation à « procurer à chacun l'accès à une pleine vitalité par la maîtrise de sa santé »⁶⁶⁴. Le recours au groupe est également utilisé dans le cadre du suivi des malades à travers le développement des « groupes de soutien ou de rencontres »⁶⁶⁵, qui doit permettre au patient de profiter des expériences des autres. Ultimement, on retrouve ce mouvement des patients et même du self-care plus radicalement.

Ce qu'il faut retenir, c'est la « sophistication croissante »⁶⁶⁶ et même la démultiplication de cette stratégie d'action désormais appelée éducation pour la santé ou encore, puisque l'anglais domine, *Education for Health*. On doit cependant souligner la confusion qui découle de la multiplication de ces termes : il arrive souvent que les acteurs de la santé publique utilisent encore le terme d'éducation sanitaire sans que l'on sache vraiment s'il s'agit d'une référence aux premières pratiques ou à l'éducation pour la santé⁶⁶⁷. En France, on doit noter l'usage de la notion d'éducation à la santé, qui semble s'appliquer en particulier lorsqu'elle est appliquée au domaine scolaire⁶⁶⁸.

Finalement, si ces glissements de langage permettent d'ériger une barrière entre les profanes – non initiés aux normes locales de langage et aux subtils efforts de différenciation que celles-ci sous-tendent – et les non- profanes, leurs usages se révèlent moins stricts. Ces réappropriations changeantes rendent donc la compréhension des enjeux de l'action publique sanitaire et de ses transformations bien plus difficile pour l'acteur profane.

Quoiqu'il en soit, le passage de l'éducation sanitaire à l'éducation pour la santé traduit des changements de pratiques autant qu'il illustre la capacité de la santé

⁶⁶⁴ M. Blanchet, « La médecine comme pédagogie », art cit, p. 146.

⁶⁶⁵ M.E. Vogel et S.E. Romano, « Behavioral medicine », art cit, p. 393-397.

[Traduction par mes soins] : « Knowledge is a powerful resource for patients when dealing with stress. Educational strategies focus on providing information to help the patients understand their reaction to stress so that it seems more within their control ».

⁶⁶⁶ L. Berlivet, « Naissance d'une politique symbolique », art cit, p. 101.

⁶⁶⁷ Voir entretiens, Annexe n°1.

⁶⁶⁸ Voir le travail de l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé et ses nombreux dossiers à l'attention des professionnels de la santé, par exemple : S. Broussouloux et N. Houzelle-Marchal, *Education à la santé en milieu scolaire*, Saint-Denis, INPES, 2006, 139 p.

publique à prendre en compte les critiques qui lui sont adressées et de s'approprier les valeurs dominantes d'une société pour légitimer ses actions. Le travail opéré par Jean-Pierre Deschamps, acteur majeur du développement de l'éducation pour la santé en France, illustre très bien cette capacité de réflexivité et d'adaptation. Prenant acte des dérives « normative[s] » et « culpabilisante[s] » dont l'éducation sanitaire se serait rendue coupable, il plaide pour une éducation pour la santé « plus communautaire » dont l'objet est le « changement social et non plus seulement un moyen de modifier des comportements » :

L'éducation pour la santé devient alors un processus à travers lequel on aide les individus et les groupes à trouver des solutions à leurs problèmes, à s'organiser pour modifier des situations sociales ou économiques dangereuses pour leur santé, là où il serait au contraire néfaste de laisser penser qu'une modification de comportements individuels résoudrait les difficultés⁶⁶⁹.

Finalement, dans ce contexte de valorisation de la liberté individuelle, l'éducation pour la santé prétend « rompre avec l'attitude dominante alors au sein de la communauté des professionnel-le-s de la santé publique qui consiste à vouloir rappeler à l'ordre les populations et les individus qui ne se conformaient pas aux impératifs de santé »⁶⁷⁰ et se détacher des pratiques « de contrôle de la pensée et de propagande »⁶⁷¹. Elle mobilise alors l'image d'un individu conscient de l'intérêt d'agir pour son bien-être, et l'appelle à agir, avec l'aide des acteurs de la santé publique, afin de se libérer des contraintes qui pèsent sur lui. Le renversement de perspective opéré par l'éducation pour la santé grâce au soutien des sciences psychosociales est une véritable prouesse, tant il fait intervenir des raisonnements à priori opposés : la santé publique, à travers cet instrument privilégié qu'est l'éducation pour la santé, n'est pas une entreprise de contrôle, mais un vecteur de libération, d'autonomisation et de responsabilisation.

⁶⁶⁹ J.-P. Deschamps, « Porter un regard nouveau sur l'éducation pour la santé », *Environnement et santé publique-La revue du praticien*, février 1984, vol. 34, n° 11, p. 496.

⁶⁷⁰ M. Drulhe, F. Sicot et Collectif, *La santé à coeur ouvert*, op. cit., p. 58.

⁶⁷¹ S.C. Gouvernement du Canada, *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens (rapport Lalonde)*, op. cit., p. 38.

Le passage de l'éducation sanitaire à l'éducation pour la santé se présente donc comme un cas exemplaire de transformation de l'action publique qui passe en particulier par une dénonciation des pratiques passées :

L'éducation sanitaire c'était des tracts, on dirait des flyers aujourd'hui, c'était de passer des films et de coller des affiches. A l'époque il n'y avait aucune réflexion sur qu'est-ce qu'attendent les gens, de quoi ont-ils besoin, [...] on arrive et on leur plaque un truc qu'il n'ont pas demandé, qui leur apparaît complètement décalé de leurs vies... qui n'a finalement certainement aucun effet. [...] à l'époque [...] c'était une vue de la pédagogie dans son ensemble qui était extrêmement directive, unilatérale et qui était une transmission de savoir avec l'idée implicite ou explicite que si les gens savaient ils changeraient leurs comportements. Ce qui n'a jamais été démontré. Il n'y a aucune étude scientifique. A l'époque il n'y avait aucune d'ailleurs recherche dans ce domaine⁶⁷².

L'éducation sanitaire devient « ce qui se faisait avant », lorsqu'on se trompait de pratique ; l'éducation pour la santé ce qu'il « faut » faire, ce qu'il est « bien » de faire, et ce qui fonctionne. Cette dimension double – d'ordre morale d'une part et d'efficacité d'autre part – est donc au cœur du processus de délégitimation/relégitimation de cette stratégie d'action publique visant à modifier les comportements individuels de santé.

⁶⁷² Entretien interviewé(e) n°4, Annexe n° 1.4.

Chapitre 5. La promotion de la santé comme remise en cause des approches individuelles : l'impossibilité de la santé publique contemporaine à trancher

L'histoire de l'adoption de l'éducation pour la santé, si elle met au jour un premier processus de mise en question et de remise en sens des pratiques de la santé publique, ne permet pas d'embrasser toutes les subtilités et les conflits qui traversent l'action publique sanitaire. Si reconnaissance croissante de la nécessité d'appréhender l'individu dans sa complexité (sociale et cognitive) il y a, les mesures qui en découlent restent des mesures individuelles. L'épidémiologie, de même que les sciences psychosociales, réinsèrent les questions sanitaires dans leur dimension collective et sociale, mais soutiennent en même temps cette tendance à penser le collectif vers l'individuel.

L'analyse de l'évolution de cette stratégie d'action encore mal définie qu'est la promotion de la santé offre en revanche un éclairage nouveau. Dès le début des années 1980, et malgré les « progrès » des sciences psychosociales, un certain nombre d'acteurs formulent un discours visant à remettre plus directement en cause les mesures visant les individus, même si celles-ci tentent de prendre en compte les dimensions environnementales dans leurs actions. Au nom d'une lutte contre les inégalités (sociales) de santé, ils prônent la nécessité d'intervenir, au contraire, sur les environnements.

Le champ de la santé publique est finalement traversé par des compétitions entre des groupes d'acteurs qui défendent des visions différentes des problèmes de santé et des moyens d'y parvenir. Ces jeux (d'acteurs et d'idées) traduisent une tension insolvable. D'un côté, il n'est pas possible de faire l'impasse de la reconnaissance d'un certain degré d'autonomie et de capacité d'agir des individus. En même temps, au nom de la lutte contre des inégalités de santé perçues comme le résultat de l'environnement social, il faut dénoncer les limites de cette même capacité d'agir et déplacer la responsabilité de l'individu à la collectivité. Cette tension est, *in fine*, caractéristique des actions de la santé publique contemporaine et de l'exercice compliqué auquel elle se

soumet : celui d'articuler des registres de légitimation différents, qui parfois même s'opposent. Ainsi émerge une solution « hybride » qui tente de combiner mesures individuelles et mesures collectives.

5.1. La remise en cause de la capacité individuelle à agir

La promotion de la santé, nous l'avons vu, est un terme qui apparaît pour la première fois en 1974 dans un rapport gouvernemental revendiquant une « nouvelle » manière de faire de la santé publique. Jusqu'ici, nous avons considéré ses conséquences immédiates sur l'action publique : celle de la réactivation des campagnes d'éducation sanitaire ou, pour être plus précis maintenant, de l'émergence d'une éducation pour la santé respectueuse des libertés individuelles et levier de la « capacité d'agir » des individus.

Pour aller plus loin dans l'analyse, il faut déplacer le regard porté sur l'action publique pour identifier les controverses qui entourent le recours à l'éducation pour la santé, et qui mèneront au milieu des années 1980 à l'affirmation d'une nouvelle stratégie d'action publique appelée promotion de la santé. En effet, malgré le succès du rapport Lalonde auprès des gouvernants, ses conséquences sur l'action publique sanitaire sont loin de faire l'unanimité au sein de l'univers de la recherche et plus largement parmi les professionnels de la santé publique.

Une controverse émerge quant à la place accordée aux comportements individuels. L'enjeu se situe à nouveau sur le terrain de la science : il faut « démontrer » que l'environnement est un facteur plus puissant dans la détermination de la santé des individus pour pouvoir délégitimer les approches visant les individus. Un domaine de recherche se révèle alors particulièrement favorable à ce travail : celui des inégalités (sociales) de santé. La mise au jour de la prévalence des comportements dits « à risque » dans les populations les plus défavorisées permet de remettre en cause la capacité à agir des individus et, ce faisant, la légitimité des approches individuelles dont l'éducation pour la santé fait partie.

5.1.1 Naissance d'une controverse autour de la responsabilité individuelle : quand la question des inégalités (de santé) refait surface

Nous proposons ici une autre lecture de l'émergence de cette « nouvelle » stratégie d'action appelée promotion de la santé : loin de constituer un mouvement homogène, elle est au croisement de conceptions différentes. En effet, la réception du rapport Lalonde dans le champ de la santé publique se révèle plus nuancée⁶⁷³ que celle notée pour les gouvernements occidentaux. Des critiques sont portées par des chercheurs et des professionnels de la santé publique qui sont, parfois même, membres de la Direction de la Promotion de la Santé canadienne⁶⁷⁴ comme en 1981, lors de la première conférence canadienne sur la promotion de la santé⁶⁷⁵. Plusieurs points doivent alors être élucidés : les « croyances » de ces acteurs, qui les distingueraient de celles des tenants de l'éducation pour la santé, mais aussi et surtout les conditions qui les rendent possible et qui donnent à ce groupe un poids croissant (qui conduira plus tard à l'adoption de la promotion de la santé comme stratégie d'action publique à part entière).

Ce qui réunit tout d'abord ces acteurs, ce sont les critiques qu'ils formulent à propos de l'accent mis sur la responsabilité individuelle via la notion de « style de vie »⁶⁷⁶ mobilisée dans le rapport Lalonde. Plutôt qu'un débat sur les valeurs, les arguments mobilisés se concentrent sur la place à accorder à cet autre facteur qu'est l'« environnement ». En 1978, lors d'une rencontre organisée par l'*Alberta Public Health Association* (APHA), Hill remet en cause la distinction opérée entre le « style de vie » et l'« environnement »⁶⁷⁷. En 1985,

⁶⁷³ T. Hancock, « Lalonde and beyond », art cit, p. 96.

⁶⁷⁴ L. Pinder, « Le rôle du gouvernement fédéral en promotion de la santé: une éclipse partielle? », art cit, p. 120-121.

⁶⁷⁵ R. Labonté et S. Penfold, « Canadian perspectives in health promotion. A critique », *Health Education*, vol. 19, n° 3-4, p. 4-10.

⁶⁷⁶ T. Hancock, « Lalonde and beyond », art cit, p. 98.

⁶⁷⁷ G. B. Hill, « Preventive Strategy and the Problems of Intervention », *Canadian Journal of Public Health / Revue Canadienne de Santé'e Publique*, 1 mai 1978, vol. 69, n° 3, p. 191-196.

Buck, dénonçant l'incapacité du rapport et des politiques à prendre en compte cette dimension, situe l'environnement comme le facteur « le plus important » parmi ceux identifiés par Lalonde : « si l'environnement est mauvais, les éléments de la biologie humaine, des styles de vie et de l'organisation des services de santé seront mauvais aussi »⁶⁷⁸. Le renversement de perspective est remarquable : là où certains mettent l'accent sur les comportements individuels comme déterminant principal de l'état de santé des individus, d'autres insistent sur la prédominance des facteurs environnementaux. On se trouve bien face à deux « cadres d'interprétation du monde »⁶⁷⁹ différents.

L'enjeu est d'autant plus fort que du choix explicatif dépend l'imputation de la responsabilité – individuelle ou collective – et, *in fine*, les mesures qui pourront être justifiées. S'arrêter à la reconnaissance de l'influence des comportements individuels ou « styles de vie » sur la formation de l'état de santé des individus tend à défendre des actions les ciblant directement. L'éducation pour la santé est alors la solution jugée la plus pertinente à cet égard. Considérer l'environnement (économique, social, culturel, etc.) comme étant à l'origine des « habitudes » de vie des individus permet en revanche de justifier une action « collective ».

Le travail de sens qu'opèrent les tenants de cette approche environnementale trouve un terrain d'application privilégié : la réémergence des études sur les inégalités de santé. On se trouve à nouveau face à un cas exceptionnel d'enchevêtrement d'histoires, et des univers de sens qu'elles portent. Nous avons beaucoup insisté sur la réactivation des valeurs libérales suite aux mouvements sociaux des années 1970, mais une autre conséquence doit être soulignée : la (ré) émergence des réflexions autour de la « justice sociale ». Dès les années 1960, les programmes de lutte contre la pauvreté aux Etats-

⁶⁷⁸ C. Buck, « Beyond Lalonde—Creating health », *Canadian journal of public health. Revue canadienne de santé publique*, 1986, 76 Suppl 1, p. 444.

[Traduction par mes soins] : “If the Environment is wrong, the elements of Human Biology, Lifestyle and Health Care Organization will be wrong also”.

⁶⁷⁹ P. Muller, « L'analyse cognitive des politiques publiques », art cit, p. 189.

Unis sont questionnés⁶⁸⁰. On doit également citer la publication en 1971 d'« une des œuvres les plus importantes du XX^e siècle »⁶⁸¹, l'ouvrage de John Rawls intitulé *Théorie de la justice*⁶⁸², qui alimentera par la suite « toutes les réflexions sur la justice sociale »⁶⁸³, notamment les travaux de l'économiste Amartya Sen⁶⁸⁴.

Dans ce contexte, la santé publique renoue aussi avec les questions « sociales ». Une des manifestations les plus fortes de cette tendance se trouve dans la santé communautaire qui, dans son « courant [le] plus critique »⁶⁸⁵, se donne pour objectif de favoriser le « progrès social »⁶⁸⁶, la « justice sociale »⁶⁸⁷. Sa cible privilégiée sont les personnes « défavorisées, les groupes marginalisés, tout comme les populations à risque, dont notamment les personnes à faible revenu, les itinérants, les personnes victimes de violence, les enfants issus de milieu social défavorisées, les personnes homosexuelles,

⁶⁸⁰ *Développement du pouvoir d'agir des personnes et des collectivités (empowerment) et pratiques sociales. Une approche susceptible de contribuer à une dynamique de développement durable* | Collectif Pouvoir d'agir, <http://www.pouvoiragir.fr/2014/05/05/developpement-du-pouvoir-dagir-des-personnes-et-des-collectivites-empowerment-et-pratiques-sociales-une-approche-susceptible-de-contribuer-a-une-dynamique-de-developpement-durable/>, (consulté le 18 février 2016).

⁶⁸¹ A. Boyer, « John Rawls (1921-2002) », *Hermès, La Revue*, 1 avril 2003, n° 36, p. 207.

⁶⁸² J. Rawls, *A theory of justice*, Cambridge, MA, Belknap Press of Harvard University Press, 1971.

⁶⁸³ J-F. Spitz, « John Rawls et la question de la justice sociale », *Études*, 11 janvier 2011, Tome 414, n° 1, p. 55.

⁶⁸⁴ Amartya Sen reçoit le prix Nobel d'économie en 1998. Il enseigne notamment à Harvard. Il a publié de nombreux ouvrages et articles. Les exemples suivant illustrent les thèmes centraux de ses recherches (la question de la pauvreté, des inégalités et de la justice sociale) : A. K. Sen, *The Idea of Justice*, s.l., Harvard University Press, 2009, 497 p ; A. K. Sen, « Poverty: An Ordinal Approach to Measurement », *Econometrica*, 1976, vol. 44, n° 2, p. 219-231 ; A. K. Sen, *Poverty and Famines*, s.l., Oxford University Press, 1983 ; A. K. Sen, « Poor, Relatively Speaking », *Oxford Economic Papers*, 1983, vol. 35, n° 2, p. 153-169 ; A. K. Sen, *Inequality Reexamined*, s.l., Oxford University Press, 1995.

Les travaux d'Amartya Sen recevront un écho très favorable dans le domaine du développement international. Son influence sur l'approche en termes de « développement humain » du Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) a été analysée par : E. Bénicourt, « Les analyses du PNUD et de la Banque Mondiale sur la pauvreté et le développement : la place d'Amartya Sen: Thèse soutenue à l'EHESS, Paris, le 13 décembre 2005. Directeur de la thèse : Juan Carlos Garavaglia. Membres du Jury : Rémy Herrera, Nathalie Sigot, Bruno Lautier, Christian Comelieu », *Nuevo mundo mundos nuevos*, 14 septembre 2007.

⁶⁸⁵ M. Murray, « Psychologie communautaire de la santé, arts et changement social. Panorama dans le monde anglo-saxon », art cit, p. 420.

⁶⁸⁶ T. Saïas, « Cadre et concepts-clés de la psychologie communautaire », art cit, p. 8 et 14.

⁶⁸⁷ I. Marcoux, H. Angelique et M.R. Culley, « La psychologie communautaire en Amérique du Nord », art cit, p. 19.

les autochtones, les personnes suicidaires, etc. »⁶⁸⁸. La santé publique, à travers l'approche communautaire, retrouve la question des « populations socialement vulnérables »⁶⁸⁹.

La question des inégalités de santé vient renforcer cette dynamique. La publication en 1980 en Angleterre du rapport Black par le *Department of Health and Social Security*⁶⁹⁰ constitue un événement marquant de cette histoire. Il faut entrer dans le contenu de ce document pour en comprendre l'impact. En soit, la question des inégalités de santé n'est pas nouvelle : ce pays a en fait une longue tradition d'étude dans ce domaine, rendue notamment possible par la récolte et la comparaison des indicateurs de santé par classes sociales⁶⁹¹. Il est d'ailleurs amusant de noter que la référence aux hygiénistes des premières heures sert de registre de légitimation, puisque Macintyre cite les études d'Edwin Chadwick⁶⁹² (*Report on an Enquiry into the Sanitary Conditions of the Labouring Population*⁶⁹³). L'hygiénisme sert donc tantôt à rejeter et critiquer des pratiques – une éducation sanitaire « paternaliste » et « moralisatrice » – tantôt à valoriser une approche « sociale » des questions sanitaires.

L'originalité du rapport Black réside plutôt dans la mise en avant de la persistance voire de l'augmentation des inégalités de santé dans le temps : ce constat est perçu comme un « paradoxe », puisque le « renforcement de l'Etat providence » devait amener à une plus grande égalité notamment dans le

⁶⁸⁸ *Ibid.*, p. 22.

⁶⁸⁹ T. Saïas, « Cadre et concepts-clés de la psychologie communautaire », art cit, p. 8.

⁶⁹⁰ Department of Health and Social Security, *Inequalities in health: report of a research working group (The Black Report)*, London, DHSS, 1980.

Pour une présentation du rapport, voir: A. M. Gray, « Inequalities in health. The Black Report: a summary and comment », *International Journal of Health Services: Planning, Administration, Evaluation*, 1982, vol. 12, n° 3, p. 349-380 ; P. Townsend et N. Davidson, *Inequalities in Health: Black Report*, Harmondsworth, Middlesex, England; New York, N.Y., Penguin Books Ltd, 1982, 240 p.

⁶⁹¹ S. Macintyre, « The black report and beyond what are the issues? », *Social Science & Medicine*, 1997, vol. 44, n° 6, p. 723-726.

⁶⁹² *Ibid.*, p. 723.

⁶⁹³ E. Chadwick, Great Britain. Home Office et Great Britain. Poor Law Commissioners, *Report on the sanitary conditions of the labouring population of Great Britain. A supplementary report on the results of a special inquiry into the practice of interment in towns. Made at the request of Her Majesty's principal secretary of state for the Home department*, s.l., London, Printed by W. Clowes and sons for H. M. Stationery off., 1843, 304 p.

domaine de la santé⁶⁹⁴. On se trouve (à nouveau) face à une remise en cause générale de l'« efficacité » de l'Etat-Providence.

Les débats qui s'ouvrent autour de la question des inégalités de santé sont nombreux, mais le plus important d'entre eux concerne leurs origines. Les *Whitehall studies*⁶⁹⁵, menées par des chercheurs anglo-saxons sur la morbidité et la mortalité de fonctionnaires britanniques, montrent l'existence d'un « gradient social » de la santé qui suppose de remettre en cause le rôle du statut socio-économique dans l'explication de ces différents états de santé, « puisque les fonctionnaires appartiennent tous à une classe sociale élevée »⁶⁹⁶. L'enjeu là encore est important, car cette « découverte » pourrait orienter l'action publique dans un nouveau sens : non seulement il s'agirait d'agir sur d'autres facteurs (mais lesquels ?), mais la lutte contre les inégalités de santé ne serait plus seulement orientée vers les plus « pauvres »⁶⁹⁷, vers « le bas de l'échelle sociale »⁶⁹⁸, pour concerner toute la population. Ce faisant, elle offrirait à la santé publique un champ d'action bien plus étendu.

Surtout, la résolution de cette question des origines des inégalités de santé permettrait de clôturer les débats autour de la responsabilité, c'est-à-dire de la place à accorder aux comportements individuels. Deux interprétations sont en effet possibles : soit ces gradients sociaux de santé sont exclusivement dus à ces comportements jugés néfastes pour la santé (fumer par exemple), soit ils suivent eux-mêmes un gradient social, constat qui inviterait à interroger plutôt les raisons de la prévalence de ces comportements au sein des classes plus

⁶⁹⁴ L. Rochaix et S. Tubeuf, « Mesures de l'équité en santé », *Revue économique*, 30 mars 2009, Vol. 60, n° 2, p. 337.

⁶⁹⁵ Pour une présentation des études et une liste des publications qui en sont issues, voir : <http://unhealthywork.org/classic-studies/the-whitehall-study/> ; *Whitehall I* « Heart Attack Prevention », <http://www.epi.umn.edu/cvdepi/study-synopsis/whitehall-i/>, (consulté le 18 février 2016). ; M.G. Marmot et al., « Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study », *The Lancet*, juin 1991, vol. 337, n° 8754, p. 1387-1393.

⁶⁹⁶ M.-P. Pomey, « Les déterminants de la santé » dans *Santé publique*, Paris, Ellipses Marketing, 2000, p. 54.

⁶⁹⁷ J.-L. Salomez, « Inégalités sociales de santé : une longue histoire », *Contact santé (collection 1985-2013)*, 2010, n° N°231, p. 46-49.

⁶⁹⁸ D. Fassin, « Les inégalités de santé » dans *Santé publique : l'état des savoirs*, Paris, La Découverte, 2010, p. 414.

défavorisées⁶⁹⁹. Si le rapport Black choisit cette dernière explication et une approche plus « environnementale » pour lutter contre les inégalités de santé⁷⁰⁰, c'est sur le terrain de la « science » que se jouent les efforts visant à trancher ce débat.

5.1.2. La « preuve » de la persistance des inégalités de santé

Pour confirmer la persistance des inégalités et l'existence d'un gradient social, l'épidémiologie est mobilisée pour apporter cette quête de « preuves » scientifiques. La santé publique, si elle est en mutation, ne renonce pas pour autant à ses fondements : l'épidémiologie, parce qu'elle permet de quantifier les faits (sociaux), reste un levier puissant de légitimation de la santé publique. Dans le cas des inégalités de santé, l'enjeu est d'établir « des corrélations entre deux types de variables, celles qui caractérisent les inégalités sociales et celles qui décrivent l'état de santé ». Traditionnellement, les études se sont appuyées sur la comparaison entre « indicateurs de mortalité ou de morbidité des différentes catégories socioprofessionnelles »⁷⁰¹, ces données étant alors considérées comme « les plus robustes et les plus comparables »⁷⁰².

Mais les études *Whitehall* ont désormais montré que le statut socioéconomique n'était pas toujours pertinent pour déceler l'existence de gradients sociaux de santé. De plus, tous les pays n'ont pas recours aux mêmes indicateurs. Ainsi, alors qu'en Angleterre mais aussi en France, par le travail statistique de l'INSEE⁷⁰³, c'est l'indicateur « catégories socioprofessionnelles » (*occupational class classifications*) qui est traditionnellement utilisé, celui-ci n'existe pas aux Etats-Unis ou aux Pays-Bas, qui lui substituent l'éducation⁷⁰⁴.

⁶⁹⁹ S. Macintyre, « The black report and beyond what are the issues? », art cit, p. 728.

⁷⁰⁰ *Ibid.*, p. 729.

⁷⁰¹ L. Rochaix et S. Tubeuf, « Mesures de l'équité en santé », art cit, p. 333.

⁷⁰² D. Fassin, « Les inégalités de santé », art cit, p. 414.

⁷⁰³ *Ibid.*

⁷⁰⁴ S. Macintyre, « The black report and beyond what are the issues? », art cit, p. 732.

Le regain d'intérêt pour la question des inégalités de santé conduit à un foisonnement d'études et à une démultiplication sans précédent des indicateurs mobilisés pour étudier la santé des populations. On peut citer le recours à des mesures fondées sur les actifs (*asset-based measures*), par exemple le revenu⁷⁰⁵, utilisés « soit comme des alternatives à, soit en liaison avec d'autres indicateurs de stratification sociale comme le statut professionnel, le lieu de résidence ou la catégorie d'emploi dans le service public »⁷⁰⁶. Des analyses dites « spatiales »⁷⁰⁷, pour lesquels des indices comme le taux de chômage ou le nombre de ménages sans voiture sont mobilisés, sont également menées.

Les indicateurs de mesure de l'état de santé des individus peuvent aussi être multipliés. Celui de la mortalité peut par exemple être remplacé par celui d'« espérance de vie en bonne santé », qui permet de montrer que non seulement les individus défavorisés vivent moins longtemps, mais qu'en plus ils sont en moins bonne santé, et que les écarts entre les groupes sont à ce titre encore plus importants⁷⁰⁸. Enfin, grâce aux études dites « écologiques », l'épidémiologie peut mettre au jour l'existence de « corrélations très significatives entre les indicateurs de mortalité et les caractéristiques socio-économiques des territoires quelque soit le pays ou l'échelle adoptée, intercommunalités, cantons, départements ou régions »⁷⁰⁹.

Le recours à l'épidémiologie dans l'étude des inégalités de santé vise un objectif clair : en montrant que « quelques soient les indicateurs de santé considérés (mortalité, morbidité, incapacités, santé perçue ou qualité de vie) apparaissent d'importants gradients selon, notamment, les milieux sociaux, la profession, le niveau d'études, le niveau de revenu des ménages »⁷¹⁰ ; elle consolide les connaissances quant aux inégalités de santé et montre surtout

⁷⁰⁵ L. Rochaix et S. Tubeuf, « Mesures de l'équité en santé », art cit, p. 334.

⁷⁰⁶ S. Macintyre, « The black report and beyond what are the issues? », art cit, p. 732.

⁷⁰⁷ J.-L. Salomez, « Inégalités sociales de santé », art cit, p. 46-49.

⁷⁰⁸ S. Macintyre, « The black report and beyond what are the issues? », art cit, p. 733.

⁷⁰⁹ J.-L. Salomez, « Inégalités sociales de santé », art cit, p. 46-49.

⁷¹⁰ P. Lombrail et J. Pascal, « Les inégalités sociales de santé » dans *Traité de prévention*, Paris, Flammarion Médecine-Sciences, 2009, p. 14.

que si la magnitude peut varier, leur existence est incontestable. La force de l'épidémiologie est donc de durcir les faits en accumulant les études et en multipliant les variables prises en compte dans l'équation. Par exemple, l'augmentation des inégalités dans les différents pays européens est aujourd'hui considérée comme un fait incontestable⁷¹¹ ; remettre en cause leur existence n'est plus possible.

Cela dit, l'épidémiologie reste limitée à un égard en particulier. Si elle arrive à montrer la surincidence d'une maladie (par exemple le cancer du poumon) dans une population considérée comme « défavorisée », ou bien même celle d'un « comportement à risque » (par exemple le fait de fumer), elle ne permet pas de comprendre « pourquoi » ceux-ci se retrouvent plus fréquemment parmi ces groupes⁷¹². En fait, l'épidémiologie se trouve muette quant il s'agit d'expliquer les « mécanismes par lesquels les inégalités sociales produisent des inégalités de santé » ; elle permet seulement de mettre au jour des « facteurs multiples et de nature différente, tous traités « à égalité » par des méthodes statistiques qui ne permettent pas de donner des significations aux innombrables facteurs de risque identifiés »⁷¹³.

Pour le dire autrement, reconnaître l'existence d'inégalités de santé n'induit pas forcément un schéma explicatif. En particulier, cela ne permet pas (encore) de trancher le débat entre le rôle des facteurs individuels et sociaux : les comportements individuels peuvent être considérés comme étant à l'origine de ces inégalités. Une transformation dans les modalités de production des savoirs de l'épidémiologie, et sa réappropriation par les sciences humaines et sociales, va permettre de faire pencher la balance du côté de l'explication « sociale ».

⁷¹¹ N. Black, « Health inequalities in European countries J. Fox (ed), Gower, Aldershot, 1989. No. of pages: xix + 414 », *Statistics in Medicine*, 1 juillet 1990, vol. 9, n° 7, p. 855-856 ; R. Illsley et E. Wnuk-Lipiński, *Social equity and health in non-market economies.*, Copenhagen, Denmark, WHO Regional Office for Europe, 1991, p. 833-880 p ; M. Whitehead et G. Dahlgren, « What can be done about inequalities in health? », *The Lancet*, octobre 1991, vol. 338, n° 8774, p. 1059-1063.

⁷¹² M. Goldberg et al., « Les déterminants sociaux de la santé : apports récents de l'épidémiologie sociale et des sciences sociales de la santé », *Sciences sociales et santé*, 2002, vol. 20, n° 4, p. 87.

⁷¹³ P. Lombrail et J. Pascal, « Les inégalités sociales de santé », art cit, p. 17.

5.1.3. L'épidémiologie « sociale » et les « modèles des déterminants sociaux de la santé »

L'extrême flexibilité de l'épidémiologie est encore à souligner ici. En effet, sa capacité d'adaptation est remarquable. La (re)naissance, dans les années 1980, de l'épidémiologie dite « sociale » l'illustre. Définie comme la « branche de l'épidémiologie qui étudie la distribution et les déterminants de la santé et de la maladie dans une population »⁷¹⁴, celle-ci se donne plus précisément pour rôle de « décrire les différences sociales, [de] tester des hypothèses à propos des effets sur la santé de variables sociales, [de] tester au niveau populationnel les hypothèses sur le rôle et les mécanismes de ce qui est souvent appelé « l'étiologie sociale des maladies » »⁷¹⁵.

Grâce à la modification de ses cadres d'analyse et de ses outils, cette épidémiologie « sociale » prétend se distinguer de l'épidémiologie « classique ». Sa première particularité est en effet d'abandonner le paradigme « biologique », où « la population n'est que la somme de ses individus, et les maladies sont simplement le reflet des facteurs de risque individuel » : en adoptant le paradigme « bio-psychosocial », elle considère que « chaque population a sa propre histoire et culture qui détermine comment et pourquoi les individus sont exposés à des risques individuels spécifiques ». Ce déplacement au sein de cette science qui occupe une place aussi importante dans la santé publique illustre bien le succès de ce nouveau référentiel sectoriel.

Ensuite, elle adopte une « perspective populationnelle », c'est-à-dire qu'elle considère qu'« un risque de maladie d'un individu ne peut être isolé du risque de maladie de la population à laquelle il/elle appartient ». Surtout, elle a recours à de « nouvelles approches statistiques » et, en particulier, à l'« analyse multiniveau ». Cette dimension est essentielle, car elle conduit à un changement d'interprétation :

⁷¹⁴ K. Honjo, « Social epidemiology: Definition, history, and research examples », *Environmental Health and Preventive Medicine*, septembre 2004, vol. 9, n° 5, p. 193.

⁷¹⁵ M. Goldberg et al., « Les déterminants sociaux de la santé », art cit, p. 80.

Une explication compositionnelle considère qu'un groupe est composé de différents individus, et que les différences entre ces individus justifient les différences observées entre les groupes. Par exemple, la région A a plus de résidents pauvres et une espérance de vie moyenne plus basse que la région B. Si l'on considère que les pauvres meurent plus jeunes que les riches, alors il n'est pas surprenant que la région A ait une espérance de vie moyenne inférieure. [...] La différence d'espérance de vie moyenne entre les deux groupes s'explique par un facteur individuel, la pauvreté. [...] L'explication contextuelle, quant à elle, considère que des facteurs sociaux, comme les aspects physiques et sociaux de l'environnement, influencent la santé soit en plus, soit en interaction avec les facteurs individuels. [...] L'explication contextuelle considère que les résidents de la région B ont tendance à vivre plus longtemps que ceux de la région A, indépendamment de leur statut riche ou pauvre, parce que la région B peut avoir des environnements physiques et sociaux plus favorables, comme un meilleur climat, moins de pollution, plus d'installations récréatives, ou plus de services publics, que la région A. Les caractéristiques de l'environnement physique et social dans la région B peuvent permettre aux pauvres comme aux riches une vie en santé, tandis que dans la région A, les personnes riches peuvent être en meilleure santé parce qu'elles peuvent bénéficier de leurs propriétés individuelles, alors que les pauvres auront tendance à mourir plus jeune⁷¹⁶.

On voit très bien ici le déplacement opéré : à un facteur individuel se substitue des facteurs « sociaux », en particulier « environnementaux », dans l'explication des différences de santé. Enfin, la dernière caractéristique de l'épidémiologie « sociale » est d'avoir recours à la théorie « pour construire des hypothèses et interpréter les résultats » : par exemple, choisir de « contrôler » la variable « fumer » suppose implicitement que la classe sociale a un effet direct sur les maladies du cœur congénitales indépendamment du fait de fumer⁷¹⁷. Ainsi, la force de ce nouveau courant de l'épidémiologie est bien de réintégrer dans son

⁷¹⁶ K. Honjo, « Social epidemiology », art cit, p. 195.

[Traduction par mes soins] : « A compositional explanation would assert that a group includes different types of individuals, and that the differences among those individuals account for the observed differences between group. For example, Region A has more poor residents and a lower average life expectancy compared to RegionB. Assuming that poor people die at younger ages than rich people, it is not surprising that Region A has a lower average life expectancy. [...] The variation in average life expectancy between the groups is explained by an individual factor, such as poverty. [...] Contextual explanation, on the other hand, holds that social level factors, such as features of physical and social environments, influence health either in addition to, or in interaction with, individual characteristics. [...] Contextual explanation asserts that residents in Region B tend to live longer than those in Region A, regardless of rich or poor status, because Region B might have more favorable social and physical environments, such as a more comfortable climate, less pollution, more recreation facilities, or more public services, than Region A. The features of the physical and social environments within Region B might allow both rich and poor people to enjoy healthy life, whereas in Region A, rich people could be health as they benefit from their individual property, while poor people might die young ».

⁷¹⁷ *Ibid.*, p. 194-195.

analyse des variables collectives : ce faisant, elle permet de quantifier les faits sociaux.

Ensuite, une rencontre relativement inattendue vient compléter l'œuvre de l'épidémiologie sociale. Il s'agit ici des modèles dits des « déterminants sociaux de la santé », qui peuvent être définis comme des « modèles conceptuels s'appuyant sur des théories sociales et les résultats de recherches en épidémiologie sociale »⁷¹⁸. Ils se donnent pour objectif de « mieux comprendre comment et pourquoi il existe une telle différenciation sociale des problèmes de santé [...] et d'envisager les origines de ce phénomène et les mécanismes qui les rendent possibles »⁷¹⁹.

Le terme de déterminants sociaux de la santé « n'est pas seulement d'origine épidémiologique »⁷²⁰ mais le produit des sciences humaines et sociales, et les modèles visent à proposer un schéma explicatif où « les déterminants sociaux interagissent sur l'état de santé selon un mécanisme de causalité en chaîne faisant intervenir les différents déterminants psychosociaux »⁷²¹. On doit souligner ce déplacement remarquable de la notion de « probabilité », sur laquelle repose l'épidémiologie lorsqu'elle étudie les « facteurs de risque », à celle de « causalité » promue par ces modèles⁷²². Surtout, on constate que non seulement cette science par excellence de la santé publique qu'est l'épidémiologie s'adapte, mais qu'elle s'ouvre aussi aux sciences humaines et sociales en y recourant. Cette hybridation des savoirs est un cas remarquable des effets d'un changement de paradigme qui s'illustre par la place croissante occupée par les disciplines qui s'en approchent le plus et qui ont participé à l'imposer.

Finalement, cette tentative de réintégrer le collectif conduit à un glissement majeur qui concerne la place accordée aux « comportements à risque » comme

⁷¹⁸ P. Lombrail et J. Pascal, « Les inégalités sociales de santé », art cit, p. 17.

⁷¹⁹ M. Goldberg et al., « Les déterminants sociaux de la santé », art cit, p. 87.

⁷²⁰ *Ibid.*, p. 80.

⁷²¹ P. Lombrail et J. Pascal, « Les inégalités sociales de santé », art cit, p. 17.

⁷²² F. Alla, « Les déterminants de la santé » dans *Santé publique*, Paris, Ellipses Marketing, 2000, p. 36.

facteur explicatif des problèmes de santé des populations. L'épidémiologie sociale propose en effet un modèle explicatif à l'existence d'« un gradient social de consommation de tabac, d'alcool, de drogues illicites » responsable d'une partie de la surincidence de certains cancers ou maladies cardiovasculaires dans les catégories les moins favorisées »⁷²³ :

Les comportements sanitaires [...] sont souvent modelés socialement. De nombreux comportements à risques dans les maladies chroniques, comme le fait de fumer, l'inactivité physique [...] sont plus courants dans les classes sociales basses. Même lorsqu'un individu souhaite améliorer ses comportements sanitaires, il peut s'avérer difficile de l'accomplir dans des conditions sociales défavorables. Les personnes des classes sociales basses ont tendance à rencontrer plus d'obstacles au changement de comportement du fait de leurs conditions sociales que celles des classes sociales élevées, ce qui peut entraîner des différences de santé entre les classes⁷²⁴.

Le déplacement est de taille puisque, désormais, on reconnaît que « les choix des comportements en matière de santé sont souvent dépendants de l'environnement et de la disponibilité des ressources sociales et environnementales »⁷²⁵.

L'évolution des modèles des déterminants sociaux de la santé confirme ce déplacement. On retrouve ici, paradoxalement sans doute, la « conception globale » de la santé proposée par Lalonde en 1974, qui sert à produire le premier modèle des déterminants de la santé où chacun des facteurs identifiés – habitudes de vie, biologie humaine, environnement, organisation des soins de santé – agit de manière égale sur la santé⁷²⁶. On voit bien comment une controverse peut être masquée par un processus de réappropriation qui consiste à ne retenir que ce qui entre dans le cadre d'entendement voulu : la

⁷²³ J.-L. Salomez, « Inégalités sociales de santé », art cit, p. 46-49.

⁷²⁴ K. Honjo, « Social epidemiology », art cit, p. 196.

[Traduction par mes soins] : « Health behaviors [...] often are socially patterned. Many risky health behaviors for chronic diseases, such as smoking, physical activity [...] are more prevalent in lower social class groups. Social context has a strong impact on health behaviors. Even when an individual is interested in improving her health behavior, it may be difficult to accomplish in unfavorable social conditions. People in low social classes tend to have more barriers to behavior change in their social conditions compared with those in high social classes, which might lead to differences in health status between classes ».

⁷²⁵ R. Shankar, T. Saïas et D. Friboulet, « De la prévention à la promotion de la santé : intérêt de l'approche communautaire », *Pratiques Psychologiques*, mars 2009, vol. 15, n° 1, p. 71.

⁷²⁶ Pour un exemple de modèle de déterminants sociaux de la santé, voir : Annexe n°10.

prévalence des « habitudes de vie » sur l'environnement a ainsi disparu. Les acteurs qui vont défendre une stratégie de promotion de la santé environnementale se référeront pratiquement systématiquement à ce rapport, le considérant comme un document fondamental de la reconnaissance de la prégnance des environnements sur la santé⁷²⁷.

Les modèles produits par la suite vont plus loin. Ainsi, parmi les plus connus, celui proposé en 1994 dans l'ouvrage *Why are Some People Healthy and Others Not ? The Determinants of Health of Populations*⁷²⁸ retient les déterminants suivants : l'environnement social, l'environnement physique, le système de santé, la réaction individuelle comportementale et biologique. Dahlgren et Whitehead présentent en 1991 « un modèle conceptuel des principaux déterminants des divers niveaux d'influence de la santé » (*a conceptual model of the main determinants of health-layers of influence*) reposant sur une hiérarchie allant des individus (définis par leur âge, leur sexe et leurs propriétés personnelles), des facteurs individuels de style de vie (*individual lifestyle factors*), du réseau social et communautaire (*social and community networks*), des conditions de vie et de travail (*living and working conditions*), qui incluent l'agriculture et la production alimentaire, l'éducation, l'environnement de travail, le non-emploi, l'eau et l'assainissement, les services de santé, et le logement) et enfin les conditions économiques, culturelles et environnementales générales (*general economic, cultural, and environmental conditions*)⁷²⁹. Notons que cette étude a été financée par la fondation Rockefeller.

On le voit bien, la catégorie « habitude de vie » disparaît : le comportement est considéré « comme le fruit d'une interaction entre un environnement et des caractéristiques constitutionnelles » ou plus exactement comme un « des maillons intermédiaires d'une chaîne causale allant de l'environnement social et

⁷²⁷ Entretien interviewé(e) n°2 et n°3, Annexe n° 1.2. et 1.3.

⁷²⁸ R. G. Evans, M. L. Barer et T. R. Marmor (eds.), *Why are some people healthy and others not?: the determinants of health of populations*, New York, A. de Gruyter, 1994, 378 p.

⁷²⁹ M. Whitehead, G. Dahlgren et L. Gilson, « Developing the Policy Response to Inequities in Health: A Global Perspective » dans *Challenging Inequities in Health: From Ethics to Action*, New York, Oxford University Press, 2001, p. 313-317.

physique à l'état de santé »⁷³⁰. La science fait donc de l'environnement social une des « causes profondes » des inégalités de santé⁷³¹. Ce changement de préséance est évidemment fondamental pour l'histoire de la santé publique : il participe à la remise en cause des mesures individuelles et, en particulier, de l'éducation pour la santé.

5.2. Controverses autour de la place des mesures individuelles

Aux côtés de ce débat sur les inégalités de santé, leurs origines, et la place qu'y occupent les comportements, on assiste à une remise en cause forte des mesures individuelles. Dans ce jeu, l'éducation pour la santé est évidemment une cible privilégiée. Cela dit, la santé publique doit, à nouveau, faire face à une tension : parce qu'elle ne peut totalement ignorer les valeurs d'autonomie et de liberté individuelle, au risque d'être accusée de tomber dans le « déterminisme », elle choisit de composer avec ces registres de légitimité. Les tenants de la promotion de la santé s'orientent alors vers une solution « hybride » : ravalier l'éducation pour la santé au rang d'outil parmi d'autres de la promotion de la santé, c'est-à-dire composer mesures individuelles et mesures environnementales. On se trouve plus que jamais face à une complexification des enjeux, une multiplication des acteurs qui participent à définir les contours de l'action, et finalement une multiplication des registres de légitimation et une complexification des stratégies d'action publique.

5.2.3. La remise en cause des approches individuelles : l'éducation pour la santé au centre des critiques

La multiplication des études visant à mettre au jour le rôle des facteurs « sociaux » dans les inégalités de santé s'accompagne d'une remise en

⁷³⁰ F. Alla, « Les déterminants de la santé », art cit, p. 36-37.

⁷³¹ M. Whitehead, G. Dahlgren et L. Gilson, « Developing the Policy Response to Inequities in Health: A Global Perspective », art cit, p. 313.

question croissante des mesures individuelles prônées par la santé publique. On lui reproche d'avoir « trop longtemps mis l'accent sur la modification des comportements individuels souhaités, là où les problèmes de santé avaient une dimension profondément culturelle et sociale »⁷³². La santé publique, et en particulier l'éducation pour la santé, sont accusées de « masquer le rôle de facteurs structurels (pauvreté, conditions de logement, de travail) » et même de « reproduire ainsi des injustices ». Les critiques à l'encontre des approches informatives illustrent bien ce registre de dénonciation : parce que « les sous-groupes sociaux qui ont une moins bonne réceptivité aux messages de prévention sont principalement les groupes socioéconomiquement défavorisés et les groupes marginaux et déviants qui sont en moins bonne santé et qui n'ont déjà qu'un accès limité à de meilleures conditions de vie »⁷³³, l'éducation pour la santé a tendance à accroître les inégalités. L'argument est évidemment très puissant.

Surtout, l'éducation pour la santé est accusée, à nouveau... de stigmatiser les populations⁷³⁴ : en réduisant les inégalités sociales de santé aux seuls comportements individuels, en ignorant « l'origine de ces difficultés »⁷³⁵ rencontrées par les individus pour changer de comportement, elle conduirait à la « culpabilisation des patients souffrant de la pathologie visée », et à la « stigmatisation des personnes qui ne suivent pas les recommandations voire qui sont malades »⁷³⁶. L'appel de l'éducation pour la santé à l'autonomie devient son défaut : en poussant le « citoyen » à « mettre l'ensemble de ses ressources personnelles au service de son salut sanitaire »⁷³⁷, elle se rend à

⁷³² J.-P. Deschamps, Comité Français d'Education pour la Santé. (C.F.E.S.). Vanves. FRA et Centre de Médecine Préventive. (C.M.P.). Vandoeuvre les Nancy. FRA / com., « Analyse des besoins de santé et éducation pour la santé. », s.l., 1985 ; cité par: J.-C. Manderscheid, « Modèles et principes en éducation pour la santé », art cit, p. 91.

⁷³³ R. Massé, « De la responsabilité paternaliste de l'Etat à la responsabilité individuelle: les enjeux éthiques de la santé publique » dans *De la responsabilité. Ethique et politique*, Montréal, Liber, 255, apr. J.-C. p. 257.

⁷³⁴ J.-L. Salomez, « Inégalités sociales de santé », art cit, p. 46-49.

⁷³⁵ L. Berlivet, « Déchiffrer la maladie », art cit, p. 101-102.

⁷³⁶ S. Tessier, J.-B. Andreys et M.-A. Ribeiro, *Santé publique, santé communautaire*, op. cit., p. 103.

⁷³⁷ R. Massé, « De la responsabilité paternaliste de l'Etat à la responsabilité individuelle: les enjeux éthiques de la santé publique », art cit, p. 256.

nouveau coupable de dérives à son encontre. Le paradoxe est évidemment saisissant.

Le registre de dénonciation le plus souvent mobilisé pour dénoncer l'éducation pour la santé concerne le « blâme de la victime » (*victim blaming*). Expression développée par William Rayn⁷³⁸ en 1971 pour critiquer les politiques de lutte contre la pauvreté menées aux Etats-Unis, elle est réutilisée dans le champ de la santé publique pour dénoncer les valeurs de responsabilité auxquelles l'éducation pour la santé a recours : en rendant « responsables et coupables de leur état de santé des personnes dont les conduites, y compris les comportements à risque » sont considérés comme à l'origine des mauvais états de santé des individus, l'éducation pour la santé serait l'outil privilégié de cette « politique du blâme »⁷³⁹. Le succès de cette notion est tel qu'elle est encore aujourd'hui mobilisée par les tenants de la promotion de la santé pour dénoncer les dérives de l'éducation pour la santé :

Est-ce qu'on peut continuer de répéter aux gens ce qu'on doit faire alors qu'on sait très bien qu'ils ne sont pas dans les conditions pour répondre à ces injonctions-là? Dire aux gens de manger des fruits et des légumes quand les fruits et légumes coûtent une fortune et qu'ils sont pauvres, ça ne marche pas. Quand on fait ça, on fait ce que vous avez probablement lu dans la littérature, c'est ce qu'on désigne par du *victim blaming*⁷⁴⁰.

La problématique sous-jacente est bien la suivante : si l'état de santé des populations relève de facteurs sociaux et environnementaux, ne serait-il pas injuste de faire porter la responsabilité sur le seul individu victime ? La santé publique est accusée d'identifier les « faux » responsables : « ce n'est donc pas aux pouvoirs publics et aux compagnies qu'on a demandé de changer d'attitudes et de comportements, mais aux malades »⁷⁴¹. Le déplacement d'une responsabilité individuelle à une responsabilité collective est rendu possible.

⁷³⁸ W. Ryan, *Blaming the Victim*, s.l., Knopf Doubleday Publishing Group, 2010, 369 p.

⁷³⁹ M. Drulhe, F. Sicot et Collectif, *La santé à coeur ouvert*, op. cit., p. 58.

⁷⁴⁰ Entretien interviewé(e) n°3, Annexe n° 1.3.

⁷⁴¹ M. Marzouki, « Mondialisation, santé et droits de l'homme au Sud et au Nord », *Santé Publique*, 1 septembre 2003, Vol. 15, n° 3, p. 287.

Ce changement d'interprétation est aussi le lieu d'une remise en cause des positions occupées par les disciplines – et les acteurs qui les portent – qui servent de ressource aux discours et aux pratiques de la santé publique :

Quand on regarde la santé publique et tout ce qui s'appelle maladies chroniques, les disciplines qui régnaient encore récemment, c'était la psychologie. L'éducation à la santé c'était beaucoup des psychologues qui étaient, et les psychologues ont ce biais très très individus⁷⁴².

La psychologie et les psychologues se trouvent donc progressivement concurrencés, et détrônés, par la sociologie (de la santé) et les sociologues dans la hiérarchie des savoirs et des professions susceptibles d'orienter l'action publique sanitaire. Cela dit, la santé publique, nous l'avons déjà souligné à plusieurs reprises, se donne pour objectif l'action :

Mais les sociologues eux leur problème c'est qu'ils ne s'intéressent pas vraiment à l'action, ils s'intéressent à décrire le problème, la complexité, et à la fin ils nous disent « c'est compliqué, c'est super compliqué ». Alors oui c'est compliqué, mais là nous on va dire « bah on va faire quelque chose » et là on se fait prendre pour des naïfs. Et on est des grands naïfs ! [...] La santé publique c'est une discipline, on veut de l'action. Ce qui fonde notre projet, c'est un projet de changement, de modification, de changement de société⁷⁴³.

Si on est bien face à un déplacement du cadre cognitif de cette action publique sanitaire – les problèmes de santé ne relèvent pas des comportements individuels mais des environnements – les acteurs de la santé publique développent aussi un discours normatif : il ne faut pas (seulement) éduquer les individus, mais modifier le collectif pour améliorer l'état de santé des populations. C'est la naissance de la promotion de la santé comme stratégie d'action.

⁷⁴² Entretien interviewé(e) n°3, Annexe n°1.3.

⁷⁴³ Entretien interviewé(e) n°3, Annexe n°1.3.

5.2.4. La promotion de la santé : vers un (difficile) compromis entre mesures individuelles et mesures environnementales

La promotion de la santé naît de cette remise en cause de l'éducation pour la santé :

Comment on en est arrivé à la promotion pour la santé ? D'abord en récusant un certain nombre de pratiques antérieures, l'éducation sanitaire de grand papa, le maître d'école qui fait un cours d'éducation pour la santé [...] ⁷⁴⁴.

Cet extrait annonce la position ambiguë qu'entretient la promotion de la santé avec l'éducation pour la santé. Il lui faut dénoncer les pratiques antérieures pour justifier un changement d'approche. La promotion de la santé est présentée comme une évolution nécessaire face aux « échecs » de l'éducation pour la santé. A propos de la lutte contre le VIH/Sida, un de nos interlocuteurs raconte comment l'éducation pour la santé représentait une impasse :

Il fallait changer les normes sociales, vous ne pouviez pas seulement dire aux gens de modifier leurs comportements. Les personnes disaient des choses comme « il est très facile d'amener les homosexuels à ne pas avoir de rapport sexuel ». [...] Mais cela revient exactement au même que si vous essayiez d'empêcher les hétérosexuels d'avoir des rapports sexuels ! Il est donc devenu clair qu'on ne parlait pas ici de simple communication, même si rien n'est jamais simple avec la communication. Il s'agissait plutôt de se tourner vers les politiques publiques, il fallait dépasser les résistances, la réduction des risques était importante, des mesures d'offre et de demande, les populations affectées, les parties prenantes, toutes ces choses étaient vraiment des points de départ fondamentaux ⁷⁴⁵.

Il semble donc que la promotion de la santé, pour exister, doive se positionner sinon contre, du moins au-delà de l'éducation pour la santé en affirmant que

⁷⁴⁴ Entretien interviewé(e) n°4, Annexe n° 1.4.

⁷⁴⁵ Entretien interviewé(e) n°1, Annexe n° 1.1.

[Traduction par mes soins] : « It was not enough to tell people to change their behaviors. [...] you had to change social norms, you couldn't just tell people to change their behaviors. People were saying thing like "it is really easy to get gay men to stop having sex". [...] But it is exactly the same way as if you were trying heterosexual to stop having sex! So it became clear that we were not talking here about simple communications although nothing about communication is simple. It was more that you had to look at public policy, you had to overcome the resistance, harm reduction was important, demand and supply measures that you had to bring in, the affected populations, stakeholders, all of those things were really dramatic departures. And they became possible only because there were this big scares going around ».

« travailler seulement à changer les modes de vie individuels » ne peut plus être « une option viable »⁷⁴⁶.

La promotion de la santé doit alors se présenter comme une solution permettant de dépasser ces limites. Elle opère un déplacement en proposant de s'adresser au collectif : puisqu'il faut reconnaître que la santé des individus n'est pas « le résultat de comportements individuels mais de déterminants, évidemment génétiques, mais économiques, politiques et sociaux », elle affirme donc qu'il faut s'attaquer « aux politiques publiques »⁷⁴⁷. A l'éducation pour la santé « traditionnelle et individualiste », elle défend une « orientation plus écologique et demandant des interventions à plusieurs niveaux »⁷⁴⁸ afin de s'attaquer à « l'environnement qui [...] conditionne [les comportements individuels] largement (environnemental physique et social) »⁷⁴⁹ plutôt que des interventions qui se cantonnent à « viser les individus »⁷⁵⁰. D'un « projet individuel », la promotion de la santé fait basculer la santé publique vers un « projet de société »⁷⁵¹ : « créer des environnements favorables », tel est désormais son créneau⁷⁵².

Le changement de responsabilité (individuelle ou collective) sert à justifier le changement d'action (vers l'individu ou le collectif) :

[...] Il n'y a pas que la nocivité du tabac, il y a la nocivité de l'industrie du tabac ! Et ça ce n'est pas de l'éducation pour la santé, c'est aussi de la politique je dirais publique. Le bannissement de la publicité, la dénormalisation du tabac, la législation, l'augmentation des taxes, tout ça c'est une chaîne. Et la promotion de la santé c'est ça : c'est une chaîne d'actions concomitantes qui font que

⁷⁴⁶ M. O'Neill et A. Stirling, « Travailler à promouvoir la santé ou travailler en promotion de la santé? » dans *Promotion de la santé au Canada et au Québec, perspectives critiques*, Québec, Presses Université Laval, 2006, p. 47.

⁷⁴⁷ Entretien interviewé(e) n°2, Annexe n° 1.2.

⁷⁴⁸ M. O'Neill et A. Stirling, « Travailler à promouvoir la santé ou travailler en promotion de la santé? », art cit, p. 47.

⁷⁴⁹ L. Tondeur, « L'éducation pour la santé, une efficacité sous condition », *Actualité et dossier en santé publique*, septembre 1996, n° 16, p. 26.

⁷⁵⁰ Entretien interviewé(e) n°3, Annexe n° 1.3.

⁷⁵¹ Entretien interviewé(e) n°2, Annexe n° 1.2.

⁷⁵² R.I Morin, « Agir sur les environnements ou sur les individus : comparaisons France-Québec en promotion de la santé », *Santé Publique*, 15 décembre 2007, Vol. 19, n° 5, p. 439-448.

finalement ça va avoir un résultat. Parce que ça agit sur des leviers différents⁷⁵³.

Cet extrait, issu d'un entretien avec un membre de l'Union Internationale de Promotion de la Santé et d'Education pour la Santé (UIPES), montre que les objectifs poursuivis par la promotion de la santé ne sont pas différents de ceux de l'éducation pour la santé : il s'agit toujours, *in fine*, de modifier les comportements individuels⁷⁵⁴, ce sont seulement les mesures envisagées pour y parvenir qui ont changé. Plutôt que de se cantonner au « strict accent porté pendant longtemps à l'éducation des individus aux dangers du tabagisme », la promotion de la santé mise sur le « changement de l'environnement social » grâce à la combinaison de mesures comme les taxes sur le tabac, l'interdiction de fumer dans les lieux publics, ou encore la réglementation sur la publicité par exemple⁷⁵⁵.

De plus, malgré la remise en cause des mesures individuelles et, en particulier, de l'éducation pour la santé, la promotion de la santé ne l'abandonne pas tout à fait. Ainsi, sur le registre de l'efficacité, se développe plutôt un discours visant à la considérer comme « insuffisante » voire « simpliste » : « il serait naïf d'attendre d'un programme de prévention à l'école, même lorsqu'il repose sur les approches psychosociales les plus sophistiquées, de contrer de façon permanente les forces plus larges de la société ». Les programmes d'éducation pour la santé sont alors présentés comme « une source d'influence parmi d'autres des comportements des enfants vis-à-vis de la santé, en compétition avec d'autres forces sociales d'influence puissantes présentes dans l'environnement social, les médias, et la culture »⁷⁵⁶. L'éducation devient un levier parmi d'autres de la modification des comportements individuels :

⁷⁵³ Entretien interviewé(e) n°2, Annexe n° 1.2.

⁷⁵⁴ M. O'Neill et A. Stirling, « Travailler à promouvoir la santé ou travailler en promotion de la santé? », art cit, p. 47.

⁷⁵⁵ K. L. Frohlich et B. Poland, « Les points d'intervention dans la pratique de la promotion de la santé: l'intérêt d'une approche du contexte social en termes de "modes de vie collectifs" » dans *Promotion de la santé au Canada et au Québec, perspectives critiques*, Québec, Presses Université Laval, 2006, p. 68.

⁷⁵⁶ M. B. Mittelmark, « The Psychology of Social Influence and Healthy Public Policy », *Preventive Medicine*, décembre 1999, vol. 29, n° 6, p. S26.

[L'éducation pour la santé] reste limitée au processus éducatif, donc elle éduque. Donc elle informe, elle développe des compétences, souvent elle développe des compétences *individuelles*, mais s'il n'y a pas de politiques publiques pour appuyer ces démarches là, ce n'est pas les mêmes initiatives, ce n'est pas les mêmes approches [...].⁷⁵⁷

La force de ce discours, c'est de conditionner l'efficacité de l'éducation pour la santé à son inscription dans le cadre de la promotion de la santé, à la nécessité d'aller « au-delà »⁷⁵⁸ :

[...] L'éducation pour la santé quand c'est mis en place seule, ça ne fonctionne pas. Ça ne marche absolument pas, c'est totalement inefficace. [...] C'est-à-dire que l'éducation pour la santé c'est important parce qu'il faut que les personnes aient des informations fiables, mais c'est juste un élément. Il faut la législation, il faut pouvoir agir sur l'ensemble des déterminants et pas juste sur un seul, qui est l'environnement éducatif et l'information⁷⁵⁹.

Finalement, c'est un discours de compromis qui semble s'affirmer, visant à réconcilier les approches individuelles et environnementales :

Heureusement, on constate une acceptation croissante d'une idéologie de la promotion de la santé qui reconnaît l'importance des comportements individuels et de la responsabilité personnelle, mais souligne que les fondations de la santé sont le soutien social, l'accès à l'emploi et de bonnes conditions de travail, la construction d'environnements tels que les immeubles et les routes qui favorisent plutôt que nuisent à la santé, l'accès à des environnements naturels, à l'éducation, à l'emploi, à la justice sociale et à l'équité, à l'autonomie, à des communautés et des quartiers sûrs, à des soins de santé universel, à un écosystème stable et à la paix⁷⁶⁰.

L'éducation pour la santé est donc ravalée au rang d'outil, parmi d'autres, de la promotion de la santé.

Cela dit, cette apparente réconciliation ne doit pas masquer les tensions qui traversent constamment le domaine de la promotion de la santé et qui relèvent, justement, de la place accordée aux mesures individuelles. D'un côté, certains s'inquiètent de la difficulté rencontrée par la promotion de la santé à se distinguer de l'éducation pour la santé en continuant de s'intéresser

⁷⁵⁷ Entretien interviewé(e) n°2, Annexe n° 1.2.

⁷⁵⁸ Entretien interviewé(e) n°3, Annexe n° 1.3.

⁷⁵⁹ Entretien interviewé(e) n°2, Annexe n° 1.2.

⁷⁶⁰ M. B. Mittelmark, « The Psychology of Social Influence and Healthy Public Policy », art cit, p. S26.

« davantage aux facteurs de risque concernant l'individu qu'aux facteurs structurels plus distants »⁷⁶¹.

D'autres au contraire vont tenter de rappeler aux tenants d'une approche environnementale de la promotion de la santé la place que devraient y occuper les approches individuelles. C'est le cas par exemple de Godin, pour qui l'individu aurait « progressivement été évincé des actions de promotion de la santé ». Rappelant que l'éducation pour la santé « non seulement [...] a des fondements théoriques solides, mais [...] [qu'] elle s'avère également une stratégie efficace pour favoriser l'adoption de comportements sains », il dénonce le refus de certains intervenants en promotion de la santé « de reconnaître les mérites de l'approche éducative » et renverse en quelque sorte l'argumentaire : s'appuyant sur les découvertes des études psychocognitives, il rappelle que « même dans un environnement favorable, l'absence de motivation a des effets néfastes »⁷⁶².

Force est de constater qu'on tourne en boucle ! Cette impossibilité à clôturer les débats permet finalement de souligner qu'au-delà de ces jeux de discours et d'acteurs, la santé publique se trouve face à un paradoxe qui rend difficile sa mise en discours et en pratique dans les sociétés contemporaines : comment combiner les valeurs d'autonomie et de liberté tout en reconnaissant que les environnements physiques et sociaux conditionnent la capacité individuelle à agir ? Les positions vis-à-vis de l'éducation pour la santé illustrent très bien cette dimension : dans une vision critique, ces pratiques relèveraient d'« un raffinement de l'emprise des normes médicales sur les conduites des personnes au travers de l'individualisation de la contrainte et d'une dévolution toujours plus grande de responsabilités » alors que pour d'autres, elles symboliseraient « l'existence de processus de libération et

⁷⁶¹ K. L. Frohlich et B. Poland, « Les points d'intervention dans la pratique de la promotion de la santé: l'intérêt d'une approche du contexte social en termes de "modes de vie collectifs" », art cit, p. 64.

⁷⁶² G. Godin, « La responsabilité individuelle en matière de promotion de la santé: un enjeu à reconsidérer » dans *Promotion de la santé au Canada et au Québec, perspectives critiques*, Québec, Presses Université Laval, 2006, p. 484-485.

d'autonomisation »⁷⁶³. Derrière les tensions qui entourent l'éducation pour la santé et la promotion de la santé se cachent donc une « incontournable discussion, aussi vieille que la philosophie occidentale : celle de la libre volonté individuelle contre le déterminisme structurel »⁷⁶⁴.

Cette dimension se révèle problématique au moins à un titre : comment constituer dès lors un cadre clair pour l'action (publique)? Si les savoirs sont à l'origine des formes prises par les modalités de pouvoir, la complexité et l'incertitude quant aux premiers peuvent donc constituer un obstacle à l'élaboration des seconds. Or, c'est à l'échelle internationale que cet obstacle va être (partiellement) dépassé : la signature de la Charte d'Ottawa⁷⁶⁵, à la suite de la première conférence internationale pour la promotion de la santé, se présente comme une tentative de proposer un cadre d'action clair. L'OMS y joue un rôle fondamental.

⁷⁶³ M. Drulhe, F. Sicot et Collectif, *La santé à coeur ouvert*, op. cit., p. 58.

⁷⁶⁴ K. L. Frohlich et B. Poland, « Les points d'intervention dans la pratique de la promotion de la santé: l'intérêt d'une approche du contexte social en termes de "modes de vie collectifs" », art cit, p. 74-75.

⁷⁶⁵ Organisation mondiale de la santé, *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, op. cit.

Voir Annexe n°8.

Chapitre 6. L'OMS, acteur des transformations de l'action publique sanitaire

L'analyse du passage de l'éducation sanitaire à la promotion de la santé ne serait pas complète si elle ne considérait pas le rôle que joue l'OMS dans ce processus de changement de stratégie de l'action publique sanitaire. La singularité de cette histoire est la place centrale qu'y occupe cette organisation internationale. On quitte donc l'histoire des idées (et des jeux d'acteurs) pour retrouver la question du processus institutionnel. Plus exactement, la première nous permet d'interroger la seconde : si nous avons vu que la structuration progressive de discours visant à légitimer une approche collective – la promotion de la santé – plutôt que strictement individuelle – l'éducation pour la santé – relevait de dynamiques complexes où les jeux de savoirs sont centraux, la question de leurs transpositions en stratégie d'action publique reste à élucider. Telle est notre trouvaille épistémologique : l'analyse des politiques publiques (internationales) bénéficie des ressources de l'histoire intellectuelle, surtout lorsqu'on est dans un domaine comme celui de la santé publique qui consomme énormément de ressources intellectuelles.

Une sociologie des institutions permet donc de compléter l'analyse par l'identification d'une dynamique fondamentale pour l'action publique : le passage des savoirs de la santé publique à une stratégie d'action cohérente, qui se fait en particulier *via* son institutionnalisation. Tel est le processus qu'illustre l'adoption de la promotion de la santé à l'OMS : sous l'effet conjoint du travail d'un groupe d'acteurs du Bureau Europe de l'OMS et d'un contexte favorable à l'affirmation d'une « nouvelle » manière de faire de la santé publique, cette organisation se révèle être un espace privilégié de la transformation de l'action publique (internationale) dans le domaine sanitaire.

Ce faisant, ce processus d'institutionnalisation de la promotion de la santé à l'échelle internationale conduit à des transformations (relatives) dans le domaine de l'action publique (internationale) sanitaire. Surtout, cette histoire révèle les modalités de transformation des discours et des pratiques d'une organisation internationale comme l'OMS : elle montre les contraintes,

nombreuses et complexes, qui pèsent sur elle et qui sont à l'origine de tentatives (constantes) d'adaptations.

6.1. L'adoption de la promotion de la santé comme nouvelle stratégie d'action publique (internationale)

Si la naissance d'un concept appelé « promotion de la santé » se situe au milieu des années 1970, il faut attendre une décennie environ pour voir sa reconnaissance en tant que stratégie d'action publique (internationale). Dans ce processus, une institution en particulier joue un rôle décisif : le Bureau Europe de l'OMS et, en particulier, un de ses membres. On touche ici à la question complexe du rôle des acteurs et de leurs relations avec l'institution à laquelle ils appartiennent. Si « les institutions sont créées par des acteurs qui coopèrent ou s'affrontent sur la définition des règles », et si « certains acteurs, particulièrement « puissants » au sens wébérien, tentent d'organiser ou de modifier les règles [...] en fonction de leurs intérêts »⁷⁶⁶, alors le travail des membres du Service Education sanitaire du Bureau Europe de l'OMS illustre bien la capacité de ces acteurs, à un moment donné, à réorienter l'action de l'OMS.

En même temps, cette action est rendue possible par les ressources qu'offrent cette organisation internationale. Celle-ci se présente alors comme un espace où s'élabore une expertise dirigée vers l'action publique. L'adoption de la Charte d'Ottawa à la suite de la première conférence internationale de la promotion de la santé constitue un point d'aboutissement de ce processus visant à légitimer l'adoption de cette stratégie d'action publique internationale.

Enfin, ce travail est aussi le reflet d'un contexte qui rend favorable un discours (international) prônant une « nouvelle » manière de faire de la santé publique. L'adoption de la promotion de la santé par l'OMS, qui confirme le glissement des mesures individuelles aux mesures environnementales, est alors le résultat

⁷⁶⁶ P. Lascoumes et P. Le Galès, *Sociologie de l'action publique*, op. cit., p. 99.

d'un processus qui déborde largement le strict champ de la santé publique (internationale).

6.1.1 Le Bureau Europe de l'OMS, espace de structuration d'une expertise collective

L'histoire de la promotion de la santé à l'OMS commence avec un groupe d'acteurs réunis au sein du Bureau Régional Europe de l'OMS. En 1980, Ilona Kickbusch, alors responsable du Secteur de l'éducation pour la santé au Bureau Régional Europe de l'OMS, est chargée de mettre en place la stratégie d'action de l'institution pour la période de 1980-1984. Accompagnée de Robert Anderson, alors consultant au sein du service, elle se rend en Amérique du Nord et en particulier au Canada pour étudier le travail de la fameuse Direction de la promotion de la santé (*Health Promotion Directorate*)⁷⁶⁷ mise en place après la publication du rapport Lalonde. A la suite de cette visite, des rencontres et travaux préparatoires sont mis en place et en 1984, un Groupe de travail produit un document intitulé *A Discussion Document on the Concept and Principles of Health Promotion*⁷⁶⁸. Celui-ci marque l'établissement du programme Promotion de la santé au sein du Bureau Europe de l'OMS⁷⁶⁹.

Telle est l'histoire, bien connue dans l'univers de la promotion de la santé, du passage de l'éducation pour la santé à la promotion de la santé à l'OMS⁷⁷⁰. Celle-ci surprend au moins à un titre : lorsqu'elle est racontée, dans la littérature ou par les acteurs de la santé publique, l'adoption de la promotion de la santé est présentée comme le fait d'une personne plus que d'une institution :

S'il n'y avait pas eu Ilona, rien de tout cela ne serait arrivé, soyons honnêtes. Elle était une jeune personne à l'époque, au début de sa carrière à l'OMS, et

⁷⁶⁷ I. Kickbusch, « Health promotion: a global perspective », *Canadian Journal of Public Health = Revue Canadienne De Santé Publique*, octobre 1986, vol. 77, n° 5, p. 231.

⁷⁶⁸ World Health Organization Regional Office for Europe, *Health promotion: a discussion document on the concept and principles: summary report of the Working Group on Concept and Principles of Health Promotion, Copenhagen, 9-13 July 1984*, Copenhagen, Denmark, WHO-EURO, 1984.

⁷⁶⁹ I. Kickbusch, « Health promotion », art cit, p. 231.

⁷⁷⁰ Voir aussi : I. Kickbusch, « Tell me a story » dans *Health Promotion in Canada*, Toronto, Saunders, 1994, p. 8-18.

elle était extrêmement visionnaire et a réussi à réunir de nombreuses forces différentes, de la sociologie, du management et du management du changement, des sciences politiques, avec une perspective très féministe aussi, elle était en lien avec beaucoup de personnes du mouvement féministe aux Etats-Unis. Elle s'était rapprochée du Canada [...]⁷⁷¹.

Ilona Kickbusch a eu cette vision un peu pionnière, une prise de conscience de se dire qu'il fallait qu'on aille plus loin⁷⁷².

Cette perspective a l'avantage de mettre en avant, à la manière du néo-institutionnalisme du choix rationnel, « la rationalité stratégique des acteurs »⁷⁷³ : Ilona Kickbusch, dans une entreprise de prise de pouvoir passant par l'inscription d'une « nouvelle » approche dans la structure organisationnelle de l'OMS, se tourne vers des « alliés » – une administration canadienne connue pour la production d'un rapport (Lalonde) qui a beaucoup fait parler de lui – pour légitimer sa démarche et se donner les moyens d'orienter l'action de son institution.

Ensuite, cette analyse permet de dépasser une vision théorique de l'organisation en mettant au jour ses mécanismes concrets. On se trouve en effet face à une dynamique régionale qui met à mal l'idée selon laquelle les activités de l'OMS se décideraient d'abord au Siège, pour être déclinées ensuite par les Bureaux Régionaux. Ici, c'est bien l'inverse qui se produit, puisque le Bureau Europe est à l'initiative de ce programme d'action qui ne sera confirmé qu'en 1998 par l'Assemblée Mondiale de la Santé (51^e AMS). Notre cas d'étude permet même d'aller plus loin, puisqu'on en vient à reconnaître les frontières poreuses de cette régionalisation de l'OMS : le Canada n'appartient pas au Bureau Régional Europe mais au Bureau Panaméricain. La structure organisationnelle de l'OMS et les statuts qui définissent les rôles respectifs des

⁷⁷¹ Entretien interviewé(e) n°1, Annexe n° 1.1.

[Traduction par mes soins] : « If it wasn't for Ilona, none of this would have happened, let's be frank. She was a young person then, at the beginning of her career with WHO, and she was extremely visionary and was managing to pull together a lot of different strengths, from sociology, management and management of change, political sciences, a very feminist perspective as well, she had a lot of people from the feminist movement in the United States. She had bridge with Canada where the third element I bring is the Lalonde's paper, I don't need me to introduce that to you ».

⁷⁷² Entretien interviewé(e) n°2, Annexe n° 1.2.

⁷⁷³ M. Delori, « Néo-institutionnalisme du choix rationnel » dans *Dictionnaire des politiques publiques*, 3e éd. actualisée et augm., Paris, Presses de Sciences Po, 2010, p. 357.

entités qui la composent, ne suffisent donc pas à rendre compte de la réalité du fonctionnement de cette organisation. On rejoint les travaux de la sociologie des organisations et les travaux pionniers de Michel Crozier⁷⁷⁴.

Cela dit, souligner la (relative) marge de manœuvre dont disposent les membres de l'OMS et les stratégies qu'ils mettent en œuvre en fonction de leurs intérêts ne suffit pas : cette collaboration avec le Canada ne se comprend qu'en considérant les « croyances »⁷⁷⁵ qui orientent leur action. On les décèle dans le discours des acteurs de la promotion de la santé : au modèle étasunien d'une éducation pour la santé inscrite dans un « climat politique [...] néo-conservateur », les membres de l'OMS-Europe lui auraient préféré celui d'une promotion de la santé établie par un gouvernement « social-démocrate » et jugée « davantage compatible avec l'Europe »⁷⁷⁶. On retrouve ce même cadre d'interprétation lors d'un entretien avec un membre de l'Union Internationale de Promotion de la Santé et d'Education pour la Santé, qui analyse la professionnalisation de l'éducation pour la santé aux Etats-Unis comme le fait d'une « notion de responsabilité individuelle [...] très forte » à laquelle il oppose le cas de l'Europe où « la responsabilité sociale, ou de l'ensemble de la société [...] est plus développée [...] »⁷⁷⁷.

On est bien face à cette opposition entre une éducation pour la santé, suspectée de reposer sur des valeurs libérales où la responsabilité individuelle est centrale, et celle d'une promotion de la santé qui, dans ses évolutions, s'affirme comme une approche « sociale » reposant sur la reconnaissance d'une responsabilité collective. Notre choix épistémologique prend tout son sens ici : c'est à partir d'une histoire intellectuelle de la santé publique qu'on saisit les dynamiques institutionnelles, et plus précisément les processus

⁷⁷⁴ M. Crozier, *L'Acteur et le système : Les contraintes de l'action collective*, Paris, Seuil, 1977, 436 p.

⁷⁷⁵ S. Steinmo, « Néo-institutionnalisme historique », art cit, p. 372.

⁷⁷⁶ M. O'Neill et al., « La promotion de la santé au Canada et à l'étranger: bilan et perspectives » dans *Promotion de la santé au Canada et au Québec, perspectives critiques*, Québec, Presses Université Laval, 2006, p. 10-11.

⁷⁷⁷ Entretien interviewé(e) n°2, Annexe n° 1.2.

cognitifs (qui s'imposent aux acteurs en même temps que ceux-ci participent à les diffuser) engagés dans les changements institutionnels.

L'analyse du profil des membres du Groupe de travail réunis autour d'Ilona Kickbusch permet d'aller plus loin en montrant justement comment des acteurs peuvent participer à la diffusion de nouveaux cadres cognitifs dans une institution : tous ont, à des degrés variés, une formation orientée par les sciences humaines et sociales. Ilona Kickbusch elle-même présente un profil atypique dans l'univers de la santé publique de l'époque : elle n'est pas médecin, ni même diplômée en santé publique, mais détentrice d'une thèse de science politique et de sociologie (de l'Université de Konstanz en Allemagne), qu'elle a menée sur le sujet des femmes et des services sociaux⁷⁷⁸, ce qui explique sans doute qu'elle soit inscrite dans le réseau du mouvement féministe. On retrouve bien cette génération d'acteurs marqués par l'émergence des mouvements sociaux d'une part, et formés aux sciences humaines et sociales d'autre part.

Sans surprise dès lors qu'on connaît l'histoire de la promotion de la santé, des sociologues (de la santé) font partis du Groupe de travail. Robert Anderson est titulaire d'un Master en Sociologie appliquée à la médecine de l'Université *Belford College* à Londres et, avant d'être consultant à l'OMS, a travaillé pour l'*Institute for Community Studies* puis pour le Département des Sciences sociales de l'Université de Konstanz en Allemagne ; au moment de la production du rapport, il est membre de l'*Institute for Social Studies in Medical Care* de Londres. Bernhard Bandura a étudié la sociologie, la philosophie et la science politique avant d'obtenir son doctorat en 1971 ; en 1984, il enseigne au sein du Département de sociologie de l'université d'Oldenburg en Allemagne⁷⁷⁹.

⁷⁷⁸ Le titre exact de sa thèse est en anglais : « *Women and Human Services : A Critique of Theories of Service Society* ».

Voir son curriculum vitae, disponible sur internet (http://www.ilonakickbusch.com/kickbusch-wAssets/docs/Kickbusch_CV.pdf) et en Annexe n°9.

⁷⁷⁹ Voir : <https://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag1/mitarbeiter/badura.html>

A leurs côtés, on trouve bien sûr des spécialistes de la santé publique, souvent médecins, mais qui exercent dans le domaine de la santé communautaire ou de la médecine sociale. John Catford, médecin spécialisé en pédiatrie et en santé publique⁷⁸⁰, occupe au moment du rapport la fonction de Spécialiste régional en médecine communautaire (*Regional Specialist in Community Medicine*) au sein de la *Wessex Regional Health Authority*. Kimmo Leppo⁷⁸¹ est titulaire d'un master en médecine sociale de la *London School of Hygiene and Tropical Medicine* et d'un doctorat en santé publique, et occupe le poste de Directeur du Département de planification et d'évaluation du *National Board of Health* anglais. Bernard Pissaro enseigne quant à lui la médecine préventive et sociale à la Faculté de médecine St. Antoine en France ; notons qu'il a participé, en 1983, à un rapport pour le Ministère de la santé visant à proposer de nouvelles stratégies pour les politiques de prévention en France⁷⁸².

Enfin, on retrouve aussi l'héritage de l'éducation pour la santé à travers la figure de David McQueen, spécialiste des sciences comportementales qui, après avoir enseigné à la *John Hopkins University School of Hygiene and Public Health* à Baltimore, dirige depuis la *Research Unit in Health and Behavioural Change* de l'université d'Edinburgh⁷⁸³. Il faut également citer la présence de Werner Schmidt, directeur de l'Institut d'éducation sanitaire du Musée allemand d'hygiène (*German Hygiene Museum*) qui sert de Centre collaborateur de l'OMS⁷⁸⁴. Enfin, soulignons celle d'Ilkka Vuori, Professeur de santé publique spécialisé dans l'étude de l'impact de l'activité physique sur la santé⁷⁸⁵, qui dirige en 1984 l'Institut Kekkonen de recherche en promotion de la santé en

⁷⁸⁰ Voir : <http://www.epworth.org.au/About-Us/Epworth-Executive/Pages/homepage.aspx>

⁷⁸¹ Voir : <http://www.salzburgglobal.org/people.html?userID=2017&eventID=497>

⁷⁸² France (ed.), *Propositions pour une politique de prévention: rapport au ministre de la Santé*, Paris, Documentation française, 1982, 2 p.

⁷⁸³ Voir : http://www.paho.org/Hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10568%3A2015-dr-david-mcqueen&catid=7661%3Ahiap-speakers&Itemid=41348&lang=en

⁷⁸⁴ Ne maîtrisant pas la langue allemande, il nous est difficile de mener une recherche plus approfondie sur le parcours du Dr. Schmidt. Nous nous appuyons donc sur les informations fournies dans le document de l'OMS : W.H.O.R.O. for Europe, *Health promotion, op. cit.*, p. 7.

⁷⁸⁵ Voir : <http://www.ut.ee/et/569936>

Finlande ; certains pays en Europe ont donc déjà adopté officiellement cette approche.

Finalement, ces acteurs, pourtant peu nombreux, représentent les grands mouvements et les disciplines (santé communautaire, éducation sanitaire, médecine préventive, santé publique, etc.) qui ont participé à l'affirmation progressive de la promotion de la santé. En participant au Groupe de travail réuni par le Bureau Europe de l'OMS, ceux-ci travaillent le sens de ce qui allait devenir une stratégie d'action publique (internationale) en y apportant leurs cadres d'entendement, leurs visions du monde... On est bien face à des « acteurs spécifiques (policy brokers, traducteurs, transcodeurs, médiateurs, etc.) qui, à un moment donné, sont en mesure de promouvoir un changement décisif dans leur environnement institutionnel parce qu'ils sont capables de « travailler » sur les cadres cognitifs et normatifs encadrant les jeux d'acteur existants »⁷⁸⁶.

Leurs intérêts sont aussi en jeux. Bien qu'ils soient tous détenteurs de titres universitaires prestigieux – sur les onze membres (extérieurs à l'OMS) de ce groupe, neuf sont Docteurs ou Professeurs – et qu'ils occupent des postes stratégiques pour l'orientation de l'action publique – ils sont universitaires ou fonctionnaires – leur affiliation à des disciplines encore relativement dominées à l'époque dans le champ de la santé publique laisse supposer qu'ils trouvent, dans cette participation à ce Groupe chargé d'élaborer des recommandations pour le futur programme de l'OMS-Europe, une perspective d'acquisition de positions de pouvoir.

On identifie alors ce qu'offre la structure de l'OMS : un espace, pour des acteurs qui partagent des cadres cognitifs et des intérêts communs, leur permettant d'orienter l'action publique (internationale). Cette capacité relève des ressources qu'offrent cette organisation internationale : structurer une expertise qui sera perçue comme le résultat d'un « consensus »⁷⁸⁷, qui plus est

⁷⁸⁶ P. Muller, « Esquisse d'une théorie du changement dans l'action publique », art cit, p. 168.

⁷⁸⁷ M. O'Neill et A. Stirling, « Travailler à promouvoir la santé ou travailler en promotion de la santé? », art cit, p. 47.

international (le Royaume-Uni, l'Allemagne, la Finlande, la Yougoslavie, la France, la Suède et l'Espagne sont représentés dans le groupe de travail). La structure de l'OMS participe donc à la légitimation d'une (nouvelle) stratégie d'action publique – la promotion de la santé en l'occurrence – par la production d'une « expertise collective institutionnalisée »⁷⁸⁸.

Outre l'exercice en tant que tel, le contenu de ce rapport indique les stratégies mises en œuvre ainsi que les contraintes qui s'imposent à ces acteurs. D'un côté, il s'agit bien d'affirmer la promotion de la santé en la distinguant de l'éducation pour la santé, puisque c'est ainsi qu'elle est née et qu'elle a été légitimée. Ilona Kickbusch traduit cette dimension par une analogie : une « histoire de famille » où la promotion de la santé, « enfant » de l'éducation pour la santé, se serait d'abord « battue avec ses parents » avant qu'elle ne les dépasse : c'est cette « étape » qui se refléterait dans le document⁷⁸⁹. On retrouve donc cette volonté de mettre l'accent sur « l'importance des facteurs environnementaux dans la santé », ceux là même « identifiés dans le rapport Lalonde », et de « marquer ce changement par rapport à l'éducation à la santé traditionnelle, centrée sur l'individu » vers des « modèles écologiques, à multi-niveaux »⁷⁹⁰.

En même temps, Ilona Kickbusch elle-même parle d'une dynamique nouvelle de réconciliation⁷⁹¹. C'est d'ailleurs une « stratégie médiatrice entre les individus et leurs environnements, synthétisant choix personnels et responsabilité sociale »⁷⁹², autrement dit entre mesures individuelles et collectives, qui est adoptée dans le rapport produit par le Groupe de travail. Lorsqu'on connaît les relations (complexes et ambiguës) qui caractérisent l'histoire de l'éducation pour la santé et de la promotion de la santé, on suppose qu'il s'agit aussi d'une tentative de rallier un maximum d'acteurs, et en

⁷⁸⁸ P. Hassenteufel, *Sociologie politique*, op. cit., p. 211.

⁷⁸⁹ I. Kickbusch, « Health promotion », art cit, p. 323.

⁷⁹⁰ M. O'Neill et al., « La promotion de la santé au Canada et à l'étranger: bilan et perspectives », art cit, p. 11.

⁷⁹¹ I. Kickbusch, « Health promotion », art cit, p. 323.

⁷⁹² W.H.O.R.O. for Europe, *Health promotion*, op. cit., p. 2.

particulier d'éviter de froisser ceux de l'éducation sanitaire (les éducateurs sanitaires, les chercheurs et professionnels de la psychologie de la santé, etc.) encore relativement dominants dans le champ de la santé publique, au risque de voir ce changement de stratégie d'action freiné voire bloqué.

Enfin, on décèle dans ce travail un véritable effort de synthèse et de rationalisation des divers savoirs. Ainsi, le rapport divise en cinq points les « sujets généraux » de la promotion de la santé, qu'on peut résumer ainsi : l'accès à la santé, entendu comme la réduction des inégalités de santé et l'accroissement des opportunités de santé ; le développement d'un environnement favorable à la santé ; le renforcement des réseaux sociaux et du soutien social ; la promotion de comportements favorables à la santé et de stratégies d'adaptations appropriées ; l'information et l'éducation comme composantes nécessaires à la promotion de la santé. Il propose ensuite cinq grands « principes » : une action ciblant toute la population (et non seulement les populations à risque) ; dirigée vers les déterminants ou causes de la santé ; combinant des méthodes diverses mais complémentaires (dont l'éducation) ; visant la participation effective et concrète du public ; reposant aussi sur la participation du personnel de santé⁷⁹³.

On trouve aussi une définition de la promotion de la santé qui, si elle sera parfois complétée ou modifiée par la suite, servira toujours de référence : « la promotion de la santé est le processus visant à permettre aux individus d'exercer un plus grand contrôle sur, et d'améliorer, leur santé »⁷⁹⁴. On doit admettre qu'il y a de quoi être surpris à cette lecture. En effet, le terme même d'environnement n'apparaît pas. On rejoint le constat évoqué plus haut qu'il ne s'agit pas d'un changement radical dans le sens où l'objectif reste le même, ce que cette définition exprime très bien : la cible est toujours, *in fine*, les individus dont il faut que les comportements soient modifiés. On comprend alors pourquoi, pour ceux qui n'auraient pas été initiés aux règles du langage indigène, les nuances que cette définition sous-tend – ce déplacement d'une

⁷⁹³ *Ibid.*, p. 3-4.

⁷⁹⁴ *Ibid.*, p. 4.

action individuelle à une approche collective – ne soient pas accessibles, entretenant ainsi une certaine confusion quant à la distinction entre éducation pour la santé et promotion de la santé.

Enfin, on décèle dans ce document le souci des acteurs d'éviter, d'anticiper ou de neutraliser les possibles dérives, critiques, « dilemmes » (tel est le terme qu'ils mobilisent ici) qui pèsent sur la promotion de la santé : celle de l'imposition d'une idéologie absolue de la santé (le fameux « *healthism* ») ; de mesures individuelles plutôt qu'économiques et sociales ; reposant sur l'information, alors même que celle-ci peut accroître les inégalités ; et d'une professionnalisation de la promotion de la santé qui risquerait de priver les individus de leur pouvoir. La capacité de réflexivité des acteurs de la santé publique est remarquable. Elle illustre aussi le poids des héritages du passé, qui orientent les discours et les stratégies des acteurs.

Tel est donc le travail de ce « groupe d'experts » réuni, via le Bureau Europe de l'OMS : transformer le concept de promotion de la santé en stratégie d'action claire, intelligible, et consensuelle. L'OMS se présente alors comme un « forum », c'est-à-dire un de ces « lieux de construction intellectuelle de l'action publique » qui passe par la « structuration collective de l'expertise proposant des modèles de politiques publiques, des instruments d'action et des argumentaires permettant de légitimer des orientations »⁷⁹⁵. Cela dit, ce processus d'affirmation progressive d'une nouvelle stratégie d'action publique internationale ne serait pas abouti s'il se cantonnait au travail d'un petit groupe d'expert réuni au Bureau-Europe de l'OMS. L'organisation de la première conférence internationale de la promotion de la santé en 1986, qui se conclue par l'adoption de la Charte d'Ottawa, vient le compléter.

⁷⁹⁵ P. Hassenteufel, *Sociologie politique*, op. cit., p. 113-114 et 211.

6.1.2. La Charte d'Ottawa : la promotion de la santé comme stratégie d'action publique internationale

L'inscription de la promotion de la santé à l'OMS prend une dimension supplémentaire avec l'organisation de la première conférence internationale sur la promotion de la santé à Ottawa en 1986. Le Bureau Europe de l'OMS en est à l'origine, mais c'est sa collaboration avec le Ministère canadien de la santé et l'Association canadienne de la santé publique qui la rend possible⁷⁹⁶. On passe donc d'un travail relativement restreint au sein de l'OMS à un effort porté par trois institutions : une organisation internationale, un Etat, et une association. Sans doute cette combinaison laisse présager du « succès » de cette conférence, qui pourra tirer sa légitimité de cette capacité à représenter la « volonté » des différents acteurs de l'action publique (internationale). On doit souligner aussi que les lieux où se déroulent les conférences internationales auxquelles l'OMS participe ne sont que rarement anodins : il s'agit, pour le Canada, de se présenter comme un pays « pionnier » dans le domaine de la promotion de la santé (que sa capacité même à influencer le choix du lieu illustre).

L'adoption de la Charte d'Ottawa⁷⁹⁷ à la suite de cette conférence est un événement tout à fait marquant de l'histoire de la promotion de la santé : il n'est pas aujourd'hui un manuel de santé publique qui ne la cite pour parler de la promotion de la santé ; pas un acteur de la promotion de la santé qui ne la considère autrement que comme un moment clé de l'histoire de cette stratégie d'action⁷⁹⁸. Elle peut tout d'abord apparaître comme le point d'aboutissement du travail effectué par le Bureau Europe de l'OMS. Cette continuité s'exprime par exemple dans la définition adoptée dans la Charte : « la promotion de la santé a

⁷⁹⁶ I. Kickbusch, « Health promotion », art cit, p. 16.

⁷⁹⁷ Organisation mondiale de la Santé, *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, op. cit.

⁷⁹⁸ Voir par exemple: *25 ans d'histoire: les retombées de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé dans divers pays francophones - REFIPS - Revue de presse*, <http://docireps971.canalblog.com/archives/2013/07/09/27605945.html> , 9 juillet 2013, (consulté le 29 janvier 2016) ; J.-P. Deschamps, « Une « relecture » de la charte d'Ottawa », *Santé Publique*, 1 septembre 2003, Vol. 15, n° 3, p. 313-325 ; B. Sandrin-Berthon, *Promotion de la santé: de la théorie à la pratique... ou à quoi servent les déclarations solennelles de l'OMS?*, <http://educationsante.be/article/promotion-de-la-sante-de-la-theorie-a-la-pratique-ou-a-quoi-servent-les-declarations-solennelles-de-loms/>, (consulté le 29 janvier 2016).

pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer ». Les grands thèmes à l'origine de la promotion de la santé sont également proches de ceux identifiés par le Groupe d'experts de 1984. Ainsi en est-il de l'accent sur l'existence de pré-requis – de déterminants pour reprendre le langage indigène – à la santé. Ces « conditions indispensables à la santé » sont listées, allant de la possibilité de « se loger » à celle d'« avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable ». On assigne aussi un « but » à la promotion de la santé : « créer [...] les conditions favorables indispensables à l'épanouissement de la santé » dans un objectif d'« équité en matière de santé ». Pour y parvenir, « tous les intéressés : gouvernements, secteur de la santé et autres secteurs sociaux et économiques, organisations non gouvernementales et bénévoles, autorités locales, industries et médias », mais aussi les « individus », sont invités à s'investir via une « action coordonnée »⁷⁹⁹. Ainsi, cette Charte procède d'un effort de synthétisation particulier visant à englober, dans un discours se voulant cohérent, des débats et des évolutions qui ont traversé, et traversent encore à cette époque, le champ de la promotion de la santé. Elle se présente alors comme une « étape importante de la pensée et de la pratique dans le domaine »⁸⁰⁰.

La Charte d'Ottawa est aussi une étape supplémentaire par rapport au document produit par le Groupe de travail de 1984 : parce qu'elle réunit « deux-cents participants issus du monde entier pour partager leurs expériences »⁸⁰¹, elle offre à la promotion de la santé une légitimité plus forte en la faisant apparaître comme le fruit d'un « consensus » mondial. À ce titre, notons le travail du Bureau Europe pour inscrire la promotion de la santé au-delà des frontières européennes. En 1985, en amont de la conférence, celui-ci met en place un Groupe de travail international dont la tâche est précisément d'étudier

⁷⁹⁹ Organisation mondiale de la Santé, *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, op. cit., p. 1.

⁸⁰⁰ M. B. Mittelmark et al., « L'influence du Canada sur l'infrastructure mondiale en promotion de la santé » dans *Promotion de la santé au Canada et au Québec, perspectives critiques*, Québec, Presses Université Laval, 2006, p. 323.

⁸⁰¹ I. Kickbusch, « Health promotion », art cit, p. 16.

la « pertinence » de cette approche pour les pays en développement. Celui-ci se prononce favorablement, soulignant que « les stratégies et les acteurs [...] pouvaient se révéler sensiblement différents dans les différentes régions du monde, mais que la philosophie de base [de la promotion de la santé] ne l'était pas »⁸⁰². Là encore, il s'agit d'un travail de sens, qui renvoie aussi à des stratégies qui elles-mêmes relèvent de contraintes institutionnelles. L'OMS est en effet une organisation internationale qui, en tant que tel, ne peut apparaître comme participant des inégalités entre régions et pays (ou, pour le dire autrement, comme un instrument favorable aux pays les plus riches) : il s'agit donc d'être en mesure de contrer ceux qui verraient dans la promotion de la santé un moyen d'améliorer d'avantage la santé de populations qui sont déjà en bien meilleure santé que d'autres.

Il faut aussi considérer que cette préoccupation renvoie à des valeurs (issues de leur socialisation en dehors et au sein de l'organisation) qui structurent fortement l'identité des acteurs de l'OMS : celle d'être au service d'une « cause », la santé, et d'appartenir à une communauté mondiale. Surtout, on voit bien comment des politiques présentées et perçues comme « internationales » peuvent être le résultat d'une dynamique régionale voire interrégionale – la promotion de la santé est bien née dans les pays occidentaux, en Europe et en Amérique - et d'un travail de « montée en généralité » visant à légitimer et rendre possible l'orientation de l'action publique internationale ; celle-ci est alors aussi, et surtout, le reflet des croyances et des intérêts des groupes (d'Etats, d'acteurs professionnels, ect.) qui dominent le champ sanitaire (international), et l'OMS un instrument structurant ces stratégies de pouvoir.

La Charte d'Ottawa traduit effectivement l'affirmation d'une stratégie d'action publique (internationale). Elle présente des « actions pour promouvoir la santé », regroupées dans cinq catégories : l'« élaboration de politiques pour la santé », la « création d'environnements favorables », le « renforcement de

⁸⁰² *Ibid.*, p. 15. (Malheureusement nous ne sommes pas en mesure, à partir de cet article, d'identifier le document en question).

l'action communautaire », l'« acquisition d'aptitudes individuelles », et la « réorientation des services de santé ». Chacune de ces actions est sous-tendue par une certaine conception de l'action publique telle qu'elle s'est progressivement affirmée à travers l'évolution de la promotion de la santé : une responsabilité collective qui revient en premier lieu aux « responsables politiques » de tous les secteurs (la santé ne relevant pas seulement de l'accès aux soins) ; une approche « socio-écologique » reposant sur la reconnaissance des « liens qui unissent de façon inextricable les individus à leur milieu » ; la valorisation de « la participation effective et concrète » des communautés, jugées « capables de prendre en main leurs destinées et d'assumer la responsabilité de leurs actions » ; le soutien au « développement individuel et social » afin de donner aux individus « davantage de possibilité de contrôle de leur propre santé et de leur environnement » ; un dépassement de l'approche par les soins⁸⁰³.

Traduire des connaissances scientifiques (objet de débats et de controverses) en une stratégie d'action (publique), tel est donc le travail auquel l'OMS participe activement. L'adoption de la Charte d'Ottawa marque finalement une transformation dans les modalités de l'action publique internationale dans le domaine sanitaire : désormais, l'éducation pour la santé – qui est spécifiquement citée dans le cadre du « renforcement des aptitudes individuelles » – est considérée comme un levier parmi d'autres de l'amélioration de la santé des populations.

La question du degré du changement opéré peut finalement être précisée : si on s'en réfère aux différents ordres de Peter Hall⁸⁰⁴, on constate un changement dans l'utilisation des instruments (premier ordre), l'éducation pour la santé étant ravalée au rang d'outil par exemple, et même dans la création de nouveaux instruments (second ordre) avec l'action sur les environnements par exemple. En revanche, les objectifs (troisième ordre) n'ont pas changé. Qu'il

⁸⁰³ Organisation mondiale de la Santé, *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, op. cit., p. 4-5.

⁸⁰⁴ P. A. Hall, « Policy Paradigms, Social Learning, and the State: The Case of Economic Policymaking in Britain », *Comparative Politics*, 1993, vol. 25, n° 3, p. 275-296.

s'agisse de l'éducation sanitaire, de l'éducation pour la santé ou de la promotion de la santé, la cible reste l'individu (et son comportement), même s'il est « *empoweré* », et en particulier l'individu en difficulté sociale. Si l'éducation pour la santé n'a pas vraiment rompu avec l'hygiénisme, la promotion de la santé a finalement le même souci. On est face à une « archéologie du savoir »⁸⁰⁵ caractérisée par des cycles poreux, des continuités, des bords flous.

Enfin, outre le contenu, c'est l'exercice en tant que tel qui doit être analysé. Tout d'abord, l'organisation de la Conférence d'Ottawa et l'adoption de la Charte se comprend comme un moment de « légitimation », c'est-à-dire d'« officialisation » de ce choix par sa dimension « publique »⁸⁰⁶. Ensuite, par la pluralité des acteurs et des institutions qui participent à cette conférence, on ne se trouve plus seulement face à un groupe d'expert mais à la constitution d'une « communauté épistémique » au sens de Peter M. Haas de « réseau de professionnels ayant une expertise et des compétences reconnues dans un domaine particulier et qui peuvent revendiquer un savoir pertinent sur les politiques publiques dans le domaine concerné »⁸⁰⁷. Les participants partagent « un ensemble de croyances normatives et de principes qui fournissent des bases à l'action », un discours sur la justice sociale en particulier ; des « croyances causales sur l'origine du problème et les solutions à y apporter », le caractère « social » des inégalités de santé et la nécessité d'agir sur les environnements (plutôt que sur les individus directement) ; des « critères de validité des savoirs engagés dans le traitement de l'enjeu », le recours à l'épidémiologie et aux sciences humaines et sociales ; et enfin des « propositions d'action publique », la promotion de la santé⁸⁰⁸.

⁸⁰⁵ M. Foucault, *L'archéologie du savoir*, Paris, Gallimard, 2008, 294 p.

⁸⁰⁶ P. Hassenteufel, *Sociologie politique*, *op. cit.*, p. 61.

⁸⁰⁷ P. M. Haas, « Introduction: Epistemic Communities and International Policy Coordination », *International Organization*, 1992, vol. 46, n° 1, p. 3.

[Traduction par mes soins] : « An epistemic community is a network of professionals with recognized expertise and competence in a particular domain and an authoritative claim to policy-relevant knowledge within that domain or issue-area ».

⁸⁰⁸ Nous reprenons ici la traduction proposée par : T. Bossy et A. Evrard, « Communauté épistémique » dans *Dictionnaire des politiques publiques*, 3e éd. actualisée et augm., Paris, Presses de Sciences Po, 2010, p. 140-147 ;

Dès lors qu'on connaît l'histoire de l'éducation pour la santé et de la promotion de la santé, on doit aller plus loin encore et dire qu'il s'agit là d'une « coalition de cause » au sens de Sabatier d'acteurs qui « partagent un ensemble de croyances normatives et de perceptions du monde » et qui « agissent de concert afin de traduire leurs croyances en une politique publique »⁸⁰⁹. L'intérêt de cette notion est de considérer que le champ de la santé publique (internationale) est caractérisé par une concurrence entre des acteurs qui défendent des projets différents et souvent concurrents. Notre objet constitue un cas remarquable en ce qu'il repose sur la capacité de la coalition « promotion de la santé » à dominer le « sous-système de politique publique » qui est celui de l'action sanitaire internationale dans le domaine de la prévention, et, pour ce faire ou ce faisant, à reléguer la coalition « éducation sanitaire » au second rang ; la Conférence et l'adoption de la Charte d'Ottawa apparaît alors comme un moyen et un moment où cette domination s'affirme. Telles sont donc les conditions d'un changement d'action publique à l'échelle internationale.

6.1.3. Un contexte international favorable au changement : complexification et internationalisation des enjeux sanitaires

Si l'histoire de la promotion de la santé à l'OMS conduit à mettre l'accent sur le rôle d'un petit groupe d'acteurs, il ne faudrait pas ignorer les conditions ayant rendu ce travail possible : l'OMS, en tant qu'institution, constitue un espace de

Pour la définition originale, voir: P.M. Haas, « Introduction », art cit, p. 3 :

« [...] they have (1) a shared set of normative and principled beliefs, which provide a value-based rationale for the social action of community members ; (2) shared causal beliefs, which are derived from their analysis of practices leading or contributing to a central set of problems in their domain and which then serve as the basis for elucidating the multiple linkages between policy actions and desired outcomes ; (3) shared notions of validity – that is, intersubjective, internally defined criteria for weighing and validating knowledge in the domain of their expertise ; and (4) a common policy enterprise – that is, a set of common practices associated with a set of problems to which their professional competence is directed, presumably out of the conviction that human welfare will be enhanced as a consequence ».

⁸⁰⁹ P. A. Sabatier, « Advocacy coalition framework (ACF) » dans *Dictionnaire des politiques publiques*, 3e éd. actualisée et augm., Paris, Presses de Sciences Po, 2010, p. 49 ; P. A. Sabatier, « An advocacy coalition framework of policy change and the role of policy-oriented learning therein », *Policy Sciences*, juin 1988, vol. 21, n° 2-3, p. 129-168 ; *Policy Change And Learning: An Advocacy Coalition Approach*, Boulder, Colo, Westview Press, 1993, 304 p.

possibilités et de contraintes qui relèvent aussi des dynamiques internationales. Plus exactement, « les données contextuelles correspondent à des ressources pour les acteurs qui les intègrent dans leurs calculs stratégiques »⁸¹⁰. En l'occurrence, l'adoption de la Charte d'Ottawa est aussi rendue possible parce qu'elle s'inscrit dans un mouvement, engagé bien avant, qui transforme les priorités, les discours et les pratiques de l'OMS.

L'un des facteurs contextuels dont les conséquences sont particulièrement fortes sur cette organisation internationale est le mouvement de décolonisation qui débute dans les années 1960 : en devenant « majoritaires » à l'Assemblée Mondiale de la Santé, les pays récemment décolonisés deviennent « maîtres de l'agenda »⁸¹¹. Ce mouvement se traduit par l'affirmation de nouvelles préoccupations et d'un nouveau thème : le « développement »⁸¹². Illustration et moteur de l'affirmation de ce registre qui va devenir un incontournable des politiques internationales, l'Organisation européenne de coopération économique (OECE), mise en place après la Seconde guerre Mondiale pour gérer l'aide Marshall et instituer des modalités de coopération entre Etats européens, devient au début des années 1960 l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) est créé en 1966. A la fin des années 1970, le terme s'est généralisé⁸¹³.

A l'OMS, ce processus se traduit par deux événements. Suite à la résolution WHA30.43 de l'Assemblée Mondiale de la Santé, l'OMS organise la Conférence internationale sur les soins de santé primaires à Alma-Ata (URSS) en 1978, qui conduit à l'adoption de la Déclaration d'Alma-Ata⁸¹⁴, complétée par

⁸¹⁰ P. Hassenteufel, *Sociologie politique*, op. cit., p. 77.

⁸¹¹ G. Devin et M.-C. Smouts, *Les organisations internationales*, op. cit., p. 121.

⁸¹² J. R. Legouté et al., *Définir le développement: historique et dimensions d'un concept plurivoque*, Montréal, Université du Québec à Montréal, Groupe de recherche sur l'intégration continentale, 2001 ; G. Devin et M.-C. Smouts, *Les organisations internationales*, op. cit., p. 128.

⁸¹³ J. R. Legouté et al., *Définir le développement*, op. cit., p. 9.

⁸¹⁴ Organisation mondiale de la Santé, *Alma Ata, 1978, Les soins de santé primaires*, Genève, 1978.

Disponible sur : http://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/ et Annexe n°7.

un rapport précisant les modalités de la stratégie des soins de santé primaire⁸¹⁵. En 1979, l'Assemblée de la Santé lance la *Stratégie mondiale de la santé pour tous* en souscrivant au Rapport et à la Déclaration d'Alma-Ata, et le Conseil Exécutif en énonce les principes directeurs⁸¹⁶.

Qu'il s'agisse de la Déclaration d'Alma-Ata, du rapport qui lui est associé, ou de la Stratégie de la santé pour tous qui est adoptée à l'OMS, le registre est le même : dénoncer « le fossé [qui] s'élargit entre les "privilegiés" de la santé des pays riches et les "deshérités" de la santé du tiers monde » ainsi que celui qui s'observe « à l'intérieur de chaque pays, quel qu'en soit le degré de développement »⁸¹⁷. Les actions de l'OMS sont alors réorientées afin de permettre à « tous les habitants de tous les pays du monde [d'] accéder au moins à un niveau de santé tel qu'ils soient capables de travailler de façon productive et de participer activement à la vie sociale de la collectivité dont ils font partie »⁸¹⁸. Ce registre rappelle bien celui identifié quelques années plus tard dans le cadre de la promotion de la santé quant aux injustices et aux inégalités sociales.

On retrouve aussi cette remise en cause des approches par les soins dénoncée dans les pays occidentaux. La stratégie des soins de santé primaires, présentée comme « le maître moyen d'atteindre cet objectif »⁸¹⁹ de justice, part de la reconnaissance des « grandes déceptions » suscitées par les soins de santé qui se traduisent par l'affectation des « ressources sanitaires [...] à des institutions ultra-modernes implantées en milieu urbain » et le développement de « technologies médicales étroitement spécialisées au profit d'une minorité

⁸¹⁵ Organisation mondiale de la Santé, *Les soins de santé primaires. Rapport de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires Alma-Ata, (URSS), 6-12 septembre 1978. Rapport conjoint de l'Organisation mondiale de la Santé et du Fonds des Nations unies pour l'Enfance*, Genève, 1978.

⁸¹⁶ Organisation mondiale de la Santé, « Formulation de stratégies en vue de l'instauration de la santé pour tous d'ici l'an 2000 », *Série « Santé pour tous »*, n° 2, Genève.

⁸¹⁷ Organisation mondiale de la Santé, *Les soins de santé primaires. Rapport de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires Alma-Ata, (URSS), 6-12 septembre 1978. Rapport conjoint de l'Organisation mondiale de la Santé et du Fonds des Nations unies pour l'Enfance*, op. cit., p. 41.

⁸¹⁸ Organisation mondiale de la Santé, *Stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000*, Genève, 1981, p. 13.

⁸¹⁹ *Ibid.*, p. 9.

de privilégiés » ne pouvant servir « l'intérêt du plus grand nombre ». Les soins de santé primaires sont alors affirmés comme « une approche valable pour tous les pays depuis les plus développés jusqu'aux moins avancés » et, en particulier, pour « les pays en développement »⁸²⁰, et sont définis de la façon suivante :

Les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation à un coût que la communauté et les pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'autoresponsabilité et d'autodétermination. [...] Ils sont le premier niveau de contacts des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire⁸²¹.

On est frappé par les similitudes avec les registres de la Charte d'Ottawa, qu'on considère la dénonciation des inégalités de santé, des échecs des systèmes de soin, ou encore la promotion de la participation des communautés. Cette « filiation » est d'ailleurs explicitement rappelée dans la Charte d'Ottawa⁸²², et par les acteurs de la santé publique : Alma-Ata constitue une « date pivot [...] qui préparait la charte d'Ottawa »⁸²³. On touche sans doute ici à un des facteurs de l'internationalisation de l'action publique : la relative congruence des enjeux qui touchent les pays du monde ou, du moins, le travail qui est opéré pour faire reconnaître cette dimension. La force des acteurs de la promotion de la santé sur la scène internationale réside bien dans leur capacité à inscrire leurs discours (et leurs pratiques) dans cette dimension mondiale.

Ce travail n'est pas sans ambiguïté. L'adoption de la Stratégie de la santé pour tous à l'OMS constitue, paradoxalement, une opportunité pour le Service de l'Education pour la santé du Bureau Europe : c'est parce que « les enjeux reliés

⁸²⁰ Organisation mondiale de la Santé, *Les soins de santé primaires. Rapport de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires Alma-Ata, (URSS), 6-12 septembre 1978. Rapport conjoint de l'Organisation mondiale de la Santé et du Fonds des Nations unies pour l'Enfance*, op. cit., p. 41.

⁸²¹ Organisation mondiale de la Santé, *Alma Ata, 1978, Les soins de santé primaires*, op. cit., p. 3-4.

⁸²² Organisation mondiale de la Santé, *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, op. cit., p. 5.

⁸²³ Entretien interviewé(e) n°4, Annexe n° 1.4.

aux soins de santé primaires et à la santé pour tous (accès à l'eau potable, vaccination de base, etc.) étaient sans objet pour l'Europe » que l'éducation pour la santé est apparue comme « la stratégie clé à considérer »⁸²⁴. On y voit donc l'ouverture d'une fenêtre d'opportunité pour les acteurs de l'éducation pour la santé, puisque cette stratégie d'action « était intégrée dans le développement global de la politique de l'organisation, et non seulement comme un support qu'on aurait rattaché à la fin »⁸²⁵. A l'origine de l'intérêt du Bureau Europe pour la promotion de la santé se trouve donc un décalage entre les actions adoptées au Siège et ce qui est jugé correspondre aux « besoins » des pays d'Europe. Plus tard, il faudra donc opérer ce travail de remontée en généralité, plus exactement du régional au global, pour légitimer l'adoption de la promotion de la santé par l'organisation internationale.

Deux autres facteurs doivent être soulignés. Ceux-ci interviennent non pas avant mais tout juste après l'adoption de la Charte d'Ottawa, et permettent d'expliquer l'écho favorable que celle-ci a reçu au sein de l'OMS. Le premier relève d'une dynamique strictement régionale, européenne : la chute du Mur de Berlin. Le nombre d'Etats membres du Bureau Europe de l'OMS est donc multiplié. Ce changement institutionnel accompagne un changement de priorités, puisqu'il s'agit de soutenir leur « développement » et, en particulier puisque c'est son domaine privilégié d'action, celui des services de santé :

Cette période de grands bouleversements politiques en Europe, 89, 90, 91, marquait l'apparition de nombreux nouveaux pays, qui manifestaient un grand intérêt pour ce nouveau mouvement de promotion de la santé⁸²⁶.

On suppose, à l'image des pays en développement, que les discours de lutte contre les inégalités (à l'intérieur mais aussi rappelons le entre les pays)

⁸²⁴ M. O'Neill et al., « La promotion de la santé au Canada et à l'étranger: bilan et perspectives », art cit, p. 10.

⁸²⁵ I. Kickbusch, « Health promotion », art cit, p. 18.

[Traduction par mes soins] « This is important : health education was made part of developing the overall health policy of the organization, not just attached as a handmaiden at the end ».

⁸²⁶ Entretien interviewé(e) n°1, Annexe n° 1.1.

[Traduction par mes soins] « And around the time of great political changes in Europe, 89, 90, 91, were marked by the sudden appearance of all these new countries, and there was a lot of interest in learning about this new movement of HP ».

reçurent un écho favorable dans ces pays. On doit aussi poser l'hypothèse d'un intérêt stratégique à soutenir une telle stratégie : pour les nouveaux pays d'Europe de l'Est, adhérer au « mouvement » de la promotion de la santé permet de s'assurer des soutiens (financiers, humains, etc.) de la part de l'organisation.

Le second facteur relève plus strictement du champ sanitaire : l'impact du VIH-Sida non plus seulement sur les représentations, mais aussi sur les institutions :

Lorsque je rentrais de la conférence d'Ottawa, je fus nommé dans mon pays à la tête de l'Unité d'Education sanitaire, et ma première action fut de changer son nom par Unité de promotion de la santé. Nous faisons encore de l'éducation sanitaire traditionnelle, mais en 1987/88, à cette époque c'était la grande peur de l'épidémie du VIH/sida, et la Promotion de la santé s'est emparée de ça. Je n'arrive pas à croire que j'ai omis de parler de ça, car c'était un an après la Conférence d'Ottawa. Tout d'un coup, les pays et les unités comme la mienne ont été propulsés et sont presque devenus des Unités VIH/Sida et Promotion de la santé. C'est intéressant comme Ottawa était particulièrement dans l'air du temps, parce que ça parlait de choses comme la prise en charge de sa santé par les individus, la défense de leurs droits, le développement de leur capacité d'agir, et de l'activisme dans le domaine du VIH/Sida. [...] Ce fut une âme sœur pour la promotion de la santé. Et lorsque le premier programme spécial pour le VIH/Sida fut mis en place, on y inclût même un Bureau pour la promotion de la santé. Et il était clair que la prévention était le seul moyen d'avancer.⁸²⁷

On voit bien ici comment l'apparition du VIH/Sida, ses conséquences sur la perception des enjeux sanitaires et les pratiques de la santé publique, a constitué un puissant levier dans le développement et la légitimation de cette stratégie appelée « promotion de la santé », et ce au niveau institutionnel. Cadres cognitifs, stratégies des acteurs et processus d'institutionnalisation s'entremêlent encore de façon remarquable.

⁸²⁷ Entretien interviewé(e) n°1, Annexe n° 1.1.

[Traduction par mes soins]: "When I came back from Ottawa I was appointed in my country as the Head of the HE unit, and my first action was to change that into HP unit. And we still did quite a lot of traditional HE, but in 87/88 [...], well at the time it was Aids epidemic scare all around the world, so HP rode on that very strongly. I can't imagine how I didn't mentioned that because it is a year after Ottawa [...]. So suddenly, countries and units like mine were suddenly propelled and became the Aids and HP units almost. And it became interesting how Ottawa was so time linked, because it was talking about things like people caring for themselves, fighting for their rights, being empowered, and the AIDS activism... [...] it was a soul mate for HP. And when the first special program on AIDS was set up, it even included a HP office. And it was clear that prevention was the only way forward".

Il faut bien parler d'une « fenêtre d'opportunité », au sens de John Kingdon⁸²⁸ d'une mise sur agenda rendue possible par la rencontre de trois flux⁸²⁹ : le « flux des problèmes » (*problem stream*), qui à l'échelle internationale se caractérisent par un degré suffisant de congruence entre l'échelle nationale et internationale (les discours sur les échecs des politiques de santé constatés à l'intérieur des Etats sont renforcés par le caractère international de ce problème, puisqu'il touche pays industrialisés et pays en développement et qu'il est alors considéré comme un problème de politique internationale) ; le « flux des politiques » (*policy stream*) c'est-à-dire que la solution « promotion de la santé » est portée par une « coalition d'acteurs » à l'échelle nationale et internationale ; et enfin un « flux politique » (*political stream*), la « crise » des années 1970 et ses conséquences (tardives) sur les politiques de santé, la décolonisation et les politiques de développement, la chute de l'URSS et l'émergence de « nouveaux » Etat européens, qui peut expliquer l'intérêt des Etats.

Pour conclure, le changement dans l'action publique internationale est le fait de plusieurs facteurs congruents. Tout d'abord, « l'existence d'acteurs visant à l'initier » : une « nébuleuse réformatrice », composée d'acteurs « divers et assez nombreux » qui « ne produisent pas directement le changement mais un « sens commun » qui s'impose aux acteurs décisionnels », jouant ainsi un « rôle cognitif clé pour l'orientation de l'action publique, à partir de leur construction des problèmes et de leur formulation de prescriptions ». Dans l'histoire de la promotion de la santé, elle est plutôt le fait de ces chercheurs et professionnels de la santé publique qui ont, à l'échelle nationale d'abord, construit progressivement le sens de ce qui allait devenir une stratégie d'action publique (internationale).

Ensuite, l'équipe d'Illona Kickbusch peut être désignée comme une « élite programmatique » qui se caractérise par « la forte structuration autour d'un

⁸²⁸ A. King, « Review of Agendas, Alternatives, and Public Policies, Boston », *Journal of Public Policy*, 1985, vol. 5, n° 2, p. 281-283.

⁸²⁹ Nous reprenons ici la présentation faite par : P. Hassenteufel, *Sociologie politique*, *op. cit.*, p. 55-56.

programme de changement d'ensemble de la politique publique [internationale] et la détention de positions de pouvoir [au sein de l'OMS comme dans les administrations nationales] permettant de participer directement à la décision ». Ceux deux groupes d'acteurs « partagent un projet réformateur » - la promotion de la santé – et « sont dotés de ressources suffisantes pour orienter et définir le contenu de l'action publique » ; ou plus exactement encore, « l'accroissement de leurs ressources est à la fois un enjeu du changement et une condition du changement puisque le renforcement de la position de pouvoir de ces acteurs leur permet de porter (et d'accentuer) le changement ».

De plus, ces acteurs sont insérés dans des « dynamiques multiples d'apprentissage qui s'appuient notamment sur l'observation du passé et de cas étrangers ou relevant d'autres domaines de politique publique, sur l'expérimentation et l'évaluation, sur des échanges avec d'autres acteurs, sur la correction d'erreurs... : on pense en particulier à la mise en avant des « échecs » de l'éducation pour la santé ou au « modèle » que représente le Canada comme pionnier de la promotion de la santé. A ce titre l'OMS semble constituer un espace particulièrement favorable à ce travail de comparaison et d'évaluation puisqu'elle dispose d'informations sur les politiques publiques nationales de tous ses Etats membres, ce qui constitue sans doute une de ses plus grandes spécificités en tant qu'institution. Enfin, ces acteurs s'insèrent dans un « contexte favorable » aussi bien « extérieur à la politique publique » – crise de l'Etat Providence, mouvement de décolonisation, etc. – que propre à la politique publique⁸³⁰.

⁸³⁰ *Ibid.*, p. 251-252.

6.2. Evolutions de la promotion de la santé : enjeux internationaux des transformations de l'action publique sanitaire

L'internationalisation de l'action publique est sans aucun doute un objet complexe ; l'étude des transformations de l'action publique internationale l'est bien sûr tout autant. Si la tentation est en effet de s'arrêter aux événements « marquants » de l'histoire de la promotion de la santé à l'OMS comme l'adoption de la Charte d'Ottawa, cette approche doit être complétée. En effet, à partir du moment où cette stratégie d'action publique est institutionnalisée à l'échelle internationale, ce mouvement s'autonomise (partiellement) et produit ses propres effets.

Pour appréhender cette dynamique, il faut bien sûr étudier les activités prises en charge par l'OMS, puisque l'organisation engage des ressources (d'argent, de personnel, etc.) pour permettre l'action. Parce qu'elle décide des « ressources utilisables » mais surtout « où, quand, comment et par qui », cette institution « contribue à privilégier certains acteurs, certains intérêts » et contribue ainsi « à la structuration des relations de pouvoir »⁸³¹.

Se pose alors la difficile question des effets sur l'action publique : si l'action publique internationale change, quelles sont les conséquences pour les politiques publiques nationales ? Internationalisation des communautés professionnelles vaut-elle transformation de l'action publique ? Enfin, c'est à l'échelle de l'OMS même qu'il faut considérer les dynamiques toujours changeantes de l'action publique internationale : les discours comme les pratiques, fruit de la rencontre de nombreux facteurs, sont en constante évolution.

⁸³¹ P. Lascombes et P. Le Galès, *Sociologie de l'action publique*, op. cit., p. 99.

6.2.1. L'OMS et le développement de la promotion de la santé : des ressources au service de l'action

La Charte d'Ottawa est sans aucun doute un moment essentiel de l'histoire de l'OMS et de la santé publique (internationale), puisqu'elle marque l'adoption de la promotion de la santé comme stratégie d'action (internationale), reléguant au second rang celle qui a pendant longtemps dominée le champ de la prévention, l'éducation sanitaire. Elle peut être considérée comme un point d'aboutissement en ce qu'elle reflète un travail de rationalisation et de reformulation entamé près d'une décennie avant. Mais elle doit aussi être appréhendée comme un (nouveau) point de départ : celui de sa consolidation à l'échelle internationale, par les actions de l'OMS mais aussi d'une communauté internationale regroupant des individus et des institutions qui se trouvent souvent à cheval entre l'action nationale et internationale. L'internationalisation de l'action publique, telle que nous la laisse à voir l'histoire de la promotion de la santé, est en fait un processus où, justement, les frontières entre le national et l'international se révèlent de plus en plus floues.

Le soutien de l'OMS à l'organisation des conférences internationales sur la promotion de la santé⁸³² participe de cette stratégie. En 1988, la deuxième conférence conduit aux « recommandations d'Adélaïde » pour « une politique publique saine », qui donne aux gouvernements la responsabilité d'investir dans des politiques économiques, sociales et sanitaires afin de promouvoir la santé. Des « priorités d'action » sont aussi déterminées ; elles sont un excellent indicateur des préoccupations qui traversent le champ de la santé. On retrouve des thématiques qui ne sont pas tout à fait nouvelles, comme le tabac et l'alcool, mais aussi certaines plus contemporaines, comme l'alimentation et la nutrition. La Déclaration de Sundsvall sur « les environnements favorables à la santé », adoptée à la suite de la troisième conférence organisée en 1991, confirme quant à elle les « stratégies visant à modifier l'environnement pour favoriser la santé » : de grands leviers d'action sont ainsi identifiés, comme

⁸³² Toutes les conférences internationales sur la promotion de la santé sont présentées, accompagnées des documents originaux, sur le site : <http://www.promosante.org/chartes-et-declarations> ; les documents sont aussi accessibles via : <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/en/>

l'élaboration d'une politique, la réglementation, le plaidoyer ou encore l'habilitation des individus et des communautés.

Ces conférences confirment bien le passage d'une réflexion de l'ordre des savoirs sur les mécanismes qui participent à la santé des populations, à la consolidation toujours en mouvement d'une stratégie reposant sur l'identification de mesures susceptibles d'orienter l'action publique (internationale). Elles sont aussi un moyen, pour l'OMS comme pour tous les acteurs qui y participent, de « maintenir la promotion de la santé à l'ordre de jour »⁸³³. Surtout, organiser ces conférences permet à l'organisation internationale de « socialiser un nombre croissant d'acteurs aux propositions qu'elle formule »⁸³⁴. En retours, cet espace sert aux acteurs qui y participent. Lieu de rencontre entre des professionnels et l'OMS, il peut s'agir pour les premiers d'une opportunité pour influencer l'action publique internationale. Pour l'organisation internationale, qui doit de plus en plus s'insérer dans cette « gouvernance » qu'elle prétend d'ailleurs promouvoir, ces conférences offrent la légitimité d'une action publique fondée sur la participation (des professionnels et des ONG en particulier), tout autant d'un moyen de rappeler aux multiples acteurs qui prétendent participer à l'action publique internationale – professionnels, autres organisations internationales, Etats-membres – la pertinence de l'approche qu'elle défend ainsi que son rôle dans son développement. En cela, le rôle de l'OMS dans la promotion de la santé illustre et participe aux transformations de l'action publique (internationale), où l'Etat n'est plus n'est plus le seul acteur à pouvoir prétendre déterminer et agir sur « la direction de la société » ; l'internationalisation de l'action publique participe donc de cette « gouvernance » qui remet en cause « les conceptions traditionnelles de l'autorité et de la direction de l'action publique »⁸³⁵.

⁸³³ M.B. Mittelmark et al., « L'influence du Canada sur l'infrastructure mondiale en promotion de la santé », art cit, p. 322-323.

⁸³⁴ P. Hassenteufel, *Sociologie politique*, op. cit., p. 257.

⁸³⁵ P. Le Galès, « Gouvernance » dans *Dictionnaire des politiques publiques*, 3e éd. actualisée et augm., s.l., 2010, p. 300.

Les « sessions de travail » (*workshop*) organisées par l'OMS et en particulier ici par le Bureau Europe autour de la promotion de la santé sont un autre exemple des ressources qui sont à disposition de l'organisation, et plus précisément de sa capacité à mobiliser des professionnels de la santé et administrateurs nationaux dans son travail d'internationalisation de l'action publique. L'exemple fourni par notre interlocuteur du Bureau Europe de l'OMS est tout à fait éclairant :

En 1986, alors que je terminais mes études supérieures à Londres, le Ministère de la santé de Malte fut invité à nommer quelqu'un pour qu'il participe à un séminaire de travail en Finlande. C'était un séminaire d'été sur la promotion de la santé. [...] Le Bureau de Copenhague cherchait à cette époque à développer et à promouvoir l'idée de promotion de la santé. Il demandait donc aux Ministères d'identifier des personnes avec un intérêt, qui étaient des managers de rang intermédiaire ou élevé, pour participer à ces séminaires d'été. [...] Tous les termes clés qui avaient été introduit dans la Charte d'Ottawa et qui commençaient à être connus. Et le séminaire d'été était un moyen pour les véhiculer. Ils ont pris des personnes qui étaient des managers junior ou de rang intermédiaire, ils recherchaient des personnes de rang supérieur mais à en juger par les personnes présentes, ce fut plutôt des débutants comme moi ou des personnes de rang intermédiaire qui furent nommés. Toutes les personnes présentes ont par la suite acquis des positions plus élevées, et c'était un bon endroit où commencer. Il y avait donc cette fusion et cette innovation en choisissant les personnes qui seraient influentes dans le futur plutôt que celles qui l'étaient à l'époque. Je ne sais pas si c'était un choix conscient mais c'est clairement quelque chose que j'ai observé.⁸³⁶

Cet extrait est fascinant, tant il permet d'illustrer les moyens dont l'OMS dispose et, surtout, les effets possibles de ses actions. Parce qu'elle est en lien direct avec les Ministères, elle peut réunir un panel de professionnels (nationaux) du monde (ou de la région concernée, ici en l'occurrence l'Europe). Ces personnes

⁸³⁶ Entretien interviewé(e) n°1, Annexe n° 1.1.

[Traduction par mes soins] : « 1986 I was completing my Post graduate in London, and the Ministry of Health of Malta received an invitation to nominate someone to an event, a workshop in Finland. That was called a summer seminar on Health promotion. [...] The Copenhagen office of WHO was at that time seeking [...] to develop and to promote the idea of health promotion. So they were asking Ministries in Member States to identify people with an interest, who are middle or high level managers, to attend these summer seminars. [...] All the key terms that were eventually introduced into the Ottawa Charter, and were starting to become currency. And the summer seminar was one vehicle for doing that. They basically took people that were from junior to middle manager, they were seeking for higher level people but basically by judging from people that were around, it was more beginners like me or middle level people who have been nominated. Still all the people that were there have moved on to more influential positions and it was a great place to start [...]. So there was this fusion and innovation by choosing the future influential rather than the current ones. I don't know if it was a conscious choice but it is definitively something that I observed ».

sont ainsi initiées aux discours et aux pratiques que l'OMS souhaite promouvoir. Cette expérience peut à la fois permettre à ces individus d'acquérir des positions de pouvoir plus importantes par la suite, tout en offrant à l'OMS un vecteur de circulation de ses idées : une fois rentrés dans leurs pays, les participants se feront les relais des discours et des pratiques de l'OMS. Ainsi, lorsque notre interlocuteur, qui occupe aujourd'hui une position de rang élevé à l'OMS, rentre de la Conférence d'Ottawa, non seulement il est nommé à la tête de l'Unité d'Education sanitaire (du ministère), mais il décide de modifier son nom en adoptant celui d'Unité de Promotion de la santé⁸³⁷.

Le parrainage des conférences mondiales n'est évidemment pas la seule activité prise en charge par l'OMS. La mise en place ou le soutien à des réseaux internationaux en est une autre. Par exemple, en 2001, l'OMS lance le *Mega Country Health Promotion Network*, qui regroupe les pays dont la population excède les 100 millions d'habitants⁸³⁸. Elle met aussi en places des programmes, notamment en s'appuyant sur l'approche en termes de « cadre de vie », entendue comme « lieu ou contexte dans lequel les individus vaquent à leurs activités quotidiennes et où les facteurs environnementaux, organisationnels et personnels influent les uns sur les autres et ont ainsi des effets sur la santé et le bien-être ». Ainsi sont nés l'initiative « Hôpitaux-santé », l'initiative « école-santé », le programme « ville-santé » et le programme « îles-santé » (mis en place dans la région du Pacifique) ; l'OMS apporte en particulier son soutien à des réseaux constitués autour de chacun de ces thèmes, et participe au renforcement des capacités nationales⁸³⁹.

L'initiative « école-santé » mérite en particulier qu'on s'y arrête. Lancée au début des années 1990, elle est très vite considérée par les acteurs de l'OMS

⁸³⁷ Entretien interviewé(e) n°1, Annexe n° 1.1.

[Traduction par mes soins]: « When I came back from Ottawa I was appointed in my country as the Head of the HE unit, and my first action was to change that into HP unit ».

⁸³⁸ Voir par exemple : http://www.who.int/school_youth_health/mega/en/.

⁸³⁹ D. Nutbeam, *Glossaire de la promotion de la santé (WHO/HPR/HEP/98.1)*, Genève, OMS, 1998, p. 20 ;

Pour une présentation des activités de l'Unité Promotion de la Santé de l'OMS, voir aussi: <http://www.who.int/healthpromotion/about/organization/units/en/> ; <http://www.who.int/healthpromotion/areas/en/>.

comme « le slogan du futur »⁸⁴⁰. On ne peut s'empêcher de repenser au rôle qu'a joué le développement de l'école comme espace de mise en œuvre de l'éducation sanitaire au début du XX^e siècle. On retrouve l'intérêt de la santé publique pour les institutions dans lesquelles les individus évoluent quotidiennement, et le levier que celles-ci constituent pour déployer ses actions sanitaires. Là où les individus sont regroupés et soumis à des règles collectives, la santé publique peut agir.

L'intérêt de cette approche renvoie aussi plus directement à une stratégie de l'OMS :

Il y avait aussi un agenda politique très clair. Jusqu'à maintenant, l'OMS était principalement une organisation qui traitait avec les ministères de la santé. Et lorsque j'assistais aux réunions sur la promotion de la santé, il y avait très clairement et ouvertement un agenda visant à dire, à travers l'approche des environnements, que nous aurions alors la légitimité de parler de questions sanitaires avec d'autres secteurs et d'autres autorités⁸⁴¹.

Ainsi, l'adoption de la promotion de la santé par cette organisation internationale relève de son intérêt : élargir son champ d'influence au-delà de celui de la santé. Cette dimension illustre autant qu'elle impulse le brouillage des frontières sectorielles.

On ne peut passer en revue toutes les activités de l'OMS dans le domaine de la promotion de la santé, d'autant plus qu'il faudrait aussi considérer celles développées par les Bureaux Régionaux⁸⁴². En revanche, on doit souligner que ses modalités d'action n'ont que peu changé par rapport à celles mises en œuvre pour l'éducation sanitaire. L'organisation cherche toujours à soutenir, avant tout, les Etats dans leurs activités ; en revanche, alors que les Ministères

⁸⁴⁰ Entretien interviewé(e) n°1, Annexe n° 1.1.

[Traduction par mes soins] : « [...] Certainly it fast became very clear that HP schools was going to be the slogan of the future ».

⁸⁴¹ Entretien interviewé(e) n°1, Annexe n° 1.1.

[Traduction par mes soins] : « But there were also really clear political agenda, until the time of settings, WHO was very much an organization that was dealing only with ministries of health. And when I was attending the HP meetings, there was clearly an overt agenda to start to say, by going down the settings approach, we get the legitimacy to have health discussions with other sectors and other authorities ».

⁸⁴² Pour des exemples de projets, voir : M.B. Mittelmark et al., « L'influence du Canada sur l'infrastructure mondiale en promotion de la santé », art cit, p. 322-323.

de la santé étaient ses interlocuteurs privilégiés, la promotion de la santé lui donne la possibilité de (prétendre) dialoguer avec d'autres ministères. La promotion de la santé est donc une stratégie qui permet à l'OMS d'étendre son champ d'influence au-delà des instances (et du secteur) sanitaires.

L'OMS continue à travailler avec ses « Centres Collaborateurs », c'est-à-dire ces « institutions, instituts de recherche, départements d'universités ou d'instituts universitaires qui sont désignés par le Directeur Général pour mener des activités de soutien en faveur des programmes de l'Organisation »⁸⁴³ : mais au lieu d'être des Centres Collaborateurs pour l'éducation sanitaire, ils le sont pour « la promotion de la santé et l'éducation »⁸⁴⁴. Là encore, les modalités de ces collaborations varient en fonction de chaque institution : elles peuvent concerner la recherche (qu'il s'agisse pour le centre de mener des études dont les thèmes intéressent l'OMS, ou de soutenir l'évaluation des actions de promotion de la santé en menant des recherches opérationnelles), le soutien (technique) à la mise en œuvre des programmes de l'OMS à l'échelle nationale, des collaborations dans la production et la diffusion de manuels et de guides ou pour l'organisation de conférences, ou encore pour la formation des professionnels⁸⁴⁵. On suppose alors que la réorientation de l'OMS vers la promotion de la santé a des conséquences sur les activités de ces centres (par les financements et les projets qu'elle propose) et donc, *in fine*, sur la place que la promotion de la santé occupe dans le monde.

A travers le soutien à la recherche se dégage un enjeu pour les tenants de la promotion de la santé, et le rôle que peut jouer l'OMS dans ce domaine : celui de l'établissement d'une profession reconnue dans l'univers de la santé publique. Il s'agit ici d'un enjeu très fort de légitimation.

⁸⁴³ Voir : <http://www.who.int/collaboratingcentres/fr/>

⁸⁴⁴ La liste des Centres Collaborateurs de l'OMS dans le domaine de la promotion de la santé (dont le nombre s'élève à 112) est disponible via le lien :

http://apps.who.int/whocc/ReportDetails.aspx?id=0&cc_subject=Health+promotion+%26+education&

⁸⁴⁵ Chaque centre collaborateur de l'OMS est présenté sous forme de fiche, dans laquelle sont résumés les termes de la collaboration, les sujets couverts par l'institution et le type d'activités qu'elle mène.

[...] La promotion de la santé se professionnalisait. [...] Si vous voulez être pris au sérieux dans l'univers de la santé mondiale, [...] si vous voulez être pris au sérieux par vos pairs en santé publique, il vous faut un fond de recherche, vos propres fonds de savoirs, [...] avoir vos propres cours universitaires, [...] votre association professionnelle, vos critères pour déterminer qui est promoteur de santé et qui ne l'est pas⁸⁴⁶.

[...] Surtout ce qui est très long et important c'est le développement de la recherche pour comprendre ce qui marche et qui ne marche pas, et de pouvoir apporter aux décideurs les preuves et pouvoir développer des interventions qui vont mieux marcher⁸⁴⁷.

Le soutien à la recherche participe donc du processus de légitimation d'une stratégie d'action publique (sanitaire). Cela semble d'autant plus vrai que la promotion de la santé peine, depuis ses débuts et parfois encore aujourd'hui, à disposer d'un fond de connaissance qui égal celui de l'éducation pour la santé :

[...] Autant l'éducation pour la santé est fondée sur des fondements théoriques importants, il y a des théories éducatives importantes, la théorie de Paulo Freire, de théories comportementales, alors que la promotion de la santé n'a pas réussi à se construire des fondements théoriques... donc on lui reproche d'être... une approche, ou de se considérer comme « la » santé publique, et d'avoir une grosse dimension idéologique⁸⁴⁸.

Cet élément explique sans doute que le « débat » quant à la place à accorder à l'éducation pour la santé dans la promotion de la santé soit « loin d'être terminé », ce qui se traduit notamment par une confusion lorsqu'il s'agit « de différencier les deux expressions »⁸⁴⁹. La multiplication des termes peut poser problème : prévention de la santé, éducation pour la santé, promotion de la santé... Les acteurs de la santé publique eux-mêmes semblent avoir parfois des difficultés à les différencier, comme l'illustre cet extrait qui concerne la distinction entre le terme de promotion de la santé et de prévention

⁸⁴⁶ Entretien interviewé(e) n°1, Annexe n° 1.1.

[Traduction par mes soins] : « [...] HP was professionalizing itself. [...] If you want to be taken seriously in the world of global health, [...] if you want to be taken seriously by your peers in public health, you have to have a research base, your own knowledge base, [...] have your university courses, [...] your professional association, [...] your criteria on being health promoter or not ».

⁸⁴⁷ Entretien interviewé(e) n°2, Annexe n° 1.2.

⁸⁴⁸ Entretien interviewé(e) n°2, Annexe n° 1.2.

⁸⁴⁹ M. O'Neill et A. Stirling, « Travailler à promouvoir la santé ou travailler en promotion de la santé? », art cit, p. 57.

Ca dépend de la perspective qu'on adopte. Moi dans cette tête qui est souvent confuse, y a deux conceptions qui cohabitent, je vis très bien avec cette schizophrénie là. Il y a la conception OMS au sens de mission essentielle de santé publique [...] : mission de prévention, de promotion de la santé et de protection. Quelle est la différence entre prévention et promotion de la santé ? La prévention, c'est les risques de pathologie. On fait de la prévention quand derrière il y a un facteur de risque lié à pathologie ou à un traumatisme comme accident de route, shoot... alors que promotion de la santé s'intéresse plus aux déterminants sociaux de la santé... On est dans les causes des causes [...] donc les conditions de vie, ce qu'on appelle les déterminants sociaux de la santé : logement, emploi, niveau d'éducation, cohésion sociale. D'une part. De l'autre part [...] elle se pose comme une nouvelle vision de la santé publique. [...] On peut aussi la considérer, dire que la santé publique elle a évolué et aujourd'hui une des façons dont on peut la qualifier c'est la promotion de la santé, ou encore d'autres vont parler de nouvelle santé publique⁸⁵⁰.

On comprend donc ici qu'en soutenant la recherche en promotion de la santé, l'OMS participe à sa légitimation en tant que stratégie d'action publique. Ce faisant, elle favorise bien des groupes d'acteurs (au détriment d'autres), et a donc un impact sur les jeux de pouvoir au sein du champ de la santé publique (internationale).

L'intense travail de publication de rapports sur la promotion de la santé par l'OMS, et notamment le Bureau Europe de l'OMS, participe aussi à ce travail de légitimation⁸⁵¹. La publication d'un *Glossaire de la promotion de la santé*⁸⁵² illustre aussi l'effort de clarification et de standardisation auquel se livrent les acteurs de la promotion de la santé ; les définitions de l'OMS faisant souvent référence dans l'univers de la santé publique, cette tentative s'avère d'autant plus importante, et sans doute efficace. L'établissement de recommandations est aussi un exercice dont s'empare régulièrement l'OMS⁸⁵³. Elle met par exemple à disposition des « outils d'évaluation économique des effets sanitaires (HEAT) » dans un domaine comme « la pratique du vélo et de la

⁸⁵⁰ Entretien interviewé(e) n°3, Annexe n° 1.3.

⁸⁵¹ Pour une liste des publications de l'OMS/Europe sur la promotion de la santé, voir : <http://www.euro.who.int/fr/search?q=promotion+de+la+sant%C3%A9>

⁸⁵² Disponible sur : <http://www.euro.who.int/fr/publications/bibliographical-databases/terminology-glossariesclassifications>

⁸⁵³ Par exemple sur le thème de la promotion de l'activité chez les groupes socialement défavorisés, voir : <http://www.euro.who.int/fr/health-topics/environment-and-health/Transport-and-health/news/news/2013/07/new-guidance-on-promoting-physical-activity-in-socially-disadvantaged-groups>

marche », qui permet une « évaluation économique des infrastructures et politiques de transport »⁸⁵⁴ ou encore des « recommandations mondiales pour mettre fin à l'obésité infantile »⁸⁵⁵

On touche ici au rôle que peuvent jouer les organisations internationales dans les transformations de l'action publique : par des « processus non contraignants résultant, tout d'abord, de la diffusion d'orientations, de contenus et d'instruments de politiques publiques par des institutions internationales et par des experts transnationaux » qui passent notamment par l'élaboration de ce type de rapports, l'OMS participe à la « convergence cognitive »⁸⁵⁶ qu'on observe dans les politiques publiques de différents pays. Se pose cependant la question de leur réception au niveau national.

6.2.2. La (difficile) question des effets de l'adoption de la promotion de la santé par l'OMS : du réseau à l'action publique ?

La question des effets de l'adoption de la promotion de la santé par l'OMS est délicate. Il ne s'agit pas de questionner la légitimité de la promotion de la santé en tant que stratégie « efficace » pour répondre aux objectifs qui lui ont été assignés d'amener « la santé à tous » ; cela renvoie à des débats qui relèvent soit de l'évaluation, soit d'une posture normative visant à questionner ses fondements. En revanche, pour le sujet qui nous occupe, il s'agit d'analyser les conséquences, à l'échelle internationale et nationale, de l'adoption de la promotion de la santé par l'OMS.

⁸⁵⁴ Organisation mondiale de la santé, Bureau Europe, *Outil d'évaluation économique des effets sanitaires (HEAT) liés à la pratique du vélo et à la marche. Méthodologie et guide de l'utilisateur. Évaluation économique des infrastructures et politiques de transport. Version actualisée de 2014*, <http://www.euro.who.int/fr/publications/abstracts/health-economic-assessment-tools-heat-for-walking-and-for-cycling.-methodology-and-user-guide.-economic-assessment-of-transport-infrastructure-and-policies.-2014-update>, 2 décembre 2014, (consulté le 11 février 2016).

⁸⁵⁵ Organisation mondiale de la santé, Bureau Europe, *Lancement des recommandations mondiales pour mettre fin à l'obésité infantile*, <http://www.euro.who.int/fr/health-topics/noncommunicable-diseases/obesity/news/news/2016/01/global-recommendations-to-stop-childhood-obesity-launched>, 25 janvier 2016, (consulté le 11 février 2016).

⁸⁵⁶ P. Hassenteufel, *Sociologie politique*, op. cit., p. 257.

Sans prétendre à une analyse exhaustive de cette question, notre travail nous permet d'apporter des éléments de réponse. Le premier concerne l'internationalisation croissante de l'action publique. L'OMS participe effectivement d'un mouvement plus large qui inscrit les professionnels de la promotion de la santé dans un champ qui n'est pas seulement national. Non seulement ceux-ci sont souvent multipositionnés dans leurs propres pays, mais ils le sont aussi à l'international. Le cas du Canada permet de le confirmer : aujourd'hui, « presque tous les individus ou les organisations travaillant en promotion de la santé [...] ont des relations internationales »⁸⁵⁷.

David Mc Queen par exemple, après avoir participé au Groupe de travail du Bureau Europe en 1984, travaille pour le *Center Disease Control* (CDC) d'Atlanta en tant que Chef du système de surveillance sur les comportements à risque et Directeur de la Division des adultes et de la santé communautaire (*Chief of the behaviorial risk factor surveillance system, Director of the Division of Adult and Communtiy Health*), Directeur associé de la revue *Global Health Promotion*⁸⁵⁸, et membre de l'Union Internationale de Promotion de la Santé et d'Education pour la Santé, dont il est pendant huit ans le Vice Président des Sciences (*Vice-President for Science*) et quatre ans Président. Il participe aussi à de nombreux comités auprès de la Banque mondiale, de l'OMS, ou encore du gouvernement canadien⁸⁵⁹.

Margaret Whitehead, dont nous avons évoqué les travaux dans le domaine des inégalités de santé, est aujourd'hui à la tête du Centre collaborateur de l'OMS pour la Politique de Recherche sur les Sociaux Déterminants de la Santé (*WHO Collaborating Centre for Policy Research on the Social Determinants of Health*) ; elle a aussi participé à l'enquête dite Acheson sur les inégalités de santé pour le gouvernement de Grande-Bretagne (*the UK Government's*

⁸⁵⁷ S. F. Jackson et al., « Le Canada sur la scène internationale de la promotion de la santé » dans *Promotion de la santé au Canada et au Québec, perspectives critiques*, Québec, Presses Université Laval, 2006, p. 305.

⁸⁵⁸ Voir : <http://www.iuhpe.org/index.php/en/global-health-promotion>

⁸⁵⁹ Voir son curriculum vitae sur : http://www.paho.org/Hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10568%3A2015-dr-david-mcqueen&catid=7661%3Ahiap-speakers&Itemid=41348&lang=en

Independent Inquiry into Inequalities in Health) et est aussi membre de plusieurs réseaux européens⁸⁶⁰.

On doit enfin évoquer Ilona Kickbusch. Son parcours est un exemple des carrières ascendantes qui sont possibles au sein de l'OMS : après son poste au Bureau Europe, elle devient Directeur de la Division de la Promotion de la santé, de l'Education et de la Communication au siège de l'OMS. Lorsqu'elle quitte l'organisation internationale, elle travaille pour la *Yale University School of Medicine* au sein du Département d'épidémiologie et de santé publique, pour l'Organisation panaméricaine de la santé en tant que consultant senior pour les Objectifs du Millénaire pour le Développement (notons à ce titre qu'au moins trois des objectifs – réduire la mortalité infantile – améliorer la santé maternelle – lutter contre le VIH/Sida, le paludisme et les autres maladies – concernent directement la santé⁸⁶¹), comme consultante auprès de l'Office fédéral suisse pour la santé publique (*Swiss Federal Office for Public Health*), comme Directrice du Programme Santé Globale (*Global Health Program*) à l'Institut des études internationales et de développement de Genève, ou encore comme membre du Conseil d'administration de la fondation Careum de Zurich⁸⁶². La participation à l'affirmation de la promotion de la santé à l'OMS apparaît comme un facteur d'ascension professionnelle au sein de l'organisation. Un autre exemple permet de le confirmer. Notre interlocuteur au Bureau Europe de l'OMS, qui a débuté sa carrière au sein du Service d'éducation sanitaire de son pays d'origine et a participé au mouvement des « îles-santé » de la promotion de la santé, occupe aujourd'hui un poste à haute responsabilité au sein de l'OMS⁸⁶³.

Tous ces acteurs ont des activités de publication, souvent très fournies, qui alimentent la recherche dans le domaine de la promotion de la santé, occupent au cours de leurs parcours un poste au sein de l'OMS (ou des institutions qui

⁸⁶⁰ Voir son curriculum vitae sur : http://phrc.lshtm.ac.uk/collaborator_whitehead.html

⁸⁶¹ Pour une présentation des Objectifs du Millénaire par l'OMS (en particulier ceux liés à la santé), voir : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs290/fr/>

⁸⁶² Son curriculum vitae est disponible en ligne : http://www.ilonakickbusch.com/kickbusch-wAssets/docs/Kickbusch_CV.pdf et Annexe n°9.

⁸⁶³ Entretien interviewé(e) n°1, Annexe n° 1.1.

travaillent en collaboration avec elle), progressent vers des postes à très hautes responsabilités, et travaillent dans des instituts universitaires et/ou dans des institutions publiques de santé publique et/ou pour des commissions gouvernementales. Si l'internationalisation des carrières des professionnels de la promotion de la santé ne peut être uniquement attribuée aux activités de l'OMS, il semble que celle-ci constitue un puissant levier de cette dynamique, sans doute par les ressources (notamment en termes de réseau) et la légitimité qu'elle apporte. Ce processus participe alors à cette « convergence cognitive » des politiques publiques : l'OMS peut s'appuyer sur ces « experts nationaux ayant une activité transnationale » pour importer cette stratégie de promotion de la santé dans leurs pays respectifs⁸⁶⁴. L'étroite collaboration de l'OMS avec les acteurs et les instituts de recherche, dont elle finance en partie les activités, est évidemment aussi un facteur qui permet d'expliquer l'intense circulation des savoirs à l'échelle internationale et transnationale.

Si cette dynamique est incontestable, il faut en revanche s'interroger sur l'application qui est faite, à l'échelle des Etats membres de l'OMS, des recommandations faites en matière de promotion de la santé. En effet, les études menées à ce sujet montrent que la promotion de la santé reste « absente [...] dans plusieurs endroits du monde » et, même, dans certains pays occidentaux comme les Etats-Unis et la France⁸⁶⁵. Nous pouvons émettre quelques hypothèses à partir de notre travail. La première concerne la résistance des acteurs de l'éducation pour la santé. Un exemple particulièrement significatif nous est donné par l'Union internationale, où l'abandon de l'appellation d'Union internationale de l'éducation sanitaire pour celle d'Union Internationale de Promotion de la Santé et d'Education pour la Santé fut très tardive, du fait de craintes et de contestations de la part des acteurs « traditionnels » de l'éducation pour la santé :

⁸⁶⁴ P. Hassenteufel, *Sociologie politique*, op. cit., p. 257.

⁸⁶⁵ S. Dupéré et al., « Conclusion: l'arbre et le rhizome » dans *Promotion de la santé au Canada et au Québec, perspectives critiques*, Québec, Presses Université Laval, 2006, p. 495.

Parce qu'il y avait des professionnels, pour eux c'était leur identité. Si c'était à refaire aujourd'hui, ce n'est plus un enjeu aujourd'hui. Aujourd'hui ils pourraient renommer l'organisation Promotion de la santé, y aurait pas de problème. Mais à l'époque, quand ils ont changé de nom, il y avait des gens dont l'identité était des éducateurs sanitaires ou éducateurs en santé, *health educators*, donc il y avait cette identité professionnelle-là qui existait. Ils ne voulaient pas heurter cette identité là⁸⁶⁶.

Mais on l'a gardé pendant très longtemps pour ne pas heurter des personnes qui étaient très dans le champ de l'éducation pour la santé, et qui ne se sentaient pas tout à fait en phase avec le mouvement social beaucoup plus important que représentait le mouvement de la promotion de la santé, qui étaient plus dans une démarche académique⁸⁶⁷.

On rejoint ici l'interprétation de Pierre Muller : « [...] le processus de formulation et d'imposition des cadres d'interprétation du monde (les référentiels) ne se fait jamais sans toucher plus ou moins brutalement aux identités collectives des acteurs impliqués [...] »⁸⁶⁸. L'affirmation de la promotion de la santé, ou pour le dire autrement la victoire de cette « coalition » au détriment de celle de l'éducation pour la santé, est une prise de pouvoir qui suscite des résistances.

On la comprend aussi lorsqu'on considère que les liens qui unissent la promotion de la santé et l'éducation pour la santé sont loin d'être aussi consensuels que ce que les discours peuvent laisser entendre, et ce encore aujourd'hui. On constate en effet un certain dédain de la part des professionnels de la promotion de la santé :

Alors moi y a un domaine où je me suis rendue compte que je n'avais pas de connaissances approfondies, et où j'ai plus des connaissances générales, c'est l'éducation pour la santé. Parce qu'en fait je pense que c'est un domaine qui m'intéresse moins que la promotion de la santé⁸⁶⁹.

Ce dédain semble respectif. A une éducation pour la santé jugée inintéressante ou du moins insuffisante, s'oppose en miroir une promotion de la santé accusée de n'être qu'un concept flou, résultat d'un travail d'acteurs occupés par leurs propres intérêts :

⁸⁶⁶ Entretien interviewé(e) n°3, Annexe n° 1.3.

⁸⁶⁷ Entretien interviewé(e) n°2, Annexe n° 1.2.

⁸⁶⁸ P. Muller, « L'analyse cognitive des politiques publiques », art cit, p. 196.

⁸⁶⁹ Entretien interviewé(e) n°2, Annexe n° 1.2.

Pour moi c'est un faux problème, [...] c'est un travail intellectuel de certaines personnes, dans certains pays, qui ont voulu créer quelque chose de nouveau pour eux-mêmes et pour leurs institutions ; et ça ils ont eu un certain succès pour la terminologie ça va, moi je ne rejette pas parce qu'il faut vivre avec (rire), mais personnellement c'est l'inverse qui... parce que promotion de la santé, c'est la santé (rire). Quand vous parlez de promotion de la santé, les gens ne comprennent rien. Bon parce que c'est un but, c'est le but final de promouvoir la santé de la population, mais c'est pas une discipline. Ça peut pas être (rire), en principe ça ne peut pas être une discipline toute seule parce que, à la fois but et discipline, ça ne peut pas ensemble⁸⁷⁰.

On voit aussi que la confusion observée encore quant à l'éducation sanitaire et l'éducation pour la santé soit entretenu par les acteurs de la promotion de la santé dans une stratégie de délégitimation de cette stratégie d'action : ils ont souvent recours à ces termes de façon indéterminée lorsqu'ils s'appliquent à dénoncer les insuffisances de cette stratégie d'action publique. A l'inverse, les acteurs de l'éducation pour la santé ont intérêt à user de ces nuances de langage pour marquer la pertinence de leur domaine d'action, et à entretenir une certaine confusion quant au sens de la promotion de la santé. La concurrence entre les acteurs de l'éducation pour la santé et de la promotion de la santé constitue donc un frein à l'affirmation de la seconde (plus récente, moins implantée, moins institutionnalisée dans la plupart des pays).

Ce constat peut aussi être transposé à la question des différences observées entre les pays quant à la place accordée à la promotion de la santé. Aux Etats-Unis par exemple, où la professionnalisation de l'éducation pour la santé est très poussée – comme l'illustre par exemple le développement en 1995 du *National Health Education Standard* par un *Joint Commite on National Health Education Standards* formé de membres de l'Association Américaine d'Education Sanitaire (*American Association for Health Education*), de l'Association Américaine de Santé publique (*American Public Health Association*), de l'Association Américaine des Ecoles en Santé (*American School Health Association*) et de la Société des Leaders Publics de la Santé et de l'Education Physique (*The Society of State Leaders of Health and Physical Education*), qui propose des indicateurs de performance visant à soutenir les

⁸⁷⁰ Entretien interviewé(e) n°5, Annexe n° 1.5.

actions des professionnels⁸⁷¹ – et où les valeurs de responsabilité individuelle particulièrement fortes, on doit supposer qu'une telle résistance soit particulièrement forte.

Cette explication ne suffit pourtant pas. Même en Europe, où elle a pourtant été « façonnée », la promotion de la santé reste inégalement représentée⁸⁷². Le panorama établi en 2000 par Ziglio, Hagard et Griffiths⁸⁷³ (le premier est membre du Bureau Europe de l'OMS, le second de la *London School of Hygiene* et le dernier de la *Health Promotion Wales*), montre quelques initiatives favorables au développement de la promotion de la santé, comme l'émergence de Fondations pour la promotion de la santé (par exemple en Suisse, en Autriche et en Estonie) qui soutiennent financièrement des programmes menés notamment par des ONG ; mais les auteurs relèvent aussi beaucoup de limites, en particulier en ce qui concerne la capacité de ces diverses initiatives à influencer l'agenda politique. Ils dressent finalement des constats qui montrent la faible application des principes et des leviers d'action promus par la promotion de la santé, comme la persistance d'approches ciblées, au détriment de celles holistiques et globales promues, mais aussi centrées sur la maladie plutôt que sur la santé, la prédominance des approches sectorielles, en particulier dans le cadre des actions des Etats et, finalement, l'absence globale de politiques « favorables à la santé »⁸⁷⁴.

Le cas de France est singulier, et particulièrement intéressant à souligner. La création en 2002 de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES)⁸⁷⁵, qui fait suite à la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité des systèmes de santé et vient remplacer le Comité Français d'Education pour la Santé (CFES), illustre non seulement l'inscription

⁸⁷¹ Voir : <http://www.cdc.gov/healthyschools/sher/standards/index.htm>

⁸⁷² Eric Ziglio, « A quoi ressemble l'Europe de la promotion de la santé? », *La Santé de l'Homme*, mai/juin 2014, n° 371, p. 13-14.

⁸⁷³ E. Ziglio, S. Hagard et J. Griffiths, « Health promotion development in Europe: achievements and challenges », *Health Promotion International*, 1 juin 2000, vol. 15, n° 2, p. 143-154.

⁸⁷⁴ *Ibid.*, p. 144-145.

⁸⁷⁵ Voir : <http://www.inpes.sante.fr/>

de cette stratégie d'action publique dans l'appareil étatique – puisqu'on passe d'une structure associative sous tutelle de l'Etat à une structure d'Etat – mais aussi la place centrale qu'occupent les « interventions visant des changements de comportements individuels » et, en particulier, l'éducation pour la santé. La encore, le récit des acteurs met en lumière les freins possibles à l'affirmation de la promotion de la santé :

La difficulté aujourd'hui ce sont nos décideurs, ce sont nos politiques. [...] nos administrateurs restent dans un modèle biomédical de la santé et n'ont pas du tout intégré le modèle global, ou psychosocial.

[...] Promotion de la santé, c'est un très mauvais terme. Ca nuit beaucoup. Tous les avatars que peut avoir la promotion de la santé vis-à-vis des décideurs en France c'est aussi qu'ils ne comprennent pas ce que ça veut dire »⁸⁷⁶.

Il peut donc exister un fort décalage entre des cadres cognitifs portés à l'échelle internationale par des professionnels de la santé publique et des chercheurs, et ceux des décideurs politiques à l'échelle nationale. Les mots peuvent aussi participer à la (dé)légitimation d'une stratégie, d'autant plus lorsqu'il s'agit d'une expression traduite de l'anglais. A propos de l'appellation Institut National de Prévention et d'Education Sanitaire (et non de Promotion de la Santé), un de nos interlocuteurs nous explique :

C'est parce que les élus n'ont pas voulu, ils trouvaient que ça faisait trop « papillon et fleur ». Il était question de mettre promotion de la santé mais ils n'ont pas voulu. Donc il y avait une très mauvaise perception de ça. Trop mou, PS ça faisait pub, mais c'est vrai que le terme est pas génial, on s'est tiré une balle dans le pied en l'utilisant, il est trop lié à la promotion comme publicité⁸⁷⁷.

L'internationalisation de l'action publique, qui participe à la diffusion d'une stratégie d'action dont les fondements ont été façonnés dans des pays anglo-saxons, peut aussi être un élément de confusion au moment de la « traduction »⁸⁷⁸ dans des langues (et des cultures) différentes.

⁸⁷⁶ Entretien interviewé(e) n°4, Annexe n° 1.4.

⁸⁷⁷ Entretien interviewé(e) n°3, Annexe n° 1.3.

⁸⁷⁸ P. Lascoumes, « Traduction » dans *Dictionnaire des politiques publiques*, 3e éd. actualisée et augm., Paris, Presses de Sciences Po, 2010, p. 368.

A propos de la France, Réal Morin, Directeur scientifique à la Direction du développement des individus et des communautés de l'Institut national de santé publique du Québec, propose cependant d'appréhender la question de la mise en œuvre de la promotion de la santé sous un autre angle en considérant que la France est « engagée depuis longtemps dans la création d'environnements favorables à la santé, notamment au travers de mesures de redistribution des richesses, de soutien aux familles, de politique alimentaire, ou de sécurité routière »⁸⁷⁹. Cela supposerait donc qu'il soit possible de faire de la promotion de la santé sans que l'action soit désignée ainsi, ce qui inviterait à considérer autrement la question de la diffusion des stratégies internationales en s'appuyant par exemple sur les instruments mobilisés plutôt que les appellations.

Enfin, même dans ce pays pionnier dans la promotion de la santé qu'est le Canada, les conséquences de l'affirmation de la promotion de la santé sur l'action du gouvernement sont parfois considérées comme insuffisantes⁸⁸⁰. Force est de constater qu'il existe donc un écart entre les discours et les pratiques développés par les professionnels de la santé publique, et les conséquences sur l'action publique. Cette remarque vaut aussi pour l'OMS : l'adoption de la promotion de la santé comme stratégie d'action publique internationale par l'organisation ne veut pas automatiquement dire mise en œuvre effective par les Etats-membres. On retrouve ici une des grandes singularités des organisations internationales : le caractère non-contraignant de leurs recommandations. La question de la « mise en œuvre », à l'échelle nationale, d'une action publique dont les contours sont définis à l'échelle internationale, pose donc un ensemble de défis à la recherche en science politique puisqu'elle interroge les « processus d'adaptation et d'ajustement »⁸⁸¹ qui ont lieu et qui varient fortement d'un pays à l'autre en fonction de la

⁸⁷⁹ R. Morin, « Agir sur les environnements ou sur les individus », art cit, p. 4-7.

⁸⁸⁰ L. Pinder, « Le rôle du gouvernement fédéral en promotion de la santé: une éclipse partielle? », art cit, p. 120-121.

⁸⁸¹ A. Mégie, « Mise en œuvre » dans *Dictionnaire des politiques publiques*, 3e éd. actualisée et augm., Paris, Presses de Sciences Po, 2010, p. 348.

configuration du champ de la santé publique, de l'histoire des politiques de santé, et d'un ensemble de facteurs qui peuvent freiner, bloquer, favoriser ou transformer les contours de cette action publique.

6.2.3. Une action publique internationale en constante évolution

Pour terminer notre travail, il faut aussi souligner les nombreuses évolutions que la promotion de la santé à l'OMS a connues depuis l'adoption de la Charte d'Ottawa en 1986. Nous savons désormais que la santé publique n'est pas tout à fait une discipline comme les autres, et que ses discours et ses pratiques, parce qu'ils sont façonnés à la croisée entre l'évolution des savoirs, des contextes sociopolitiques, et des dynamiques institutionnelles de plus en plus internationales, évoluent sans cesse. Nous avons été amenés, notamment lors de notre stage en 2009 au sein du Siège ainsi qu'au cours de nos lectures, à identifier certaines de ces transformations fondamentales, et deux en particulier : une première qui relève de l'évolution des savoirs et des cadres d'entendement mobilisés, une seconde aux modalités d'exercice du rôle de cette organisation internationale.

Tout d'abord, les discours portés sur la promotion de la santé via l'OMS évoluent. Ils reflètent les changements de contexte, et les nouveaux enjeux qui préoccupent les Etats et la communauté internationale. L'adoption de la « Charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation » en est une illustration. La « mondialisation » est en effet considérée progressivement, dans l'univers de la santé publique (internationale), comme « le plus grand de tous les défis »⁸⁸² auxquels il faut faire face. Dans le domaine de la promotion de la santé, ce sont les transformations des facteurs influençant la santé des populations qui sont intégrées aux discours : « les nouveaux modes de consommation et de communication, la commercialisation, les changements environnementaux

⁸⁸² R. Labonte, « Promouvoir la santé à l'heure de la mondialisation: le plus grand de tous les défis? » dans *Promotion de la santé au Canada et au Québec, perspectives critiques*, Québec, Presses Université Laval, 2006, p. 285.

mondiaux, et l'urbanisation »⁸⁸³ entrent dans ce cadre. Ces considérations conduisent aussi à des changements quant aux actions envisagées : par exemple, c'est la première fois qu'une action coordonnée avec le secteur privé est explicitement promue et que le terme de « gouvernance mondiale » apparaît⁸⁸⁴. Ce qui est tout à fait fascinant, c'est de constater à quel point les évolutions qu'on constate dans les discours de l'OMS reflètent (et impulsent) des transformations qui touchent l'action publique (internationale) : on reconnaît aujourd'hui que le développement des « partenariats public-privé », qui permet à l'Etat de passer un contrat avec des institutions privées et qui se développent au niveau national⁸⁸⁵ mais aussi international avec l'institutionnalisation progressive des « partenariats public-privé sanitaires internationaux »⁸⁸⁶, est un des traits marquants de ce glissement d'une action publique comme affaire d'Etat à une action publique comme le fait d'une pluralité d'acteurs, d'une « gouvernance ».

Il ne faudrait pas y voir qu'une contrainte. L'inscription de ces nouveaux « enjeux » dans ses discours et ses pratiques permet aussi à l'OMS de se positionner favorablement pour la « résolution » ou la « gestion » de ces problèmes. Cette dimension stratégique est particulièrement visible si l'on considère que la mondialisation est aussi un facteur de transformation des équilibres sur la scène internationale. Pour l'OMS en effet, il faut considérer par exemple la concurrence croissante que lui font d'autres institutions internationales : le Fond Monétaire International (FMI), la Banque Mondiale (BM) ou encore l'Organisation mondiale du commerce (OMC). Alors qu'en 1986 « l'OMS et ses Etats membres constituaient encore [...] une force dominante d'intervention en santé mondiale », ces organisations à vocation économique

⁸⁸³ Organisation mondiale de la Santé, *Charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation*, Genève, 2005, p. 2.

⁸⁸⁴ *Ibid.*, p. 8-9.

⁸⁸⁵ A propos de la France et du Royaume-Uni, voir : É. Campagnac, « Contribution à l'analyse des contrats de partenariat public-privé en France et au Royaume-Uni », *Revue française d'administration publique*, 28 août 2009, n° 130, p. 365-382.

⁸⁸⁶ A. Guilbaud, « Les partenariats public-privé sanitaires internationaux : diffusion et incarnation d'une norme de coopération », *Mondes en développement*, 19 juin 2015, n° 170, p. 91-104.

s'emparent progressivement du thème de la santé, comme l'atteste par exemple la publication du rapport mondial sur la santé de la Banque mondiale en 1993⁸⁸⁷. Pour les acteurs de la promotion de la santé, il s'agirait d'une évolution « inquiétante » où la santé ne serait pas appréhendée comme « un droit fondamental » mais comme « un levier économique » et qui tendrait de plus à promouvoir la « réduction » du rôle de l'Etat ; la mise en place par l'OMS d'une commission sur les déterminants sociaux de la santé en 2005 peut alors être considérée comme une stratégie visant à contrer cette domination⁸⁸⁸.

Enfin, il faut considérer une autre contrainte qui pèse sur le travail de l'OMS dans le domaine de la promotion de la santé : celui de l'efficacité de l'action publique⁸⁸⁹. Progressivement, il s'agit de « justifier de l'usage des ressources non seulement pour satisfaire les méthodologistes, mais peut être encore plus les bailleurs de fonds »⁸⁹⁰. Ce constat n'est évidemment pas propre au domaine de la santé et concerne plus largement l'action publique. Il renvoie à un processus de rationalisation de l'action publique accru, issu d'un discours croissant visant à dénoncer les « défaillances de l'Etat »⁸⁹¹.

Pour y répondre, les méthodes de management privées (dites *New Public Management* ou *Nouveau Management Public*) sont érigées en modèle de gestion des administrations publiques⁸⁹², et ce processus dit de « rationalisation de l'action publique » touche aussi les organisations internationales⁸⁹³. L'OMS n'est pas épargnée par ces transformations, et ce d'autant plus qu'elle subit, à partir des années 1980, des critiques de plus en plus virulentes quant à son

⁸⁸⁷ S. Berkley et al., *Rapport sur le développement dans le monde 1993 : investir dans la sante*, s.l., The World Bank, 1993.

⁸⁸⁸ S. Dupéré et al., « Conclusion: l'arbre et le rhizome », art cit, p. 496.

⁸⁸⁹ M. O'Neill, « Le débat international sur l'efficacité de la promotion de la santé : d'où vient-il et pourquoi est-il si important ? », *Promotion & Education (collection 2002-2007)*, 03 2004, n° HS.1, p. 6-10.

⁸⁹⁰ G. Macdonald, « The Evidence of Health Promotion Effectiveness. Shaping Public Health in a New Europe », *Health Education Research*, 1 avril 2000, vol. 15, n° 2, p. 233.

⁸⁹¹ J. Coussy, « Les politiques publiques dans la mondialisation libérale : un retour ? », *L'Économie politique*, 1 mars 2003, vol. 17, n° 1, p. 43..

⁸⁹² P. Bezes, « Construire des bureaucraties webériennes à l'ère du New Public Management ? », *Critique internationale*, 28 août 2007, vol. 35, n° 2, p. 9-29.

⁸⁹³ G. Devin et M.-C. Smouts, *Les organisations internationales*, op. cit., p. 102-103.

fonctionnement et aux limites de son action. La création de l'ONUSIDA en 1995 marque un point culminant de cette crise de légitimité dont souffre l'organisation ; jugée incapable d'apporter des réponses à ce qui est perçu comme une crise sanitaire sans précédent, l'OMS est dépossédée de sa gestion à l'échelle internationale⁸⁹⁴.

Plus largement, les exigences quant aux conditions de production des recommandations de l'OMS se font de plus en plus strictes. En 2007, la revue *The Lancet*, dont la légitimité est forte, publie les résultats d'une étude menée par des chercheurs norvégiens et canadiens qui met directement en cause la manière dont sont élaborées les recommandations faites par l'OMS⁸⁹⁵.

Désormais, il s'agit pour le Secrétariat de l'organisation et ses Départements de justifier de l'usage qui est fait des ressources allouées. L'Unité Promotion de la santé n'est pas exempte de ces contraintes lorsqu'elle élabore des recommandations à destination des administrations nationales compétentes, des associations de professionnels, du personnel hospitalier et même du grand public. De sa capacité à faire la preuve de la scientificité de ses recommandations dépend aussi sa légitimité, et surtout les financements qu'elle peut espérer recevoir. On suppose aussi que les acteurs de la promotion de la santé eux-mêmes, du fait d'habitus acquis au cours de leurs formations et de leurs expériences dans des institutions nationales, et peut être aussi dans une stratégie visant à délégitimer les pratiques antérieures (en l'occurrence ici l'éducation sanitaire, accusée de « ne pas fonctionner »), participent aussi à l'imposition de ces règles.

Le résultat prend alors la forme d'un outil rationalisé, intitulé *Evidence-based approach (EBA)*, supposé garantir cette fameuse efficacité. Faut-il s'étonner, d'ailleurs, qu'il ait d'abord été initié dans le domaine médical par la *Cochrane*

⁸⁹⁴ B. Deveaud et B. Lemennicier, *OMS: Bateau ivre de la sante publique: Les dérives et les échecs de l'agence de Nations Unies*, Édition : 1re., Paris, Editions L'Harmattan, 2000, 178 p.

⁸⁹⁵ A. D. Oxman, J. N. Lavis et A. Fretheim, « Use of evidence in WHO recommendations », *The Lancet*, juin 2007, vol. 369, n° 9576, p. 1883-1889.

Collaboration et son *Evidence-Based Medicine (EBM)*⁸⁹⁶ ? Dans celui de la promotion de la santé, il prend la forme d'un mouvement appelé *Evidence-Based Health Promotion (EBHP)* et, preuve de l'intérêt qu'il suscite dans les institutions internationales et du rôle que celles-ci jouent dans leur promotion, fait l'objet d'un rapport commandé par l'Union Européenne mené sous l'égide de l'Union Internationale de Promotion de la Santé et d'Education pour la Santé, intitulé *The Evidence of Health Promotion Effectiveness. Shaping Public Health in a New Europe*⁸⁹⁷. L'OMS, quant à elle, met en place le *Global Programme on Health Promotion Effectiveness (GPHPE)*, preuve de sa participation à ce mouvement où l'efficacité devient une condition indispensable de l'action publique, et ce aussi à l'échelle internationale.

Ces transformations dans les modalités de production des recommandations de l'OMS ont des conséquences réelles sur le travail quotidien des membres du Secrétariat de l'organisation. Ses acteurs établissent en effet une hiérarchie des sources, où les informations produites par les gouvernements eux-mêmes, et les études menées en termes d'*EBA*, sont jugées les plus pertinentes et les plus mobilisables. De façon plus générale, les compétences en matière de recherches documentaires et bibliographiques sont suffisamment valorisées pour qu'elles fassent l'objet d'une formation, proposée à tout membre de l'organisation et organisée par la bibliothèque de l'OMS. Il faut dire que l'étendue des sources à disposition du personnel de l'OMS est vertigineuse, et les moteurs de recherche accessibles nombreux. L'Intranet, le site Internet de l'OMS, les outils de recherche propres à l'organisation que sont *WHOLIS (WHO headquarters library database)*, *WHO Library*, *WHOSIS (for statistics)* et *WHO Collaborating Centre database*, mais aussi *WISP (WHO in the Scientific Press)*, *GIFT (Global Information Full Text)*, le *BMJ-Clinical Evidence*, le *Global Health Historical and Grey Literature*, la *World Bank Elibrary*, l'*EIU Economist*, *Popline-Reproductive Health*, l'*OECD Books/Periodicals/Statistics*, l'*Union of*

⁸⁹⁶ W. Rosenberg et A. Donald, « Evidence based medicine: an approach to clinical problem-solving », *BMJ (Clinical research ed.)*, 29 avril 1995, vol. 310, n° 6987, p. 1122-1126.

⁸⁹⁷ G. Macdonald, « The Evidence of Health Promotion Effectiveness. Shaping Public Health in a New Europe », art cit, p. 233-235.

International Associations et, bien sûr, *MEDLINE Database* (*USA National Library of Medicine*), et les moteurs de recherche comme *PubMed*, *Web of Knowledge*, *Web of Science*... Une formation de cinq jours est aussi consacrée à l'usage des *Systematic Review* et, en particulier, à celui de la *Cochrane Library Systematic Review*. Notons que cet instrument est tout fait significatif des liens qui unissent recherche et action publique, puisqu'il s'agit explicitement de proposer des résultats en fonction de « critères » susceptibles de renforcer leur « fiabilité » et ainsi d'orienter la décision publique⁸⁹⁸.

Finalement, l'action publique internationale est en constante évolution. Pour l'OMS, il s'agit non seulement de transformations de l'ordre des savoirs, où se mêlent connaissances scientifiques, contexte, et intérêt des Etats, mais aussi de l'ordre des pratiques. De plus, l'intrication croissante des facteurs nationaux et internationaux qui façonnent l'action publique nationale et internationale conduit à un brouillage des frontières : il est impossible de comprendre aujourd'hui l'action publique nationale sans appréhender les influences internationales (voire transnationales), de même qu'il ne faut pas appréhender la scène internationale comme un champ isolé des forces qui s'exercent au sein des frontières nationales. L'étude de l'internationalisation de l'action publique sanitaire, et de ses transformations, offre donc un objet particulièrement pertinent pour cerner ces dynamiques complexes.

⁸⁹⁸ Définition: « Une revue systématique vise à identifier, évaluer et synthétiser toutes les données empiriques qui remplissent des critères d'éligibilité spécifiques et préétablis pour répondre à une question de recherche donnée. Les chercheurs conduisant une revue systématique utilisent des méthodes explicites visant à minimiser les biais, afin de produire des résultats plus fiables qui peuvent être utilisés pour informer le processus de décision ».

[Traduction par mes soins]: « A systematic review attempts to identify, appraise and synthesize all the empirical evidence that meets pre-specified eligibility criteria to answer a given research question. Researchers conducting systematic reviews use explicit methods aimed at minimizing bias, in order to produce more reliable findings that can be used to inform decision making ».

Voir : <http://www.thecochranelibrary.com/view/0/AboutCochraneSystematicReviews.html>

Conclusion

L'analyse que nous venons de proposer se présente comme une histoire conceptuelle qui prend forme à la croisée de la philosophie des idées et de l'analyse de l'action publique (internationale). A partir d'un objet d'apparence étroit – l'inscription de l'éducation sanitaire, stratégie visant la modification des comportements individuels sanitaires, dans les activités de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) dès sa création en 1948 – nous avons retracé l'histoire d'un projet politique qui se donne pour objectif l'amélioration de la santé des populations (mondiales) et qui passe (notamment) par un processus d'institutionnalisation à l'échelle internationale.

S'il nous a fallu remonter à la genèse de cette action publique (internationale), c'est pour mieux rendre compte des conditions d'apparition d'une certaine représentation du réel – en l'occurrence la nécessité perçue de lutter contre des maladies qui touchent la population (mondiale) – mais aussi et surtout d'une manière d'agir sur ce réel, par l'éducation aux principes de l'hygiène. Cette histoire de *mise en sens* et de *mise en pratique* de ce projet politique, qui remonte (au moins) au XVIIIe siècle, fait émerger le rôle joué par des acteurs – les (médecins) hygiénistes – qui portent un savoir – l'hygiénisme – et s'insèrent dans un espace – les arènes législatives notamment – où l'action publique prend forme.

C'est ainsi qu'une vision qui semble aller de soi – l'éducation comme levier essentiel de l'action publique sanitaire – se révèle être le produit d'un certain agencement historique (et donc contingent) : l'hygiène publique, à ses débuts, visait essentiellement la modification des environnements jugés insalubres, et il faut attendre la fin du XIXe siècle, en particulier la découverte du rôle des germes dans la transmission des maladies, pour que l'individu devienne la cible privilégiée de l'action publique sanitaire.

Dans cette histoire, l'articulation entre savoir et pouvoir est un trait essentiel des modalités d'émergence et de consolidation de cette action publique sanitaire. Au succès de l'hygiénisme comme « science » correspond aussi la domination progressive d'un groupe de professionnels : les médecins. Ceux-ci portent une certaine vision – un regard sur la maladie plus que sur la santé, une approche curative plutôt que préventive – qui correspond aussi à des prises de pouvoir – conserver ou renforcer la relation directe entre le médecin et le patient, promouvoir une action curative qui passe par des investissements publics – qui ferment le champ sanitaire à d'autres acteurs qui auraient pu prétendre agir au nom de la santé publique.

Au cœur de cette capacité à orienter l'action publique, l'institutionnalisation – qu'on considère l'émergence de formations à la santé publique, d'associations de professionnels, et bien sûr d'une action publique sanitaire qui doit notamment être prise en charge par une administration – est à la fois le résultat de ce processus historique et un moment de consolidation, un moyen d'agir sur le réel : en offrant de nouvelles ressources aux acteurs qui dominent le champ sanitaire, ces institutions participent à façonner les contours de cette action publique, et produisent des effets.

Nous avons rejoint ici la question de la sectorisation de l'action publique : il s'agit bien d'une vision « verticale », où la santé des populations doit être prise en charge en tant que domaine (relativement) autonome, qui se matérialise à travers la mise en place (progressive, toujours en mouvement et qui peut être remise en cause) de « rôles sociaux » (une population « cible » sommée d'adopter certains comportements, des groupes de professionnels dont les activités sont déterminées selon une vision hiérarchique, une administration chargée d'impulser et d'orchestrer cette gestion des populations à l'échelle locale ou nationale, etc.).

Si cette histoire met au jour le rôle d'une diversité d'acteurs, c'est bien de l'Etat dont il s'agit *in fine*, puisqu'il est la seule institution pouvant prétendre agir sur *toute* la population présente à l'intérieur des frontières qui le définissent. L'inscription de l'éducation sanitaire comme modalité d'action de la puissance

publique est alors aussi l'histoire de la construction de l'Etat. Notre analyse rejoint ici celle de Michel Foucault : la mise en œuvre de cette stratégie visant à éduquer les populations aux principes de l'hygiène participe à la consolidation de ce biopouvoir, de cette orchestration de la vie par les pouvoirs publics. La place occupée par l'école dans le déploiement de l'éducation sanitaire est à ce titre particulièrement significatif.

Telles sont donc les modalités de mise en sens et de mise en œuvre de ce projet politique dans le domaine sanitaire. Mais notre travail ne s'est pas arrêté là : aux dynamiques nationales a été articulé le processus d'internationalisation de l'action publique. En effet, si la « globalisation », appelée aussi « mondialisation », est souvent présentée comme un phénomène nouveau, l'histoire de l'éducation sanitaire est marquée par son inscription précoce dans une dynamique internationale.

Plus exactement, c'est le caractère transnational des enjeux sanitaires – du fait de la circulation des maladies, en particulier via les moyens de transport comme les navires – qui est très tôt identifié. Notre analyse a permis de montrer que l'identification d'un problème transfrontalier ne signifiait pas pour autant une réponse internationale : chaque Etat peut prétendre protéger ses populations grâce à la mise en place de dispositifs – en particulier les quarantaines – dont la gestion ne suppose pas nécessairement de coordination avec les autres Etats.

L'entremêlement des enjeux économiques et sanitaires est en revanche à l'origine des premières tentatives de coopération internationale. Ainsi, la porosité des secteurs d'action publique, liée à la complexification des enjeux, est déjà en cours au XIX^e siècle. Des intérêts concurrents – protéger sa population des risques sanitaires liés à la circulation des épidémies et ne pas entraver le commerce international en pleine expansion – participent alors à l'émergence d'une scène internationale où ces conflits doivent être réglés.

Notre analyse nous a finalement conduit à remettre en cause une approche trop simpliste consistant à réduire cette scène internationale à un espace composé uniquement d'Etats. S'il faut évidemment que ces derniers expriment un besoin

– en l’occurrence la volonté d’agir ensemble afin de résoudre un problème commun – la recherche de réponse(s) fait intervenir d’autres acteurs : les hygiénistes. Cette insertion dans la coopération internationale repose sur la capacité de ces professionnels à modifier leurs discours, afin d’inscrire leur(s) savoir(s) dans une dimension internationale, mais aussi à les rendre visibles *via* la mise en place d’institutions, comme les conférences internationales ; la figure de l’expert international, chargé d’apporter des solutions pour l’action publique, est en train d’émerger.

L’analyse de cette histoire, où dimensions cognitives (travail de sens) et stratégiques (travail d’acteurs) se combinent pour donner naissance à l’action publique internationale dans le domaine de l’éducation sanitaire, nous a alors permis de mieux qualifier la naissance de l’Organisation mondiale de la Santé (OMS). Contrairement à ce que l’épisode de la Seconde guerre mondiale pouvait laisser penser, cette (nouvelle) forme prise par l’institutionnalisation de la coopération internationale sanitaire est marquée par de nombreux héritages du passé.

Le rôle central joué par des acteurs ayant d’abord participé à la mise en place d’une action publique nationale dans le domaine de l’éducation sanitaire est un puissant facteur de reproduction des pratiques du passé : à travers la création de l’OMS, ce sont aussi leurs cadres d’entendement, c’est-à-dire leurs visions du réel et des moyens d’agir sur celui-ci, qu’ils apportent avec eux. L’inscription de l’éducation sanitaire dans les prérogatives de l’OMS, matérialisée par la création d’un Département au sein de sa structure, est alors le résultat d’un processus engagé avant et ailleurs. La forme bureaucratique prise par cette organisation internationale, composée d’un espace de décision (l’Assemblée mondiale de la santé) et d’un espace de mise en œuvre (le Secrétariat, composé de fonctionnaires internationaux), est aussi un point de consolidation de dynamiques engagées avant : à l’éclatement des espaces où se définit l’action publique sanitaire internationale (conférences d’experts d’une part, et conférences d’Etats d’autre part), l’OMS réunit désormais expertise, processus de décision et ressources d’action.

L'institutionnalisation est toujours aussi une prise de pouvoir : elle est le résultat de la capacité de certains acteurs – les (médecins) héritiers de l'hygiénisme – à orienter ce processus – en faisant de cette stratégie d'action qu'est l'éducation sanitaire un levier indispensable à l'amélioration de la santé des populations mondiales – et un moyen pour se positionner favorablement dans le champ de la santé publique internationale – en particulier par l'acquisition de positions de pouvoir au sein de l'OMS.

De plus, l'institutionnalisation produit des effets. En tant que forme la plus aboutie d'institution internationale chargée des questions sanitaires, l'OMS est un espace où s'élabore une action publique internationale dans le domaine de l'éducation sanitaire. Plus exactement, l'OMS doit être considérée comme un acteur intermédiaire de l'action publique qui non seulement se trouve en situation d'expertise, c'est-à-dire à l'interface d'un espace de savoirs (ceux de la santé publique) et d'un espace d'action (les Etats, et en particulier les administrations sanitaires nationales), mais sert aussi de forum de politique publique en mettant en relation un ensemble d'acteurs qui participent à l'action publique (administrations, centres de recherche, organisations professionnelles, décideurs politiques, etc.).

Ainsi, parce qu'elle offre des ressources (financières, de personnel, d'expertise, etc.) pour l'action, cette organisation internationale participe à modifier la stratégie des acteurs (nationaux et internationaux) de l'action publique (sanitaire) : en favorisant la coopération entre les Etats, en orientant leur action par l'appui aux services administratifs, en favorisant la circulation des savoirs et des personnes, et surtout en produisant des cadres cognitifs qui orientent le champ des possibles. La création de l'OMS n'est donc pas seulement un point d'aboutissement : elle participe à une reconfiguration des équilibres en présence dans le champ de l'action sanitaire (internationale et nationale) et à dessiner les contours (les objectifs, les moyens envisagés, les acteurs qui y participent, les savoirs qui sont utiles pour y arriver, etc.) des politiques publiques dans ce secteur.

En démontrant que l'OMS est un acteur à part entière de l'action publique sanitaire (internationale), nous avons donc confirmé que l'Etat ne peut plus être considéré comme la seule institution qui prétend prendre en charge et agir sur l'organisation de la société. L'histoire de l'éducation sanitaire à l'OMS est alors aussi une histoire des recompositions de l'Etat et des transformations de l'action publique contemporaine. D'un objet d'apparence étroit – l'inscription de cette stratégie d'action qui vise la modification des comportements individuels dans la structure d'une organisation internationale – on arrive donc à une démonstration considérable : les modalités d'affirmation, de consolidation et d'évolution de ce projet politique visant à agir sur (la santé d') une population (mondiale).

Notre travail ne s'est pas arrêté là. Nous nous sommes ensuite intéressées à une autre dynamique : celle du changement. Il s'agissait de comprendre *pourquoi* et surtout *comment*, à un moment donné de son histoire, l'OMS avait modifié son discours et ses pratiques en abandonnant (partiellement) l'éducation sanitaire – approche ciblant directement les individus – pour adopter une « nouvelle » stratégie – orientée vers la modification des environnements – appelée promotion de la santé.

Nous avons là encore recouru à une histoire intellectuelle afin de rendre compte des transformations qui s'opèrent, à partir des années 1970, et qui participent à une remise en sens et en pratique de ce projet politique sanitaire. Un premier niveau d'analyse nous a conduit à considérer les modalités d'un regain d'intérêt pour la prévention : au succès des politiques de santé de l'après-guerre orientées vers les soins se substitue un discours articulé autour de la diminution des dépenses publiques, pour laquelle les mesures préventives se présentent comme une « solution » efficace. Armée de l'épidémiologie, la santé publique réussit à réorienter l'action publique en lui désignant la « cible » – les individus et leurs comportements « à risque » – et les moyens pour agir dessus – l'éducation sanitaire.

Cette focale s'est pourtant révélée trop étroite pour rendre compte de la complexité des enjeux qui traversent l'action publique (sanitaire). A une

apparente réaffirmation de cette stratégie d'action héritée du passé qu'est l'éducation sanitaire devait se substituer une analyse plus fine quant aux transformations de sens que le glissement de langage vers l'éducation pour la santé sous-tend. L'entremêlement d'histoires qui se déroulent dans des espaces à la fois différents et perméables entre eux est au cœur de cette dynamique.

Tout d'abord, la « crise de l'Etat-Providence » ne se comprend qu'en considérant non pas seulement son aspect économique – une « crise » financière – mais aussi et surtout la crise de sens que celle-ci manifeste. L'action publique est aussi portée et porteuse de valeurs, qui renvoient à la manière dont une société se regarde et se définit. Les années 1970 constituent justement un moment de tensions entre des projets relativement concurrents. La réactivation des valeurs libérales, en particulier celle de liberté individuelle et d'autonomie, conduit à une remise en cause des méthodes « traditionnelles » mobilisées par la santé publique, et en particulier l'éducation sanitaire dont les moyens d'action sont désormais apparentés à de la manipulation.

Portée dans l'univers relativement fermé de la recherche mais aussi, depuis la « crise » du VIH/Sida, par des acteurs de la société civile, cette critique est aussi le résultat d'une concurrence d'acteurs et d'une remise en cause des équilibres existants : aux médecins s'opposent désormais les psychologues/sociologues, au « monopôle » qu'occupent les professionnels de la santé dans le champ sanitaire s'affirme la figure du citoyen actif. Dans les deux cas, il s'agit d'une revendication portée par de « nouveaux » acteurs quant à la possibilité de participer à l'action publique sanitaire. Là encore, l'histoire des transformations de la santé publique est aussi une histoire de l'Etat et de ses recompositions, dont la multiplication des acteurs qui souhaitent participer au politique est une modalité fondamentale. A de nouveaux acteurs se combine le développement de nouveaux savoirs – les sciences « psychosociales » par exemple – qui sous-tendent de nouveaux cadres cognitifs et normatifs – l'individu doit être considéré dans sa dimension « sociale » et l'action sanitaire doit être un outil de sa « libéralisation ».

Finalement, la santé publique se trouve face à un enjeu : combiner des registres de légitimation – respecter la liberté individuelle tout en admettant la nécessité d'une action (encore individuelle) participant à la protection de ce « bien » commun qu'est la santé – afin de rendre (à nouveau) légitime son entreprise visant à améliorer la santé des populations par la modification des comportements individuels : le passage de l'éducation sanitaire – jugée paternaliste et moralisatrice – à l'éducation « pour » la santé – supposée participative et libératrice – renvoie à ce processus.

L'enjeu n'est pas seulement de l'ordre des savoirs : faire accepter ses stratégies d'action, c'est aussi s'assurer l'adhésion non seulement des groupes de professionnels ou plus exactement de ceux (nouveaux) qui tendent à dominer le champ de la santé publique (les psychologues/sociologues de la santé par exemple), mais aussi celle de ses « cibles » : la population. En cela, on est bien face à une technicisation d'une stratégie de pouvoir dont l'objectif est toujours, *in fine*, d'agir sur les comportements individuels.

Surtout, ce changement démontre la très grande capacité d'adaptation de l'action publique. Il me semble que l'éducation pour la santé illustre parfaitement ce qu'est une technologie moderne de pouvoir, qui réussit à légitimer l'intervention collective au nom de la liberté individuelle. Le paradoxe et l'extrême subtilité qui permettent d'articuler des registres pourtant si opposés sont évidents, et la multiplication et la complexification des savoirs qui peuvent être mobilisés pour l'action publique participent largement à cette capacité : à mesure que de nouvelles disciplines prennent pour objet la santé, la santé publique peut proposer une palette de solutions très variées, parfois même contradictoires, afin de répondre aux exigences changeantes qui contraignent (et renouvellent) l'action publique.

Notre travail est allé encore plus loin. L'analyse de cet autre glissement de l'éducation pour la santé à la promotion de la santé nous a amené à complexifier notre regard en considérant les concurrences multiples qui ont lieu au sein du champ de la santé publique. A l'affaiblissement de la figure du médecin au profit d'acteurs se revendiquant des sciences humaines et sociales

se superpose une bataille de pouvoir (et de sens) entre ces « nouveaux » acteurs de l'action publique sanitaire. Ainsi, aux côtés de l'affirmation d'une « nouvelle » manière de faire de l'éducation sanitaire, se développe un autre discours défendant la nécessité d'agir non plus sur les comportements des individus, mais sur leurs « environnements » (social, politique, économique, etc.). La transformation prend une autre dimension : il ne s'agit plus d'un déplacement de sens au sein d'une stratégie d'action, mais d'un changement d'action.

Encore une fois, ce sont les modalités d'une prise de pouvoir qui allait se matérialiser par l'adoption de la promotion de la santé qu'il nous fallait mettre au jour. Là encore, les batailles de savoirs se sont révélées être au cœur de ces enjeux de pouvoir : de l'affirmation d'une épidémiologie « sociale » à la mise en place de « modèles » visant à démontrer l'impact des environnements sur les comportements individuels et plus largement sur la santé des populations, c'est bien un exercice de reformulation des connaissances – et des cadres cognitifs et normatifs susceptibles d'orienter l'action publique – qui est en œuvre.

Histoires enchevêtrées encore, la légitimation (progressive) de la promotion de la santé s'articule à une réflexion sur les inégalités sociales (de santé). La perspective historique que nous avons adoptée prend alors tout son sens : plutôt que de l'apparente « nouveauté » de cette préoccupation pour les questions sociales, on peut dire que la santé publique renoue avec le travail des hygiénistes des premières heures, pour qui les enjeux sanitaires étaient aussi des enjeux sociaux. En même temps, les modalités de l'action publique ont évolué, en particulier du fait de la place centrale qu'y occupent les savoirs dans une entreprise visant à apporter les « preuves » susceptibles de convaincre les décideurs politiques. La concurrence accrue entre les acteurs du champ de la santé publique et la multiplication des savoirs susceptibles d'orienter l'action publique participe donc à des transformations de l'action publique (sanitaire) : de cette hétérogénéité découle l'importance toujours croissante de la « preuve scientifique » comme moyen de trancher les débats.

Cet exercice n'est pourtant pas suffisant. Si on s'était arrêté à cette histoire, on en aurait conclu que la production de savoirs scientifiques toujours plus nombreux constitue un frein à l'élaboration d'un cadre clair pour l'action. Pour le dire plus simplement, si les découvertes de Pasteur sur les germes incitaient à une action d'éducation sanitaire visant à apprendre aux individus à se protéger contre la transmission, comment « choisir » entre une épidémiologie ayant mis au jour le rôle des « comportements à risque », des sciences psychosociales permettant d'expliquer l'adoption de ces comportements et d'envisager des moyens de les modifier, et des études « sociologiques » défendant une action collective en remettant directement en cause les mesures individuelles ?

C'est ici que nous avons rejoint, à nouveau, la question du processus institutionnel. Le Bureau Europe de l'OMS est apparu comme un acteur central de la *mise en cohérence* nécessaire à l'affirmation de la promotion de la santé comme stratégie d'action publique (internationale). Dans cet exercice, le rôle des acteurs de l'OMS est apparu comme un premier élément d'explication : des membres du Bureau Europe, dans une visée stratégique consistant à légitimer leur action, mobilisent les ressources offertes par l'organisation (visite d'un pays pionnier de la promotion de la santé et constitution d'un réseau d'acteurs favorables au changement, réunion d'experts afin d'élaborer un document d'action, etc.) pour affirmer une « nouvelle » stratégie d'action. L'OMS s'affirme plus que jamais comme un espace susceptible de permettre l'élaboration d'une stratégie d'action publique : à travers la mise en place d'un Groupe de travail réunissant des experts reconnus dans plusieurs pays (occidentaux), elle rend possible la *traduction* de savoirs académiques en stratégie d'action publique (internationale). La tenue de la première conférence internationale de promotion de la santé, et l'adoption d'une Charte, viennent compléter ce processus de légitimation en lui donnant une dimension publique, et mondiale.

A une approche en termes d'acteurs et d'institution devait à nouveau être combinée cette troisième variable parfois résumée sous le terme d'« idées ». Ces acteurs du Bureau Europe sont porteurs de cadres d'entendement, notamment de par leurs parcours (on retrouve des acteurs formés aux sciences humaines et sociales), et c'est par les positions de pouvoir qu'ils occupent au

sein de l'organisation internationale, et plus largement du champ de la santé publique internationale, qu'ils sont en mesure de *travailler* le sens de l'action publique, qui reflète alors leurs intérêts mais aussi les cadres cognitifs et normatifs qu'ils portent. L'institutionnalisation est encore et toujours une prise de pouvoir.

Dès lors, on comprend que seule une histoire intellectuelle préalable permet de restituer cette dynamique dans toute sa complexité. L'adoption de la promotion de la santé, qui prône des mesures collectives (actions sur les politiques publiques, approches par les « environnements », etc.) et ravale l'éducation pour la santé au rang d'outil parmi d'autres, est le résultat de ce (long) processus de mise en sens et en pratique d'une « nouvelle » manière d'agir sur la santé des populations. En même temps, là encore, l'objectif reste identique : même si les mesures ont changé, il s'agit toujours, *in fine*, de modifier les comportements des individus afin d'améliorer leur santé.

Finalement, notre travail est bien une contribution à la compréhension de l'action publique contemporaine. Le « succès » de la promotion de la santé telle qu'elle est formulée à l'OMS réside dans cette capacité à articuler des registres multiples et parfois contradictoires, à concilier des approches (individuelles, environnementales) pour les rendre acceptables pour le plus grand nombre et, ce faisant, efficaces. Il s'agit bien là encore d'un enjeu de pouvoir : de cette capacité à fédérer des acteurs divers, en particulier des groupes de professionnels aux profils variés, dépendent ses chances d'être acceptée et donc mise en œuvre. Pour le dire encore autrement, de cette capacité d'adaptation découle une capacité d'action, c'est-à-dire, *in fine*, la possibilité de modifier les comportements (individuels et collectifs) au nom d'un objectif sanitaire.

Le travail de l'OMS participe donc à l'imposition d'une certaine manière de penser et d'agir sur le réel, et ce à l'échelle mondiale. La prédominance des approches nord-américaines d'une part, et le rôle du Bureau Europe dans l'affirmation de la promotion de la santé d'autre part, révèlent la capacité de certaines Etats, ou de certaines « cultures » d'action publique, à s'imposer à

l'échelle internationale. En rendant possible cette dynamique, l'OMS participe à la globalisation, qui ne passe pas seulement par la circulation de biens (en particulier économiques) mais également par celle des savoirs et des pratiques au cœur de l'action publique (internationale).

Pour finir, nous avons évoqué la question de la mise en œuvre de cette stratégie d'action publique au sein des Etats membres. Celle-ci s'est révélée complexe, tant les configurations nationales – place de la médecine dans la santé publique, rôle de l'Etat et des acteurs non-étatiques, et finalement histoire(s) de l'action publique sanitaire à l'échelle nationale – varient.

Tout un volet de recherche particulièrement dynamique s'ouvre d'ailleurs ici. Pour compléter notre analyse, on pourrait tout d'abord identifier les efforts de *traduction* d'une telle stratégie d'action élaborée à l'international au sein d'une institution nationale, par exemple l'Institut National de Prévention et d'Education Sanitaire en France. Il s'agirait alors d'analyser s'il y a bien réappropriation, et si cela est le cas, si celle-ci suppose des distorsions de sens, et le processus qui est en œuvre.

On pourrait aussi se demander *pourquoi* une stratégie d'action publique comme la promotion de la santé est adaptée d'une certaine façon dans un pays et d'une autre ailleurs. Là, l'analyse comparée serait particulièrement pertinente. Elle permettrait de mettre au jour les « spécificités » des histoires de l'action publique sanitaire dans les pays, qui relèvent de configurations d'acteurs, de savoirs et de leurs modalités de production, et bien sûr d'une histoire de la construction de l'Etat, qui sont différentes. On pourrait alors affiner l'analyse quant aux effets de l'adoption d'une stratégie d'action publique internationale comme la promotion de la santé, en identifiant les variables qui peuvent déterminer ses modalités de réception à l'échelle nationale.

Enfin, la question de la mise en œuvre invite à se détacher d'une vision trop linéaire de l'action publique – où l'expertise conduirait à la décision puis à la mise en pratique – en considérant qu'il s'agit plutôt de dynamiques entremêlées. Alors, la mise en œuvre doit avoir des effets, en retours, sur l'action publique (internationale). On pourrait par exemple s'intéresser aux

acteurs qui ont participé au Groupe de travail du Bureau Europe de l'OMS, qui agissent aujourd'hui à l'échelle nationale tout en conservant des activités internationales, afin d'analyser le travail de sens que ceux-ci opèrent aujourd'hui en direction de l'action publique internationale.

D'autres pistes doivent être évoquées. Il nous semble que nous avons suffisamment insisté sur l'existence d'un champ de la santé publique internationale pour considérer l'intérêt d'une recherche sur d'autres acteurs, soit qu'il s'agisse d'interroger leurs liens avec l'OMS, soit qu'on considère plus largement qu'une telle analyse constitue *de facto* un élément de compréhension supplémentaire du rôle des organisations internationales. Prenons l'exemple de l'Union Internationale de Promotion de la Santé et d'Education Sanitaire. Cette organisation professionnelle, non-étatique donc, participe beaucoup à l'affirmation et au développement de la promotion de la santé. L'étudier permettrait, en comparaison, d'identifier ce qui fait la spécificité de cette institution et donc ce qui distingue une organisation internationale d'une organisation non-gouvernementale. Une telle approche permettrait aussi de mettre au jour les liens qui unissent ces deux types d'institutions, et leurs effets sur le champ de la santé publique internationale.

On pourrait également s'intéresser à une autre organisation internationale, l'UNESCO par exemple, dont on peut supposer qu'elle ait beaucoup à dire et à faire dans un domaine qui prétend justement lier éducation et santé. Chaque organisation internationale a son parcours, son histoire, qui orientent les discours qu'elle produit ; il serait tout à fait remarquable de saisir ces dynamiques non seulement pour identifier ce qui caractérise chaque organisation internationale dans sa singularité, mais aussi ce qui les rapproche. La mise au jour des liens qu'elles entretiennent, qu'on peut supposer autant prendre la forme d'alliances que de concurrences, permettrait aussi de dynamiser considérablement l'étude de ce champ sanitaire international.

Pour terminer, nous souhaitons souligner l'intérêt épistémologique de notre travail, qui est bien une contribution à ce domaine d'étude encore faiblement stabilisé qu'est l'analyse de l'action publique internationale. Notre approche

originale, combinant histoire des idées et sociologie politique, nous a permis de dépasser nombre d'obstacles – conceptuels et méthodologiques – qu'une (jeune) chercheuse est amenée à rencontrer lorsqu'elle prend pour objet le travail d'une organisation internationale comme l'OMS.

Les outils méthodologiques de la sociologie sont particulièrement précieux pour analyser ce que fait réellement une organisation internationale, en particulier son travail au quotidien : les acteurs qui y participent – Etats, administrations nationales, fonctionnaires nationaux et internationaux, organisations non-étatiques, etc. – et les relations qui les lient, les règles formelles et informelles en cours au sein de l'institution – en particulier les jeux de langage – et la concurrence entre acteurs à l'intérieur et à l'extérieur de l'institution. Ils sont donc un puissant levier de mise au jour des jeux de pouvoir qui s'établissent au sein de l'OMS (entre Départements, entre le Siège et les Bureaux régionaux) ainsi qu'entre l'OMS et les autres institutions de ce champ sanitaire international, qu'il s'agisse d'autres organisations internationales comme la Banque mondiale, de communautés professionnelles réunies à l'échelle nationale ou internationale (l'INPES en France, l'UIPSE), d'administrations nationales (en particulier les Ministères de la santé), etc.

Nous soutenons cependant la nécessité de compléter cette approche pour proposer une histoire conceptuelle de l'action publique internationale. Un tel travail suppose bien sûr d'identifier les cadres cognitifs qui sous-tendent les discours et les pratiques portés par de telles institutions publiques. En ce sens, comprendre la coopération internationale ne doit pas se résumer à l'identification des intérêts communs qui orientent la stratégie des Etats, mais aussi les cadres d'entendement qui leur permettent de se rencontrer, de se reconnaître, de se comprendre et finalement de parler le même langage, et pour lesquels une multitude d'acteurs participe à en dessiner les contours.

Et pour rendre compte de toute la profondeur et la complexité de ce processus, seule une perspective historique permet de mettre au jour les modalités d'émergence, de consolidation et de transformation d'un projet politique comme celui visant à améliorer la santé de la population (mondiale). Il devient en effet

possible d'identifier les héritages du passé et les ruptures historiques, les (re)configurations d'acteurs et le travail que ceux-ci opèrent continuellement pour dominer le champ de la santé publique (internationale), et finalement d'expliquer la manière dont une telle mise en sens et en cohérence d'un projet de société relève d'un travail continu, toujours en mouvement, souvent emprunt de tensions, qui est bien une *histoire*.

Bibliographie

ARTICLES

ADJAMAGBO A. ET PHILIPPE. A., « Démographie et politiques sociales (Actes du XVIIe colloque, Ouagadougou, novembre 2012) », s.l., 2015.

AGOSTONI C., « Popular Health Education and Propaganda in Times of Peace and War in Mexico City, 1890s–1920s », *American Journal of Public Health*, janvier 2006, vol. 96, n° 1, p. 52-61.

ANTONOVSKY A., « Social class, life expectancy and overall mortality », *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, avril 1967, vol. 45, n° 2, p. 31-73.

ANTONOVSKY A., « The salutogenic model as a theory to guide health promotion », *Health Promotion International*, 1 mars 1996, vol. 11, n° 1, p. 11-18.

ARVEILLER J., « De l'Hygiène publique à l'éducation sanitaire », *Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ère nouvelle*, 1 mars 2006, vol. 39, n° 1, p. 115-134.

AUJOULAT L.-P., « L'éducation pour la santé dans les pays du Tiers Monde », *Tiers-Monde*, 1973, vol. 14, n° 53, p. 57-66.

BANDURA A., « «J'y arriverai» : le sentiment d'efficacité personnelle », *Sciences humaines*, avril 2004, n° 148, p. 42-45.

BECKER M. et JOSEPH J., « Aids and behavioral change to reduce risk : a review. », *American Journal of Public Health*, avril 1988, vol. 78, n° 4, p. 394-410.

BENICOURT E., « Les analyses du PNUD et de la Banque Mondiale sur la pauvreté et le développement : la place d'Amartya Sen: Thèse soutenue à l'EHESS, Paris, le 13 décembre 2005. Directeur de la thèse : Juan Carlos Garavaglia. Membres du Jury : Rémy Herrera, Nathalie Sigot, Bruno Lautier, Christian Comelieu », *Nuevo mundo mundos nuevos*, 14 septembre 2007.

BERLIVET L., « Naissance d'une politique symbolique : l'institutionnalisation des "grandes campagnes" d'éducation pour la santé », *Quaderni*, 1997, vol. 33, n° 1, p. 99-117.

BEZES P., « Construire des bureaucraties wébériennes à l'ère du New Public Management ? », *Critique internationale*, 28 août 2007, vol. 35, n° 2, p. 9-29.

BEZES P., « Le renouveau du contrôle des bureaucraties », *Informations sociales*, 1 octobre 2005, vol. 126, n° 6, p. 26-37.

BIASIO V. De, « M. Calvez, ~ La prévention du sida. Les sciences sociales et la définition des risques ~ », *Sciences sociales et santé*, 2006, vol. 24, n° 2, p. 113-115.

BILLAUDOT B., « Dynamiques macroéconomiques à court et moyen terme », *Recherches*, 1 janvier 2002, p. 215-224.

BILLON J., « Essai de théorisation des modèles explicatifs appliqués à la santé », *Spirale - Revue de Recherches en Education*, 2000, n° 25, p. 17-30.

BLACK N., « Health inequalities in European countries J. Fox (ed), Gower, Aldershot, 1989. No. of pages: xix + 414 », *Statistics in Medicine*, 1 juillet 1990, vol. 9, n° 7, p. 855-856.

BOSSE Y. LE, « De l'« habilitation » au « pouvoir d'agir » : vers une appréhension plus circonscrite de la notion d'empowerment », *Nouvelles pratiques sociales*, 2003, vol. 16, n° 2, p. 30.

BOURDELAIS P., « Le contrôle des grandes crises épidémiques », *Les Tribunes de la santé*, 10 avril 2009, n° 22, n° 1, p. 41-51.

BOYER A., « John Rawls (1921-2002) », *Hermès, La Revue*, 1 avril 2003, n° 36, p. 207-211.

BOYER R., « Vingt ans de recherches sur le rapport salarial : un bilan succinct », *Recherches*, 1 janvier 2002, p. 106-114.

BOYER R. et SAILLARD Y., « Un précis de la régulation », *Recherches*, 1 janvier 2002, p. 58-68.

BUCK C., « Beyond Lalonde—Creating health », *Canadian journal of public health. Revue canadienne de santé publique*, 1986, 76 Suppl 1, p. 19-24.

BUNGENER M. et POUVOURVILLE G. DE, « Patients, médecins, hôpitaux : une nouvelle donne ? Comment l'analyse économique répond-elle aux évolutions sociétales ? », *Les Tribunes de la santé*, 2010, HS 1, n° 5, p. 53.

BUTON F., « De l'expertise scientifique à l'intelligence épidémiologique : l'activité de veille sanitaire », *Genèses*, 1 décembre 2006, vol. 65, n° 4, p. 71-91.

BUTON F., « Sida et politique : saisir les formes de la lutte », *Revue française de science politique*, 1 décembre 2005, vol. 55, n° 5, p. 787-810.

CADIOU S., « Savoirs et action publique : un mariage de raison ? », *Horizons stratégiques*, 1 juillet 2006, n° 1, n° 1, p. 112-124.

CALDWELL J. C., « Population health in transition. », *Bulletin of the World Health Organization*, 2001, vol. 79, n° 2, p. 159-160.

CALVES A.-E., « « Empowerment » : généalogie d'un concept clé du discours contemporain sur le développement », *Revue Tiers Monde*, 1 décembre 2009, n° 200, p. 735-749.

CAMPAGNAC É., « Contribution à l'analyse des contrats de partenariat public-privé en France et au Royaume-Uni », *Revue française d'administration publique*, 28 août 2009, n° 130, p. 365-382.

CLIO J., « Régulation et histoire : je t'aime, moi non plus », *Recherches*, 1 janvier 2002, p. 49-57.

COLE K., SIM F. et HOGAN H., « The Evolution of Public Health Education and Training in the United Kingdom », 2011, vol. 33, n° 1, p. 87-104.

COLGROVE J., « The power of persuasion: Diphtheria immunization, advertising, and the rise of health education », *Public Health Reports (Washington, D.C.: 1974)*, octobre 2004, vol. 119, n° 5, p. 506-509.

CONGER J. J., « Behavioral medicine and health psychology in a changing world », *Child Abuse & Neglect*, 1987, vol. 11, n° 3, p. 443-453.

COUSSY J., « Les politiques publiques dans la mondialisation libérale : un retour ? », *L'Économie politique*, 1 mars 2003, vol. 17, n° 1, p. 42-59.

CRESAL, « Situations d'expertise et socialisation des savoirs », Saint-Etienne, 1985.

DANIEL C., BAS-THERON F. et DURAND N., « L'expertise sanitaire : un regard fondé sur l'analyse des pratiques », *Santé Publique*, 1 avril 2012, Vol. 24, n° 1, p. 41-47.

DARMON P., « Grande Guerre et flambée de la morbidité vénérienne. I. L'ampleur du fléau », *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 2000, vol. 10, n° 28, p. 754-756.

DEBIL F., « L'émergence de la question climatique à l'OMS: De l'ajustement marginal au changement discret », *Gouvernement et action publique*, 2013, vol. 1, n° 1, p. 119.

DEBRAY R., « Le sacré, c'est ce qui protège et qu'il faut protéger », *Les Tribunes de la santé*, 2010, vol. 27, n° 2, p. 129.

DESCHAMPS J.-P., « Une « relecture » de la charte d'Ottawa », *Santé Publique*, 1 septembre 2003, Vol. 15, n° 3, p. 313-325.

DESCHAMPS J.-P., « L'éducation pour la santé : affaire de professionnels ? (Commentaire) », *Sciences sociales et santé*, 1984, vol. 2, n° 3, p. 105-115.

DESCHAMPS J.-P., « Porter un regard nouveau sur l'éducation pour la santé », *Environnement et santé publique-La revue du praticien*, février 1984, vol. 34, n° 11, p. 485-497.

DESCHAMPS J.-P., COMITE FRANÇAIS D'EDUCATION POUR LA SANTE. (C.F.E.S.). VANVES. FRA et CENTRE DE MEDECINE PREVENTIVE. (C.M.P.). VANDOEUVRE LES NANCY. FRA / COM., « Analyse des besoins de santé et éducation pour la santé. », s.l., 1985.

DODIER N. et DARBON S., « Eliot Freidson, ~~La profession médicale~~ », *Sciences sociales et santé*, 1985, vol. 3, n° 1, p. 129-143.

DOLL R. et HILL A. B., « Mortality in Relation to Smoking: Ten Years' Observations of British Doctors », *British Medical Journal*, 6 juin 1964, vol. 1, n° 5396, p. 1460-1467.

ERIKSON K.T., « Review of Outsiders: Studies in the Sociology of Deviance », *American Journal of Sociology*, 1964, vol. 69, n° 4, p. 417-419.

EVANS R., « A retrospective on the "New Perspective" », *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 1982, vol. 7, n° 2, p. 325-344.

FABIANI J.-L., « Sur quelques progrès récents de la sociologie des œuvres », *Genèses*, 1993, vol. 11, n° 1, p. 148-167.

FARRAND L., « Educational methods in the campaign against tuberculosis. », *Journal of the American Medical Association*, 7 septembre 1907, XLIX, n° 10, p. 815-818.

FOLKMAN S., LAZARUS R. S., DUNKEL-SCHETTER C., DELONGIS A. et GRUEN R. J., « Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes », *Journal of Personality and Social Psychology*, mai 1986, vol. 50, n° 5, p. 992-1003.

FORD A. B., « Profession of medicine: A study of the sociology of applied knowledge », *JAMA*, 12 octobre 1970, vol. 214, n° 2, p. 376-376.

FREEDMAN J. L. et FRASER S. C., « Compliance without pressure: The foot-in-the-door technique », *Journal of Personality and Social Psychology*, 1966, vol. 4, n° 2, p. 195-202.

GALICHET F., MANDERSCHIED J.-C. et AVENTURIN E., « La réflexion sur le sida comme question philosophique : une expérience d'enseignement », *Revue française de pédagogie*, 1996, vol. 114, n° 1, p. 45-52.

GEBHARD B., « Health Education in Germany », *American Journal of Public Health and the Nations Health*, novembre 1934, vol. 24, n° 11, p. 1148-1151.

GODIN G., « L'éducation pour la santé : les fondements psycho-sociaux de la définition des messages éducatifs », *Sciences sociales et santé*, 1991, vol. 9, n° 1, p. 67-94.

GOLDBERG M., MELCHIOR M., LECLERC A. et LERT F., « Les déterminants sociaux de la santé : apports récents de l'épidémiologie sociale et des sciences sociales de la santé », *Sciences sociales et santé*, 2002, vol. 20, n° 4, p. 75-128.

GRAVEL S., DOUCET H., BATTAGLINI A., LAUDY D., BOUTHILLIER M.-È., BOUCHERON Laurence et FOURNIER M., « Éthique et santé publique : Quelle place pour l'autonomie ? », *Éthique publique. Revue internationale d'éthique sociétale et gouvernementale*, 28 décembre 2010, vol. 12, n° 1, p. 227-250.

GRAY A. M., « Inequalities in health. The Black Report: a summary and comment », *International Journal of Health Services: Planning, Administration, Evaluation*, 1982, vol. 12, n° 3, p. 349-380.

GUILBAUD A., « Les partenariats public-privé sanitaires internationaux : diffusion et incarnation d'une norme de coopération », *Mondes en développement*, 19 juin 2015, n° 170, p. 91-104.

GUILBAUD A., « Business and Global Governance: Londres, Routledge, 2009, XVIII-267 pages. », *Critique internationale*, 2012, vol. 55, n° 2, p. 173.

HAAS P. M., « Introduction: Epistemic Communities and International Policy Coordination », *International Organization*, 1992, vol. 46, n° 1, p. 1-35.

HAAS P. M., « Do Regimes Matter? Epistemic Communities and Mediterranean Pollution Control », *International Organization*, 1989, vol. 43, n° 3, p. 377-403.

HALL P. A., « Policy Paradigms, Social Learning, and the State: The Case of Economic Policymaking in Britain », *Comparative Politics*, 1993, vol. 25, n° 3, p. 275-296.

HANCOCK T., « Lalonde and beyond: looking back at "A New Perspective on the Health of Canadians" », *Health Promotion (Oxford, England)*, mai 1986, vol. 1, n° 1, p. 93-100.

HILL A. B., « The Environment and Disease: Association or Causation? », *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, mai 1965, vol. 58, p. 295-300.

HILL G. B., « Preventive Strategy and the Problems of Intervention », *Canadian Journal of Public Health / Revue Canadienne de Santé Publique*, 1 mai 1978, vol. 69, n° 3, p. 191-196.

HILL R. J., FISHBEIN M. et AJZEN I., « Belief, Attitude, Intention and Behavior: An Introduction to Theory and Research. », *Contemporary Sociology*, mars 1977, vol. 6, n° 2, p. 244.

HONJO K., « Social epidemiology: Definition, history, and research examples », *Environmental Health and Preventive Medicine*, septembre 2004, vol. 9, n° 5, p. 193-199.

HOOP SCHEFFER A. DE, « Alliances militaires et sécurité collective : contradictions et convergences », *TAP/Relations internationales*, 1 janvier 2007, p. 57-72.

JABOT F., GERHART C. et AUCLAIR A., « Des progrès en promotion de la santé en France ? », *Action santé*, 1 septembre 2011, p. 29-50.

JAFFRE Y., « Éducation pour la santé et pratiques sociales », *Bulletin de l'APAD*, 15 mars 1992, n° 3.

JEAN-CLAUDE T., « Pierre Muller et Yves Sural : ~L'analyse des politiques publiques ~ », *Politiques et management public*, 1998, vol. 16, n° 4, p. 170-171.

JORLAND G., « L'hygiène publique, fille des Lumières », *Les Tribunes de la santé*, 2013, vol. 38, n° 1, p. 23.

KENNEDY E., « Healthy lifestyles . . . healthy people – The Mega Country Health Promotion Network », *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*, 1 décembre 2002, vol. 11, p. S738-S739.

KICKBUSCH I., « Health promotion: a global perspective », *Canadian Journal of Public Health = Revue Canadienne De Santé Publique*, octobre 1986, vol. 77, n° 5, p. 321-326.

KICKBUSCH I., « The political determinants of health—10 years on », *BMJ*, 8 janvier 2015, vol. 350, p. h81.

KICKBUSCH I., « The move towards a new public health », *Promotion & Education*, 1 juin 2007, vol. 14, 2 suppl, p. 9-9.

KICKBUSCH I., « The Contribution of the World Health Organization to a New Public Health and Health Promotion », *American Journal of Public Health*, mars 2003, vol. 93, n° 3, p. 383-388.

KING A., « Review of Agendas, Alternatives, and Public Policies, Boston », *Journal of Public Policy*, 1985, vol. 5, n° 2, p. 281-283.

LABONTE R., « Health Promotion and Empowerment: Reflections on Professional Practice », *Health Education & Behavior*, 1 juin 1994, vol. 21, n° 2, p. 253-268.

LABONTÉ R. et PENFOLD S., « Canadian perspectives in health promotion. A critique », *Health Education*, vol. 19, n° 3-4, p. 4-10.

LACROIX V. et ZACCAÏ E., « Quarante ans de politique environnementale en France : évolutions, avancées, constante », *Revue française d'administration publique*, 19 août 2010, vol. 134, n° 2, p. 205-232.

LAFRAMBOISE H. L., « Health policy: breaking the problem down into more manageable segments », *Canadian Medical Association Journal*, 3 février 1973, vol. 108, n° 3, p. 388-391 passim.

LALONDE M., « Beyond a new perspective: fourth annual Matthew B. Rosenhaus lecture. », *American Journal of Public Health*, avril 1977, vol. 67, n° 4, p. 357-360.

LAZAR P., « Chapitre 3. L'apport de la coopération scientifique internationale », *Journal International de Bioéthique*, 1 juin 2002, Vol. 13, n° 2, p. 31-36.

LERT F., « Emergence et devenir du système de prise en charge de la tuberculose en France entre 1900 et 1940 », *Social Science & Medicine*, 1982, vol. 16, n° 23, p. 2073-2082.

LETERRE T., « Les transformations du contexte idéologique et politique - Quelle place pour l'État dans la mondialisation ? », *Cahiers français*, 2011, n° 364, (coll. « Cahiers français. - Paris : La Documentation Française »), p. 3-9.

LETERRE T., « L'Internet : espace public et enjeux de connaissance », *Cahiers Sens public*, 1 septembre 2008, n° 7-8, p. 203-217.

LETERRE T., « Alain critique philosophe », *Mil neuf cent. Revue d'histoire intellectuelle*, 16 juin 2008, n° 26, p. 91-104.

LETERRE T., « L'art de vivre ensemble », *Archives de Philosophie*, 1 mars 2007, Tome 70, n° 1, p. 77-93.

LETERRE T., « Lucien Jaume (dir.), ~Coppet, Creuset de l'esprit libéral, les idées politiques et constitutionnelles du groupe de Mme de Staël~ », *Revue française de science politique*, 2000, vol. 50, n° 6, p. 993-994.

LEVERATTO J.-M., « L'œuvre de Michel Foucault et la sociologie de la réception », *Le Portique. Revue de philosophie et de sciences humaines*, 1 septembre 2004, n° 13-14.

LEVY C. et BUNLE M. H., « Histoire et chronologie des réunions et congrès internationaux sur la population », *Population*, 1954, vol. 9, n° 1, p. 9-36.

LINDSTRÖM B. et ERIKSSON M., « Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development », *Health Promotion International*, 1 septembre 2006, vol. 21, n° 3, p. 238-244.

LORETO MARTINEZ M., JARAMILLO A., SANTELICES M.-P. et KRAUSE M., « Psychologie communautaire en Amérique latine : trajectoire historique et enjeux actuels », *Pratiques Psychologiques*, mars 2009, vol. 15, n° 1, p. 29-38.

LUCA BARUSSE V. DE, « Les interventions des démographes dans la politique de santé publique (France de la première moitié du XXe siècle », *Ouagadougou*, 2012.

LUCA V. DE, « Natalisme et hygiénisme en France de 1900 à 1940: L'exemple de la lutte antivénérienne », *Population*, 2009, vol. 64, n° 3, p. 531.

MACDONALD G., « The Evidence of Health Promotion Effectiveness. Shaping Public Health in a New Europe », *Health Education Research*, 1 avril 2000, vol. 15, n° 2, p. 233-235.

MACINTYRE S., « The black report and beyond what are the issues? », *Social Science & Medicine*, 1997, vol. 44, n° 6, p. 723-745.

MANDERSCHIED J.-C., « Modèles et principes en éducation pour la santé », *Revue française de pédagogie*, 1994, vol. 107, n° 1, p. 81-96.

MARCOUX I., ANGELIQUE H. et CULLEY M.R., « La psychologie communautaire en Amérique du Nord : historiques et applications », *Pratiques Psychologiques*, mars 2009, vol. 15, n° 1, p. 17-27.

MARMOT M. G., SMITH G. D., STANSFELD S., PATEL C., NORTH F., HEAD J., WHITE I., BRUNNER E. et FEENEY A., « Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study », *Lancet (London, England)*, 8 juin 1991, vol. 337, n° 8754, p. 1387-1393.

MARZOUKI M., « Mondialisation, santé et droits de l'homme au Sud et au Nord », *Santé Publique*, 1 septembre 2003, Vol. 15, n° 3, p. 283-289.

MASSARDIER G., « Les savants les plus “demandés”. Expertise, compétences et multipositionnalité. Le cas des géographes dans la politique d'aménagement du territoire », *Politix*, 1996, vol. 9, n° 36, p. 163-180.

MASSE R., « Les sciences sociales au défi de la santé publique », *Sciences sociales et santé*, 1 mars 2007, vol. 25, n° 1, p. 5-23.

MASSE R., « Les sciences humaines et les enjeux contemporains de la santé », CHUV Lausanne, Médecine et sciences humaines. Sciences humaines en médecine: formation et collaboration, 2006.

MCLEARY E. et TOON E., « “Here man learns about himself”: visual education and the rise and fall of the American Museum of Health », *American Journal of Public Health*, juillet 2012, vol. 102, n° 7, p. e27-e36.

MITTELMARK M. B., « The Psychology of Social Influence and Healthy Public Policy », *Preventive Medicine*, décembre 1999, vol. 29, n° 6, p. S24-S29.

MOAL J. LE, EILSTEIN D. et SALINES G., « La santé environnementale est-elle l'avenir de la santé publique ? », *Santé Publique*, 28 juillet 2010, vol. 22, n° 3, p. 281-289.

MOATTI J.-P., BELTZER N. et DAB W., « Les modeles d'analyse des comportements a risque face a l'infection a VIH: Une conception trop étroite de la rationalite », *Population (French Edition)*, septembre 1993, vol. 48, n° 5, p. 1505.

MONTOUROY Y., « La démocratie environnementale au défi des triangles de fer : ouvrir la fabrication des politiques publiques à la société civile », *Participations*, 22 mai 2014, vol. 8, n° 1, p. 173-188.

MORIN M., TERRADE F. et PREAU M., « Psychologie communautaire et psychologie de la santé : l'implication de la recherche psychosociale dans la promotion de la santé », *Psychologie Française*, juin 2012, vol. 57, n° 2, (coll. « Psychologie de la santé »), p. 111-118.

MORIN R., « Agir sur les environnements ou sur les individus : comparaisons France-Québec en promotion de la santé », *Santé Publique*, 15 décembre 2007, Vol. 19, n° 5, p. 439-448.

MORIN R., « Promotion de la santé: analyse comparative France-Québec », *La Santé de l'Homme*, octobre 2007, n° 391.

MOURET A., « L'imagerie de la lutte contre la tuberculose : le timbre antituberculeux, instrument d'éducation sanitaire », *Les Cahiers du Centre de Recherches Historiques. Archives*, 12 avril 1994, n° 12.

MULLER P., « Esquisse d'une théorie du changement dans l'action publique: Structures, acteurs et cadres cognitifs », *Revue française de science politique*, 2005, vol. 55, n° 1, p. 155-187.

MULLER P., « L'analyse cognitive des politiques publiques: vers une sociologie politique de l'action publique », *Revue française de science politique*, 2000, vol. 50, n° 2, p. 189-208.

MULLER P., « Un schéma d'analyse des politiques sectorielles », *Revue française de science politique*, 1985, vol. 35, n° 2, p. 165-189.

MURARD L. et ZYLBERMAN P., « Administrer, gouverner: l'expertise et l'hygiène en France (1848-1945) », *Les Tribunes de la santé*, 2010, vol. 27, n° 2, p. 25.

MURRAY M., « Psychologie communautaire de la santé, arts et changement social. Panorama dans le monde anglo-saxon », *Bulletin de psychologie*, 1 octobre 2012, Numéro 521, n° 5, p. 419-427.

NAY O., « Négocier le partenariat », *Revue française de science politique*, 1 juin 2001, vol. 51, n° 3, p. 459-481.

NAY O. et PETITEVILLE F., « Éléments pour une sociologie du changement dans les organisations internationales », *Critique internationale*, 24 novembre 2011, n° 53, p. 9-20.

NEUMAYER E., STARK K. H., KLAUSCH B., JUNGE W. D. et TÖWE J., « On the influence of prostaglandin F2alpha-induced labor at term on the metabolism and coagulation of mother and fetus », *Prostaglandins*, janvier 1976, vol. 11, n° 1, p. 109-121.

NOURRISSON D., « Tabagisme et antitabagisme en France au XIXe siècle », *Histoire, économie et société*, 1988, vol. 7, n° 4, p. 535-547.

NUTBEAM D., « Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century », *Health Promotion International*, 1 septembre 2000, vol. 15, n° 3, p. 259-267.

NYE J.S. et KEOHANE R. O., « Transnational Relations and World Politics: An Introduction », *International Organization*, juin 1971, vol. 25, n° 03, p. 329-349.

OMRAN A. R., « The Epidemiologic Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change », *The Milbank quarterly*, 2005, vol. 83, n° 4, p. 731-757.

OMRAN A. R., « The Epidemiologic Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change », *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 1 octobre 1971, vol. 49, n° 4, p. 509-538.

OMRAN A. R., « The epidemiologic transition. A theory of the Epidemiology of population change. 1971. », *Bulletin of the World Health Organization*, 2001, vol. 79, n° 2, p. 161-170.

O'NEILL M., « Le débat international sur l'efficacité de la promotion de la santé : d'où vient-il et pourquoi est-il si important ? », *Promotion & Education (collection 2002-2007)*, 03 2004, n° HS.1, p. 6-10.

O'NEILL M., PEDERSON A. et ROOTMAN I., « Health promotion in Canada: declining or transforming? », *Health Promotion International*, 1 juin 2000, vol. 15, n° 2, p. 135-141.

OXMAN A. D, LAVIS J. N. et FRETHERM A., « Use of evidence in WHO recommendations », *The Lancet*, juin 2007, vol. 369, n° 9576, p. 1883-1889.

PADIOLEAU J. G., « La lutte contre le tabagisme : action politique et régulation étatique de la vie quotidienne », *Revue française de science politique*, décembre 1977, vol. 27, n° 6, p. 932-959.

PALIER B. et SUREL Y., « Les « trois I » et l'analyse de l'État en action », *Revue française de science politique*, 1 mars 2005, Vol. 55, n° 1, p. 7-32.

PARASCANDOLA M., « The epidemiologic transition and changing concepts of causation and causal inference », *Revue d'histoire des sciences*, 15 avril 2012, Tome 64, n° 2, p. 243-262.

PARASCANDOLA M., « Épidémiologie ; causalité ; inférence causale ; cancer ; prévention », *Revue d'histoire des sciences*, 11 décembre 2011, vol. 2, n° 2, p. 243-262.

PARAYRE S., « De l'hygiène à l'hygiène scolaire : les voies de la prévention à l'école (XVIIIe-XIXe siècles) », *Carrefours de l'éducation*, 2011, vol. 32, n° 2, p. 49.

PARAYRE S., « L'hygiène à l'école aux XVIIIe et XIXe siècles : vers la création d'une éducation à la santé », *Recherches & Educations*, 2008, n° 1, p. 177-193.

PERETTI-WATEL P., « Du recours au paradigme épidémiologique pour l'étude des conduites à risque », *Revue française de sociologie*, 1 mars 2004, vol. 45, n° 1, p. 103-132.

PETITEVILLE F. et SMITH A., « Analyser les politiques publiques internationales », *Revue française de science politique*, 2006, vol. 56, n° 3, p. 357.

PICARD J. F., « Naissance de la biomédecine, le point de vue d'un historien », *médecine/sciences*, 1996, vol. 12, n° 1, p. 9797-101.

POUVOURVILLE G. DE, « L'assurance maladie en France : Beveridge et Bismarck enfin réconciliés ? », *Annales des Mines - Réalités industrielles*, 2011, Novembre 2011, n° 4, p. 19.

POUVOURVILLE G. DE, « Le coût du temps ultime », *Les Tribunes de la santé*, 2006, vol. 13, n° 4, p. 77.

RENAUD M., « De l'épidémiologie sociale à la sociologie de la prévention : 15 ans de recherche sur l'étiologie sociale de la maladie », *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 1987, vol. 35, n° 1, p. 3-19.

ROCHAIX L. et TUBEUF S., « Mesures de l'équité en santé », *Revue économique*, 30 mars 2009, Vol. 60, n° 2, p. 325-344.

ROSENBERG W. et DONALD A., « Evidence based medicine: an approach to clinical problem-solving », *BMJ (Clinical research ed.)*, 29 avril 1995, vol. 310, n° 6987, p. 1122-1126.

ROSENSTOCK L., HELSING B. et RIMER B. K., « Public Health Education in the United States: Then and Now », 2011, vol. 33, n° 1, p. 39-65.

RUGGIE J. G., « Multilateralism: the anatomy of an institution », *International Organization*, juin 1992, vol. 46, n° 03, p. 561-598.

RUTSTEIN D. D., BERENBERG W., CHALMERS T. C., CHILD C. G., FISHMAN A. P. et PERRIN E. B., « Measuring the quality of medical care. A clinical method », *The New England Journal of Medicine*, 11 mars 1976, vol. 294, n° 11, p. 582-588.

SABATIER P. A., « The advocacy coalition framework: revisions and relevance for Europe », *Journal of European Public Policy*, 1 mars 1998, vol. 5, n° 1, p. 98-130.

SABATIER P. A., « An advocacy coalition framework of policy change and the role of policy-oriented learning therein », *Policy Sciences*, juin 1988, vol. 21, n° 2-3, p. 129-168.

SAÏAS T., « Cadre et concepts-clés de la psychologie communautaire », *Pratiques Psychologiques*, mars 2009, vol. 15, n° 1, p. 7-16.

SALOMEZ J.-L., « Inégalités sociales de santé : une longue histoire », *Contact santé (collection 1985-2013)*, 2010, n° N°231, p. p. 46-49.

SALOMON J. A. et MURRAY C. J. L., « The Epidemiologic Transition Revisited: Compositional Models for Causes of Death by Age and Sex », *Population and Development Review*, 1 juin 2002, vol. 28, n° 2, p. 205-228.

SANTIAGO-DELFOSE M. et CHAMBERLAIN K., « Évolution des idées en psychologie de la santé dans le monde anglo-saxon. De la psychologie de la santé (health psychology) à la psychologie critique de la santé (critical health psychology) », *Psychologie Française*, juin 2008, vol. 53, n° 2, p. 195-210.

SAURRUGER S., « L'expertise un mode de participation des groupes d'intérêt au processus décisionnel communautaire », *Revue française de science politique*, 2002, vol. 52, n° 4, p. 375-401.

SCHILLER P. L. et LEVIN J. S., « Is self-care a social movement? », *Social Science & Medicine* (1982), 1983, vol. 17, n° 18, p. 1343-1352.

SEN A. K., « Poor, Relatively Speaking », *Oxford Economic Papers*, 1983, vol. 35, n° 2, p. 153-169.

SEN A. K., « Poverty: An Ordinal Approach to Measurement », *Econometrica*, 1976, vol. 44, n° 2, p. 219-231.

SHANKAND R., SAÏAS T. et FRIBOULET D., « De la prévention à la promotion de la santé : intérêt de l'approche communautaire », *Pratiques Psychologiques*, mars 2009, vol. 15, n° 1, (coll. « La psychologie communautaire »), p. 65-76.

SORENSEN E.S., « Clair E. Turner: Pioneer in Health Education 1890-1974 », *Health Education*, 1 mars 1987, vol. 18, n° 1, p. 37-39.

SPECTOR P. E., « Development of the Work Locus of Control Scale », *Journal of Occupational Psychology*, 1 décembre 1988, vol. 61, n° 4, p. 335-340.

SPITZ J.-F., « John Rawls et la question de la justice sociale », *Études*, 11 janvier 2011, Tome 414, n° 1, p. 55-65.

STEVENS G. et MATHERS C., « Avoidable mortality—a tool for policy evaluation in developing countries? », *The European Journal of Public Health*, 1 juin 2010, vol. 20, n° 3, p. 241-242.

STOKOLS D., « Establishing and maintaining healthy environments: Toward a social ecology of health promotion », *American Psychologist*, 1992, vol. 47, n° 1, p. 6-22.

TABUTEAU D., « L'expert et la décision en santé publique », *Les Tribunes de la santé*, 2010, vol. 27, n° 2, p. 33.

TABUTEAU D., « La décision en santé », *Santé Publique*, 2008, vol. 20, n° 4, p. 297.

TABUTEAU D., « La santé en quête de politique », *Les Tribunes de la santé*, 2007, vol. 14, n° 1, p. 29.

TABUTEAU D., « Les interdictions de santé publique », *Les Tribunes de la santé*, 2007, vol. 17, n° 4, p. 21.

TABUTEAU D., « Les agences sanitaires : balkanisation d'une administration défaillante ou retour de l'État hygiéniste ? », *Les Tribunes de la santé*, 1 décembre 2003, vol. 1, n° 1, p. 34-46.

TAKEGAMI T. et YOSHIDA K., « Isolation and purification of cytokinin binding protein from tobacco leaves by affinity column chromatography », *Biochemical and Biophysical Research Communications*, 17 novembre 1975, vol. 67, n° 2, p. 782-789.

THEBAUD A. et LERT F., « Maladie subie, maladie dominee, industrialisation et technologie medicale: Le cas de la tuberculose », *Social Science & Medicine*, 1985, vol. 21, n° 2, p. 129-137.

TOMES N., « The making of a germ panic, then and now. », *American Journal of Public Health*, février 2000, vol. 90, n° 2, p. 191-198.

TOMES N., « “Destroyer and Teacher”: Managing the Masses During the 1918–1919 Influenza Pandemic », *Public Health Reports*, 2010, vol. 125, Suppl 3, p. 48-62.

TONDEUR L., « L’éducation pour la santé, une efficacité sous condition », *Actualité et dossier en santé publique*, septembre 1996, n° 16.

TOWERS B. A., « Health education policy 1916-1926: venereal disease and the prophylaxis dilemma », *Medical History*, janvier 1980, vol. 24, n° 1, p. 70-87.

VIGARELLO G. et INDJEAGOPIAN M.-N., « Les médecins nouveaux acteurs de l’école », *Revue française de pédagogie*, 1996, vol. 114, n° 1, p. 19-27.

VIGNAUX V., « L’éducation sanitaire par le cinéma dans l’entre-deux-guerres en France », *Sociétés & Représentations*, 2009, vol. 28, n° 2, p. 67-85.

VIGNAUX V., « Femmes et enfants ou le corps de la nation », 1895. *Mille huit cent quatre-vingt-quinze. Revue de l’association française de recherche sur l’histoire du cinéma*, 1 juillet 2002, n° 37, p. 23-43.

VISELTEAR A. J., « The emergence of pioneering public health education programs in the United States. », *The Yale Journal of Biology and Medicine*, 1988, vol. 61, n° 6, p. 519-548.

VOGEL M. E. et ROMANO S. E., « Behavioral medicine », *Primary Care*, juin 1999, vol. 26, n° 2, p. 385-400.

WEISZ G. et OLSZYNKO-GRYN J., « The theory of epidemiologic transition: the origins of a citation classic », *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, juillet 2010, vol. 65, n° 3, p. 287-326.

WHITEHEAD M. et DAHLGREN G., « What can be done about inequalities in health? », *The Lancet*, octobre 1991, vol. 338, n° 8774, p. 1059-1063.

WILLEMEZ L., SURDEZ M., PAVIS F. et CHAMBOREDON H., « S’imposer aux imposants. A propos de quelques obstacles rencontrés par des sociologues débutants dans la pratique et l’usage de l’entretien », *Genèses*, 1994, vol. 16, n° 1, p. 114-132.

ZIGLIO E., HAGARD S. et GRIFFITHS J., « Health promotion development in Europe: achievements and challenges », *Health Promotion International*, 1 juin 2000, vol. 15, n° 2, p. 143-154.

ZIGLIO E., « A quoi ressemble l'Europe de la promotion de la santé? », *La Santé de l'Homme*, mai/juin 2014, n° 371.

« Union Internationale d'Education pour la Santé », *Médecine sociale et préventive*, 1977, vol. 22, n° 5.

« Some Impressions of the Fifth World Health Assembly », *American Journal of Public Health and the Nations Health*, juillet 1952, vol. 42, n° 7, p. 856-857.

« Création de l'Union internationale pour l'éducation sanitaire populaire », *Population*, 1951, vol. 6, n° 4, p. 733-733.

« The First World Health Assembly », *American Journal of Public Health and the Nations Health*, octobre 1948, vol. 38, n° 10, p. 1448-1450.

OUVRAGES

ADAM P., HERZLICH C. et SINGLY F. DE, *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Paris, Armand Colin, 2007.

AÏACH P. et FASSIN D., *Les métiers de la santé - Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Paris, Economica, 1994, 364 p.

ANDERSON R., *Health Promotion: An Overview*, s.l., Scottish Health Education Group, 1984, 76 p.

ANDERSON R., DAVIES J. K., KICKBUSCH I., MCQUEEN D. V. et TURNER Jill, *Health Behaviour Research and Health Promotion*, Oxford; New York, Oxford University Press, 1988, 304 p.

ANNANDALE E., *The sociology of health and medicine: a critical introduction*, Cambridge, Polity press, 1998, 334 p.

ANTONOVSKY A., *Unraveling the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well*, 1st edition., San Francisco, Jossey-Bass, 1987, 238 p.

ANTONOVSKY A., *Health, Stress and Coping*, 1st edition., San Francisco, Jossey-Bass Inc Pub, 1979, 255 p.

BADIE B. et BIRNBAUM P., *Sociologie de l'Etat*, Paris, Hachette Littérature, 1983.

BADIE B. et DEVIN G. (eds.), *Le multilatéralisme: nouvelles formes de l'action internationale*, Paris, Découverte (coll. « Textes à l'appui »), 2007, 238 p.

- BARRES R., HENRICH A.-M., RIVAUD D., REYNIER J. et LIVACHE J., *Le nouveau dictionnaire de la santé publique et de l'action sociale*, 2e édition., Malakoff, Foucher, 2013, 496 p.
- BARROUX G., *Philosophie, maladie et médecine au XVIIIe siècle*, Paris, H. Champion (coll. « Les dix-huitièmes siècles »), 2008, vol. 1/, 445 p.
- BECKER H. S., *Outsiders: studies in the sociology of deviance*, New York, Free Press of Glencoe, a division of the Macmillian Company, 1963.
- BEIGBEDER Y., *L'OMS en péril*, s.l., Editions de santé (coll. « Balises »), 2011, 152 p.
- BEIGBEDER Y., *L'organisation mondiale de la santé*, Paris, Presses Universitaires de France - PUF, 1998, 206 p.
- BERRIDGE V., GORSKY M. et MOLD A., *Public Health in History*, 1 édition., Maidenhead, Open University Press, 2011, 240 p.
- BERTHELOT J.-M., *1895 Durkheim: l'avènement de la sociologie scientifique*, s.l., Presses Univ. du Mirail, 1995, 200 p.
- BERTRAND A. et GARNIER P.-H., *Psychologie cognitive*, s.l., Studyrama, 2005, 212 p.
- BONITA R., BEAGLEHOLE R. et KJELLSTRÖM T., *Eléments d'épidémiologie*, 2e éd., Genève, OMS, 2010, vol. 1/, 233 p.
- BORRAZ O., GUIRAUDON V., MAILLARD J. DE et SUREL Y. (eds.), *Politiques publiques*, Paris, Presses de la Fondation nationale des sciences politiques (coll. « Gouvernances »), 2008, 3 p.
- BOURDELAIS P., *Les épidémies terrassées: une histoire de pays riches*, Paris, La Martinière, 2003, 246 p.
- BOURDELAIS P., *Les hygiénistes: enjeux, modèles et pratiques (XVIIIe-XXe siècles) [colloque]*, Paris, Belin (coll. « Modernités »), 2001, 540 p.
- BOURDELAIS P. et FAURE O., *Les nouvelles pratiques de santé: acteurs, objets, logiques sociales (XVIIIe-XXe siècles)*, Paris, Belin (coll. « Histoire et société »), 2004, vol. 1/, 382 p.
- BOURDIEU P., *Esquisse d'une théorie de la pratique*, Paris, Seuil, 2000.
- BOURDILLON F., *Traité de prévention*, Paris, Médecine-sciences Flammarion, 2009.
- BOUSSAGUET L., JACQUOT S. et RAVINET P. (eds.), *Dictionnaire des politiques publiques*, 3e éd. actualisée et augm., Paris, Presses de Sciences Po (coll. « Domaine Gouvernances »), 2010, 771 p.
- BOYER R. et SAILLARD Y. (eds.), *Théorie de la régulation: l'état des savoirs*, Nouv. éd. complétée., Paris, Découverte (coll. « Collection "Recherches" »), 2002, 588 p.

- BRAILLARD P. et DJALILI M.-R., *Les relations internationales*, 7e éd. mise à jour., Paris, Presses universitaires de France (coll. « Que sais-je ? »), 2004, 127 p.
- BRAS P.-L., POUVOURVILLE G. de et TABUTEAU D. (eds.), *Traité d'économie et de gestion de la santé*, Paris, Presses de Sciences Po : Editions de la santé, 2009, 561 p.
- BRONFENBRENNER U., *The Ecology of Human Development*, s.l., Harvard University Press, 1979, 352 p.
- BROUSSOULOUX S. et HOUZELLE-MARCHAL N., *Éducation à la santé en milieu scolaire: choisir, élaborer et développer un projet*, Saint-Denis, Éd. INPES, 2006.
- CALVEZ M., *La prévention du sida: les sciences sociales et la définition des risques*, Rennes, Rance, Presses Universitaires de Rennes, 1975.
- CARPENTIER É. C., *Une Ville devant la peste, Orvieto et la peste noire de 1348... par Élisabeth Carpentier*, Paris, Impr. nationale, 1962, 267 p.
- CHARVET M., *Les fortifications de Paris: de l'hygiénisme à l'urbanisme : 1880-1919*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2005.
- CHIFFOLEAU S., *Genèse de la santé publique internationale: de la peste d'Orient à l'OMS*, Rennes Beyrouth, Presses universitaires de Rennes Institut français du Proche-Orient (coll. « Histoire »), 2012, vol. 1/, 287 p.
- COMITE FRANÇAIS D'EDUCATION POUR LA SANTE, *Le doyen Jacques Parisot (1882-1967)*, Paris, Editions Nouvelles et Impressions, 1968, 78 p.
- CROZIER M., *L'Acteur et le système : Les contraintes de l'action collective*, Paris, Seuil, 1977, 436 p.
- DAMAMME D. et RIBEMONT T., *Expertise et engagement politique*, s.l., Editions L'Harmattan, 2001, 161 p.
- DELORE P. et PERROUX F., *Projet pour une déclaration des Droits et des Devoirs sanitaires de l'Home*, Paris, Musée social, 1937.
- DEVEAUD B. et LEMENNICIER B., *OMS: Bateau ivre de la sante publique: Les dérives et les échecs de l'agence de Nations Unies*, Édition : 1re., Paris, Editions L'Harmattan, 2000, 178 p.
- DEVIN G. et SMOUTS M.-C., *Les organisations internationales*, Paris, A. Colin, 2011.
- DRULHE M., SICOT F. et COLLECTIF, *La santé à coeur ouvert : Sociologie du bien-être, de la maladie et du soin*, Toulouse, Presses Universitaires du Mirail, 2011, 305 p.
- EUN J., *Sida et action publique: une analyse du changement de politiques en France*, Paris, l'Harmattan (coll. « Logiques politiques »), 2009, vol. 1/, 420 p.

- EVANS R. G., BARER M. L. et MARMOR T. R. (eds.), *Why are some people healthy and others not?: the determinants of health of populations*, New York, A. de Gruyter (coll. « Social institutions and social change »), 1994, 378 p.
- EVANS T., WHITEHEAD M., DIDERICHSEN F., BHUIYA A. et WIRTH M., *Challenging Inequities in Health*, s.l., Oxford University Press, 2001.
- FASSIN D., *Faire de la santé publique*, 2e édition., Rennes, Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, 2008.
- FASSIN D. et HAURAY B., *Santé publique: l'état des savoirs*, Paris, la Découverte, 2010, vol. 1/, 536 p.
- FAVRE P., *Sida et politique: Les premiers affrontements (1981-1987)*, s.l., Editions L'Harmattan, 1992, 211 p.
- FOUCAULT M., *Naissance de la clinique*, 8e édition., Paris, Presses Universitaires de France - PUF, 2009, 240 p.
- FOUCAULT M., *L'archéologie du savoir*, Paris, Gallimard, 2008, 294 p.
- FOUCAULT M., *Histoire de la sexualité, tome 1 : La Volonté de savoir*, Paris, Gallimard, 1994.
- FOUCAULT M., *Histoire de la sexualité, tome 2 : L'usage des plaisirs*, Paris, Gallimard, 1994.
- FOUCAULT M., *Histoire de la sexualité, tome 3 : Le souci de soi*, Paris, Gallimard, 1994.
- FOUCAULT M., *Surveiller et punir: Naissance de la prison*, Paris, Gallimard, 1993.
- FREIDSON E., *Profession of medicine: a study of the sociology of applied knowledge*, New York, Harper & Row, 1970.
- GALES P. LE et THATCHER M., *Les réseaux de politique publique*, Paris, L'Harmattan (coll. « Logiques politiques »), 1995.
- GALMICHE J.-M., *Hygiène et médecine: histoire et actualité des maladies nosocomiales*, Paris, L. Pariente, 1999, 510 p.
- GAUDILLIERE J.-P., *La médecine et les sciences : XIXe-XXe siècles*, Paris, Editions La Découverte, 2006.
- GAUDILLIÈRE J.-P., *Inventer la biomédecine: la France, l'Amérique et la production des savoirs du vivant, 1945-1965*, Paris, La Découverte (coll. « Textes à l'appui »), 2002, 391 p.
- GEISSLER P. W., ROTTENBURG R. et ZENKER J., *Rethinking Biomedicine and Governance in Africa: Contributions from Anthropology*, s.l., transcript Verlag, 2014, 293 p.

GIAUQUE D., *La bureaucratie libérale: nouvelle gestion publique et régulation organisationnelle*, Paris, Harmattan, 2003.

GILBERT C. et HENRY E., *Comment se construisent les problèmes de santé publique*, Paris, Découverte, 2009.

GOSLING P., *Psychologie sociale: Approches du sujet social et des relations interpersonnelles*, s.l., Editions Bréal, 1996, 292 p.

GRMEK M. D., *Histoire du sida: début et origine d'une pandémie actuelle*, Nouv. éd. rev. et augm., Paris, Payot et Rivages (coll. « Petite bibliothèque Payot »), 1995, 491 p.

GROUPE DE RECHERCHE EN HISTOIRE SOCIALE ET EPISTEMOLOGIE DE LA MEDECINE (ed.), *La médecine du peuple de Tissot à Raspail: 1750-1850 [actes de la Journée d'étude du 19 novembre 1994]*, Créteil, Conseil général du Val-de-Marne, Archives départementales, 1995, 137 p.

GRUSKY D. B., KANBUR S. M. R. et SEN A. K., *Poverty and Inequality*, s.l., Stanford University Press, 2006, 204 p.

GUILBAUD A., *Business Partners. Firms privées et gouvernance mondiale de la santé*, Paris, Presses de Sciences Po (coll. « Relations internationales »), 2015, 208 p.

GUSFIELD J. R., *Symbolic crusade: status politics and the American temperance movement*, 2nd ed., Urbana, University of Illinois Press, 1986, 226 p.

HAAS E. B., *Beyond the Nation-state: Functionalism and International Organization*, s.l., Stanford University Press, 1964, 616 p.

HAAS E. B., *The uniting of Europe: political, social, and economic forces, 1950-1957*, s.l., Stanford University Press, 1958, 600 p.

HASSENTEUFEL P., *Sociologie politique : l'action publique*, Édition : 2e édition., Paris, Armand Colin, 2011, 320 p.

HOUTAUD A. d', *Sociologie de la santé: langage et savoirs, environnement et éthique*, Paris Montréal (Québec), l'Harmattan (coll. « Santé, sociétés et cultures »), 1998, 397 p.

HUDEMANN-SIMON C., *La conquête de la santé en Europe, 1750-1900*, Paris] [Bruxelles, Belin De Boeck (coll. « Europe et histoire »), 2000, 175 p.

ILLICH I., *Némésis médicale: l'expropriation de la santé*, Paris, Seuil (coll. « 01 :+Zéro un+, techno-critique »), 1975, 221 p.

INED, MESLE F., TOULEMON L. et VERON J., *Dictionnaire de démographie et des sciences de la population*, s.l., Armand Colin, 2011, 913 p.

INSERM (INSTITUT NATIONAL DE LA SANTE ET DE LA RECHERCHE MEDICALE), *Education pour la santé des jeunes: concepts, modèles, évolution*, Paris, Editions INSERM (coll. « Expertise Collective »), 2001, pagin. 15-39 p.

INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FORMATION DES MAITRES (ed.), *Éducation à la santé, XIXe-XXe siècle*, Rennes, Éd. de l'École nationale de la santé publique (coll. « Recherche, santé, social »), 2002, 158 p.

JOBERT B., *Le tournant néo-libéral en Europe: Idées et recettes dans les pratiques gouvernementales*, Paris, Editions L'Harmattan, 1994, 328 p.

JOBERT B. et MULLER P., *L'État en action: politiques publiques et corporatismes*, Paris, Presses universitaires de France (coll. « Recherches politiques »), 1987, vol. 1/, 242 p.

JORLAND G., *Une société à soigner: Hygiène et salubrité publiques en France au XIXe siècle*, Paris, Gallimard, 2010, 368 p.

KEOHANE R. O. et NYE J. S., *Power and Interdependence: World Politics in Transition*, Boston, TBS The Book Service Ltd, 1977, 300 p.

KINGDON J. W., *Agendas, Alternatives, and Public Policies, Update Edition, with an Epilogue on Health Care*, 2 edition., Boston, Pearson, 2010, 304 p.

LABONTE R. N et PENFOLD P. Susan, *Health promotion philosophy: from victim blaming to social responsibility: a working paper*, [Vancouver], Western Region Office, Health Promotion Directorate, Health and Welfare Canada, 1981.

LASCOUMES P., *Action publique et environnement*, Paris, Presses Universitaires de France - PUF, 2012.

LASCOUMES P. et GALES P. LE, *Sociologie de l'action publique*, Paris, A. Colin (coll. « 128 »), 2007, vol. 1/, 126 p.

LAST J. M., *Dictionnaire d'épidémiologie: enrichi d'un lexique anglais-français*, traduit par Lise Talbot-Bélair et Michel C. Thuriaux, [Québec] Paris, EDISEM Maloine, 2004, 306 p.

LAZARUS R. S., *Psychological Stress and the Coping Process*, s.l., McGraw-Hill, 1966, 492 p.

LAZARUS R. S. et FOLKMAN S., *Stress, Appraisal, and Coping*, s.l., Springer Publishing Company, 1984, 460 p.

LECLERC A. (ed.), *Les inégalités sociales de santé*, Paris : Paris, La Découverte ; Inserm (coll. « Recherches »), 2000, 448 p.

LECORPS P. et PATURET J.-B., *Santé publique, du biopouvoir à la démocratie*, Paris, Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, 2000, 186 p.

LEGOUTÉ J. R., UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL, GROUPE DE RECHERCHE SUR L'INTÉGRATION CONTINENTALE et CENTRE ÉTUDES INTERNATIONALES ET MONDIALISATION, *Définir le développement: historique et dimensions d'un concept plurivoque*, Montréal, Université du Québec à Montréal, Groupe de recherche sur l'intégration continentale (coll. « Economie politique internationale, cahier de recherche vol. 1, no 1. »), 2001.

LERNER D. et LASSWELL H. D., *The Policy Sciences: Recent Developments in Scope and Method*, s.l., Stanford University Press, 1951, 370 p.

MARCUSE H., *L'Homme unidimensionnel: essai sur l'idéologie de la société industrielle avancée*, traduit par Monique Wittig, Paris, Éditions du Seuil (coll. « Points »), 1970, 316 p.

MARCUSE H., *Herbert Marcuse. Eros et civilisation, contribution à Freud* [« *Eros and civilization, a philosophical inquiry into Freud* »]. Traduit de l'anglais par Jean-Guy Nény et Boris Fraenkel. Traduction entièrement revue par l'auteur..., traduit par Boris Fraenkel et Jean-Guy Nény, Paris, Éditions de Minuit (Besançon, impr. Jacques et Demontrond), 1963, 240 p.

MARSH D. et RHODES R., *Policy Networks in British Government*, 1 edition., Oxford : Oxford ; New York, Clarendon Press, 1992, 320 p.

MASSÉ R., *Sciences humaines et les enjeux contemporains de la santé*, Chicoutimi, J.-M. Tremblay, 2009.

MCQUEEN D. V. et JONES C., *Global Perspectives on Health Promotion Effectiveness*, s.l., Springer Science & Business Media, 2007, 431 p.

MCQUEEN D. V., KICKBUSCH I. et POTVIN L., *Health and Modernity: The Role of Theory in Health Promotion*, s.l., Springer Science & Business Media, 2007, 180 p.

MEANS R. K., *A history of health education in the United States.*, Philadelphia, Lea & Febiger (coll. « Health education, physical education, and recreation series »), 1962, 412 p. p.

MITRANY D., *A working peace system*, s.l., Quadrangle Books, 1966, 230 p.

MITRANY D., *A Working Peace System: An Argument for the Functional Development of International Organization*, s.l., Oxford University Press, 1944, 64 p.

MURARD L. et ZYLBERMAN P., *L'hygiène dans la République: la santé publique en France ou l'utopie contrariée 1870-1918*, Paris, Fayard, 1996, 805 p.

NAY O., *Histoire des idées politiques*, Paris, Armand Colin, 2007.

NOURRISSON D., *Education à la santé: XIXe-XXe siècle*, Rennes, Ed. ENSP, 2002.

NOURRISSON D. et FREYSSINET-DOMINJON J., *L'école face à l'alcool: un siècle d'enseignement antialcoolique, 1870-1970*, Saint-Étienne, Publications de l'Université de Saint-Étienne, 2009, vol. 1/, 198 p.

O'NEILL M., DUPERE S., PEDERSON A. P. et ROOTMAN I., *Promotion de la santé au Canada et au Québec: perspectives critiques*, Québec, Presses de l'Université Laval (coll. « Société, cultures et santé »), 118apr. J.-C., 540 p.

PANZAC Daniel, *Quarantaines et lazarets: l'Europe et la peste d'Orient, xvii^e-xx^e siècles*, Aix-en-Provence, Édisud, 1986.

PARISOT J., *Dr Jacques Parisot,... L'Organisation de la lutte antituberculeuse dans le cadre départemental. Sa réalisation en Meurthe-et-Moselle*, Nancy-Paris-Strasbourg, Berger-Levrault, 1928, 99 p.

PARISOT J., *Louis Spillmann,... et Jacques Parisot,... Guérir est bien, prévenir est mieux. L'effort réalisé en hygiène et en médecine sociales dans le département de Meurthe-et-Moselle*, Nancy-Paris-Strasbourg, Éditions de la « Revue d'hygiène et de prophylaxie sociales », 1925, 293 p.

PARISOT J., *Exposé des titres et travaux scientifiques du Dr Jacques Parisot,...*, Paris, Masson, 1910, 189 p.

PERROT A., *Pasteur et Koch: Un duel de géants dans le monde des microbes*, s.l., Éditions Odile Jacob, 2014, 240 p.

POMEY M.-P., LEJEUNE Benoist et POULLIER Jean-Marie, *Santé publique*, Paris, Ellipses Marketing, 2000, 688 p.

PORTER D., *The History of Public Health and the Modern State*, s.l., Rodopi, 1994, 452 p.

RAWLS J., *A theory of justice*, Cambridge, MA, Belknap Press of Harvard University Press, 1971.

REMARQUE E. M., HELLA A. et BOURNAC O., *A l'ouest rien de nouveau*, Le Livre de Poche., Paris, Le Livre de Poche, 1973.

RENAUD M., *De la sociologie médicale à la sociologie de la santé: trente ans de recherche sur le malade et la maladie*, Chicoutimi, J.-M. Tremblay (coll. « Classiques des sciences sociales. »), 2006.

RICE V. H. (ed.), *Handbook of stress, coping, and health: implications for nursing research, theory, and practice*, 2nd ed., Thousand Oaks, SAGE Publications, 2012, 588 p.

ROCHE J.-J., *Relations internationales*, Édition : 5e édition., Paris, LGDJ, 2010, 388 p.

ROCHE J.-J., *Théories des relations internationales*, 8e éd., Paris, Montchrestien-Lextenso éd (coll. « Clefs »), 2010, vol. 1/, 160 p.

ROSANVALLON P., *Pour une histoire conceptuelle du politique: leçon inaugurale au Collège de France faite le jeudi 28 mars 2002*, Paris, Éd. du Seuil, 2003, 60 p.

ROUSSEAU J.-J., *Émile, ou, De l'éducation*, Chicoutimi, J.-M. Tremblay (coll. « Classiques des sciences sociales. »), 2002.

ROY M., O'NEILL M., LINDSTRÖM B. et ERIKSSON M., *La salutogenèse : Petit guide pour promouvoir la santé*, Québec, Presses Université Laval, 2012, 110 p.

RUFFIÉ J. et SOURNIA J.-C., *Les épidémies dans l'histoire de l'homme: essai d'anthropologie médicale*, Paris, Flammarion, 1984.

RYAN W., *Blaming the Victim*, s.l., Knopf Doubleday Publishing Group, 2010, 369 p.

SABATIER P. A. et JENKINS-SMITH H. C. (eds.), *Policy change and learning: an advocacy coalition approach*, Boulder, Colo, Westview Press (coll. « Theoretical lenses on public policy »), 1993, 290 p.

SAINT-JEAN-PAULIN C., *Quand l'Amérique contestait: 1960-1970 analyses, chronologie et documents*, Gap Paris, Ophrys Ploton (coll. « Collection Civilisation »), 1999, 191 p.

SALOMON-BAYET C., *Pasteur et la révolution pastorienne*, Paris, Payot, 1986, 436 p.

SALUZZO J.-F., *Des hommes et des germes*, Paris, Presses universitaires de France (coll. « Science, histoire et société »), 2004, 290 p.

SELYE H., *The stress of life*, s.l., McGraw-Hill, 1956, 364 p.

SEN A. K., *Collective Choice and Social Welfare*, N Third printing edition., Amsterdam ; New York : New York, North Holland, 1984, 226 p.

SEN A. K., *Inequality Reexamined*, s.l., Oxford University Press, 1995.

SEN A. K., *Poverty and Famines*, s.l., Oxford University Press, 1983.

SEN A. K., *The Idea of Justice*, s.l., Harvard University Press, 2009, 497 p.

SENARCLENS P. DE, *La politique internationale*, 4e éd., Paris, A. Colin (coll. « Compact »), 2002, 234 p.

SENARCLENS P. DE et ARIFFIN Y., *La politique internationale: théories et enjeux contemporains*, 6 e éd., Paris, A. Colin (coll. « Coursus »), 2010, vol. 1/, 287 p.

SFEZ L., *L'utopie de la santé parfaite*, s.l., Presses Universitaires de France - PUF (coll. « Politique Eclatée »), 2001, 488 p.

SIMON B. L., *The Empowerment Tradition in American Social Work: A History*, 1st edition., New York, Columbia University Press, 1994, 227 p.

SMOUTS M.-C., *Les organisations internationales*, s.l., A. Colin, 1995, 191 p.

- SOURNIA J.-C., *Dictionnaire français de santé publique*, Paris, Editions de santé, 1991.
- SOURNIA J.-C., *La Médecine révolutionnaire: 1789-1799*, Paris, Payot (coll. « Médecine et sociétés Payot »), 1989, 306 p.
- TABUTEAU D. et MORELLE A., *La santé publique*, Paris, Presses Universitaires de France - PUF, 2010, 128 p.
- TESSIER S., ANDREYS J.-B. et RIBEIRO M.-A., *Santé publique, santé communautaire*, 2e éd., Paris, Maloine, 2004, 341 p.
- THEVENIN É., *Jacques Parisot: 1882-1967 un créateur de l'action sanitaire et sociale*, Nancy, Presses universitaires de Nancy (coll. « Domaine sanitaire et social »), 2002, 268 p.
- TISSOT S. A. A. D., *Avis au peuple sur sa santé*, Paris, EDIMA (coll. « Quai Voltaire-Histoire »), 1993, 432 p.
- TONES K. et TILFORD S., *Health Promotion: Effectiveness, Efficiency and Equity*, s.l., Nelson Thornes, 2001, 550 p.
- TONES K. et TILFORD S., *Health Education: Effectiveness, Efficiency and Equity*, s.l., Chapman & Hall, 1994, 312 p.
- TONES K., TILFORD S. et ROBINSON Y. K., *Health education: effectiveness and efficiency*, s.l., Chapman and Hall, 1990, 312 p.
- TOWNSEND P. et DAVIDSON N., *Inequalities in Health: Black Report*, Harmondsworth, Middlesex, England; New York, N.Y., Penguin Books Ltd, 1982, 240 p.
- TRIANDIS H. C., *Interpersonal behavior*, s.l., Brooks/Cole Pub. Co., 1977, 360 p.
- UNIVERSITE DE NANCY. FACULTE DE MEDECINE, *Hommage au Professeur Jacques Parisot*, Nancy, Impr. de Berger-Levrault, 1957, 61 p.
- VALLERON A.-J., *L'épidémiologie humaine: Conditions de son développement en France, et rôle des mathématiques*, s.l., EDP Sciences, 2012, 462 p.
- VEZINAT N. et GALES P. LE, *L'État recomposé*, Paris, Presses Universitaires de France - PUF, 2014, 112 p.
- VIBOREL L., *La Prodigieuse histoire du timbre antituberculeux*, Paris, Union internationale contre la tuberculose, 1954, 104 p.
- VIBOREL L. (ed.), *L'Éducation sanitaire, manuel pratique et précis de technique. Préface du Prof. Jacques Parisot,...*, Tours, 1953.
- VIBOREL L., *Lucien Viborel. L'Éducation sanitaire science d'action. Préface du Professeur Jacques Parisot,...*, Tours, Arrault, 1944.

VIBOREL L., *Savoir prévenir, guide pratique de la santé et de la lutte contre les maladies sociales par Lucien Viborel*,.... Préface de M. Marc Rucart,..., Paris, L. V, 1939.

VIBOREL L., *Lucien Viborel. Le Timbre antituberculeux, instrument d'action médico-sociale*, Paris, Comité national de défense contre la tuberculose, 1936, 104 p.

VIBOREL L., *Savoir prévenir: guide pratique de la santé et de la lutte contre les maladies sociales*, Paris, Savoir prévenir, 1936, 583 p.

VIBOREL L., *Lucien Viborel. La Technique moderne de la propagande d'hygiène sociale. Préface du professeur A. Calmette*,..., Paris, Éditions de « La Vie saine », 1930, 736 p.

VIBOREL L., *Lucien Viborel*,... *L'Éducation publique contre la syphilis. De l'importance de l'éducation morale. Rapport présenté à la Conférence internationale de la défense sociale contre la syphilis, Nancy, mai 1928*, Nancy-Paris-Strasbourg, impr. de Berger-Levrault, 1928.

VIBOREL L., *Pour constituer le trésor antituberculeux français ; adoptons d'urgence le timbre antituberculeux ; sa vente produit à l'étranger des centaines de millions. La première expérience en France aura lieu en Meurthe-et-Moselle, par M. L. Viborel*,..., Nancy-Paris-Strasbourg, impr. de Berger-Levrault, 1925, 8 p.

VILLERME L. R., *De la mortalité dans les divers quartiers de la ville de Paris / Louis René Villermé*, s.l., [s.n.], 1830.

VILLERMÉ L. R., *Des prisons telles qu'elles sont, et telles qu'elles devraient être ouvrage dans lequel on les considère par rapport à l'hygiène, à la morale et à l'économie politique /*, s.l., Chez Méquignon-Marvis, 1820.

VILLERME L. R. (1782-1863), *La mortalité dans les divers quartiers de Paris ([Nouvelle éd.]) Louis-René Villermé ; présentation de Maurizio Gribaudi ; et postface d'Éric Hazan*, s.l., 2008.

VITAU J., *Histoire de la peste*, Paris, Presses universitaires de France, 2010, vol. 1/, 203 p.

Aux origines de la médecine, Paris, Fayard (coll. « Aux origines de »), 2011, vol. 1/, 474 p.

La Santé de l'homme : journal mensuel d'éducation sanitaire, Lyon, Centre régional d'éducation sanitaire, 1942-1956.

Le gouvernement des corps, Paris, Éd. de l'École des hautes études en sciences sociales (coll. « Cas de figure »), 2004, 269 p.

Critique de la santé publique: une approche anthropologique, Paris, Balland (coll. « Voix et regards »), 2001, 361 p.

L'aventure de la vaccination, Paris, Fayard (coll. « Penser la médecine »), 1996, 498 p.

Traité d'anthropologie médicale: l'institution de la santé et de la maladie, Québec Lyon, Presses de l'Université du Québec Institut québécois de recherche sur la culture Presses universitaires de Lyon (coll. « Médecine et société »), 1985, 1245 p.

L'Éducation sanitaire et sociale en France , enquête sur les activités éducatives animées et coordonnées par les centres régionaux et leurs délégations et les associations interdépartementales d'éducation sanitaire et sociale, réalisée par le Comité français d'éducation sanitaire et sociale, Paris, Centre national d'éducation sanitaire et sociale (impr. Gendt frères), 1964, 85 p.

Ministère de la santé publique et de la population. Centre national d'éducation sanitaire et sociale... Répertoire des films 16 mm, Le Vésinet, Centre national d'éducation sanitaire et sociale (Paris, Impr. nationale), 1964.

The People's Health Society (Incorporated)., s.l., People's Health Society, 1925, 16 p.

CHAPITRES D'OUVRAGES

ALBARET M., « Les formes régionales du multilatéralisme: entre incertitudes conceptuelles et pratiques ambiguës » dans *Le multilatéralisme. Nouvelles formes de l'action internationale*, Paris, La Découverte (coll. « TAP/Relations internationales »), 2007, p. 41-56.

ALLA F., « Les déterminants de la santé » dans *Santé publique*, Paris, Ellipses Marketing, 2000, p. 51-63.

ANDRE C., « État providence et compromis institutionnalisés. Des origines à la crise contemporaine » dans *Théorie de la régulation : l'état des savoirs*, Paris, La Découverte (coll. « Collection "Recherches" »), 2002, p. 144-152.

ARTIGAS A., « Politiques publiques « ailleurs » » dans *Dictionnaire des politiques publiques*, s.l., 2010, p. 452-460.

BADIE B., « Le défi de la puissance » dans *Le multilatéralisme. Nouvelles formes de l'action internationale*, Paris, La Découverte (coll. « TAP/Relations internationales »), 2007, p. 215-232.

BALME R., « Biens collectifs » dans *Dictionnaire des politiques publiques*, s.l., 2010, p. 106-114.

BALME Richard, « Rationalité » dans *Dictionnaire des politiques publiques*, s.l., 2010, p. 538-548.

BENKO G. et LIPIETZ A., « De la régulation des espaces aux espaces de régulation » dans *Théorie de la régulation: l'état des savoirs*, Paris, La Découverte (coll. « Collection "Recherches" »), 2002, p. 293-303.

BERLIVET L., « Une biopolitique de l'éducation pour la santé. La fabrique des campagnes de prévention » dans *Le gouvernement des corps*, Editions de l'EHESS (collection « Cas de figure »), s.l., 2004, p. 37-75.

BERLIVET L., « Epidémiologie » dans *Santé publique: l'état des savoirs*, Paris, la Découverte, 2010.

BERLIVET L., « Déchiffrer la maladie » dans *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*, Paris, Editions Balland (coll. « Voix et Regards »), 2001, p. 75-102.

BERLIVET L., « De l'éducation sanitaire à la promotion de la santé. La santé publique face aux accusations de moralisme » dans *La santé dans tous ses états*, s.l., Atlantica, 2000, p. 243-270.

BEZES P., « Administration » dans *Dictionnaire des politiques publiques*, s.l., 2010, p. 38-48.

BEZES P. et PIERRU F., « Politiques publiques et sociologie de l'État » dans *Dictionnaire des politiques publiques*, 3e éd. actualisée et augm., Paris, Presses de Sciences Po (coll. « Domaine Gouvernances »), 2010, p. 491-501.

BILLAUDOT B., « Formes institutionnelles et macroéconomie » dans *Théorie de la régulation : l'état des savoirs*, Paris, La Découverte (coll. « Collection "Recherches" »), 2002, p. 207-214.

BLANCHET M.e, « La médecine comme pédagogie » dans *Traité d'anthropologie médicale. L'institution de la santé et de la maladie*, Québec Lyon, Presses de l'Université du Québec Institut québécois de recherche sur la culture Presses universitaires de Lyon, 1985.

BOSSY T. et EVRARD A., « Communauté épistémique » dans *Dictionnaire des politiques publiques*, 3e éd. actualisée et augm., Paris, Presses de Sciences Po, 2010, p. 140-147.

BOURDELAIS P., « Protéger, éduquer, discipliner la population » dans *Aux origines de la médecine*, Paris, Fayard, 2011, p. 186-201.

BOURDELAIS P., « Les logiques de développement de l'hygiène publique » dans *Les hygiénistes: enjeux, modèles et pratiques (XVIIIe-XXe siècles) [colloque]*, Paris, Belin, 2001, p. 5-26.

BOUSSAGUET L., « Forums » dans *Dictionnaire des politiques publiques*, 3e éd. actualisée et augm., Paris, Presses de Sciences Po (coll. « Domaine Gouvernances »), 2010, p. 283-289.

BOYER R. et SAILLARD Y., « La théorie de la régulation a 20 ans : piétinement ou affirmation d'un programme de recherche ? » dans *Théorie de la régulation : l'état des savoirs*, Paris, La Découverte (coll. « Collection "Recherches" »), 2002, p. 69-81.

BRAUD P., « Politiques publiques et sociologie politique » dans *Dictionnaire des politiques publiques*, 3e éd. actualisée et augm., Paris, Presses de Sciences Po (coll. « Domaine Gouvernances »), 2010, p. 517-523.

BROUARD S., « Principal/Agent » dans *Dictionnaire des politiques publiques*, 3e éd. actualisée et augm., Paris, Presses de Sciences Po (coll. « Domaine Gouvernances »), 2010, p. 523-530.

CACHEUX J. LE, « Mondialisation et multilatéralisme économique au début du xxie siècle » dans *Le multilatéralisme. Nouvelles formes de l'action internationale*, Paris, La Découverte (coll. « TAP/Relations internationales »), 2007, p. 182-194.

CASTEL P., « Cancers » dans *Santé publique: l'état des savoirs*, Paris, la Découverte, 2010.

CASTRO TRINDADE E. M. DE, « Modèles et emprunts : l'hygiénisme au Brésil (fin XIXe-début XXe siècles) » dans *Les hygiénistes: enjeux, modèles et pratiques (XVIIIe-XXe siècles) [colloque]*, Paris, Belin, 2001, p. 267-296.

CAUNE H., « Blame avoidance (Évitement du blâme) » dans *Dictionnaire des politiques publiques*, 3e éd. actualisée et augm., Paris, Presses de Sciences Po (coll. « Domaine Gouvernances »), 2010, p. 114-123.

CHARTRES J.-A., « Le changement de modes de régulation. Apports et limites de la formalisation » dans *Théorie de la régulation : l'état des savoirs*, s.l., 2002, p. 273-281.

COLOMBEAU S. C., « Types de politiques publiques » dans *Dictionnaire des politiques publiques*, 3e éd. actualisée et augm., Paris, Presses de Sciences Po (coll. « Domaine Gouvernances »), 2010, p. 657-665.

COMMAILLE J., « Sociologie de l'action publique » dans *Dictionnaire des politiques publiques*, 3e éd. actualisée et augm., Paris, Presses de Sciences Po (coll. « Domaine Gouvernances »), 2010, p. 599-607.

CSEGO J., « Propreté et enfance au XIXe siècle » dans *Education à la santé, XIXème-XXème siècle*, Rennes, Éd. de l'École nationale de la santé publique, 2002, p. 43-56.

DECAUX E., « Le développement de la production normative : vers un « ordre juridique international » ? » dans *Le multilatéralisme. Nouvelles formes de l'action internationale*, Paris, La Découverte (coll. « TAP/Relations internationales »), 2007, p. 113-128.

DEHOUSSE R., « Politiques européennes » dans *Dictionnaire des politiques publiques*, 3e éd. actualisée et augm., Paris, Presses de Sciences Po (coll. « Domaine Gouvernances »), 2010, p. 427-437.

DELORE P., « Doctrine et pédagogie de l'action éducative sanitaire » dans *L'Éducation sanitaire, manuel pratique et précis de technique. Préface du Prof. Jacques Parisot,...*, Tours, 1953.

DELORI M., « Néo-institutionnalisme du choix rationnel » dans *Dictionnaire des politiques publiques*, 3e éd. actualisée et augm., Paris, Presses de Sciences Po (coll. « Domaine Gouvernances »), 2010, p. 359-367.

DELPEUCH T. et VIGOUR C., « Création et changement institutionnels » dans *Dictionnaire des politiques publiques*, 3e éd. actualisée et augm., Paris, Presses de Sciences Po (coll. « Domaine Gouvernances »), 2010, p. 188-196.

DEVIN G., « Le multilatéralisme est-il fonctionnel ? » dans *Le multilatéralisme. Nouvelles formes de l'action internationale*, Paris, La Découverte (coll. « TAP/Relations internationales »), 2007, p. 145-165.

DOUADY D. et PELLETIER M., « L'éducation sanitaire dans les établissements d'enseignement » dans *L'Éducation sanitaire, manuel pratique et précis de technique. Préface du Prof. Jacques Parisot,...*, Tours, 1953.

DOUGLAS K. A., YANG G., MCQUEEN D. V. et PUSKA P., « Mega Country Health Promotion Network Surveillance Initiative » dans *Global Behavioral Risk Factor Surveillance*, s.l., Springer US, 2003, p. 179-196.

DOZON J.-P., « Quatre modèles de prévention » dans *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*, Paris, Balland (coll. « Voix et Regards »), 2001, p. 23-46.

DUPERE S., RIDDE V., CAROLL S., O'NEILL M., ROOTMAN I. et PEDERSON A. P., « Conclusion: l'arbre et le rhizome » dans *Promotion de la santé au Canada et au Québec, perspectives critiques*, Québec, Presses Université Laval, 2006, p. 488-493.

DUPUY C., « Politiques publiques et mouvement social » dans *Dictionnaire des politiques publiques*, s.l., 2010, p. 476-482.

DURAN P., « Genèse de l'analyse des politiques publiques » dans *Dictionnaire des politiques publiques*, 3e éd. actualisée et augm., Paris, Presses de Sciences Po (coll. « Domaine Gouvernances »), 2010, p. 289-299.

ELLEN C., « La santé: nouvelles conceptions, nouvelles images » dans *Traité d'anthropologie médicale. L'institution de la santé et de la maladie*, Québec Lyon, Presses de l'Université du Québec Institut québécois de recherche sur la culture Presses universitaires de Lyon (coll. « Médecine et société »), 1985, p. 45-69.

EVARD A. et MATAGNE G., « Temporalité » dans *Dictionnaire des politiques publiques*, 3e éd. actualisée et augm., Paris, Presses de Sciences Po (coll. « Domaine Gouvernances »), 2010, p. 617-623.

FASSIN D., « Les inégalités de santé » dans *Santé publique: l'état des savoirs*, Paris, La Découverte, 2010.

FASSIN D., « Au cœur de la cité salubre. La santé publique entre les mots et les choses » dans *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*, Paris, Balland (coll. « Voix et Regards »), 2001, p. 47-73.

FAURE O., « Hygiène, hygiénisme et santé publique en France, XIXe-XXe siècle » dans *Education à la santé, XIXème-XXème siècle*, Paris, Presses de l'EHESP, 2002.

FIJALKOW Y., « Statistique sanitaire et volontés politique : le cas parisien au tournant du siècle » dans *Les hygiénistes: enjeux, modèles et pratiques (XVIIIe-XXe siècles) [colloque]*, Paris, Belin, 2001, p. 97-117.

FRANÇOIS P., « Politiques publiques et sociologie économique » dans *Dictionnaire des politiques publiques*, 3e éd. actualisée et augm., Paris, Presses de Sciences Po (coll. « Domaine Gouvernances »), 2010, p. 502-509.

FROHLICH K. L. et POLAND B., « Les points d'intervention dans la pratique de la promotion de la santé: l'intérêt d'une approche du contexte social en termes de "modes de vie collectifs" » dans *Promotion de la santé au Canada et au Québec, perspectives critiques*, Québec, Presses Université Laval, 2006, p. 62-80.

GALES P.Le, « Gouvernance » dans *Dictionnaire des politiques publiques*, 3e éd. actualisée et augm., s.l., (coll. « Domaine Gouvernances »), 2010, p. 299-308.

GARRAUD P., « Agenda/Émergence » dans *Dictionnaire des politiques publiques*, 3e éd. actualisée et augm., Paris, Presses de Sciences Po (coll. « Domaine Gouvernances »), 2010, p. 58-67.

GAUDILLIERE J.-P., « Biomédecine » dans *Santé publique: l'état des savoirs*, Paris, La Découverte, 2010, vol.1.

GERSTLE J., « Effets d'information » dans *Dictionnaire des politiques publiques*, 3e éd. actualisée et augm., Paris, Presses de Sciences Po (coll. « Domaine Gouvernances »), 2010, p. 218-225.

GILLY J.-P. et PECQUEUR B., « La dimension locale de la régulation » dans *Théorie de la régulation: l'état des savoirs*, Paris, La Découverte (coll. « Collection "Recherches" »), 2002, p. 304-312.

GODIN G., « La responsabilité individuelle en matière de promotion de la santé: un enjeu à reconsidérer » dans *Promotion de la santé au Canada et au Québec, perspectives critiques*, Québec, Presses Université Laval, 2006, p. 483-487.

GRAHAM G., « Behaviorism » dans *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*, Spring 2015., s.l., 2015.

GROSSER P., « De 1945 aux années 1980 : une efflorescence sur fond de Guerre froide et de décolonisation » dans *Le multilatéralisme. Nouvelles formes de l'action internationale*, s.l., La Découverte (coll. « TAP/Relations internationales »), 2007, p. 23-40.

GROSSMAN E., « Acteur » dans *Dictionnaire des politiques publiques*, 3e éd. actualisée et augm., Paris, Presses de Sciences Po (coll. « Domaine Gouvernances »), 2010, p. 31-38.

HALPERN C., « Concertation/Délibération/Négociation » dans *Dictionnaire des politiques publiques*, 3e éd. actualisée et augm., Paris, Presses de Sciences Po (coll. « Domaine Gouvernances »), 2010, p. 155-164.

HALPERN C., « Décision » dans *Dictionnaire des politiques publiques*, 3e éd. actualisée et augm., Paris, Presses de Sciences Po (coll. « Domaine Gouvernances »), 2010, p. 201-210.

HAMLIN C., « State Medicine in Great Britain » dans *The History of Public Health and the Modern State*, s.l., Rodopi, 1994, p. 142-148.

HARGUINDEGUY J.-B., « Cycle (Policy cycle) » dans *Dictionnaire des politiques publiques*, 3e éd. actualisée et augm., Paris, Presses de Sciences Po (coll. « Domaine Gouvernances »), 2010, p. 196-201.

HASSENTEUFEL P., « Le rôle de l'Etat dans la régulation de l'assurance maladie » dans P. L. Bras, G. Pouvoirville et D. Tabuteau (eds.), *Traité d'économie et de gestion de la santé*, Paris, Presses de Sciences Po: Editions de la santé, 2009, p. 369-377.

HASSENTEUFEL P., « Comparaison » dans *Dictionnaire des politiques publiques*, 3e éd. actualisée et augm., Paris, Presses de Sciences Po (coll. « Domaine Gouvernances »), 2010, p. 148-155.

HASSENTEUFEL P., « Convergence » dans *Dictionnaire des politiques publiques*, 3e éd. actualisée et augm., Paris, Presses de Sciences Po (coll. « Domaine Gouvernances »), 2010, p. 180-188.

HATTO R., LEMAY-HEBERT N., BOYER R. et SAILLARD Y., « Le Conseil de sécurité des Nations unies : entre représentativité et efficacité » dans *Théorie de la régulation : l'état des savoirs*, Paris, La Découverte (coll. « Collection "Recherches" »), 2007, p. 129-144.

HERVIER L., « Néo-institutionnalisme sociologique » dans *Dictionnaire des politiques publiques*, 3e éd. actualisée et augm., Paris, Presses de Sciences Po (coll. « Domaine Gouvernances »), 2010, p. 374-383.

HOEFFLER C., LEDOUX C. et PRAT P., « Changement » dans *Dictionnaire des politiques publiques*, 3e éd. actualisée et augm., Paris, Presses de Sciences Po (coll. « Domaine Gouvernances »), 2010, p. 132-140.

IHL O., « Sciences de gouvernement » dans *Dictionnaire des politiques publiques*, 3e éd. actualisée et augm., Paris, Presses de Sciences Po (coll. « Domaine Gouvernances »), 2010, p. 583-591.

JACKSON S. F., RIDDE V., VALENTINI H. et GIERMAN N., « Le Canada sur la scène internationale de la promotion de la santé » dans *Promotion de la santé au Canada et au Québec, perspectives critiques*, Québec, Presses Université Laval, 2006, p. 304-321.

JACOB S., « Évaluation » dans *Dictionnaire des politiques publiques*, 3e éd. actualisée et augm., Paris, Presses de Sciences Po (coll. « Domaine Gouvernances »), 2010, p. 257-266.

JACQUOT S., « Approche séquentielle (Stages approach) » dans *Dictionnaire des politiques publiques*, 3e éd. actualisée et augm., Paris, Presses de Sciences Po (coll. « Domaine Gouvernances »), 2010, p. 82-90.

JACQUOT S. et MAZUR A. G., « Politiques publiques et genre » dans *Dictionnaire des politiques publiques*, 3e éd. actualisée et augm., Paris, Presses de Sciences Po (coll. « Domaine Gouvernances »), 2010, p. 460-469.

JÖNSSON A., « Incrémentalisme » dans *Dictionnaire des politiques publiques*, 3e éd. actualisée et augm., Paris, Presses de Sciences Po (coll. « Domaine Gouvernances »), 2010, p. 317-325.

KALFF E., « Les plaintes pour l'insalubrité du logement à Paris (1850-1955), miroir de l'hygiénisation de la vie quotidienne » dans *Les hygiénistes: enjeux, modèles et pratiques (XVIIIe-XXe siècles) [colloque]*, Paris, Belin, 2001, p. 118-144.

KI CHE LEUNG A., « Hygiène et santé publique dans la Chine pré-moderne » dans P. Bourdelais (ed.), *Les hygiénistes: enjeux, modèles et pratiques (XVIIIe-XXe siècles)*, Paris, Belin, 2001, p. 343-372.

KICKBUSCH I., « Tell me a story » dans *Health Promotion in Canada*, Toronto, Saunders, 1994, p. 8-18.

LABONTE R., « Promouvoir la santé à l'heure de la mondialisation: le plus grand de tous les défis? » dans *Promotion de la santé au Canada et au Québec, perspectives critiques*, Québec, Presses Université Laval, 2006, p. 285-303.

LABORIER P., « Légitimité » dans *Dictionnaire des politiques publiques*, 3e éd. actualisée et augm., Paris, Presses de Sciences Po (coll. « Domaine Gouvernances »), 2010, p. 335-343.

LAMOUR P. et BRIXI O., « Education pour la santé. Entre conceptions dominantes et nouvelles approches » dans *Traité de santé publique*, Flammarion., s.l., (coll. « Médecine-Sciences »), 2007, p. 203-208.

LASCOUMES P., « Normes » dans *Dictionnaire des politiques publiques*, 3e éd. actualisée et augm., Paris, Presses de Sciences Po (coll. « Domaine Gouvernances »), 2010, p. 391-397.

LASCOUMES P., « Traduction » dans *Dictionnaire des politiques publiques*, 3e éd. actualisée et augm., Paris, Presses de Sciences Po (coll. « Domaine Gouvernances »), 2010, p. 632-640.

LASCOUMES P. et GALES P. LE, « Instrument » dans *Dictionnaire des politiques publiques*, 3e éd. actualisée et augm., Paris, Presses de Sciences Po (coll. « Domaine Gouvernances »), 2010, p. 325-335.

LATOUR B., « Le théâtre de la preuve » dans *Pasteur et la révolution pastorienne*, Paris, Payot, 1986, p. 335-384.

LECA J., « État » dans *Dictionnaire des politiques publiques*, 3e éd. actualisée et augm., Paris, Presses de Sciences Po (coll. « Domaine Gouvernances »), 2010, p. 231-247.

LECUYER B., « L'hygiène en France avant Pasteur 1750-1850 » dans *Pasteur et la révolution pastorienne*, Paris, Payot, 1986, p. 67-139.

LEFCOURT H. M., « Locus of control » dans J. P. Robinson, P. R. Shaver et L. S. Wrightsman (eds.), *Measures of personality and social psychological attitudes*, San Diego, CA, US, Academic Press (coll. « Measures of social psychological attitudes, Vol. 1. »), 1991, p. 413-499.

LEFEBVRE T., « Cinéma et hygiène. Les débuts d'une fructueuse collaboration » dans *Éducation à la santé, XIXe-XXe siècle*, Rennes, Éd. de l'École nationale de la santé publique (coll. « Recherche, santé, social »), 2002, p. 71-81.

LERIDON H., « La prévention dans la transition épidémiologique » dans Pierre Corvol (ed.), *La prévention du risque en médecine : D'une approche populationnelle à une approche personnalisée*, Paris, Collège de France (coll. « Conférences »), 2013, p. 10-18.

LETERRE T., « Chapitre 13. Le repérage par la trace électronique » dans X. Crettiez et P. Piazza (eds.), *Du papier à la biométrie. Identifier les individus*, Paris, Presses de Sciences Po, 2006, p. 283-302.

LETERRE T., « Entre compétences et liberté d'opinion: le pouvoir spirituel comtien comme modèle de sociologie intellectuelle » dans M. Bourdeau, J. -F. Braunstein et A. Petit (eds.), *Auguste Comte aujourd'hui*, Kimé., s.l., 2003, p. 200-222.

LOMBRAIL P. et PASCAL J., « Les inégalités sociales de santé » dans *Traité de prévention*, Paris, Flammarion Médecine-Sciences, 2009, p. 14-19.

LORDON F., « Formaliser la dynamique et les crises régulationnistes » dans *Théorie de la régulation: l'état des savoirs*, Paris, La Découverte (coll. « Collection "Recherches" »), 2002, p. 264-272.

LYON B. L., « Stress, Coping and Health. A Conceptual Overview. » dans *Handbook of Stress, Coping and Health*, Virginia Hill Rice., s.l., 3-23.

MAILLARD J. DE, « Apprentissage » dans *Dictionnaire des politiques publiques*, 3e éd. actualisée et augm., Paris, Presses de Sciences Po (coll. « Domaine Gouvernances »), 2010, p. 68-75.

MASSE R., « La santé publique comme projet politique et projet individuel. » dans *Systèmes et politiques de santé. De la santé publique à l'anthropologie*, s.l., Kathala (coll. « Médecines du monde. Anthropologie comparée de la maladie »), 2001, p. 41-66.

MASSE R., « De la responsabilité paternaliste de l'Etat à la responsabilité individuelle: les enjeux éthiques de la santé publique » dans *De la responsabilité. Ethique et politique*, Montréal, Liber, 255apr. J.-C.

MATHIOT P., « Élités » dans *Dictionnaire des politiques publiques*, 3e éd. actualisée et augm., Paris, Presses de Sciences Po (coll. « Domaine Gouvernances »), 2010, p. 225-231.

MEGIE A., « Mise en œuvre » dans *Dictionnaire des politiques publiques*, 3e éd. actualisée et augm., Paris, Presses de Sciences Po (coll. « Domaine Gouvernances »), 2010, p. 343-350.

MELANDRI P., « Les États-Unis: la continuation de l'unilatéralisme par d'autres moyens ? » dans *Le multilatéralisme. Nouvelles formes de l'action internationale*, Paris, La Découverte (coll. « TAP/Relations internationales »), 2007, p. 195-214.

MITTELMARK M. B., CERQUEIRA M.-T., CORBIN J. H. et LAMARRE M.-C., « L'influence du Canada sur l'infrastructure mondiale en promotion de la santé » dans *Promotion de la santé au Canada et au Québec, perspectives critiques*, Québec, Presses Université Laval, 2006, p. 322-333.

MOLLARD A., « L'agriculture entre régulation globale et sectorielle » dans *Théorie de la régulation: l'état des savoirs*, Paris, La Découverte (coll. « Collection "Recherches" »), 2002, p. 332-340.

MORY P., « Architecture et hygiénisme à Paris au début du XXe siècle. L'architecte entre savoir médical et pouvoir politique » dans P. Bourdelais (ed.), *Les hygiénistes: enjeux, modèles et pratiques (XVIIIe-XXe siècles) [colloque]*, Paris, Belin, 2001, p. 145-162.

MULLER P., « Secteur » dans *Dictionnaire des politiques publiques*, 3e éd. actualisée et augm., Paris, Presses de Sciences Po (coll. « Domaine Gouvernances »), 2010, p. 591-599.

MULLER P., « Référentiel » dans *Dictionnaire des politiques publiques*, 3e éd. actualisée et augm., Paris, Presses de Sciences Po (coll. « Domaine Gouvernances »), 2010, p. 555-562.

MUSSELIN C., « Approche organisationnelle » dans *Dictionnaire des politiques publiques*, 3e éd. actualisée et augm., Paris, Presses de Sciences Po (coll. « Domaine Gouvernances »), 2010, p. 76-82.

NAY O., « Chapitre 5. Les politiques de développement » dans *Politiques publiques. 2. Changer la société*, Paris, Presses de Sciences Po (coll. « Gouvernances »), 2010, p. 139-170.

NONNIS VIGILANTE S., « La réinvention de l'hygiène » dans *Aux origines de la médecine*, Paris, Fayard, 2011, p. 203-212.

NONNIS VIGILANTE S., « Idéologie sanitaire et projet politique. Les congrès internationaux d'hygiène de Bruxelles, Paris et Turin (1876-1880) » dans *Les hygiénistes: enjeux, modèles et pratiques (XVIIIe-XXe siècles) [colloque]*, Paris, Belin, 2001, p. 241-266.

NOURRISSON D., « Naissance du tabagisme » dans *Éducation à la santé, XIXe-XXe siècle*, Rennes, Éd. de l'École nationale de la santé publique, 2002, p. 31-42.

O'NEILL M., PEDERSON A. P., DUPERE S. et ROOTMAN I., « La promotion de la santé au Canada et à l'étranger: bilan et perspectives » dans *Promotion de la santé au Canada et au Québec, perspectives critiques*, Québec, Presses Université Laval, 2006, p. 3-24.

O'NEILL M. et STIRLING A., « Travailler à promouvoir la santé ou travailler en promotion de la santé? » dans *Promotion de la santé au Canada et au Québec, perspectives critiques*, Québec, Presses Université Laval, 2006, p. 42-61.

PALIER B., « Path dependence (Dépendance au chemin emprunté) » dans *Dictionnaire des politiques publiques*, 3e éd. actualisée et augm., Paris, Presses de Sciences Po (coll. « Domaine Gouvernances »), 2010, p. 411-419.

PASQUIER R., « Politiques locales » dans *Dictionnaire des politiques publiques*, 3e éd. actualisée et augm., Paris, Presses de Sciences Po (coll. « Domaine Gouvernances »), 2010, p. 446-452.

PAYRE R. et POLLET G., « Approches socio-historiques » dans *Dictionnaire des politiques publiques*, 3e éd. actualisée et augm., Paris, Presses de Sciences Po (coll. « Domaine Gouvernances »), 2010, p. 98-106.

PETERS B. G., « Nouveau management public (New public management) » dans *Dictionnaire des politiques publiques*, 3e éd. actualisée et augm., Paris, Presses de Sciences Po (coll. « Domaine Gouvernances »), 2010, p. 398-404.

PETITEVILLE F., « Politiques internationales » dans *Dictionnaire des politiques publiques*, 3e éd. actualisée et augm., Paris, Presses de Sciences Po (coll. « Domaine Gouvernances »), 2010, p. 437-446.

PETIT P., « De la croissance cumulative à la théorie de la régulation » dans *Théorie de la régulation : l'état des savoirs*, Paris, La Découverte (coll. « Collection "Recherches" »), 2002, p. 245-253.

PETIT P., « Emploi, chômage et politique économique » dans *Théorie de la régulation : l'état des savoirs*, Paris, La Découverte (coll. « Collection "Recherches" »), 2002, p. 254-263.

PINDER L., « Le rôle du gouvernement fédéral en promotion de la santé: une éclipse partielle? » dans *Promotion de la santé au Canada et au Québec, perspectives critiques*, s.l., Presses Université Laval (coll. « Société, cultures et santé »), 2006, p. 119-137.

PLACIDI D., « La transformation des pratiques diplomatiques nationales » dans *Théorie de la régulation : l'état des savoirs*, Paris, La Découverte (coll. « Collection "Recherches" »), 2007, p. 95-112.

POUVOURVILLE G. DE, « L'organisation des soins » dans *Traité d'économie et de gestion de la santé*, Paris, Presses de Sciences Po: Editions de la santé, p. 401-406.

RADAELLI C. M., « Européanisation » dans *Dictionnaire des politiques publiques*, 3e éd. actualisée et augm., Paris, Presses de Sciences Po (coll. « Domaine Gouvernances »), 2010, p. 247-257.

RADAELLI C. M., « Récits (Policy narrative) » dans *Dictionnaire des politiques publiques*, 3e éd. actualisée et augm., Paris, Presses de Sciences Po (coll. « Domaine Gouvernances »), 2010, p. 548-554.

RAMSEY M., « Public Health in France » dans *The History of Public Health and the Modern State*, s.l., Rodopi, 1994, p. 45-118.

RASMUSSEN A., « L'hygiène en congrès (1852-1912): circulation et configurations internationales » dans *Les hygiénistes: enjeux, modèles et pratiques (XVIIIe-XXe siècles) [colloque]*, Paris, Belin, 2001, p. 213-240.

RAVINET P., « Fenêtre d'opportunité » dans *Dictionnaire des politiques publiques*, 3e éd. actualisée et augm., Paris, Presses de Sciences Po (coll. « Domaine Gouvernances »), 2010, p. 274-282.

RENNEVILLE M., « Politiques de l'hygiène à l'AFAS (1872-1914) » dans *Les hygiénistes: enjeux, modèles et pratiques (XVIIIe-XXe siècles) [colloque]*, Paris, Belin, 2001, p. 77-96.

ROBERT C., « Chapitre 11 : Expertise et action publique » dans *Politiques publiques. 1, La France dans la gouvernance européenne*, s.l., 2008, p. 309-335.

RUSSEIL S., « Transfert de politiques publiques » dans *Dictionnaire des politiques publiques*, 3e éd. actualisée et augm., Paris, Presses de Sciences Po (coll. « Domaine Gouvernances »), 2010, p. 640-650.

SABATIER P. A., « Advocacy coalition framework (ACF) » dans *Dictionnaire des politiques publiques*, 3e éd. actualisée et augm., Paris, Presses de Sciences Po, 2010, p. 49-57.

SAILLARD Y., « Globalisation, localisation et spécialisation sectorielle. Que deviennent les régulations nationales ? » dans *Théorie de la régulation : l'état des savoirs*, Paris, La Découverte (coll. « Collection "Recherches" »), 2002, p. 283-292.

SAINT-MARTIN D., « Expertise » dans *Dictionnaire des politiques publiques*, 3e éd. actualisée et augm., Paris, Presses de Sciences Po (coll. « Domaine Gouvernances »), 2010, p. 266-274.

SALOMON-BAYET C., « Penser la révolution pastorienne » dans *Pasteur et la révolution pastorienne*, Paris, Payot, 1986, p. 17-64.

SAURUGGER S., « Groupe d'intérêt » dans *Dictionnaire des politiques publiques*, 3e éd. actualisée et augm., Paris, Presses de Sciences Po (coll. « Domaine Gouvernances »), 2010, p. 309-316.

SCHMIDT V. A. et CRESPIY A., « Néo-institutionnalisme discursif » dans *Dictionnaire des politiques publiques*, 3e éd. actualisée et augm., Paris, Presses de Sciences Po (coll. « Domaine Gouvernances »), 2010, p. 350-359.

SHEPPARD E., « Problème public » dans *Dictionnaire des politiques publiques*, 3e éd. actualisée et augm., Paris, Presses de Sciences Po (coll. « Domaine Gouvernances »), 2010, p. 530-538.

SMITH A., « Paradigme » dans *Dictionnaire des politiques publiques*, 3e éd. actualisée et augm., Paris, Presses de Sciences Po (coll. « Domaine Gouvernances »), 2010, p. 404-411.

STEINMO S., « Néo-institutionnalisme historique » dans *Dictionnaire des politiques publiques*, 3e éd. actualisée et augm., Paris, Presses de Sciences Po (coll. « Domaine Gouvernances »), 2010, p. 367-374.

SUREL Y., « Approches cognitives » dans *Dictionnaire des politiques publiques*, 3e éd. actualisée et augm., Paris, Presses de Sciences Po (coll. « Domaine Gouvernances »), 2010, p. 90-98.

SUREL Y., « « Trois I » » dans *Dictionnaire des politiques publiques*, 3e éd. actualisée et augm., Paris, Presses de Sciences Po (coll. « Domaine Gouvernances »), 2010, p. 650-657.

TENENBAUM C., « Une diplomatie globale : conférences et sommets mondiaux » dans *Le multilatéralisme. Nouvelles formes de l'action internationale*, Paris, La Découverte (coll. « TAP/Relations internationales »), 2007, p. 73-94.

TERRET T., « Education physique et santé (1880-1998) » dans *Education à la santé, XIXème-XXème siècle*, Rennes, Éd. de l'École nationale de la santé publique, 2002, p. 158.

TERTRE C. DU, « La dimension sectorielle de la régulation » dans *Théorie de la régulation : l'état des savoirs*, Paris, La Découverte (coll. « Collection "Recherches" »), 2002, p. 313-322.

TERTRE C. DU, « Une approche sectorielle du travail » dans *Théorie de la régulation : l'état des savoirs*, Paris, La Découverte (coll. « Recherches »), 2002, p. 323-331.

TEYSSEIRE D., « Un médecin dans la phase de constitution de l'hygiénisme, Louis Lépecq de La Cloture (1736-1804) » dans *Les hygiénistes: enjeux, modèles et pratiques (XVIIIe-XXe siècles) [colloque]*, Paris, Belin, 2001, p. 60-76.

TEYSSEIRE D., « Un plan révolutionnaire de santé publique populaire : le projet de décret du 31 août 1790 » dans *La médecine du peuple de Tissot à Raspail: 1750-1850 [actes de la Journée d'étude du 19 novembre 1994]*, Créteil, Conseil général du Val-de-Marne, Archives départementales, 1995, p. 137.

THATCHER M., « Réseau (Policy network) » dans *Dictionnaire des politiques publiques*, 3e éd. actualisée et augm., Paris, Presses de Sciences Po (coll. « Domaine Gouvernances »), 2010, p. 569-576.

THERET B., « État, finances publiques et régulation » dans *Théorie de la régulation : l'état des savoirs*, Paris, La Découverte (coll. « Collection "Recherches" »), 2002, p. 189-197.

THOENIG J.-C., « Politique publique » dans *Dictionnaire des politiques publiques*, 3e éd. actualisée et augm., Paris, Presses de Sciences Po (coll. « Domaine Gouvernances »), 2010, p. 420-427.

TÖRNQUIST-CHESNIER M., « Le multilatéralisme « par le bas » : l'entrée en jeu d'acteurs non étatiques » dans *Le multilatéralisme. Nouvelles formes de l'action internationale*, Paris, La Découverte (coll. « TAP/Relations internationales »), 2007, p. 166-181.

VIBOREL L., « L'outillage de l'éducation sanitaire » dans *L'Éducation sanitaire, manuel pratique et précis de technique. Préface du Prof. Jacques Parisot,...*, Tours, 1953.

VIBOREL L., « Techniques et méthodes d'éducation sanitaire » dans *L'Éducation sanitaire, manuel pratique et précis de technique. Préface du Prof. Jacques Parisot,...*, Tours, 1953.

VIDAL J.-F., « Les régimes internationaux » dans *Théorie de la régulation : l'état des savoirs*, Paris, La Découverte (coll. « Recherches »), 2002, p. 171-179.

VIGARELLO G., « L'hygiène des Lumières » dans *Les hygiénistes: enjeux, modèles et pratiques (XVIIIe-XXe siècles) [colloque]*, Paris, Belin (coll. « Modernités »), 2001, p. 26-40.

WARIN P., « Ressortissants » dans *Dictionnaire des politiques publiques*, 3e éd. actualisée et augm., Paris, Presses de Sciences Po (coll. « Domaine Gouvernances »), 2010, p. 576-583.

WEINDLING P., « Public Health in Germany » dans *The History of Public Health and the Modern State*, s.l., Rodopi, 1994, p. 119-131.

WHITEHEAD M., DAHLGREN G. et GILSON L., « Developing the Policy Response to Inequities in Health: A Global Perspective » dans *Challenging Inequities in Health: From Ethics to Action*, New York, Oxford University Press, 2001, p. 309-322.

WOLL C., « Régulation » dans *Dictionnaire des politiques publiques*, 3e éd. actualisée et augm., Paris, Presses de Sciences Po (coll. « Domaine Gouvernances »), 2010, p. 562-568.

ZARCH F., « La caméra sanitaire » dans *Education à la santé, XIXème-XXème siècle*, Rennes, Éd. de l'École nationale de la santé publique, 2002, p. 83-89.

ZOLA I. K., « Healthism and Disabling Medicalization » dans *Disabling Professions*, London, Marion Boyars, p. 41-67.

RAPPORTS ET DOCUMENTS INSTITUTIONNELS

ACHESON D. et GREAT BRITAIN (eds.), *Independent inquiry into inequalities in health: report*, London, Stationery Office, 1998, 164 p.

BERKLEY S., MURRAY C. J. L., HECHT R., SAXENIAN H., MUSGROVE P., TAN J.-P., BOBADILLA J.-L., HILL K. et JAMISON D. T., *Rapport sur le developpement dans le monde 1993 : investir dans la sante*, s.l., The World Bank, 1993.

CASTELLI A. et NIZALOVA O., *Avoidable mortality: what it means and how it is measured*, s.l., Centre for Health Economics, University of York, 2011.

CHADWICK E., GREAT BRITAIN. HOME OFFICE et GREAT BRITAIN. POOR LAW COMMISSIONERS, *Report on the sanitary conditions of the labouring population of Great Britain. A supplementary report on the results of a special inquiry into the practice of interment in towns. Made at the request of Her Majesty's principal secretary of state for the Home department*, s.l., London, Printed by W. Clowes and sons for H. M. Stationery off., 1843, 304 p.

DEPARTMENT OF HEALTH AND SOCIAL SECURITY, *Inequalities in health: report of a research working group (The Black Report)*, London, DHSS, 1980.

FRANCE (ed.), *Propositions pour une politique de prévention: rapport au ministre de la Santé*, Paris, Documentation française (coll. « Collection des rapports officiels »), 1982, 2 p.

GENERAL United States Public Health Service Office of the Surgeon et HEALTH United States Public Health Service Office of the Assistant Secretary for, *Healthy People: The Surgeon General's Report on Health Promotion and Disease Prevention*, s.l., 1979.

GOUVERNEMENT DU CANADA Santé Canada, *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens (rapport Lalonde)*, s.l., 2005.

GREAT BRITAIN (ed.), *Prevention and health, everybody's business: a reassessment of public and personal health*, London, H.M.S.O, 1976, 96 p.

Health in Sweden : facts from basic studies under the HS 90 programme., Stockholm, Swedish Ministry of Health and Social Affairs, 1982.

HOCHBAUM G. M., UNITED STATES, PUBLIC HEALTH SERVICE et DIVISION OF SPECIAL HEALTH SERVICES, *Public participation in medical screening programs; a socio-psychological study.*, [Washington], 1958.

NATIONS UNIES CORPS COMMUN D'INSPECTION, *Contribution à une réflexion sur la réforme des Nations Unies: rapport établi par Maurice Bertrand*, s.l., Nations Unies, 1985, 85 p.

DOCUMENTS OMS

ANDERSON R. et WORLD HEALTH ORGANIZATION Copenhagen (Denmark) Regional Office for Europe, *Health Promotion [microform] : An Overview. Unit Technical Paper / Robert Anderson*, [Washington, D.C.], Distributed by ERIC Clearinghouse, 1983.

EUROPE World Health Organization Regional Office for, *Health promotion: a discussion document on the concept and principles : summary report of the Working Group on Concept and Principles of Health Promotion, Copenhagen, 9-13 July 1984*, Copenhagen, Denmark, WHO-EURO, 1984.

NUTBEAM D., *Glossaire de la promotion de la santé (WHO/HPR/HEP/98.1)*, Genève, OMS, 1998.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, *Déclaration d'Adélaïde. Déclaration d'Adélaïde sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques.*, Genève, 2010.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, *Charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation*, Genève, 2005.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, *Déclaration ministérielle de Mexico pour la promotion de la santé: faire place à l'équité*, Genève, 2000.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, *Déclaration de Jakarta: A ère nouvelle, acteurs nouveaux: adapte la promotion de la santé au 21e siècle*, Genève, 1997.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, *Déclaration de Sundsvall: des environnements favorables à la santé*, Genève, 1991.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, Genève, 1986.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, « Glossaire de la série "Santé pour tous" Volumes N° 1 à 8 », *Série « Santé pour tous »*, 1984, n° 9.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, *Stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000*, Genève, 1981.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, *Alma Ata, 1978, Les soins de santé primaires*, Genève, 1978.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, *Les soins de santé primaires. Rapport de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires Alma-Ata, (URSS), 6-12 septembre 1978. Rapport conjoint de l'Organisation mondiale de la Santé et du Fonds des Nations unies pour l'Enfance*, Genève, 1978.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, « Groupe d'Etude de l'Education sanitaire en matière de Planification familiale », *OMS, Série de Rapports techniques*, n° 483, Genève, 1973.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, « Comité d'Experts de la Planification et l'Evaluation des Services d'Education sanitaire », *Série de Rapports techniques*, n° 409, Genève, 1969.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, « Groupe Scientifique de la Recherche en Education Sanitaire », *OMS, Série de Rapports techniques*, n° 439, Genève, 1969.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, « Comité d'Experts de la Formation à donner au Personnel de Santé en matière d'Education sanitaire de la Population », *OMS, Série de rapports techniques*, n° 156, Genève, 1958.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, « Comité d'Experts de l'Education sanitaire de la Population », *OMS, Série de rapports techniques*, n° 89, Genève, 1954.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, « Formulation de stratégies en vue de l'instauration de la santé pour tous d'ici l'an 2000 », *Série « Santé pour tous »*, n° 2, Genève.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE et UNESCO, « Comité d'Experts de la Formation à donner aux Enseignants en matière d'Education sanitaire », *OMS, Série de rapports techniques*, n° 193, Genève 1960.

REFERENCES ELECTRONIQUES

CAYLA J. S., *Parisot à la conférence internationale de la santé qui a adopté en juillet 1946 la Constitution de l'OMS. Souvenir d'un témoin.*, http://www.professeurs-medecine-nancy.fr/Stele_Parisot.htm , 1968, consulté le 15 octobre 2015.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDCs), *CDC. Healthy Schools. National Health Education Standards*, <http://www.cdc.gov/healthyschools/sher/standards/index.htm>, consulté le 15 octobre 2015.

COCHRANE LIBRARY, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, <http://www.cochranelibrary.com/cochrane-database-of-systematic-reviews/index.html>, consulté le 15 octobre 2015..

CONSEIL CONSTITUTIONNEL, *Constitution de 1946, IVe République*, <http://www.conseil-constitutionnel.fr/conseil-constitutionnel/francais/la-constitution/les-constitutions-de-la-france/constitution-de-1946-ive-republique.5109.html> , 27 octobre 1946, consulté le 15 octobre 2015.

EPWORTH, *CV John Catford*, <http://www.epworth.org.au/About-Us/Epworth-Executive/Pages/homepage.aspx>, consulté le 15 octobre 2015.

ILONA KICKBUSCH, *CV Ilona Kickbusch*, http://www.ilonakickbusch.com/kickbusch-wAssets/docs/Kickbusch_CV.pdf, consulté le 15 octobre 2015.

INSTITUT NATIONAL DE PREVENTION ET D'EDUCATION POUR LA SANTE, *Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé*, <http://www.inpes.fr/>, consulté le 15 octobre 2015.

INSTITUT NATIONAL DE PREVENTION ET D'EDUCATION POUR LA SANTE, *Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé*, <http://www.inpes.sante.fr/>, consulté le 15 octobre 2015.

INTERNATIONAL UNION FOR HEALTH PROMOTION AND EDUCATION, *IUHPE. Global Health Promotion*, <http://www.iuhpe.org/index.php/en/global-health-promotion>, consulté le 15 octobre 2015.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, *Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé*, <http://www.who.int/governance/eb/constitution/fr/>, juillet 1946, consulté le 15 octobre 2015.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, *OMS. Objectifs du Millénaire pour le développement*, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs290/fr/>, consulté le 15 octobre 2015.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, *Organisation Mondiale de la santé. Bureau régional de l'Afrique*, <http://www.afro.who.int/fr.html>, consulté le 15 octobre 2015.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, *Organisation mondiale de la santé, Bureau régional de l'Europe*, <http://www.euro.who.int/fr/home>.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, *Organisation panaméricaine de la santé. Organisation mondiale de la santé. Bureau régional des Amériques*, <http://www.paho.org/hq/>, consulté le 15 octobre 2015.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, BUREAU REGIONAL EUROPE, *Centres collaborateurs de l'OMS*, <http://www.euro.who.int/fr/about-us/organization/collaborating-centres>, consulté le 15 octobre 2015.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, BUREAU REGIONAL EUROPE, *Liste des publications sur la promotion de la santé*, <http://www.euro.who.int/fr/search?q=promotion+de+la+sant%C3%A9>, consulté le 15 octobre 2015.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, BUREAU REGIONAL EUROPE, *Lancement des recommandations mondiales pour mettre fin à l'obésité infantile*, <http://www.euro.who.int/fr/health-topics/noncommunicable-diseases/obesity/news/news/2016/01/global-recommendations-to-stop-childhood-obesity-launched>, 25 janvier 2016, consulté le 11 février 2016.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, BUREAU REGIONAL EUROPE, *Nouvelles recommandations sur la promotion de l'activité physique chez les groupes socialement défavorisés*, <http://www.euro.who.int/fr/health-topics/environment-and-health/Transport-and-health/news/news/2013/07/new-guidance-on-promoting-physical-activity-in-socially-disadvantaged-groups>, consulté le 15 octobre 2015.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, BUREAU REGIONAL EUROPE, *Outil d'évaluation économique des effets sanitaires (HEAT) liés à la pratique du vélo et à la marche. Méthodologie et guide de l'utilisateur. Évaluation économique des infrastructures et politiques de transport. Version actualisée de 2014*, <http://www.euro.who.int/fr/publications/abstracts/health-economic-assessment-tools-heat-for-walking-and-for-cycling.-methodology-and-user-guide.-economic-assessment-of-transport-infrastructure-and-policies.-2014-update>, 2 décembre 2014, consulté le 11 février 2016.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, BUREAU REGIONAL EUROPE, *Promouvoir la santé, prévenir la maladie: Les arguments d'ordre économique*, <http://www.euro.who.int/fr/about-us/partners/observatory/publications/studies/promoting-health,-preventing-disease-the-economic-case>, 4 novembre 2015, consulté le 11 février 2016.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, BUREAU REGIONAL EUROPE, *Terminologie : glossaires/classifications*, <http://www.euro.who.int/fr/publications/bibliographical-databases/terminology-glossariesclassifications>, consulté le 15 octobre 2015.

PROMOSANTE, *De la Charte d'Ottawa (1986) à l'Appel à l'action de Nairobi (2009)*, <http://www.promosante.org/chartes-et-declarations>, consulté le 15 octobre 2015.

PUBLIC HEALTH RESEARCH CONSORTIUM, *CV Margaret Whitehead*, http://phrc.lshtm.ac.uk/collaborator_whitehead.html, consulté le 15 octobre 2015.

SALZBURG GLOBAL ORG, *CV Kimmo Leppo*, <http://www.salzburgglobal.org/people.html?userID=2017&eventID=497>, consulté le 15 octobre 2015.

SANDRIN-BERTHON B., *Promotion de la santé: de la théorie à la pratique... ou à quoi servent les déclarations solennelles de l'OMS?*, <http://educationsante.be/article/promotion-de-la-sante-de-la-theorie-a-la-pratique-ou-a-quoi-servent-les-declarations-solennelles-de-loms/>, consulté le 29 janvier 2016.

SERANO C., *Ottawa-Bangkok: un aller simple?*, <http://educationsante.be/article/ottawa-bangkok-un-aller-simple/>, septembre 2006, consulté le 10 novembre 2015.

UNIVERSITÄT BIELEFELD, *CV Bernhard Badura*, <https://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag1/mitarbeiter/badura.html>, consulté le 15 octobre 2015.

UNIVERSITY OF TARTU, *CV Ilkka Vuori*, <http://www.ut.ee/et/569936>, consulté le 15 octobre 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, *WHO. Collaborating Centers Global database*, http://apps.who.int/whocc/ReportDetails.aspx?id=0&cc_subject=Health+promotion+%26+education&, consulté le 15 octobre 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, *WHO. Global Health Promotion Conferences*, <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/en/>, consulté le 15 octobre 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, *WHO. Health promotion. About us.*, <http://www.who.int/healthpromotion/about/organization/units/en/>, consulté le 15 octobre 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, *WHO. Health promotion. Areas of work*, <http://www.who.int/healthpromotion/areas/en/>, consulté le 15 octobre 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, *WHO. Regional Office for South-East Asia*, <http://www.searo.who.int/en/>, consulté le 15 octobre 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, *WHO. Regional Office for the Eastern Mediterranean*, <http://www.emro.who.int/index.html>, consulté le 15 octobre 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, *WHO. The school health component of the Mega Country Health Promotion Network*, http://www.who.int/school_youth_health/mega/en/, consulté le 15 octobre 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, *WHO. Western Pacific Region*, <http://www.wpro.who.int/en/>, consulté le 15 octobre 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, *CV David McQueen*, http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10568%3A2015-dr-david-mcqueen&catid=7661%3Ahiap-speakers&Itemid=41348&lang=en, consulté le 15 octobre 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, REGIONAL OFFICE FOR EUROPE, *Terminologie : glossaires/classifications*, <http://www.euro.who.int/fr/publications/bibliographical-databases/terminology-glossariesclassifications>, 11 février 2016, consulté le 11 février 2016.

25 ans d'histoire: les retombées de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé dans divers pays francophones - REFIPS - Revue de presse, <http://docireps971.canalblog.com/archives/2013/07/09/27605945.html>, 9 juillet 2013, consulté le 29 janvier 2016.

Développement du pouvoir d'agir des personnes et des collectivités (empowerment) et pratiques sociales. Une approche susceptible de contribuer à une dynamique de développement durable | Collectif Pouvoir d'agir, <http://www.pouvoiragir.fr/2014/05/05/developpement-du-pouvoir-dagir-des-personnes-et-des-collectivites-empowerment-et-pratiques-sociales-une-approche-susceptible-de-contribuer-a-une-dynamique-de-developpement-durable/>, consulté le 18 février 2016.

Documents De L'OMS | Réseau Français Des Villes-Santé De L'OMS, <http://www.villes-sante.com/documents-de-loms/>, consulté le 8 mars 2016.

L'alcool, symbole de virilité ?, http://www.scienceshumaines.com/l-alcool-symbole-de-virilite_fr_3142.html, consulté le 7 mars 2016.

OMS | Soins de santé primaires: la boucle est bouclée, <http://www.who.int/bulletin/volumes/86/10/08-041008/fr/>, consulté le 29 janvier 2016.

Whitehall I « Heart Attack Prevention, <http://www.epi.umn.edu/cvdepi/study-synopsis/whitehall-i/>, consulté le 18 février 2016.

Annexes

1.	ENTRETIENS	329
1.1.	Interviewé(e) 1	329
1.2.	Interviewé(e) 2	339
1.3.	Interviewé(e) 3	349
1.4.	Interviewé(e) 4	365
1.5.	Interviewé(e) 5	383
2.	ENQUETE DE TERRAIN AU GUATEMALA, 2007	390
3.	STAGE AU SIEGE DE L'OMS A GENEVE, DEPARTEMENT MALADIES CHRONIQUES ET PROMOTION DE LA SANTE, UNITE DE PROMOTION DE LA SANTE, 2009	391
3.1.	OMS, Organigramme du Département Maladies Chroniques et Promotion de la Santé, 2008-2009	391
3.2.	OMS, Présentation du Département Maladies Chroniques et Promotion de la Santé, 2008-2009	392
3.3.	Rapport de stage, Julia Vanel, Mars 2009	393
3.4.	Recherche bibliographique à l'OMS, novembre 2008	400
3.5.	Formation à la recherche documentaire, Bibliothèque de l'OMS, 2008-2009. 407	
4.	RAPPORTS DES COMITES D'EXPERTS DE L'OMS SUR L'EDUCATION SANITAIRE.....	408
5.	TABLEAU DE DICHOTOMIE EDUCATION SANITAIRE / PROMOTION DE LA SANTE, 2011	411
6.	L'EDUCATION SANITAIRE AUX XIX^E ET XX^E SIECLES	433
7.	LA DECLARATION D'ALMA-ATA, 1978.....	437
8.	LA CHARTE D'OTTAWA POUR LA PROMOTION DE LA SANTE, 1986	441
9.	CURRICULUM VITAE, ILONA KICKBUSCH	447
10.	EXEMPLE DE MODELE DE DETERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTE	452
11.	LA PROMOTION DE LA SANTE A L'OMS : L'EXEMPLE DE <i>HEALTH-PROMOTING SCHOOLS</i>	453

1. Entretiens

Nous avons choisi de présenter les entretiens les plus significatifs pour notre analyse.

1.1. Interviewé(e) 1.

Il/elle occupe un poste à haute responsabilité au sein du Bureau Europe de l'OMS, et occupait précédemment un poste à haute responsabilité au Siège de l'OMS à Genève. Il/elle fait partie de ces acteurs qui, impliqués dès le début de leur carrière dans le mouvement de la promotion de la santé, ont été témoins de son histoire et de ses évolutions, et y ont participé dans une certaine mesure.

11. 1986 I was completing my Post graduate in London, and the Ministry of Health of Malta received an invitation to nominate someone to an event, **a workshop in Finland. That was called a summer seminar on Health promotion.** This was one of a short series, I don't know if there was one or two of these summer seminars, but **the Copenhagen office of WHO was at that time seeking to promote the idea, to develop and to promote the idea of health promotion. So they were asking Ministries in Member States to identify people with an interest, who are middle or high level managers, to attend these summer seminars.** I attended the one in August 1986, and at that point I was doing a summer project for my course in London which was, strangely enough, the health education needs of XX couple in Malta. It was a strange topic to choose but it was entirely related to the fact that I was combining the preparation for my own wedding with the writing of that summer project. And it was quite interesting because it was at that time, and during that summer seminar and the writing of that project that I become aware that there was such a thing as health promotion being discussed. And the summer seminar, which I think was one of the features that WHO was taking forward, **this more sociological approach to health education which after then was more associated to psychological approaches, this one was taking more on notions of power, and efficacy, and enabling,** all the key terms that were eventually introduced into the Ottawa Charter, and were starting to become currency. And the summer seminar was one vehicle for doing that. They basically took people that were from junior to middle manager, they were seeking for higher level people but basically by judging from people that were around, it was **more beginners like me or middle level people** who have been nominated. **Still all the people that were there have moved on to more influential positions and it was a great place to start.** It reminds me eventually of Apple's strategy on getting young people into their machines so that eventually when they became managers in companies they brought them in. So there was this fusion and innovation by **choosing the future influential rather than the current ones.** I don't know if it was a conscious choice but it is definitively something that I observed. So that is one element.

Secondly, and maybe more permanently than the first one, it is Illona Kickbush. You have probably heard the name, and you have probably spoken with her... **If it wasn't for Illona, none of this would have happened, let's be frank. She was a young person then, at the beginning of her career with WHO, and she was extremely visionary and was managing to pull together a lot of different strengths, from sociology, management and management of change, political sciences, a very feminist perspective as well, she had a lot of people from the feminist movement in the United States. She had bridge with Canada where the third element I bring is the Lalonde's paper,** I don't need me to introduce that to you. So at the time it was well understood that that paper was written by someone called Ron Draper. So Ron was at the summer seminar, he was at the summer seminars and he was basically speaking of what was **the policy process**, what is an implicit versus an explicit policy, how that applied to health. At the time where people were basically just learning about the health action model and the health belief model, how to use these and stages of change and the fusion model, and how to apply these to behavioral change, this **issue of activism and advocacy for larger change in society**, and the arisen seen that it was **not only about risk factors but also about social change**... The world equity, I like to think, was mentioned, but I think **it was more being presented as an effective way to achieve behavior changes by changing policy and society**. The discourse on bringing greater equity and addressing poverty and income equality, all those came much later. At the time, the type of examples that were being pushed at the meetings were the multiple risk factors interventions in community level. So for example we were in Finland and there was a very explicit link and a very detailed discussion of the North Karila project. It was one of a series of such projects that had followed much later, but I would mentioned the very least one, which is *Hard beet Wales*. It was a seminar project in North Karila but working on the Welsh part of the UK. This was rapidly succeeded by other project, many community based interventions in Europe. And it was decided there that **health promotion was a tool to achieve social change**, which basically means that you have better tobacco control and alcohol control. The idea of determinants probably came later. Although you can see it prefigured in the Ottawa Charter, people, at least in my awareness, were not really talking about social determinants.

So those were some elements, but there were other elements that I think is growthly undervalued, and I think I talked about it at the meeting in Vancouver of the IUHPE where I presented a reminder to people that there was such a thing as a discussion document on the principles of health promotion. It was extremely important, and it was presiding Ottawa, and in my mind it was even more important in the couple of years before Ottawa. I think **the discussion document, in my mind, made Ottawa possible**. So this was a group of idealist convened by , well I don't know if they would like to be called ideologue, I am not sure they would like to be characterized like that, but there were people of course like Illona herself, they were theorists like David McQueen, who probably would like to be talked as a practical person but I think his greater strength, even at that time, was in his ability to bend sociological theories to the strong values of health promotion, and to communicate very clearly; he was a leader then. People like John Catford who was running *Hard Beat Whales*, El Calvori who as a finish leader the physical activity campaigns at the time, and the grand guru of physical activity. I don't give you the entire list, I have the document, but you can find it on the HQ website, you will see we grounded the important documents on health promotion, so the document is scanned and online. I cannot emphasize more the document, despite the fact that it has been lost in History in the large way. I think it was published inside the first copy of Health Promotion International. But I think it was still called Health Promotion before it became HPI. It had a Declaration of what HP is, that

is much clearer than what you can see in the Ottawa Charter. For example you can see what they were reacting to, **the people who actually formed HP as an idea, they made a declaration that HP should never become a profession**, for example. And you can see **their origins on the profession of medicine, the medicalization of life**, so... and those people decided **we would never be doctors, and we would never use our position to exert power over society, but that we would be enabling and empowering**. So they went, if I remember, into five areas with five points in each area. It seems like they went to five sessions and they went into working groups and decided it was their five points. I have never asked Illona how it was done, but I was with her on Monday, it is interesting because I've always wanted to ask but never did, I don't know how much she enjoy being taken so far back. Anyway, the document was very current among people that were starting at that time, during seminars, and I remember when I was doing my literature review, in those days you basically went physically to the libraries, you put out journals and indices, and photocopy references among journals. And I remember that in a box of little leaflets that I found in a place in London, the King's Found Library, I read it. **"So that is what they mean by HP"**. I am sure I was not the only one and that this was the beginning. But then it went on, so Ottawa, I think you have heard enough about it I don't need to tell you too much although I will refer to it in a moment, but there were a all sequence of then a major document that was published at WHO office in Copenhagen. I knew they were important so I collected them and they have followed in all my duty stations, Fiji, Manila and now Geneva and now here and I am actually looking at them in the room as we speak. So there were **those documents on evaluation and HP, HP and research, and HP and chronic illnesses. Those were three publications that up to these days had a very strong circulation and following**. The WHO office in Copenhagen also was trying to do a lot of documentation on HP and... So there was a strong collaboration for instance with the *Occupational health and safety people* and they produced documentation for instance about HP at the worksite which was also strongly circulating in Europe. So they started to apply HP. They also started to link up, and this is basically Illona and her team. One other name that I credit for a lot of this work is **Desmond O'Byrne. There was always tension between them but basically they both made a very strong contribution. That was always a strong advocate and networker and well like. He came from the Lifestyles and Health Education tradition, and at the same time there was this Illona who was the visionary and charismatic at the same time.**

There was **a reaction to Illona's work that came from the medical establishment**, and that was also interesting to see. So there was those publication about evaluation, and HP research and HP and chronic illness. And by the way I also refer to a widely reviewed paper at the time that was called *Good Planets are Hard to Find*, and it was written by Illona and was linked with what today would be called the Sustainable Development and Climate change agenda. In those days it was probably visionary, she and her team were overly trying to connect HP concerns with other currents in Public Health to show its applicability. There were also, I started to say there were some reactions to this, one that you might look at is **a short piece in the British medical journal where they basically try to make fun of these ideas**. And the way they did it is, in those days you may have seen them, you are probably too young , but in those days we used to have ACT's sheets for transparencies and you put them on the light stage and wrote with a marker and what you wrote is projected on the wall. So you either prepare your ACT's sheets in advance or you develop them bit by bit. So today it is done with bullet points, could either been written on ACT's sheet and you reveal it by putting an opaque paper done over the transparent plastic and the light would come through and you would see one bullet after and other. Or you develop a diagram, you drew it live and then you develop the task you were speaking. And Illona had a lecture

which she used to give which basically had partitioning of society, different social groups, and people talking to each others, and arrows going to a people to another. And while you were listening to it you could get to see this picture in your mind of social change, and networks and society and that sort of things. But if you just saw the final ACTs sheet it was a scramble, a big hotshot of colors and meaningless lines. And it was interesting at the time the British medical journal, if I remember at the time, someone took that ACTs sheet after one of her presentation and simply replicated it as they are and critic them for "this is what HP is all about. Can you understand what this is? Your guess is as good as mine". I don't remember the actual worlds that were used but it was that sense of making fun of the process. And it was interesting that it was published in a medical journal so they could probably see that it was a reaction to medical hegemony. And to me it is an illustration of them feeling threatened.

Ottawa came along, and it was hugely empowering. There were 200 people around. It is interesting to see **how different the governance process** was then, than it is now in WHO. I look back and I see a sense of innocence, not naivety, but a sense of trust and innocence that wouldn't be today. Ottawa would be impossible today. You compare it for example to the UN high level meetings with negotiated outcome statements. There is a very different process. Ottawa, there is a lot of stories about how the Ottawa Charter was written. I was too junior to be involved in the process. I was though involved in the summer seminars that I attended that year in August, we were given a first draft of what would be the Ottawa Charter. And we asked in working groups to critic it. And our group, my working group and I was its rapporteur, we were so critical about it that we actually said "this is too be throw away, we cannot find anything", and I am very happy we did it because that draft, I wished we had keep it.. but there was such a bad first draft, but I don't remember what was bad about it. My claim is that I probably help to save the world from a failed movement (laugh). Because the draft that was brought to the conference was totally different. I still have Illona's signed, we were all given a copy of it at the end of the conference and I still have it. And it was the feeling there, that we were all on some new mission. That suddenly we were bringing the new form of public health. It was interesting that at the time, the title of the conference was "a new public health", it wasn't the Ottawa conference on HP. And there were then a number of books that came out, very different in character but all of that being called "a new public health". David McQueen and many others, **they range from being a sociological critic to a public health practice men. But they were all trying to bring forward this agenda of a more policy oriented, social change approach with empowering people.**

Another movement that those early health promoter latch on to was in the **selfcare and self health movement**. So here I mention a name of Lowel Lenin, he is still alive even if old. Lowel was a character, he was Professor at Yale, he ran something called *the People health society*, and he was a **protagonist in the reaction to medicine**. People were the expert on the wrong health and doctor just knew things about diseases, and he ran this NGO. **So he was an activist as well as an academic. He was a very engaging and charming speaker and he was often coming here to Copenhagen as a consultant to Illona.** And he was writing quite frequently, I am sure if you look at his name, although of course he must be well at his 80's. The last time we saw him was actually the year you were here or maybe the year before. I met him in Venice, where we were doing a course together, but then he could barely move around so... If you look at his name, *the People Medical Society*, you might find something online, I don't have anything on him... **But he was this performer of empowering patients. It was actually quite militant, done the line of revolution against medical professions.** Illona was then, and is still now I am sure, a minder person in her expression, but he was fairly unequivocal. So there were this self care group and self

health group, that was extremely important in helping to spread the field. But in all of these you can see **the shift from pure health education**; this is why I am giving you these examples. **A conscious trust to get public health managers, not only health educators on board. A conscious effort to overcome the reaction of the medical approach, that was predominant even in WHO** at the time, and to establish an actual bases in academic rigueur and a scientific rigueur with major publications on evaluation, and research. And networks were being developed over academic courses, the development of the HP journal, the linkage to climate change, to occupational health, and to self health, with other movements to go onboard.

And then my memory of the changes become a little bit fuzzy, but early came the initiative to develop health promoting schools. This would be around 2 or 3 years later. And around the time of great **political changes in Europe**, 89, 90-91, were marked by the sudden appearance of all these new countries, and there **was a lot of interest in learning about this new movement of HP**. I maybe call it more a movement than a discipline. There was also, you may have heard it from others, a **debate inside the professional organization IUHE at the time, as of what would be the name, should we change it to HP or leave it as HE, one group willing to stick to their roots and another group wanting to throw it away and basically move and say "HP includes HE", but the traditionalist were anxious not to lose their identity. And a compromise was reached in giving the name International Union of HP and HE**. But of course in all these changes, **HP was professionalizing itself**. In terms of the discussion document, there was a slow movement that indicated **"if you want to be taken seriously in the world of global health, although the world probably didn't exist at the time, if you want to be taken seriously by your peers in public health, you have to have a research base, your own knowledge base, you had to somehow be, have your university courses, you had to have your professional association, to have your criteria on being health promoter or not"**. So as you can imagine, the leaders emerged and the profession of HP started to appear. And I think it is very present now, and it is one of the point of the discussion document that has completely being dropped.

The other point is that in the early years, the Global Conferences were an extremely motivating force, and it was extremely high status to be invited to those conferences. So I attended the first one, and the next one I attended was the one I organized. So I did not go to the ones in between. There is no comparison between any of the modern ones. There is no comparison between Ottawa and even Sundsvall. **Ottawa established the field**. Adelaide and Sundsvall allowed to put forward some action areas. Jakarta, if I remember correctly, was the first one that identify determinants and take the agenda a bit more. **So, to some extent, Ottawa served to create the field**. The others started to expand on it, and today's meetings have become probably, although people might like to think it differently, more like a mix between some theory and professional association's conference. Yes, one produces outcome statements from each and lead to resolutions at the WHA, but now the field of policy has grown over crowded and **HP itself, as a theme, one could argue, has become so embedded in the language of the rest of public health, that is has.... Certainly less revolutionary than it was 30 years ago**. Pick tuberculosis. If you have a tuberculosis report that did not today talk about social strata, targeting vulnerable populations, increasing access, enabling community groups, involving civil society, reorienting services from pure treatment to prevention and environmental and community outreach, if tuberculosis report did not have these things in it today, even if it doesn't use the name HP, but people would be completely thinking that "what is this? A medical report? Tuberculosis is a social problem". And **that recognition has come very clearly now and is embedded into the language**, not only the practice but also

the language of every program. It's been of course, over time, strengthened by the big movements, 1993 Investing in Health report of the World Bank, the Macro-economic and Health Report by Brutland Sustainable Development mission, by the Social Determinants of Health Global Commission... So over time different aspects of what would have been HP were pushed forward in other forum and have become extremely important.

So I think, that my short answer.

JV. So just to be sure, there is a lot of activist and sociologist in the HP movement?

I1. Yes.

JV. And is there any countries that were more involved in HP?

I1. From an outsider, from the Malta perspective, I saw some. But at the time I wasn't part p HP. I became without really seeking it, over time, because I was lucky enough to be at different time, I was the type of person ending at being at different points...

JV. Your PhD was on health education?

I1. No I didn't study HP at all. I was a Public Health person. So my background is more epidemiology, very traditional public health training. HP only came in as a side line. But then it was Ottawa who was the turning point of my carrier, not my academic background. So I happened in my master in doing this small project on HE, but it was a public health training completely.

JV. Was it a very traditional HE approach?

I1. Yes, absolutely. The training in 85/86, the training at the School of Hygiene, there was a module on HP but, what can I say, its content did have some references to the new thinking coming out of Copenhagen but in reality it was much more the [hesitation]... **The times there were talking before, health action model, health belief model, discussing different types of behavioral change theories.** HP and social determinants were certainly not part of the discourse at the time. And when eventually I was looking at further studies, I went into the idea of small islands and Islands and Health, **a very epidemiologic type of approach, not, again, in HP.** But a very interesting, for me, for my career, the interesting emergence came between this line of thinking, traditional public health, being in Ottawa... When I came back from Ottawa I was appointed in my country as the Head of the HE unit, and my first action was to change that into HP unit. And we still did quite a lot of traditional HE, but in 87/88 the big HIV/Aids, well at the time it was Aids epidemic scare all around the world, so HP rode on that very strongly. I can't imagine how I didn't mentioned that because it is a year after Ottawa, and it became, because people didn't know what to do about it, but it was very clear that you had... so we barely knew what virus it was, the French or the American virus, were they the same... **So suddenly, countries and units like mine were suddenly propelled and became the Aids and HP units almost.** And it became interesting how **Ottawa was so time linked**, because it was talking about things life people caring for themselves, fighting for their rights, being empowered, and the AIDS activism... I don't know, it was a soul made for HP. And when the first special program on AIDS was set up, it even included a HP office. And it was clear that prevention was the only way forward. It is only in recent years that AIDS, people's AIDS are saying that treatment is the best prevention.

So that was another alongside the changes in Eastern Europe which came later, AIDS had already been a way that propelled our conversion. **It was not enough to tell people to change their behaviors.** I remember lectures which started with people declaring that they were, that they had the virus or that they had AIDS. The scare and

at the same time the exaggeration of being involved in something that made it possible to save lives, and the only way to do this was the proper application of HP principles and HE. **And that you had to change social norms, you couldn't just tell people to change their behaviors.** People were saying thing like "it is really easy to get gay men to stop having sex". And one of the jocks I've heard at a lecture I was. And it is exactly the same way as if you were trying heterosexual to stop having sex! So it became clear that we were not talking here about simple communications although nothing about communication is simple. It was more that you had to look at public policy, you had to overcome the resistance, harm reduction was important, demand and supply measures that you had to bring in, the affected populations, stakeholders, all of those things were really dramatic departures. And they became possible only because there were this big scares going around. And then of course with leaders like Jonathan Mann, who started the all discourse on human rights in relation with HIV, was also an extremely important force. Maybe not self identified as HP but certainly pushing forward some of the ideas that Ottawa had brought together.

Of course when telling history you can't ever say which part of history has propelled ideas forward. Would have HP become so powerful if AIDS had not come on board, if they were not the end of Soviet Union, and the emergence of these new countries, central and eastern Europe, who were also really receptive to the type of message Ottawa was bringing on board. Some of the leaders emerged from these countries. I mentioned one in particular, Peter Macara from Hungary who was coming at every meeting and many Illona's team came from central and Eastern Europe in the aftermath of 1990's.

So... I am glad you allow me to remember. So anyway, from my own perspective, I was very much a practitioner of these things in my country, and I started to do some former research on this particular situation of islands, because I came myself from an island. And this happened at the same time as Copenhagen, and I don't remember, you probably have a better reference on your chronology, I don't remember when the all settings epidemics came about. I remember there was a meeting at the council of Europe, in Strasbourg... maybe it was 1992, maybe... There was a project on Health in schools or school health that was supported by the council of Europe. So I try to date things and I think that was the time. I remember attending that meeting, and there were discussions then on shifting from a traditional Health and School approach to something that will be called **Health Promoting Schools**. People were taking sights very much like health education / HP discussions. This is now lost in memory and I don't think anyone has written on that debate or that argument, but **certainly it fast became very clear that HP schools was going to be the slogan of the future**. The discussion was more about who would lead it, would it be by the European Commission, or by the Copenhagen office... Illona would probably remember this very clearly, but I don't know if it is a pleasant memory of hers, so if she would like to be remembered... But that was the first setting I became aware of, and then suddenly there were Healthy cities, and in these, there was an open discussion that settings are the place where health was created, where people live, work and play, and there was that discussions. **But there were also really clear political agenda, until the time of settings, WHO was very much an organization that was dealing only with ministries of health. And when I was attending the HP meetings, there was clearly an overt agenda to start to say, by going down the settings approach, we get the legitimacy to have health discussions with other sectors and other authorities**. So that gave us the mandate and the legitimacy to speak the education sector and HP Schools, or to municipalities and Healthy cities, and there was another strategic aim therefore that was having a political say in the area of other sectors... in a way, applying the principles of HP within the bureaucracy of organizations.

That is a link with what I was building up, I myself became interested in Healthy islands, and I was thinking there was some similarities between islands that might have theoretical basis. And I was thinking that the three characteristics of islands, first of all what is an island, because Australia is an island but no one think of it in that form. So I defined an island as something that was small and had limits to that, something that had some measures of isolation – you couldn't get there simply by two minutes ferry, if you see what I mean – and often had some measures of fragmentation into archipelagos. And I looked around and made a list of all these islands, I characterized them and looked at the literature, mostly in the infectious disease literature. There is a lot that has been done on looking at large epidemics in island, and so on... And I wrote a paper on justification of Healthy island, and it happened to be at around the same time as Western Pacific Region of WHO was considering creating the setting of Healthy Island in Pacific. I didn't know this, I wrote my paper, I think in late 1994, and I went to Geneva and showed it to Illona who was then Director of HP in Geneva. She liked it very much but I heard no more from her until late 1995 or 96, when I saw an issue of HP international that had an editorial about Healthy Island. And there was a remarkable convergence with the paper that I presented to WHO in this editorial on the meeting. Anyway, like every good academic I wrote an email to claim for credit, and Illona passed me on to the Western Pacific Region where the HP coordinator of the time was Rosemary Herben, I don't know if you have met or heard of her. Rosemary is a wonderful woman and I knew her from the time she was in Europe. She was the first Head of the HP Unit or Division of the special program on AIDS. And with this all *Healthy Island*, my own history came together, because Illona had sent my paper to Rosemary, Rosemary was then Health advisor for the Western Pacific Region, and she recognized what I was saying and invited me over, which I immediately accepted in 1997, and I did the first paper on Healthy Island in Naru, one of the pacific island countries. And this mission made my name and led me very quickly to be offered a post in WHO and I started my career in Fiji in June 1998. It happened very quickly and since then, I've been lucky to develop the process of Healthy Islands. I was basically one of its two leaders in the Pacific. One in Manila and myself in Fiji, we lectured a lot, we drove Healthy Island ministry meetings, and through it I develop this expertise as well as reputation in HP that led to my future moves within WHO leading to my current position now.

JV. And why is HP related to Chronic diseases? If I remember well when I was at WHO it was the Non-communicable disease and HP Unit, wasn't it?

I1. Yes it wasn't so always, it was an independent Division and had its own Director. If you look at it in Illona's times, she was director When I went and visited her, I basically visited the Director of HP under whom were things like Diet and Physical Activities, and Aging and Tobacco. So basically she was the Director of HP on all of those things. But then, I was not part of any of that discussion, but when Brundtland came on board, it was very clear she was a person who wanted to push forward on defined deliverables. Brundtland agenda was to set up three big programs, one on rollback malaria, the second on making pregnancy safer, and the third on the tobacco free initiative. And she pushed forward in much less abstract and ideological grounds, and it was very clear it was the time Illona also left. Again I don't know if it was a conflict or a better opportunity, but about a year after Brundtland came on board, Illona left and went to Yale and started to develop something else. She started to develop this idea of global health, global health diplomacy eventually, and she also started to work on health literacy. So she had herself moved on a little bit from HP. So Brundtland saw the more technical agenda as being the lead under her vision, and so she inverted the relationship in the organization. This is my interpretation from outside; I was at that time a member of WHO but it is my interpretation of how things changed. And in a way,

subsequent DJs and assistant there have **inverted that relationship completely and made HP a contributor.**

I think looking at the organizational structure is not a valid pursuit, if you know what I mean. The point is “where do the ideas go”, not “how did the boxes related to each other”. For me it is impossible to distinguish the work of the Global Commission on Social Determinants from HP. So what is, is there any place for an organization Unit called HP in WHO, to be honest I’d argue no, there is not.

JV. Why?

I1. Because I overly believe that now, the organization has so internalized. I gave you the example of TB, look at the examples from injury. Everything they do is intersectoral, everything they do is about changing social norms, about stakeholders engagement, about reaching out public partners... They do not say “we are doing a HP program”, and sometimes people just laugh hearing that they are doing HP program, but yes... I wouldn’t go through hours of theory to explain why we have to do it. So when you look at, there is a unit working on Health in all Policies, there is a unit working on Social determinants, If you came into the Region [interruption – phone call].

So take this office. When I came here I was appointed as Director of the Non communicable diseases and HP. And I requested and changed into Director of Non communicable disease and Promoting Health through the life course. Part of the reason to doing this is that we have a policy here in the Region, a public health framework called Health 20/20 – I don’t know if you’ve looked at it – but what is it if not a HP policy? It has two strategic objectives: addressing social determinants and reducing inequities in health, and increasing participatory governance for health. The document is supported by two major reviews of evidence and policy papers, one is a European review of the social determinants by Mickael Marmot and his team, and another review of governance for health is by Ilona Kickbusch and her team at the Graduate Institute. Both of them are seminar papers, and if they aren’t building public health in all policies, and sharing power in society, and enabling communities, reorienting health services, if it is not HP in practice than what is it? And point has come where possibly it is a valid question to ask: if you ask me “shall we close HP” I would answer no. But the value of having an independent entity for the HP.... **Like for example in WHO, we do not have a Department of epidemiology.**

JV. Never had?

I1. Never had. **It is a basic science, but there is no specific epidemiology unit because epidemiology is done by everyone. No one has, I believe, a valid public health training if they haven’t done epidemiology. It is the fundamental science of all public health. If you cannot interpret data in relation to health and disease from the point of view of population and sub-groups, if you can’t do that you may be something else but you are not a public health person in my opinion.** But it doesn’t mean that WHO should have a Department of epidemiology. This is something that you should know as part of your formation and something you need to do if you are a health prom... I think it is in one sense a triumph of HP. And to by some extent marginalizing into a Unit that every one or five years organizes a professional conference is really making it seems like there is a place to put HP aside. Today, any... Think about Ebola discussion. What was the criticism of WHO and the responses in the countries? They did not take into consideration the full health system approach. Ok did they act fast enough or not? Did people were in holidays or not? All of these things come on board. But in reality when you look at the critic, it is somehow medicalized but a HP critic! Look at the definition of health systems and the Health systems Department. They talk about stewardship, of governance; they are not just talking

about guidelines for essential interventions, or essential drugs. They are talking about the impact on poverty, of the cost of healthcare. One department after the other has internalized, and I think it is the problem of the over professionalization of HP to tell to the regards of all these movements. Because thirty years ago these units were not speaking this language. TB was all about treatment of TB, it was not about the rights of people with TB, or the inequities and poverties, etc. Some of the discussions, but it was seen as a mean: so you look at the poor not so much as people who's life needed to be changed, but you looked at the poor as a risk group. So you identify pockets of TB by looking at pockets of poverty. The question was not: do we have a responsibility to change that poverty. And I think if you look at it from this perspective and you don't just map education and promotion as one organizational structure, but you look at it as something that was done and practice throughout the organization at different levels, and then you can see what a major, a transformation these ideas have made in the organization.

1.2. Interviewé(e) 2

II/ elle est membre de l'Union Internationale de Promotion de la santé et d'Education pour la santé.

I2. **Alors moi y a un domaine où je me suis rendue compte que je n'avais pas de connaissances approfondies, et où j'ai plus des connaissances générales, c'est l'éducation pour la santé. Parce qu'en fait je pense que c'est un domaine qui m'intéresse moins que la promotion de la santé.** Mais donc je me suis dit que ce n'était pas grave, parce que Jean-Pierre Deschamps serait incollable dans ce domaine là, et si vous anonymisez alors c'est pas grave, je ne risque pas de dire de grosse conneries (rire).

JV. Ce qu'on peut faire c'est commencer par l'Union.

I2. Ah oui l'Union ça ne pose aucun problème.

JV. Commençons peut être par la création de l'Union, pour essayer ensuite de comprendre comment elle a évolué vers la promotion de la santé et les enjeux qui l'ont traversé peut être.

I2. Tout à fait. Alors, **l'Union internationale est née en 1951**, et ce que je trouve très intéressant, c'est qu'elle avait une sorte, dès le départ, de mission humaniste, avec **une vision assez holistique de la santé, parce qu'on était à la fin de la guerre**, et c'était un peu l'idée de se dire cette fameuse phrase que tout le monde utilisait « plus jamais ça », et aussi de se dire qu'on en était arrivé à l'idée que la santé était quand même une, une responsabilité partagée. Bon je reprends un petit peu. **Elle est née de la volonté d'un certain nombre de personnes, qui ont signé la charte de la création de l'OMS, et qui représentaient leur pays, mais qui se sont rendus compte qu'ils avaient besoin d'une sorte de plateforme informelle pour pouvoir discuter de leur... de leurs savoirs, de leurs savoir-faires, de leurs expériences, de leurs idées, d'une manière indépendante et professionnelle.** Et ils se sont dit, il faut qu'on crée une organisation non gouvernementale, l'OMS c'est vraiment l'organisation, l'Assemblée des ministres de la santé dans le monde, mais il nous faut une espace de partage, sur **une discipline qui a beaucoup, qui s'est beaucoup développée dans les années 50 et ensuite 60 et 70, et aussi beaucoup à cause de maladies transmissibles comme la tuberculose** par exemple. Donc ils ont créé cette organisation en 1951. Et en fait à l'origine de l'Union internationale de promotion de la santé, **il y a des personnalités qui ont créé chacun dans leurs pays des institutions assez novateurs, comme par exemple le centre de médecine préventive à Nancy, je pense que JP Deschamps vous en parlera, qui existe toujours.** Il y avait aussi le Centre expérimental d'éducation pour la santé de Pérouse, qui existe toujours. Il y avait aussi quelqu'un qui s'appelle Pierre Turner qui a créé **l'école de santé publique d'Harvard** ; j'espère que je ne dis pas trop de bêtise là-dessus, il faut vérifier. Et puis il y avait **Jacques Parisot de Nancy et Lucien Viborel**, qui lui justement s'occupait du Centre de lutte contre la tuberculose et des maladies respiratoires. C'était vraiment des **pionniers**, c'était des gens qui travaillaient déjà dans d'autres institutions avant la seconde guerre mondiale, à commencer par la société des nations, et qui ont évidemment été très marqués par les événements et la Seconde guerre mondiale, et qui se sont dit, non il faut vraiment qu'on ... Donc c'était une organisation avec une vision assez humaniste de la santé. Alors après elle a évolué en fonction du champ, je dirais, de l'éducation pour la santé. **Donc, elle s'est**

beaucoup attachée aux théories comportementales, à toutes ces écoles. Donc elle a été pendant très longtemps l'unique organisation mondiale, professionnelle, sur l'éducation pour la santé et la promotion de la santé. Alors elle a évolué, elle a toujours été **un réseau**, elle a été mondiale très vite, c'est-à-dire dès qu'elle a été créée, beaucoup de personnes y ont adhéré, sur un plan professionnel, **donc ce n'est pas une organisation qui représente les points de vue des gouvernements mais vraiment le point de vue professionnel des personnes et des institutions qui y travaillent.**

JV. Ce sont des individus ou des institutions ?

I2. Il y a les deux. Alors aujourd'hui par exemple, mais ça a toujours été un peu le cas, aujourd'hui on a des organismes nationaux, comme par exemple l'Institut national de prévention et d'éducation comme l'INPES par exemple, mais ces institutions elles existent partout dans le monde. Ça peut être les CDCs aux Etats-Unis, ça peut être l'Agence de santé publique, donc aujourd'hui on a plusieurs catégories de membres qui font partie de l'Union. Donc par exemple on a des associations, qu'on appelle les associations nationales de santé publique et de promotion de la santé, on a des institutions académiques, et on a des individus, y compris des étudiants. **Et ces personnes viennent principalement pour deux raisons : faire valoir ce qu'elles font, dans le champ de la promotion de la santé.** Nous on est maintenant vraiment très très orienté promotion de la santé. **On considère que l'éducation pour la santé est un des éléments important de la promotion de la santé, puisque c'est vraiment l'acquisition de compétences, mais on est vraiment quand même vraiment l'Union internationale de promotion de la santé.** Du reste ça n'a pas de sens qu'on soit l'Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé, je trouve que ça n'a aucun sens. **Mais on l'a gardé pendant très longtemps pour ne pas heurter des personnes qui étaient très dans le champ de l'éducation pour la santé, et qui ne se sentaient pas tout à fait en phase avec le mouvement social beaucoup plus important que représentait le mouvement de la promotion de la santé, qui étaient plus dans une démarche académique.** Voilà moi ce que j'avais déjà écrit là, c'est que les personnes qui avaient créé l'Union avait déjà conscience que la santé était une responsabilité partagée, et que c'était effectivement une dimension sociale, c'était pas uniquement le soin, et qu'il fallait que toutes les personnes quelles qu'elles soient, soient mieux informées pour pouvoir exercer cette responsabilité, et il fallait ouvrir la santé à tous et ne pas la limiter aux soins.

JV. Dans les individus qui étaient représentés, c'était tout de suite mondiale, ou il y avait des pays plus représentés que d'autres ?

I2. Moi je ne sais pas trop, car je n'étais pas là à l'époque, mais j'ai l'impression que c'était mondial tout de suite. C'est-à-dire qu'il y avait énormément de pays qui ont adhéré tout de suite. Alors c'est parti je pense beaucoup principalement de l'Europe, du fait des personnes... Le siège de l'Union est en France à cause de ça, parce qu'il y avait au départ déjà deux français, un italien, et puis évidemment cette personnalité américaine qui était Claire Turner, qui a aussi été à l'origine, aux Etats-Unis, de SOPHE, qui est la *Society of Public Health Education*. Donc vraiment c'était vraiment mondial tout de suite. Alors j'ai un peu l'impression que y a eu plus de pays du monde des pays développés, enfin qu'on dirait des *High income economy*, mais c'est une affirmation gratuite parce que je n'en sais rien. Mais on était dans les années 50 à une époque où les pays africains n'étaient pas encore indépendants, donc il y a des personnalités. C'est là où je pense que ce livre sera très intéressant pour vous, car il y a vraiment tous les pionniers de l'éducation pour la santé là dedans, Viborel, Turner... Voilà comment l'Union est née. Et il y a aussi par exemple l'évolution de l'éducation pour la santé à l'époque. Là il y a des choses qui sont extrêmement intéressantes, alors

c'était la Haute Volta, vous voyez ce n'est pas tout neuf. Mais quand on lit ce texte c'est étonnant de voir la pertinence, même aujourd'hui. Donc je pense que c'est un document très utile pour vous, un document d'histoire en plus. Donc elle est vraiment devenue mondiale tout de suite (X2). Du reste il y a eu des **conférences mondiales tout de suite**, la première c'est en 1951 ensuite il y en a eu tous les trois ans, sans discontinuité.

JV. Les professionnels de l'éducation pour la santé, de ce que j'ai compris, aux Etats-Unis c'est très professionnalisé...

I2. Tout à fait, ça l'est. Parce que, d'abord je pense que c'est beaucoup lié à la **notion de responsabilité individuelle, qui est très forte aux Etats-Unis, et de la responsabilité sociale, ou de l'ensemble de la société, qui est plus développée chez nous**. Donc je pense que de ce point de vue là, c'est pour ça que c'est développé d'une manière un peu différente. Donc pendant très très longtemps, même si aujourd'hui ils ont une vision plus globale, **ils ont été très très axés sur les comportements et le changement de comportement**. Alors que le mouvement de la promotion de la santé il est née dans les années 1970, et il s'est beaucoup développé dans les années 1980, et il est née de **la reconnaissance que la santé n'était pas justement, je dirais le résultat de comportements individuels mais de déterminants, évidemment génétiques, mais économiques, politiques et sociaux**. Et que c'est cette somme de tous ces déterminants là qui fait qu'une personne, il y a l'environnement, la promotion de la santé vous le savez comme moi c'est tout ancré dans ces environnements là.

JV. Pourquoi dans les années 1970 ?

I2. Bah d'abord parce **qu'on s'est rendu compte que l'éducation pour la santé au niveau de l'individu ça ne marche pas bien**. Alors moi je suis convaincue, et je ne suis évidemment pas la seule, moi je passe mon temps à dire, et ça choque les gens, que **l'éducation pour la santé quand c'est mis en place seule, ça ne fonctionne pas. Ça ne marche absolument pas (X2), c'est totalement inefficace**. Alors qu'elle a sa place tout à fait dans toute une série de.... J'en avais parlé à un moment dans cet article... je ne sais plus où j'ai mis ça. C'est-à-dire que l'éducation pour la santé c'est important parce qu'il faut que les personnes aient des informations fiables, mais c'est juste un élément. Il faut la législation, il faut pouvoir agir sur l'ensemble des déterminants et pas juste sur un seul, qui est l'environnement éducatif et l'information.

JV. J'ai l'impression que l'éducation pour la santé a évolué avec la promotion de la santé avec cette idée d'empowerment. J'ai l'impression qu'ils ont changé leur discours.

I2. On est d'accord. Je pense que l'empowerment c'est une stratégie importante de l'éducation pour la santé, et de la promotion de la santé par ailleurs. On est d'accord. Mais.... Y a tout un contexte qui n'est pas forcément pris en compte. Dans un contexte, par exemple **la promotion de la santé s'intéresse beaucoup aux droits de l'Homme**. Dans les pays où les droits de l'Homme ne sont pas parfaitement, où il n'y en a pas du reste, je veux dire qu'il y a des déterminants politiques et sociaux qui vont déterminer une bonne santé ou une mauvaise santé. Dans la promotion de la santé il y a un élément qui est fondamental, je me demande pourquoi je ne l'ai pas encore dit c'est effarant, qui est **la lutte contre les inégalités de santé. Ça c'est fondamental ! Et l'éducation pour la santé elle ne fait pas ça, elle ne s'intéresse pas à ça. L'éducation pour la santé elle s'intéresse à pourquoi telle personne ou tel groupe de personne va avoir tel type de comportement et on va lui apporter des informations, comme si le savoir pouvait déclencher une forme de décision d'en changer, alors que c'est beaucoup plus complexe que ça. Donc c'est ça**. Mais je pensais à la pauvreté, la promotion de la santé sont objectif fondamental c'est la lutte

contre les inégalités de santé, donc il peut y avoir des inégalités en termes de connaissance, mais il y a surtout des inégalités dues à l'environnement dans lequel les personnes vivent. C'est le grand, le grand *statement* de l'OMS et de la Charte d'Ottawa, qui explique que la santé se développe là où les personnes vivent, jouent, travaillent. C'est vraiment dans les environnements de vie que la santé peut se développer.

JV. Dans ce que j'ai lu de l'éducation pour la santé, j'ai l'impression que c'est beaucoup la psychologie qui en est la source...

I2. Tout à fait. **En se fondant sur des théories comportementales très élaborées, qui ont été beaucoup beaucoup recherchées, la recherche en éducation pour la santé elle est riche... voilà donc je suis d'accord avec vous c'est tout à fait la psychologie.** Alors après la promotion de la santé elle a été très critiquée, et elle continue à l'être. Moi j'aime beaucoup la définition d'Illona Kickbusch : je pense que la promotion de la santé, et c'est du reste une de ses grandes difficultés, c'est que c'est à la fois une idéologie, une vision de la société, c'est un moyen de faire changer les mentalités. Alors moi c'est vrai que j'ai des discours au avec des professionnels, mais quand je suis avec ma famille et que personne n'a toujours pas compris ce que je faisais après 35 ans, parce que c'est quand même compliqué à expliquer, mais j'ai quelques exemples qui leur explique. Pour moi la promotion de la santé c'est typiquement un projet de société. **Donc ce n'est pas un projet individuel, une démarche individuelle.** Dans quelle société on veut vivre, quels services on veut mettre à la disposition des populations, qui soient à la fois, je ne trouve pas le mot en français, *affordable* et équitables, c'est-à-dire accessibles à tous. Parce que voilà on s'en rend compte, mais je dirais que c'est du bon sens quelque part. Voilà, que type de relation entre les personnes on veut aussi instaurer. Moi j'ai vu des modifications incroyables dans des villes. Le tissu et l'environnement urbain c'est un des meilleurs endroits pour comprendre ce que c'est que la promotion de la santé. Dans une ville, on prend une ville, quel type je dirais de dynamique dans les quartiers, au niveau de la culture, au niveau des services, des écoles, des loisirs, des relations justement entre les personnes nanties et celles qui sont loins. **C'est pour ça que je pense que c'est un vrai projet de société la promotion de la santé.** L'évolution elle s'est aussi faite je pense parce que dans les années 1950, la majorité des gens, je ne parle pas de ces gens qui ont développé l'Union ou la promotion de la santé, ils l'ont fait justement parce qu'ils avaient une autre vision de la santé, mais pour la plupart des gens la santé c'était la maladie. On partait **d'un modèle biomédical. On partait d'un modèle biomédical aux Etats-Unis, en France, où le médecin de famille c'était le dieu vivant.** Mais quand on réfléchit il y a plein d'exemples où maintenant ce n'est plus possible de penser comme ça.

JV. Et vous pensez que l'éducation pour la santé est imprégnée de ce modèle là ?

I2. Elle l'a été. **Elle l'est certainement beaucoup moins. Mais elle reste limitée au processus éducatif, donc elle éduque. Donc elle informe, elle développe des compétences, souvent elle développe des compétences individuelles, mais s'il n'y a pas de politiques publiques pour appuyer ces démarches là, ce n'est pas les mêmes initiatives, ce n'est pas les mêmes approches.**

JV. Et la place de l'éducation pour la santé dans la promotion de la santé, comment se justifie t'elle ?

I2. Mais **l'éducation pour la santé elle est forcément utile.** Par exemple si on prend un environnement, on prend souvent l'exemple de l'environnement de l'école, moi je trouve que l'environnement du travail est encore plus intéressant. Quelqu'un m'a fait prendre conscience, c'est Pierre Mombrail, c'est le Président de la Société française de

santé publique, il m'a fait prendre conscience que la santé, parce que c'était au moment où il y a eu beaucoup de manifestations de violence de, je dirais, presque de violence intime, et il y en a beaucoup de violence intime dans le travail, et personne ne le voit, personne ne le perçoit, parce que le lieu de travail finalement dans la plupart des cas c'est un lieu privé, donc on y va pas. Mais le lieu de travail c'est quand même l'endroit où l'on vit 8 à 10h par jours, dans des relations avec des personnalités extrêmement différentes, qui ont des histoires différentes, des ambitions différentes, des responsabilités différentes, et comment est qu'on arrive à, et il y a de plus en plus de démarches que je trouve extrêmement intéressantes, qui sont un petit peu l'articulation entre la philosophie et du management, où on essaie de gérer, ou en tous cas il y a des entreprises qui essaient de le faire, où l'on essaie de gérer des ressources humaines d'une manière positive, et qui obtiennent des résultats très intéressants du reste.

JV. J'ai travaillé un peu là-dessus.

I2. C'est vachement intéressant. Mais c'est surtout la prise en compte de la personne humaine dans son rôle, ses responsabilités, sa fonction, comme un maillon essentiel à toute une chaîne d'action qui vont avoir un résultat pour une entreprise. Donc là c'est pas un projet de société c'est un projet d'entreprise, mais c'est pareil.

JV. Mais si je vous comprends bien la promotion de la santé c'est beaucoup la promotion de l'action publique.

I2. Absolument.

JV. Mais les années 1970 n'étaient elles pas plutôt propice à moins d'intervention de l'Etat ?

I2. Alors moi je ne suis pas d'accord. Je vais vous expliquer pourquoi. **Je pense que le meilleur exemple pour comprendre l'éducation pour la santé et la promotion de la santé, le meilleur exemple c'est la lutte contre le tabagisme.** Et ça a pris trente ans. Et on voit très bien que au début, quand il y a eu le début de cette grande épidémie, et jusqu'au début des années 1970 par exemple en France il y a eu la Loi Veil etcetera, on a fait beaucoup d'éducation pour la santé, on est allé dans les écoles, on a montré ce que c'était que des poumons tout noirs, etcetera, on a fait des campagnes d'information, des campagnes d'éducation. Et on s'est très vite rendu compte que comme y avait une publicité invraisemblable, il y avait la disponibilité du tabac pour qui voulait fumer... il y avait aussi la norme culturelle, je veux dire c'était normal. Dans les années 1970, si vous entriez chez quelqu'un, c'était poli de poser un cendrier sur la table basse, si toute fois la personne avait envie de fumer. Imaginez ça maintenant !

JV. Comme les personnes qui fumaient sur les plateaux TV.

I2. C'est incroyable ! Aujourd'hui c'est un choc visuellement ! Les films où tout le monde clope maintenant on se dit que c'est incroyable. Et imaginez maintenant quelqu'un qui entre chez quelqu'un, qui ouvre son sac à main et qui prend une clope et fume. C'est pas possible. Et demande un cendrier. C'est pas possible. Donc ça demande vous voyez, alors bien évidemment l'éducation est importante. Je veux dire si quelqu'un ne naît pas en connaissant la nocivité du tabac, **mais il n'y a pas que la nocivité du tabac, il y a la nocivité de l'industrie du tabac ! Et ça ce n'est pas de l'éducation pour la santé, c'est aussi de la politique je dirais publique. Le bannissement de la publicité, la dénormalisation du tabac, la législation, l'augmentation des taxes, tout ça c'est une chaîne. Et la promotion de la santé c'est ça : c'est une chaîne d'actions concomitantes qui font que finalement ça va avoir un résultat. Parce que ça agit sur des leviers différents.** Ce qui ne veut pas dire que la l'éducation pour

la santé ne soit pas importante, mais encore une fois lorsqu'elle est mise en œuvre seule, elle est inefficace. **Parce qu'il faut qu'elle soit encadrée et soutenue par tout autre chose.** Voilà. Moi je pense qu'on avoir la même chose avec la nutrition par exemple. La nutrition c'est encore plus compliqué parce qu'on est pas obligé de fumer mais on est obligé de se nourrir. C'est un volet d'inégalités absolument invraisemblable, la malbouffe étant la moins cher, les gens évidemment qui n'ont pas les moyens... moi je trouve par exemple que l'agriculture biologique, la mise à disposition d'aliments biologiques... j'ai tout mon disque interne qui est en anglais, j'ai écrit toute la semaine en anglais, je n'arrive pas, c'est insupportable ! Je fais des mixtes. C'est quelque chose qui m'intéresse énormément. L'éducation nutritionnelle c'est important : savoir de quoi l'organisme a besoin (interruption téléphonique). **Je vais vous dire quelque chose, l'éducation pour la santé, et c'est vraiment personnel, ça n'a rien à voir avec l'Union internationale, l'éducation pour la santé ça ne m'intéresse pas beaucoup. Ce qui m'intéresse c'est la promotion de la santé, parce que je pense que c'est la seule chose qui peut faire avancer les choses, réduire les inégalités de santé, réduire les inégalités sociales, réduire la pauvreté, favoriser le développement durable. L'éducation pour la santé ça en fait partie, c'est un objectif, mais moi je suis beaucoup plus intéressée par la dimension politique de développement social, que la promotion de la santé porte, que juste par les aspects éducatifs.** Après oui c'est absolument essentiel. Comme on apprend l'hygiène ; je veux dire qu'un enfant ne naît pas en sachant se brosser les dents, on lui apprend, donc il faut bien lui apprendre quels sont les bons aliments, quels sont les mauvais aliments, surtout quel est l'équilibre et après, il faut savoir, je veux dire on est dans une époque où (interruption téléphonique). Donc la nutrition c'est un domaine de la promotion de la santé qui est fabuleux, pour pleins de raisons. Par exemple on se rend bien compte que dans pleins de pays il y a profusion d'aliments sains, mais qui ne sont pas du tout utilisés, pas du tout mis à disposition des populations locales. Au niveau politique, au niveau européen, ce n'est pas normal que l'Union européenne subventionne par exemple énormément la viande, et pas les fruits et légumes par exemple. Et y a aussi beaucoup d'inégalités dues à l'accessibilité et au prix. On devrait avoir une politique économique qui fasse que les aliments sains soient accessibles pour tous.

JV. Mais du coup il faut faire du lobbying ?

I2. Oui. La promotion de la santé c'est une de ses premières stratégies.

JV. Et l'Union fait du lobbying ?

I2. Oui. On le fait sous forme de documents de politiques générales qu'on diffuse amplement. Dans ces documents, là on est entrain d'en faire un sur le système alimentaire. On en a fait aussi sur la *literacy* en santé ; c'est aussi une dimension. Pour moi la *literacy* en santé ça rejoint beaucoup l'éducation pour la santé en ce sens que c'est mettre à la disposition des personnes des informations et essayer de les éduquer pour qu'elles puissent les comprendre et les utiliser à bon escient. Y a de plus en plus l'idée de se nourrir localement, je pense que c'est quelque chose de très intéressant parce que dans une économie mondiale, est ce qu'on a le temps d'aller manger des cerises qui viennent du Chili et qui ont voyagé dans les aéroports. Voilà c'est tout ça et ça ça fait partie de l'éducation. **La promotion de la santé c'est un projet de société.** Et ce que je trouve très intéressant en ce moment en promotion de la santé c'est tout ce qui est **évaluation d'impacts des politiques, parce que ça implique aussi la société civile.** Là j'ai assisté y a pas longtemps au résultat d'un gros projet qui va avoir lieu en grosse commune et qui concerne toute l'infrastructure de transport : il va y avoir une garde, le tramway, etc. Et ils ont travaillé avec la SNCF, avec la RATP mais aussi avec les gens locaux, et c'était incroyable d'entendre les gens dire ce que ça

allait changer dans leur existence. Mais il y avait aussi d'autres choses qui étaient intéressantes. Ils vont mettre en place des boutiques dans cette gare. Et comment ils vont faire pour que ce nouvel espace, qui va améliorer le transport en banlieue de pleins pleins de gens, qui va être accessible à tous, comment on va faire pour éviter qu'il y ait un phénomène de gentrification : est ce que ces politiques vont être pour les personnes locales, ou est ce qu'elles vont être au contraire... parce que y a ce phénomène la qui peut se produire. Des projets qui dépassent la seule question des transports, et c'était très intéressant de constater l'intérêt de la SNCF ou de la RATP qui ne s'étaient jamais posés ce genre de question. Pourquoi est ce que les gens ne prennent pas le métro à Paris, mais parce qu'il est pourri le métro à Paris, il est pourri. Moi j'ai horreur de prendre le métro, je le prends parce que je n'ai pas le choix... Mais ce n'est pas une fatalité qu'il soit pourri (x 2).

JV. Mais cela signifie des investissements de l'Etat ? A une époque où le discours est plutôt au moins d'Etat et aux diminutions des dépenses de l'Etat.

I2. Oui c'est vrai, mais si j'en reviens à la santé, ce qui a beaucoup évolué récemment c'est l'intégration de la santé dans toutes les politiques. Maintenant il y a **pleins de commissions interministérielles. C'est-à-dire que la santé n'est plus confiné au seul ministère de la santé.** Là en l'occurrence c'est la politique des transports, ça peut être la politique de la ville... c'est-à-dire qu'il y a **ce shift, la santé n'est plus du tout le domaine exclusif du ministère de la santé.** Et moi ça me fait toujours marrer, quand les gens me disent que je travaille dans la santé publique et donc que je suis médecin, je leur dit : non, je travaille dans la santé, santé, pas maladie, maladie. Donc voilà, on est dans le développement de la santé. On est dans le développement des conditions de la santé, dans l'amélioration des conditions de vie des personnes, et on ne peut pas nier qu'il y en ait eu. Et c'est que dans les années 1980, **des pionniers comme I. Kickbusch, D. McQueen,** ce sont dit, on ne peut plus, comment dire, on ne peut plus s'investir dans le développement de la santé à partir d'un système de soin, ce n'est plus possible. Moi y a un domaine qui me fascine, et qui montre bien **qu'on est encore dans un schéma santé = maladie, c'est toute la différence entre une approche pathogénique et salutogène. Et nous dans la promotion de la santé on est complètement dans la salutogénèse.**

JV. La définition de la santé de l'OMS l'est aussi ?

I2. Oui, mais ça a changé après, c'est devenu beaucoup plus technique justement sur des comportements individuels, sur des thématiques, ce travail en silo souvent. Et ça continue encore. A un moment on parle d'activités physiques, alors là en ce moment par exemple tout le monde est entrain de focaliser sur les maladies non transmissibles, y a deux ans c'était les déterminants sociaux de la santé, c'est incroyable ! Il faut de la durabilité. C'est très long de faire évoluer les mentalités, de faire prendre conscience de ce qu'il faut faire, mais **surtout ce qui est très long et important c'est le développement de la recherche pour comprendre ce qui marche et qui ne marche pas, et de pouvoir apporter aux décideurs les preuves et pouvoir développer des interventions qui vont mieux marcher.**

JV. Mais du coup l'Union, vous faites aussi du lobbying auprès de l'OMS ?

I2. Oui, parce qu'on a la chance d'être une organisation non gouvernementale et donc libre, et l'OMS compte sur nous pour en faire, parce qu'elle elle ne peut pas le faire. **Nous dans notre relation avec l'OMS on apporte la voix de la société civile et d'une organisation non gouvernementale, donc on a une liberté de paroles qu'eux n'ont pas.** Mais je trouve que l'OMS ne va pas assez loin. Ils ont fait des choses très très bien dans le tabac par exemple, mais ce que je reproche à l'OMS c'est de ne pas faire de programmes transversaux. Vous avez bien vu au siège, y a une

division de l'activité physique, du tabac... **il faudrait des programmes transversaux.** Ils l'ont fait une fois. Il devrait y avoir un *Global Program for Health Promotion*. Comme il y a eu pour le sida. Et comme par hasard ils l'ont enlevé. Mais si y avait un global program, les gens dans ce programme travailleraient avec l'ensemble des autres programmes. Parce que par exemple, la promotion de la santé elle travaille avec les personnes en santé mentale à l'OMS ? Du tout. C'est très cloisonné, et ça va complètement à l'encontre de la promotion de la santé.

JV. Mais pourtant il y a eu des résolutions de l'AMS sur la promotion de la santé ?

I2. Oui il y en a eu, mais **je pense que c'est quelque chose qui ne les intéresse pas beaucoup.** C'est toujours pareil c'est une question de pouvoir, de positionnement, et même par exemple dans les commissions interministérielles, les gens sont très réticents. Par exemple comment se fait il qu'on ne puisse pas faire travailler ensemble les ministères de la santé et de l'éducation ? C'est quand même effarant. Et dans le système des Nations Unies c'est pareil. On a essayé de faire travailler ensembles l'OMS et l'UNESCO, mais ça ne marche pas. Parce que si on parle de santé ils vont nous dire que c'est l'OMS, et si on parle d'éducation pour tous ils vont nous dire que c'est l'UNESCO. Alors que la promotion de la santé, un des principes de base, c'est l'intersectorialité ! Et pour prendre un autre exemple que je donne toujours parce que pour moi ça a été révélateur d'un vrai projet de promotion de la santé, c'est le maintien des personnes âgées à domicile. Pour moi c'est un vrai programme de PS. Parce que vous permettez à une personne de vivre la fin de sa vie dans un environnement qu'elle connaît, avec ses souvenirs, son environnement physique, affectif, son chat, ses voisins, donc dans son environnement de vie... parce que plus une personne va être dépendante, plus elle va avoir besoin de personnes pour combler cette autonomie. Et dans un environnement *secure*. J'ai beaucoup de mal à comprendre que les personnes ne comprennent pas ce que c'est que la promotion de la santé. Pour moi c'est regarder autour de soi et observer.

JV. Je vous avoue qu'au début je ne comprenais pas la définition de la promotion de la santé de la Charte d'Ottawa.

I2. Je vais vous passer la définition qu'on a nous comme définition de la promotion de la santé. C'est d'un de nos présidents. « *Health is a resource for the everyday life of individuals and of societies, it is an outcome of complex social and economic developments and constructs* »... on est bien d'accord, c'est très important ce terme de *construct*, parce qu'il y a des constructions sociales qui *de facto* créent des inégalités de santé ou des inégalités tout court, et qui sont intégrés dans les systèmes sociaux. Donc qui fait que si on ne déconstruit pas... Alors oui, "*it is created when individual, families and communities are afforded the income, education and power to have control over their lives and their needs and rights are supported by systems, environments and policies that are enabling and conducing to better health. Health promotion is a vital part of the global social development agenda. It aims to empower people to control their own health, by gaining control over the underlining factors that influence health. The main determinants of health are people, social, economic and environmental living conditions, and the social and personal behaviors that are influenced by those conditions*".

[pause]

I2. Donc voilà moi je pense que **dans la promotion de la santé il y a une dimension politique qui est très très importante.** La menace, ce que les gens on du mal, je pense que la difficulté de la promotion de la santé... **autant l'éducation pour la santé est fondée sur des fondements théoriques importants, il y a des théories éducatives importantes, la théorie de Paulo Freire, de théories**

comportementales, alors que la promotion de la santé n'a pas réussi à se construire des fondements théoriques... donc on lui reproche d'être... une approche, ou de se considérer comme « la » santé publique, et d'avoir une grosse dimension idéologique. Donc beaucoup de gens ont dit que c'était trop vaste... Mais encore une fois on ne décrète pas les choses. La vie sociale, le développement social, la politique au sens je dirais presque étymologique d'organisation de la société, elle se crée.

JV. *Qu'est ce qui a permis la Charte d'Ottawa ?*

I2. Justement cette réflexion là. **Ilona Kickbusch** a eu cette vision un peu pionnière, une prise de conscience de se dire qu'il fallait qu'on aille plus loin. Il y a eu **le rapport Lalonde, qui est vraiment le document fondateur**, et il y avait aussi une première ébauche au début des années 1980 et c'est ça qu'ils ont porté jusqu'à la conférence, où ils ont fait cette charte, qui a été le cadre. Mais la Charte ça a juste été un point de départ, qui fixe la vision, les principes, et les valeurs. Y en a eu pleins après qui ont complété.

JV. *Le Canada est donc un pays pionnier dans la PS ?*

I2. Oui c'est sûr. Je n'ai jamais à leur expliquer ce que c'est que la promotion de la santé. Mais parcequ'ils ont aussi cette santé communautaire.

JV. *Ils sont à l'origine de la PS ?*

I2. Pour moi c'est de la promotion de la santé la santé communautaire.

JV. *Pour vous c'est la même chose.*

I2. Je ne sais pas trop, je ne voudrais pas vous dire des bêtises.

[Elle me conseille l'ouvrage d'O'Neill et me présente les grands chapitres].

JV. *J'ai l'impression que la promotion de la santé, en fonction des acteurs que je rencontre, vous vous l'appropriez de façon différente.*

I2. Mais bien sûr.

[Discussion informelle à propos de mon directeur de stage]

I2. A propos de l'OMS : c'est de moins en moins prestigieux.

JV. Oui les gens sont même très critiques vis-à-vis de l'OMS.

I2. Mais comment ne pas l'être ! Moi je me souviens j'étais choquée...Quant il y a eu l'invasion de l'Afghanistan par les talibans, et que les talibans ont dit qu'ils allaient fermer tous les hôpitaux pour femmes et qu'ils en laisseraient juste un, et l'OMS plutôt que de hurler, de vociférer et de se battre, en Nations Unies on est d'accord pas tout seul, a dit bon d'accord on travaillera avec cet hôpital. C'est incroyable !

JV. *Comment êtes vous financé ?*

I2. Par les membres, parce que c'est une organisation professionnelle, donc par les cotisations, par les appels à projet, et par les publications.

JV. *Et pour les appels à projet, ce n'est jamais l'OMS ?*

I2. Si. Là par exemple on va faire un numéro sur le tabac, le GATTS.

JV. *OMS, UE...*

I2. Oui est par exemple récemment on a eu un appel à projet de l'American Cancer Society. En termes justement d'information, éducation, communication pour les pays

en développement. Et on démarre un projet de littérature pour l'Agence régionale de santé en Picardie.

JV. Et vous travaillez avec l'EHESP ? Avec Eric Breton par exemple ?

I2. Oui. Moi je travaille beaucoup avec Eric Breton. En France on a trois niveaux d'intervention : un qui est justement aider la France qui nous héberge et qui nous soutient, il ne faut pas l'oublier, les aider à développer leurs politiques publiques donc par exemple on a des thématiques, ou on essaie d'apporter l'éclairage d'autres pays, par exemple l'articulation d'une politique de santé

1.3. Interviewé(e) 3

Il/elle est membre de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) de Rennes et travaille dans le domaine de la promotion de la santé.

JV. Présentation de l'institut et vous êtes rattaché à la chaire INPESS promotion de la santé.

I3. Premièrement mon rapport à l'INPESS, c'est un rapport de financement. Je suis financé par la subvention IPESS. Moi et mon équipe. On est 3... non 4. On est tous financés par l'INPESS mais employés par l'EHPSP. Donc je ne suis pas monsieur INPESS. On est tous employés par l'EHPSP. Et donc la Chaire a été créée en 2010. L'idée de la création de la Chaire PS par l'INPES c'était sur la base d'un constat : c'est que la promotion santé était invisible, avait très peu de visibilité dans le système. **Son positionnement n'était pas bon du tout, elle manquait de légitimité. C'était très difficile pour les gens qui voulaient faire avancer ce champ, en fait c'est une mission de l'Etat la promotion de la santé, une mission de n'importe quel système de santé, c'était très difficile de la faire avancer. Ils se sont dits : on va essayer d'améliorer sa légitimité en créant une force de recherche sur ce sujet-là, ça sera pas n'importe quelle force de recherche mais cela va être une force de recherche sur ce sujet là, et ça ne sera pas n'importe quelle force de recherche, ce sera une force de recherche qu'on va loger à l'EHPSP. Le choix n'était pas anodin. On se disait : on va rejoindre par ça tout un ensemble de professionnels qui passent par cette institution-là, on va se servir des réseaux de cette institution, de sa légitimité, de sa visibilité.** Le constat c'était vraiment un problème de positionnement de la promotion de la santé dans le système, y compris à l'Inpess. **L'Inpess reconnaissait bien qu'elle était stéréotypée, son action était stéréotypée « campagne de pub ». Ils se disaient il faut quand même montrer qu'il y a plus que ça, qu'on peut faire de la promotion de la santé, que c'est bien plus que de l'éducation à la santé.** Ça c'est le contexte. Moi je suis arrivé en 2010 pour occuper ce poste de titulaire de la chaire.

JV. Problème de visibilité, légitimité lié à quoi selon vous ?

I3. Il y a plusieurs facteurs évidemment. Un des facteurs c'est sans doute la forte tradition épidémiologique de la santé publique française. La SP française, ce n'est pas une santé publique où on agit mais où on fait des portraits épidémiologiques. Il y avait vraiment cette tradition-là, donc de la médecine expérimentale et tout ça. C'est beaucoup ça. D'autre part, probablement que la France fait un peu bande à part, donc elle n'est pas beaucoup allée voir ce qui se faisait ailleurs, autour, mais c'est vraiment au niveau universitaire le problème je pense. Tant que la promotion de la santé ne pénètre pas les universités de recherche, elle est invisible, et c'est ça qui est en train de changer en ce moment. On est en train de voir les choses évoluer.

JV. Il me semblait que tradition épidémiologique était aussi forte dans d'autres pays, comme les Etats-Unis ?

I3. Oui, je veux dire l'épidémiologie c'est la science de base de la santé publique. **C'est l'assise. C'est la pierre fondatrice de n'importe quel programme de SP, c'est l'épidémiologie.** La différence, c'est qu'ici en France, la santé publique c'est une mission, c'est les médecins qui sont épidémiologistes, et quand ils disent qu'ils font de la prévention, souvent ils ne font que du portrait épidémiologique ; ils vont identifier les facteurs de risque et tout ça, ils vont identifier l'importance du problème

dans différents groupes mais ils n'en ont pas fait comme dans plein d'autres pays une science de l'action. Ca c'est vraiment le problème, c'est ce qui distingue beaucoup la France de plusieurs autres pays. On n'a pas fait ce pas. En fait il y a une sorte d'erreur qui se fait ici, où on a une tendance à penser que parce que je sais que dans tel groupe populationnel, par exemple où la prévalence du tabagisme est de 50 %, alors on sait ce qu'on doit faire, or que ce sont deux choses : d'analyser et d'être capable de dire l'importance d'un problème, sa prévalence, ne dit pas sur l'action qu'on doit mener. **Il y a toute une science autour de l'action**, et on n'a pas fait ce pas là. C'est pour ça que la SP ici est très centrée sur l'épidémiologie et qu'elle n'est pas très centrée non plus sur les recommandations de l'OMS. Donc ici par exemple vous allez voir, il y a tout un débat sur la Sécurité sanitaire, et ça c'est un débat franco-français car la sécurité sanitaire n'existe nulle part ailleurs. Ailleurs on parle de 3 missions essentielles de SP qui sont la prévention, la promotion de la santé et la protection. Et la Sécurité sanitaire, c'est un peu un mélange de prévention avec la protection. **On n'est même pas dans le même discours ; c'est difficile pour la France d'avoir cette conversation avec d'autres pays alors qu'ici on a fait d'autres catégories pour nommer les choses. Ça aussi c'est un autre problème.**

JV. Comment ça se passe au Canada ? Il me semblait que le Canada était pionnier dans la promotion de la santé.

I3. Pionnier, oui, mais en France il y a aussi des pionniers, c'est juste qu'ils n'ont pas de visibilité. Il y a des personnes sont impliquées en France depuis le début dans ce mouvement. **On l'appelle mouvement parce que c'est un mouvement social qui est composé de professionnels** et de chercheurs, pas beaucoup mais il y avait quelque chercheurs qui disaient « il faut développer la promotion de la santé » et tout ça. Il ne faut pas se tromper, la différence avec Canada, EU, Australie, Angleterre,, c'est qu'on est sur tradition du système de santé publique britannique de 1848. Le Développement de la SP moderne est venu avec le Public Health act de 1948 qui déclinait un système de santé publique qui allait du niveau national au niveau local. Avec une Vision assez bien définie de qu'est-ce que la santé publique et tout ça. On n'a pas eu ça en France, la mission est plus diffuse dans plein d'autres branches, d'autres secteurs.

Alors de dire que le Canada est pionnier, oui d'une certaine façon, mais la Charte d'Ottawa il ne faut pas oublier que c'est une conférence européenne qui a eu lieu à Ottawa. Ce sont les européens qui ont développé la Charte d' Ottawa et qui ont amené ça au Canada parce que le Canada était en fait un interlocuteur à cette époque là grâce au rapport Lalonde. C'est le rapport qui portait le nom du ministre de la santé fédéral, et ce rapport là rappelait aux autorités fédérales canadiennes et aussi sonnait un peu, a envoyé un peu une onde choc dans les autres pays industrialisés en rappelant l'évidence, que la santé c'était bien plus que soins de santé, que les soins de santé n'étaient qu'une partie de la réponse, et qu'on ne serait pas plus en santé si on mettait pas aussi des ressources dans d'autres déterminants de la santé. Dont l'environnement est revenu sur la scène, il y avait l'environnement des personnes, les comportements sont liés à l'environnement et tout ça.. Et donc le Canada est devenu à ce moment là un interlocuteur entre autres pour cette raison là.

L'idée a été reprise et l'autre mouvement intéressant **en Amérique du nord, c'est l'émancipation de la SP des universités de médecine.** Donc on voit beaucoup, plusieurs écoles de santé publique américaines et même canadiennes qui ne sont plus dans le giron de la Faculté de médecine. Ce qui a permis une **vision beaucoup plus sociale** de ce qu'est la SP. Voilà pourquoi, il n'y a pas de raison qu'en France on ne soit pas capable de faire la même chose. Le problème avec la France c'est la

recherche qui ne s'est pas intéressée à l'action. Encore une fois on voit des organismes financeurs qui commencent à modifier leurs appels à projet pour justement donner plus de place à **la recherche sur l'intervention en SP. Il y a une science derrière ça. C'est pas vrai que la réponse par exemple au tabagisme, c'est juste de l'éducation à la santé et c'est juste d'expliquer mieux et plus aux gens comment faire, il y a d'autres stratégies. Et on doit réfléchir à ces stratégies, on doit les évaluer, on doit développer une science autour de ça.**

JV. A propos de l'Europe, le rôle du Bureau Européen de l'OMS....

I3. C'était le moteur. C'était la locomotive de tout ça.

JV. Et Illona Kickbusch?

I3. The queen of Ottawa. [rire] J'ai un collègue ne l'aime pas et il l'appelle comme ça [rire]. Il dit « oh elle est snob, quand je la croise elle ne me salue même pas » [rire].

JV. Elle a un certain charisme en effet...

I3. Bah je vais dire, elle sait ce qu'elle représente. Elle a un ego très très fort mais elle a amené une contribution qui est importante. Et il faut lui donner, la chartre d'Ottawa c'est sa plume. Elle a vraiment guidé le processus. Et puis elle a travaillé sur les premières versions.

JV. Dans les archives de l'OMS on voit qu'elle s'est très vite positionnée pour une transformation du département de l'éducation sanitaire vers promotion de la santé, a critiqué l'approche en tant que terme d'approche et d'information... elle s'est positionnée contre cette orientation.

I3. C'est au cœur des revendications du mouvement de promotion de la santé. Le cœur de ça, c'était une réflexion éthique sur la justice sociale. Est-ce qu'on peut continuer de répéter aux gens ce qu'on doit faire alors qu'on sait très bien qu'ils ne sont pas dans les conditions pour répondre à ces injonctions-là? Dire aux gens de manger des fruits et des légumes quand les fruits et légumes coûtent une fortune et qu'ils sont pauvre, ça marche pas. Quand on fait ça, on fait ce que vous avez probablement lu dans la littérature, c'est ce qu'on désigne par du victim blaming. C'est exactement ça, et on continue à le faire. On est plus intelligent, j'ose espérer qu'on est plus intelligent sur ça. Mais on le fait encore énormément quand on fait des programmes qui sont exclusivement centrés sur éducation sanitaire comme programme ; on a pas assez d'argent alors on va juste faire des posters, des affiches sur tel truc, et on fait de l'éducation sanitaire... tout en sachant pourtant que dans plein de cas, dans un grand nombre de cas, le message va rentrer par une oreille et sortir par l'autre. Ce n'est pas parce que les gens ne sont pas intelligents, c'est qu'ils ne sont pas en capacité de faire la conversion, de traduire ces messages là en actions parce qu'ils ont des contraintes tellement importantes que ce n'est pas possible. Donc on ne peut pas continuer à faire ça sans agir justement sur les conditions.

JV. On a fait ça pendant des décennies. Si on regarde par exemple le travail de l'OMS depuis sa création jusqu'à Ottawa, il y a un nombre infini de recommandations à l'OMS, une recherche en sciences sociales assez forte, par exemple le Health Belief Model...

I3. Oui en France on les connaît assez peu. C'est assez scandaleux parce que justement comme il n'y a pas de sciences derrière la pratique de la SP, on n'utilise même pas les modèles théoriques de changement de comportement. Non seulement on mise trop sur des stratégies liées aux caractéristiques individuelles des individus, mais en plus on utilise même pas les approches théoriques qui ont été testées, alors on utilise toujours les mêmes trucs qui fonctionnent pas.

JV. Mais l'éducation sanitaire a été mobilisée dans d'autres pays que la France non ?

I3. Oui oui. Ça veut pas dire qu'il faut pas faire, c'est une des pierres... moi je ne peux pas dire à quelqu'un d'arrêtez de fumer sans expliquer pourquoi c'est important. Donc l'éducation sanitaire est importante. Il y a tout une éducation à faire. Le problème, c'est qu'on s'arrête trop souvent là. On doit aller bien au-delà de ça, et on le voit maintenant avec les études qui sortent, c'est pas un déficit de connaissance. Dans majorité des cas, les comportements c'est pas un déficit de connaissance, c'est un problème de ressources, de ressources environnementales, d'opportunités tout ça qui ne sont pas là.

JV. Et à votre avis, pourquoi on a mis autant de temps... parce que par exemple, si on regarde les études sur les inégalités de santé, c'est pas nouveau.

I3. Toute histoire de la SP est basée la dessus. **C'est le gradient, la découverte du gradient qui a fait beaucoup avancer les choses.** On le voyait pas, maintenant on le voit. C'est pas juste les pauvres, c'est aussi ceux qui sont un petit peu moins pauvres, ceux qui sont un petit peu moins pauvres encore.

Mon explication que je donne, c'est qu'avec la révolution pasteurienne, avec l'utopie pasteurienne, on a pensé qu'on pouvait passer par les individus pour changer. **C'est qu'on modifie les individus, les virus, on va vacciner tout ce qu'on veut, et on est passé de ce modèle clinique biomédical là, on a transposé cette approche là à l'approche liée aux maladies chroniques.** On a dit là le tabagisme c'est la connaissance donc on va vacciner à la connaissance. **On a pris exactement la même approche, une approche clinique, bio médicale. On était tellement fiers de ce qu'on faisait qu'on a transposé ça. Et quand on regarde la santé publique et tout ce qui s'appelle maladies chronique, les disciplines qui régnaient encore récemment, c'était la psychologie. L'éducation à la santé c'était beaucoup des psychologues qui étaient, et les psychologues ont ce biais très très individus.** Eux c'est des patients qu'ils veulent. On voit très bien maintenant que si c'est effectivement essentiel d'avoir une approche éducation à la santé, ce qu'on a découvert avec la psychologie sociale, et d'autres sciences aussi, c'est que ça n'existe pas un individu. Il n'y a pas une chose telle qu'un individu isolé de son environnement, de son contexte social. Je donne toujours cet exemple : pourquoi on s'habille tous à peu près de la même façon ? On s'habille à peu près tous dans le même spectre, y a pas beaucoup de différence d'une extrémité du spectre à l'autre, dans nos réseaux à nous. Mais pourquoi ? **Parce qu'on est des êtres fondamentalement sociaux. On aligne nos pratiques individuelles aux normes sociales.** Pourquoi les punk sont habillés en punk, c'est parce que quand ils se lèvent, eux pour entrer dans ce groupe-là, faut pas être habillé comme moi parce que je suis ce qui les révolte, l'objet de leur lutte c'est moi, donc ils vont pas s'habiller comme moi. Aujourd'hui on sait, ça n'existe pas un individu.

JV. Et ça la sociologie...

I3. Oui pour ça la sociologie nous a beaucoup donné, a fait beaucoup avancer. **Mais les sociologues eux leur problème c'est qu'ils ne s'intéressent pas vraiment à l'action, ils s'intéressent à décrire le problème, la complexité, et à la fin ils nous disent « c'est compliqué, c'est super compliqué ».** Alors oui c'est compliqué, mais là nous on va dire « bah on va faire quelque chose » et là on se fait prendre pour des naïfs. Et on est des grands naïfs ! Les sociologues c'est un peu ça, de prétendre qu'on va apporter des solutions à des questions pour eux c'est dire « mais qu'est ce qu'ils sont naïfs ». La SP c'est une discipline, on veut de l'action. **Ce qui fonde notre projet, c'est un projet de changement, de modification, de changement de société.** Faut être naïf pour ça.

JV. Donc vous avez cette particularité dans l'univers de la science ?

I3. Oui bah c'est qu'on dit qu'à un moment donné il faut agir. Je sais que c'est compliqué, moi je viens des sciences sociales, **j'étais anthropologue de formation** alors je sais bien que c'est compliqué et qu'on peut passer des années à étudier quelque chose et qu'on sera jamais capable... on est surpris quand même par les événements, comment les choses arrivent et peuvent changer très rapidement alors qu'on a pensé « mais pourtant leur culture nanana... ». Mais en santé publique on a tendance à, on croit qu'il est possible de changer les choses, de changer la santé d'une population, d'améliorer les conditions de vie des gens. On se trompe très régulièrement, on échoue tout aussi régulièrement. Donc les sociologues, anthropologues, politologues qui tombent dans le domaine de la SP, d'une certaine façon ce sont des naïfs. On dit : c'est compliqué mais on va essayer d'agir quand même, et on arrive à des trucs !

JV. Il y a eu un changement de profil ? Les acteurs promotion de la santé, même d'origine, sont différents même dans leur formation, que les acteurs de l'éducation sanitaire ?

I3. Ça dépend où on est. Au Canada, je peux en parler car j'ai été formé là, le Canada on le voit, avant c'était dominé par les psychologues. Là on voit un changement. Là le Québec est spécial, un peu unique par rapport au reste de Canada. Parce que l'enseignement, le Québec a vraiment cette vision multidisciplinaire de la SP, qu'on a moins dans d'autres provinces. Ça vraiment le Québec y croit très fort. Donc dans des institutions comme l'Université Montréal, il y a une espèce d'accueil. Nous on a un système de santé publique, des directions de santé publique partout sur le territoire, et qu'on est entrain de transformer, on est en train de détruire ce système-là, les nouvelles politiques qui ont été adoptées ont célébré les obsèques de tout ça. Mais c'était donc dans les organisations de santé publique au Québec, il y avait des politologues, des sociologues, des historiens, et les médecins aussi on s'entend, les infirmières, les psychologues, donc ça c'est quelque chose qu'on a vraiment vu évoluer.

Ici je ne pourrais pas vraiment dire car je ne connais pas assez ; ici c'est fortement médicalisé. Ce sont des médecins. Pour être chercheur en SP, pour être maître de conf' en SP, il faut être médecin. J'ai quelqu'un ici qui est une véritable chercheuse, elle est géniale mais comme elle est infirmière, elle a beau être très compétente, elle est bloquée.

JV. Paradoxe car vous vous adressez énormément aux professionnels de la santé. C'est ce qui fait la complexité. Quand je suis arrivée à l'OMS, je ne comprenais rien. Par exemple on me disait « l'éducation sanitaire ça ne fonctionne pas »...

I3. Il faut faire attention. Ça fonctionne l'éducation sanitaire mais dans certaines limites. On peut pas s'attendre à ce qu'elle fasse plus que ce qu'elle peut faire. C'est ça le truc. De penser que l'éducation sanitaire va révolutionner mais non. Il y a une limite, et c'est le début et il faut agir à d'autres niveaux.

JV. Je comprends que promotion santé est née de cette réflexion contradictoire sur l'éducation sanitaire, mais je me perds dans les appellations, par ex INPESS y a pas promotion...

I3. C'est parce que les élus n'ont pas voulu, ils trouvaient que ça faisait trop « papillon et fleur ». Il était question de mettre promotion de la santé mais ils n'ont pas voulu. Donc il y avait une très mauvaise perception de ça. Trop mou, PS ça faisait pub, mais c'est vrai que le terme est pas génial, on s'est tiré une balle dans le pied en l'utilisant, il est trop lié à la promotion comme publicité.

JV. C'est vrai que les termes sont difficiles. Prévention, promotion... Par exemple qu'elle est la place de la prévention ? Ca fait partie de la promotion de la santé ?

I3. Ca dépend de la perspective qu'on adopte. Moi dans cette tête qui est souvent confuse, y a 2 conceptions qui cohabitent, je vis TB avec cette schizophrénie là. Y a la conception OMS au sens de mission essentielle de SP, et là comme je vous dis on avait 3 missions et c'est ça maintenant que je véhicule le plus car pour les ARS [Agences régionales de santé], ça leur parle plus : mission prévention, de promotion de la santé et de protection. Quelle est la différence entre prévention et promotion de la santé ? **La prévention, c'est les risques de pathologie. On fait de la prévention quand derrière il y a un facteur de risque lié à pathologie ou à un traumatisme comme accident de route, shoot... alors que promotion de la santé s'intéresse plus aux déterminants sociaux de la santé... On est dans les causes des causes.** On sait très bien que si on regarde tabagisme, il est partout. Dans toutes les couches sociales il est là. Mais on voit bien que dans les couches pauvres, il est surreprésenté. Pourquoi ? Le cancer du poumon on sait que la cause c'est quoi ? Dans 95 % des cas c'est le tabagisme, et pourquoi il est plus représenté du côté des classes défavorisées, là il y a d'autres causes. Evidemment c'est la position sociale, la pauvreté et tout ça. Donc là on est dans les causes des causes. La promotion de la santé dans ce cas là travaille sur la cause des causes : donc les conditions de vie, ce qu'on appelle les déterminants sociaux de la santé : logement, emploi, niveau d'éducation, cohésion sociale.

D'une part. De l'autre part y a l'autre conception qui est celle de la charte Ottawa : elle se pose comme une nouvelle vision de la SP. La SP est passée par plusieurs étapes. Au 19^{ème} siècle, on parlait des hygiénistes mais là l'hygiénisme s'est transformé, il est passé par la révolution pasteurienne l'ingénierie sanitaire et tout ça. Aujourd'hui on est promotion de la santé. On peut aussi la considérer, dire que la santé publique elle a évolué et aujourd'hui une des façons dont on peut la qualifier c'est la promotion de la santé, ou encore d'autres vont parler de nouvelle SP. On peut regarder au moins deux textes books aujourd'hui qui s'appellent the New Public Health, celui de l'australienne et celui de l'israélien : pourquoi ils disent The New Public Health, parce que justement ils parlent d'une SP qui connaît beaucoup plus quels sont les déterminants de la santé, et qui va inclure entre autres la santé mentale, qui va parler **de l'approche socio écologique, c'est dire que pour changer les choses il ne s'agit pas juste de viser les individus, il faut redécouvrir l'impact des environnements, comme les hygiénistes le faisaient à l'époque. Les hygiénistes eux travaillaient très peu sur les individus, ils travaillaient sur les environnements des individus.** C'est un peu tout ça donc aujourd'hui il y a ces deux conceptions. Quand je vais un peu partout en France je leur parle plus des missions de SP. C'est plus facile pour eux, dans le fond ce que j'essaie de dire c'est : « Vous avez un territoire. Votre mission, votre rôle occupe un certain territoire. Le problème est que toute une partie du territoire vous ne vous en occupez pas. Et je leur dis là vous avez la mission prévention, la mission promotion de la santé...

JV. Finalement ce qui me fait penser que promotion de santé est difficile à aborder, c'est que vous regroupez tellement de choses, et je me souviens avec mon directeur stage OMS me faisait travailler sur l'impact de l'éducation sur la santé, et non sur l'éducation sanitaire, donc on parlerait plus de SP mais d'éducation et par automatisme les gens auraient une meilleure santé.

I3. Ilona Kickbush amène sa solution à ça : il faut aller vers une nouvelle gouvernance du social. On est arrivé à la limite de ce que notre système de gouvernance pouvait faire. Ca on s'en rend compte, et le symptôme de cette limite c'est l'accroissement des inégalités sociales de santé. On est dans une

situation où l'Etat investit pour améliorer la santé de la population, prévenir les maladies tout ça, et son impact, on prend des ressources collectives qui ont un impact principalement sur ceux qu'en ont le moins besoin, donc couches moyennes, supérieures, élevées. Donc là on a un gros problème de justice sociale. Pour résoudre ce problème extrêmement complexe, on doit pas juste essayer d'autres sets, c'est qu'on doit réfléchir à notre système de gouvernance. On sait que ça passe par l'intersectorialité. Le problème ne doit plus être celui d'un secteur X, d'un ministère X, il faut que soient partagés ces problèmes, il faut qu'ils soient partagés. Est-ce que les organisations de santé publique vont dans 50 ans être comme aujourd'hui ou est ce qu'on ne va pas passer vers le vrai geste de passer à une nouvelle gouvernance où on va permettre ce travail inter sectoriel, où la santé doit agir sur l'emploi, pas de façon directe, et puis évidemment même si elle le voulait elle ne pourrait pas, mais on doit entrer comme variables dans les processus décisionnels l'impact sur la santé. C'est ça l'idée aujourd'hui, on se dit : « attention les décisions qui se prennent dans l'éducation, n'oubliez pas, vous allez accroître les inégalités ». Ce qu'on veut aujourd'hui c'est que la santé soit un acteur légitime de ces débats là, autour de l'emploi, de l'éducation, des conditions de logement etc., parce qu'on sait que si on est pas là-dedans c'est comme si on était pas sérieux sur ces missions d'améliorer la santé de la population, parce qu'on est arrivé à un point où pour l'améliorer il faut passer par ces points, il faut l'améliorer de façon équitable.

JV. J'ai une question très sciences po : est ce que la « crise financière » a été une fenêtre d'opportunité pour la promotion de la santé pour rendre plus audible une réflexion sur une autre approche que soins de santé relativement coûteux ?

I3. Oui, on voit qu'on a une politique nationale qui galvaude complètement le terme de prévention ; la nouvelle politique nationale de santé qui doit être adoptée dans le courant de l'année, elle mettait beaucoup la question de la prévention. Mais la crise a un impact du côté local et régional aussi, au fait que ce qu'on voit c'est qu'aujourd'hui si on veut prévenir le chaos, les voitures qui flambent vendredi soir, toutes ces émeutes etc. On sait qu'il faut améliorer la cohésion sociale, et maintenant les élus locaux sont beaucoup plus sensibles à la question des conditions de vie, ils le savent, ils sont plus sensibles à ça que le gouvernement central qui comprend rien à ces questions-là. La crise effectivement a un impact sur les élus locaux, c'est beaucoup plus facile avec eux, de se faire comprendre, qu'au niveau central car eux ils savent pourquoi il faut travailler à plus de justice, qu'il faut que la santé, c'est de changer les environnements urbains, c'est de permettre les ressources pour plus de mobilité active tout ça... et que ça peut résoudre d'autres problèmes, sur la circulation, sur la pollution tout ça. Au niveau central ça coûte cher mais on voit que les décisions prises n'ont pas changé grand-chose. On a pas mis plus des ressources à la prévention. Un bon pas par contre c'est la fusion des agences sanitaires, ça va mettre plus de cohérence, peut-être conférer à cette institution-là un peu plus de levier sur les décideurs. Il y avait un fractionnement des mandats qui n'était pas très bon.

JV. Vous travaillez pour l'Union internationale de la promotion et de l'éducation sanitaire ?

I3. Je travaille pas pour eux...

JV. Mais vous faites parti du research advisory comity ?

I3. Il est un peu mort depuis 6 mois, je sais pas trop faudrait que je reparle à mes collègues voir ce qui se passe. Moi j'étais impliqué avec l'union, parce que l'union c'est notre réseau international en promotion nationale, c'est la famille. C'est par l'union qu'on a plein de liens avec l'international, donc de savoir ce qui se passe avec le reste du monde.

JV. C'est vraiment un réseau de connaissances ?

I3. C'est un réseau de chercheurs et de professionnels. C'est sa spécificité. Parce que les chercheurs on a beaucoup d'associations internationales, sur des questions très précises, mais c'est des trucs de chercheurs. Alors que là on est plus dans un mélange professionnel, les conférences entre autres, les conférences accueillent à la fois les chercheurs et les professionnels. Ce qui permet vraiment une conversation extrêmement intéressante. Ce qui n'est pas surprenant au fond parce que les gens sont très conscients qu'on est dans une science de l'action. J'ai été formé de cette façon là. On accorde beaucoup d'importance à nos liens avec la pratique. Parce que pour nous la pratique c'est notre terrain d'enquête. C'est de là qu'on peut faire émerger l'innovation en SP. On est très conscients nous chercheurs que l'innovation vient pas de nous mais du terrain. Si on peut donner au terrain une capacité de penser les choses autrement c'est de là que vient l'innovation.

JV. On m'a dit que l'union avait été plutôt plus lente à adopter la promotion de la santé...

I3. Qui vous a dit ça ? Vous avez parlé à qui ?

JV. Je ne peux pas vous dire [rire]

I3. Y a une image très bizarre, ça m'interpelle beaucoup. Y a une campagne de dénigrement vis-à-vis de l'union qui est incompréhensible. Qui vient clairement d'une méconnaissance de l'Union.

JV. Qui a des liens historiquement avec l'OMS...

I3. L'union c'est une ONG. L'union est là depuis 50 ans. Peut-être il y a 30 ans ils ont eu ce problème là mais aujourd'hui ils sont promotion de la santé ! C'est l'organisation qui promeut la PS !

JV. Pourquoi on garde le terme éducation à chaque fois?

I3. Parce qu'il y avait des professionnels, pour eux c'était leur identité. Si c'était à refaire aujourd'hui, ce n'est plus un enjeu aujourd'hui. Aujourd'hui ils pourraient renommer l'organisation PS y aurait pas de problème. Mais à l'époque, quand ils ont changé de nom, il y avait des gens dont l'identité était des éducateurs sanitaires ou éducateurs en santé, health educators, donc il y avait cette identité professionnelle-là qui existait. Ils ne voulaient pas heurter cette identité là.

JV. Surtout qu'à l'époque il y avait beaucoup de critiques à l'encontre de l'ES justement...

I3. Mais les meilleurs critiques des limites à l'éducation à la santé c'était fait par chercheurs dans ce domaine. C'était des professionnels et des chercheurs qui disaient « on ne fait pas assez ». Donc le mouvement de la promotion de la santé c'était ça. De ce constat là : « non, on est pas éthiques, on a vraiment des pratiques qui ne sont pas justifiables en terme de justice sociale ». Et il y a tout un champ de stratégie à investir qui permettrait de faire quelque chose : d'agir sur les politiques publiques, les environnements comme milieux de vie. C'était dans la plateforme.

JV. Pour vous OMS c'est quoi là-dedans ?

I3. L'OMS accompagne un peu tout ça, mais l'OMS c'est un acteur passif. L'OMS vous l'avez vu là, toutes les illusions que vous vous étiez faites sur l'OMS aujourd'hui c'est un peu parti. C'est le bordel l'OMS, c'est une institution qui a énormément de difficultés, de déficit de légitimité auprès des Etats membres et qui a énormément de difficulté à créer un programme qu'elle peut mener de A à Z. Elle fait l'objet

d'énormément de pressions d'un tas d'Etats membres qui paient pas leurs dus. Elle est dépendante de certains Etats qui la financent mais sur des projets précis. Donc c'est très fragile comme institution. Ils se sont jetés sur Ebollah mais ils ont été forcés, y a eu des pressions par l'effet des médias, mais pour eux c'est un peu l'occasion de montrer leur légitimité même si on fait n'importe quoi.

JV. Pourtant si on regarde promotion de santé, je pense que vous pensiez aux financements ciblés sur des programmes, la promotion de la santé profite un peu de ça non ?

I3. Santé sexuelle, peut-être. Ça leur permet de faire quand même, ça leur donne un peu d'argent pour garder lumières allumées tout ça.

JV. Vous avez des liens vous avec l'OMS ?

I3. Plus OMS Europe. OMS International pas vraiment. L'OMS Europe c'est plus un guichet, notre porte d'entrée.

JV. Ils vous servent à quoi ?

I3. Pfff, ils nous servent à quoi ? **Moi je suis plus un utilisateur de l'OMS, j'utilise les dossiers qu'ils sortent, les documents, pour légitimer ce qu'on vend.** « C'est pas moi qui le dis c'est l'OMS » donc ça a quand même un effet. A part ça on avait un type de l'OMS qu'était dans notre comité scientifique. Donc on a ces contacts là. Non... on a pas de financement (rire). La semaine passée on avait des échanges avec l'OMS Genève, on voit qu'ils sont intéressés à collaborer avec nous, d'avoir une porte pour la France parce que la France fait toujours les choses de son côté, mais pas plus que ça.

JV. Vous pensez que l'OMS n'est pas un moteur de la promotion de la santé ?

I3. Oui. Ca a donné de la légitimité au discours. Ca venait d'un mouvement social. La Charte Ottawa est venue dire : « ce n'est pas de la poésie qu'on fait y a vraiment quelque chose ». Après y a eu l'accompagnement de toutes les autres conférences internationales qui ont suivi. Donc l'OMS oui a donné une légitimité à ce discours qui n'avait aucune légitimité, qui continue à souffrir d'un déficit de légitimité.

JV. C'est un vrai paradoxe non ? Quand on lit les manuels les définitions utilisées sont toujours celles de l'OMS et lorsqu'on parle aux acteurs l'OMS souffre toujours d'un déficit de légitimité...

I3. C'est qu'ils n'ont pas d'argent aussi. C'est une organisation qui a des problèmes de financement constants, donc faut qu'ils fassent très attention, par exemple tout ce qui s'appelle santé sexuelle c'est très compliqué pour eux, c'est très compliqué de s'avancer là-dessus. Donc là-dessus ils sont très dépendants des financements de certains pays. Au-delà de ça, la promotion de la santé c'est comment animer tout ça sans ressource ? Donc ils s'appuient beaucoup sur ce qui se fait partout, ils vont chercher, ils mettent leur logo sur des trucs, ils vont chercher de l'expertise partout dans le monde. C'est ça l'OMS. Et elle a une expertise, mais elle s'appuie énormément sur une expertise qui est à l'extérieur.

JV. Est-ce qu'on peut parler de votre parcours ? Comment on en arrive à travailler dans la PS ?

I3. Il faut être formé à l'université de Montréal, ça ça nous met directement dans ce bain-là car il y a une masse critique de gens qui s'intéresse à la promotion de la santé donc ça c'est un truc fort. A l'époque c'était une faculté de médecine, maintenant une école de SP. Donc mon parcours c'est ça, moi je suis tombée dans la SP.

J'ai fait un Master d'anthropo puis je suis devenu l'équivalent ici d'ingénieur d'étude, là-bas c'est assistant de recherche. Je suis entré par la porte de la recherche en SP, par hasard, c'est le destin. Cet emploi-là s'est présenté et moi j'ignorais totalement que la SP pouvait effectivement être un moyen de faire avancer dans le fond les objectifs d'amélioration de la santé, le bien-être, la justice sociale. Pour moi c'était quelque chose dont je n'étais pas familier du tout. C'était vraiment un job recherche, premier emploi quand j'étais jeune, c'est la recherche qui m'a initié à ça et des gens qui s'intéressaient à la charte d'Ottawa. C'est comme ça que je suis rentré dans ça. Ce qui ne m'a pas empêché de prendre la porte en premier des facteurs de risque, **donc je travaillais sur le tabac, je m'intéressais au processus de changement de politique publique de tabac en utilisant des théories qui venaient des sciences politiques. Ce qui m'intéressait c'était cette mission d'advocacy, le plaidoyer.** On faisait un projet sur les stratégies de lutte au tabagisme. On faisait un programme dans les provinces canadiennes. On faisait des entretiens téléphoniques et on demandait de décrire quels étaient leurs programmes de prévention tabagisme. Et donc dans toutes les provinces tout le monde me décrivait leurs actions. On avait une grille permettant de décomposer leurs programmes en stratégies. Et on avait tous différents types de stratégies. Et à cette époque là le Québec venait d'avoir un nouveau ministre de la santé, qui venait de l'OMS Genève, et c'est lui qui a mis sur pied à l'OMS le premier programme de lutte contre le tabagisme. Quand il est arrivé, il a été nommé ministre de la santé, il a tout de suite dit : moi le problème numéro 1 sur lequel je veux qu'on travaille c'est le tabagisme. Donc on était dans ce contexte de travail pour amener cette loi. Il a été très vite en grande difficulté parce qu'évidemment les manufactures de tabac ont sorti l'artillerie lourde pour couler ce projet. A l'époque il y avait toutes les directions de SP, des agences, qui se rencontraient régulièrement, et y avait les directeurs de santé publique se rencontraient, une espèce de conférence des directeurs de SP, donc y avait des réunions 2 ou 3 fois par année. Et à une de ces réunions là, ils se sont dits : notre ministre est en difficulté, la loi on la veut. Québec était considéré comme la section fumeur du Canada. Les anglophones parlaient de « Canada smoking room. » Et effectivement il y avait une prévalence du tabagisme beaucoup plus élevée que dans le reste du pays. Donc les directeurs de SP se sont dits : cette loi ne va pas passer si on l'aide pas ; ils ont développé une stratégie d'advocacy extrêmement fine, très bien élaborée pour appuyer le ministre. Ils se sont dits que sinon on l'aura pas la loi, ça faisait des années qu'ils rêvaient de cette loi et qu'on avait jamais été aussi proches. Alors voilà. Donc pour moi, comme Charte d'Ottawa parlait du changement de politique publique comme levier d'action, je me suis dit j'aimerais travailler là-dessus. Comment des organisations de santé publique peuvent influencer le processus de changements de politiques publiques ? Je me suis basé sur des modèles, Sabati, de changement de politique publique qui me permettaient d'analyser tout ça. Donc j'ai rencontré et travaillé sur tout ce qui avait attrait de près ou de loin à cette stratégie qui était très élaborée.

Ça a été mon doctorat. J'ai publié là-dessus. Je reçois encore des updates de mes publications, ce week-end je voyais que j'étais encore cité. Donc ça a été mon entrée. C'était promotion de la santé mais quand même facteurs de risque, plus que dans déterminants sociaux de la santé. Mais après le tabac je me suis dit, c'est bien beau, mais faut avouer que les pauvres fument plus, et c'est pas parce qu'ils sont plus idiots, c'est pour d'autres raisons. Et puis là j'ai commencé, avec en 2010 la sortie d'un rapport de la commission sur les déterminants sociaux de la santé de l'OMS. Je l'ai étudié et j'ai dit bon, c'est cela la direction qu'il faut prendre. Non il est sorti en 2009, pas en 2010. 2008 même. En fait on l'entendait depuis plusieurs années, donc je suivais les travaux, en 2008 je pense est sorti la version en anglais. En 2009, c'est la version Française si je ne me trompe pas.

JV. Moi j'ai une très petite mémoire des dates...

I3. Tout cela pour dire que je m'en rappelle j'étais allé voir un collègue quand c'était sorti il y avait eu un débat et tout ça, on suivait beaucoup ça. Puis j'avais suivi aussi, car il y avait eu beaucoup de différents groupes de travail, c'était un gros truc cette commission. On allait dans les conférences de santé publique, il était question, même avant que le rapport soit adopté, il y avait tous ces travaux de la commission. Et aujourd'hui moi je parle de ça. La première recommandation, elle dit que pour réduire les inégalités il faut travailler sur les conditions quotidiennes d'existence. Moi c'est ça que je porte aujourd'hui. Comment on peut se donner et se doter de systèmes de santé publique qui vont être en mesure d'avoir un effet sur ces conditions quotidiennes d'existence. Donc je commence à être très loin des facteurs de risque avec les trucs comme ça.

JV. En fait j'ai mis du temps à la comprendre cela. En fait vous faites vraiment une distinction parce qu'un jour je me souviens, j'avais dit à un membre de l'OMS, « c'est marrant ça a dû être une réussite de la promotion de la santé d'avoir réussi à faire passer cette convention cadre sur le tabac ». En fait elle avait dit « c'est pas vraiment une victoire de la promotion de la santé, ça y participe, mais directement c'est pas de la promotion de la santé. Et j'ai été très troublée, je me suis dit mais en même temps, changer les environnements...C'est là que pour le profane, celui qui vient de l'extérieur, il y a tout un apprentissage, parce que pour moi ça changeait les environnements. Ça changeait l'environnement, enfin...Et je vois bien, maintenant que j'ai bien évolué, qu'il y a pour vous une distinction entre déterminants sociaux et...

I3. Oui mais pas nécessairement. La chambre d'Ottawa, elle ne dit pas nécessairement qu'on ne travaille pas sur ces risques. Elle dit effectivement qu'il faut travailler sur les environnements. Donc en disant ça, en envoyant ce message sur les environnements, bien évidemment ça... C'est donc la convention cadre oui elle a contribué à ça, mais... Ca dépend comment on se place. Il y a des gens qui se proclament dans la promotion de la santé mais qui n'ont jamais lu la Charte d'Ottawa, ou qui ne s'intéressent pas du tout ...qui font de l'éducation à la santé. C'est pas un terme protégé.

JV. Et donc, vous avez beaucoup travaillé à l'étranger ; au Canada, en Australie, aux Émirats Arabes Unis. Vous avez fait quoi là-bas ?

I3. Bien en Australie je faisais mon **post-doc, j'ai continué sur mes travaux sur les changements de politiques publiques**. Je n'ai pas le parcours de quelqu'un qui a fait les concours, dont la voie est toute tracée, donc j'ai pris des risques, et puis essayé des trucs. Alors, en Australie c'était deux ans, on serait bien restés là, à une époque où cela n'était pas facile, les postes tombaient. Il n'y avait pas souvent des nouveaux postes. Donc je cherchais il fallait que je trouve quelque chose, et c'est un peu le hasard qui m'a amené à Abu Dhabi, et là à Abu Dhabi j'enseignais et je faisais de la recherche aussi, mais dans un environnement où c'est très difficile de faire de la recherche là-bas. C'est de la recherche qui nous amène vraiment rapidement vers l'éducation à la santé, parce que l'on est dans une monarchie héréditaire et si on dit qu'il y a un problème, car l'essence de la recherche c'est de trouver les problèmes et d'y travailler. Mais dans un contexte comme ça, quand on dit il y a un problème, c'est comme si on pointait notre doigt vers le président du pays directement...Si on disait bien là y a un problème, vous avez foiré là-dessus et bien en 24 heures on n'est plus dans le pays. Ou bien on est dans le pays, en prison, ou bien on est sur un vol de retour. **La responsabilité individuelle est au cœur du discours. Si des gens ne sont pas capables d'adopter des comportements, c'est que c'est eux qui ont échoués.** C'était très intéressant comme expérience, de trois ans. Ça a été dur de quitter, car j'avais des amis, j'aimais beaucoup mes étudiants, mais c'était un cul de

sac pour une carrière universitaire. J'ai regardé ailleurs, et j'ai décidé de ne pas renouveler mon contrat de trois ans. Ca tiendrait du suicide que de renouveler de trois ans. L'idée c'était de retourner au Québec et finalement par concours de circonstance je me suis retrouvé ici.

JV. D'accord. Donc vous êtes directement rentré en France.

I3. Oui tout à fait. D'abord on a travaillé sur les environnements scolaires, on a essayé de faire de la recherche sur les environnements scolaires promoteurs de santé. Qu'est-ce que c'était compliqué !

JV. En France vous voulez-dire ?

I3. Non je parle d'Abu Dhabi, c'était super compliqué. On a fait tout une enquête, avec toutes les permissions pour l'enquête, mais quand on rencontrait les directeurs des établissements, bien soit qui répondaient à nos questions car ils se disaient si je ne réponds pas je vais me mettre dans la merde, ou soit ils ne répondaient pas car ils se disaient si je réponds ça va me mettre dans la merde. Donc la qualité de l'information qu'on récoltait c'était.... Parce que les gens ont peur de perdre leurs postes. C'était plus facile quand c'était des Émiriens, eux avaient un peu plus de marge de manœuvre. Ils avaient moins peur d'être exclus. Mais la plupart des gens qu'on rencontrait étaient comme nous des expats, des pays du tiers monde en plus, des pakistanais, des Indiens, des gens du tiers-monde, donc il y avait des enjeux tout ça. Moi ça n'était pas grave si j'étais sorti du pays, mais eux c'était autre chose, c'était des opportunités de se sortir de... d'améliorer...

JV. Je me suis posée la question en regardant la promotion de la santé, d'ailleurs j'en ai parlé avec un...Je suis allé à la conférence internationale sur la promotion de la santé à Genève.

I3. De l'Union ? J'y étais.

JV. Oui

I3. J'y étais, j'y étais. C'est l'été où on venait de quitter Abu Dhabi, et c'était lors de notre migration vers la France, j'ai assisté à la conférence.

JV. J'étais en volontaire là-bas. Cela me permettait de m'insérer dans la boucle, c'était très intéressant. Je discutais là-bas avec un africain du Burkina, parce que j'ai passé un peu de temps là-bas, et on discutait de l'adaptabilité de la promotion de la santé dans les pays du Sud, et à quel point pour eux ça semblait éloigné de leur possibilités, entre guillemets. C'était limite trop ambitieux. Dans des pays où il n'y a même pas d'infrastructures, c'est non pas comment on fait pour modifier la manière dont fonctionnent les infrastructures, mais la question est comment on fait imaginer mettre en place une santé publique. Et du coup ils étaient beaucoup plus proche du discours de l'éducation sanitaire, ça leur parlait beaucoup plus facilement je pense.

I3. Et bien moi dans le temps, j'étais convaincu qu'ils avaient tort, mais sans être capable de dire pourquoi, et maintenant je suis convaincu qu'ils ont tort, et je sais pourquoi ils ont tort. Et c'est pas vrai, personne peut faire l'économie de la promotion de la santé, même dans ces pays où les infrastructures ne sont pas là. En fait la promotion de la santé, son approche avec la santé communautaire, de mobilisation, est beaucoup plus susceptible de générer les infrastructures sanitaires, que de passer par l'éducation à la santé et tout ça. Moi je suis convaincu qu'en promotion de la santé, nous avons les leviers pour améliorer les conditions sanitaires, les infrastructures etc...Se replier juste à l'éducation de la santé c'est une erreur, vraiment une erreur. On travaille un peu dessus.

JV. J'allais vous demander, ce que vous faites aujourd'hui, vos activités au quotidien etc...

I3. A la Chaire, nous, nôtre boussole, c'est le rapport de la commission sur les déterminants sociaux de la santé, c'est ça qui nous donne la légitimité pour agir aujourd'hui. Moi je m'intéresse beaucoup aux inégalités sociales de la santé. Donc comment on peut améliorer la capacité des systèmes de santé publique pour agir sur ces inégalités, donc tout ce que j'appelle les systèmes locaux de promotion de la santé. Autrement dit la commission sur les déterminants sociaux de la santé nous a amené à une conceptualisation des processus qui amènent à une mauvaise distribution de l'état de santé des populations. Quels sont les cadres, les déterminants structurels, plus immédiats... Donc voilà, on est porteur de ça, et aujourd'hui on trouve notre projet phare : c'est un projet en pays de Redon, en Bretagne Sud. Ce qu'on essaie là-bas, c'est de voir comment on peut améliorer le renforcement des capacités, des acteurs à agir sur les conditions de vie pour réduire les inégalités sociales de la santé. Donc cette idée que ce sont des inégalités sociales, car ce sont des inégalités qui n'ont rien à voir avec la génétique et tout ça, qui ont à voir avec la position que les individus occupent dans la structure d'une société.

JV. Comment est-ce que vous mettez ça en œuvre ? Parce que j'imagine que vous avez besoin de relais sur place ?

I3. Oui, absolument. On est dans une approche très classique de mobilisation communautaire. Ce qu'on fait c'est que notre acteur, on a effectivement un relais là bas, c'est une mutuelle qui est très bien implantée dans le secteur, qui est une mutuelle indépendante. Comme elle est très liée au reste du territoire, on s'est lié à eux pour créer un espèce de table intersectorielle, avec toute une série d'acteurs. Sur notre liste on a à peu près soixante-dix personnes qui sont venues à nos réunions, et dans le fond ce qu'on essaie de faire, c'est justement à travers cette mobilisation là, d'améliorer leurs niveaux connaissances sur les déterminants sociaux de la santé, sur les processus en œuvre de génération des inégalités. Et l'idée c'est aussi de renforcer leurs relations, leurs réseaux. On anime une espèce d'espace intersectoriel, où on essaie de renforcer les liens en entre les différents secteurs pour améliorer leur capacité, qu'ils puissent agir sur la santé dans leur territoire. Donc on est investi maintenant dans pleins de processus, on voit d'autres territoires, on a réussi à entrer dans les écoles... Toute cette espèce de mobilisation des ressources, des expertises, des connaissances du milieu, on mobilise ça. On a créé un nouveau réseau qui permet justement, on espère, on évalue...

JV. En fait vous faites de la gestion de projet, à visée sociale non ?

I3. Bien, on a un projet, puis nous on fait de **la recherche interventionnelle**, donc on s'intéresse à l'action. Donc c'est dire, comment on fait pour renforcer la capacité à agir des acteurs du territoire.

JV. Et quand vous dites que vous faites de la recherche, vous publiez vos résultats ? J'imagine que vous avez un protocole ?

I3. Donc on a un **financement de l'institut national du Cancer**. Alors qu'on leur a dit qu'on n'allait pas faire d'étude sur les cancers. Mais ils nous ont dit, bien écoutez si vous voulez qu'on réduise effectivement les inégalités face aux cancers, il faut travailler bien en amont.

JV. Donc comme quoi le discours commence à passer.

I3. Le discours commence à passer car nous avons des alliés, canadiens entre autres, sur le comité scientifique. De l'université de Montréal pour le dire encore plus

clairement. Ils sont venus voir leurs collègues médecins et épidémiologistes, en leur disant, oui ça c'est de la science. Parce que l'institut National du Cancer, il faut leur donner du mérite d'avoir fait ce geste là, on leur a dit « si vous voulez réduire les inégalités face aux cancers juste par des programmes de dépistage oubliez ça ». Jamais, on peut vous le dire tout de suite ne faites pas d'enquêtes là-dessus, vous n'allez pas réduire les inégalités. Vous allez prolonger un peu la survie d'accord mais ça change rien que si vous prenez une population là, les tumeurs elles sont pas distribuées également dans tous les groupes de la société, si vous allez en trouver beaucoup plus chez les pauvres. Si vous voulez vraiment réduire les inégalités face aux cancers, il faut aller avant que la tumeur arrive. Donc notre argumentaire était là-dessus, et donc on était très honnête avec eux, car les cancers c'est trop tard par rapport à ce qu'on fait. Et donc le comité scientifique, qui étudiait les réponses aux appels à projets, on avait des alliés là dedans. Et il y avait aussi ce constat, même au sein de nos collègues épidémiologistes « bah faudrait faire plus que ce qu'on a fait jusqu'à maintenant ». Donc quand vous dites gestion de projet... En fait on est partenaire d'un déploiement d'une intervention, on a réfléchi avec notre partenaire avec l'IREPS [Institut régional d'éducation et de promotion de la santé] Bretagne, avec l'ARS Bretagne. Ca c'est un résultat de ça, c'est qu'on s'est rapproché des ARS. Au départ ils n'étaient pas dans le comité de pilotage ...

JV. Vous avez l'air d'avoir des relations compliqués avec l'ARS, pourquoi ?

I3. Pas compliqué mais avec n'importe qui de l'ARS on est avec des gens qui ne connaissent pas la promotion de la santé, donc ça c'est compliqué sur ce point-là. Mais on voit très bien que là on a évolué. Le DG de l'ARS qui vient de partir, il y a quatre ans, n'avaient pas le même discours qu'en partant. J'étais à Clermont-Ferrand jeudis oir, il y avait un discours du DG de l'ARS d'Auvergne, un ex-préfet. Pour moi, je reculais dans le temps, c'était un retour en arrière, mais je me suis « ah oui c'est vrai qu'en Bretagne il était comme ça ». Mais c'est vrai que quand vous arrivez comme ça, vous êtes dans un milieu hostile, vous avez un DG de l'ARS comme ça, sur son territoire. Donc une des retombées de ce projet-là, c'est que ça nous a rapprochés de l'ARS Bretagne, et je suis au conseil de surveillance de l'ARS Bretagne d'ailleurs. On m'a demandé d'entrer dans ce conseil là. Et le mail je l'ai gardé là, ils me disaient « on sait pas trop quoi faire avec les déterminants sociaux de la santé ça serait bien que vous soyez au conseil de surveillance pour nous aider à évoluer là-dessus ». Donc d'entendre la direction de l'ARS Bretagne parler des déterminants sociaux de la santé c'est un gros progrès. Justement on s'est rapproché, on s'est mis à donner des formations. J'ai donné une formation au CODIR de l'ARS Bretagne. Une présentation qui était sous forme de discussion en groupe, où je présentais justement les missions de l'OMS, et comment l'OMS décrivait les missions essentielles de santé publique. Donc une grande réflexion là-dessus. Donc le projet a eu des grandes retombées qu'on n'avait pas soupçonnées.

JV. Et votre équipe, même ici, c'est quel type de profils ?

I3. On a des gens qui sont passés par les IREPS, donc les Instances Régionales d'Éducation et de Promotion de la Santé. J'ai une infirmière qui a fait un doctorat en santé publique, j'ai une psychologue qui a fait de la psychologie sociale, j'ai une anthropologue... j'ai... parce qu'en fait on est dans un contexte où **la promotion de la santé est investie par des gens qui ont des profils très très variés**. On a un programme ici de master, qui est un programme de pilotage d'action de santé publique. On a un programme ici appelée PAPS, donc pilotage des politiques et actions en santé publique, et ce qui est intéressant dans ce master c'est qu'on forme des gens qui se retrouvent dans des postes très atypiques. On voit que le système de la santé publique sont en train d'évoluer. Ce qu'on crée nous traditionnellement ici, ce

qu'on formait comme professionnels, ne répond plus exactement aux enjeux. La question des inégalités sociales, la prévention...encore récemment, les gens sortait de cet institut sans savoir faire de la prévention. Il n'y avait pas eu de formation. Donc on commence à avoir ces formations là. Et puis ils sortent avec une formation, mais c'est très léger.

JV. C'est gens ce sont des professionnels qui... ?

I3. Qui passent des concours, et qui vont aller travailler en ARS par exemple. Donc les inspecteurs d'actions sanitaires et sociales il y en a beaucoup qui se retrouvent en l'ARS, les médecins inspecteurs de santé publique aussi, des médecins de l'Education Nationale, on a les directeurs des établissements, des hôpitaux.

JV. Et donc ça n'est pas une formation universitaire classique ?

I3. Et bien on a les deux, depuis 2004 on a des formations diplômantes, et des formations grande école. Donc on a les deux chapeaux d'une grande école et aussi d'une institution universitaire. On est encore à un moment de l'histoire de la santé publique française où des gens qui font de la promotion de la santé viennent d'horizons extrêmement variés car on n'a pas encore de formation très très...enfin ils viennent de certaines écoles, de l'EHESP de Nancy, Paris évidemment. Je n'ai pas parlé beaucoup de la France, mais ça vous allez le voir un peu avec mes collègues.

JV. Vous pensez à quoi en particulier ?

I3. Ba il y a un truc qu'il faut que vous reteniez. La France fait beaucoup de promotion de la santé, mais elle n'a pas de visibilité car justement la recherche, elle n'a pas la légitimité. Il se fait énormément de choses, c'est faux de dire qu'on ne fait pas de promotion de la santé en France. Des fois c'est une insulte.

JV. Il y avait un article qui faisait la comparaison entre la promotion de la santé en France et au Québec.

I3. C'est qui qui a écrit ça ?

JV. Je vous le retrouverai si vous voulez. Un moment j'ai beaucoup travaillé sur la promotion de la santé, et je me suis dit que je n'y connaissais rien à l'éducation sanitaire. Alors du coup là je réécris ma première partie qui est sur l'éducation sanitaire. Ça faisait un petit moment que je n'avais pas remis le nez dedans, depuis ma sortie de l'OMS.

I3. J'ai écrit un papier il y a quelques années, sur des débats qui ont eu lieu...enfin plusieurs articles qui ont été écrits au début des mouvements de la promotion de la santé. Je vais chercher les articles j'en ai probablement.

JV. Ça m'intéresserait beaucoup. J'allais vous poser la question si vous n'aviez pas un CV universitaire ?

I3. Ah oui sûrement. A bien j'ai un papier de 2004 là.

JV. En tout cas dans cet article France Québec, c'était intéressant parce qu'ils disaient que la France, on n'a l'impression qu'elle ne fait pas de promotion de la santé car elle ne le labellise pas comme ça, mais en même temps elle est investie dans des actions sociales qui pourraient se rapporter à des actions de promotion de la santé.

I3. A la défense de la France, j'ai l'impression...J'ai des collègues étrangers qui viennent en France et qui disent, elle n'a pas de santé publique la France. Et moi quand je suis arrivé je la cherchais la santé publique, mais elle est où la santé publique ? Et c'est qu'on arrive à un système qui justement, qui est...qui a hérité de la tradition britannique, Public Health Act. On arrive avec cette grille là, on la voit pas la

promotion de la santé publique en France. Elle est faite autrement. Et y a pleins de sujets que nous on va mettre en santé publique, qu'ici on va traiter dans d'autres domaines. Par exemple le logement c'est un bon exemple. Le logement, la majorité de ce qui se fait en termes d'action sur le logement, c'est lié à des logements indignes. Ce n'est pas de la santé publique, on est dans le droit humain. Mais donc la France est dans un système où c'est difficile de faire avancer la prévention et la promotion de la santé, mais d'un autre côté, si l'on travaille sur les déterminants sociaux de la santé, l'idée, le silo qui a été créé ailleurs, qu'on appelle santé publique, qui est un édifice vraiment très très bien défini...et que vraiment les frontières varient en fonction des problématiques des époques. On parle maintenant de santé sexuelle comme on regarde y a cinquante ans, ce qu'on fait aujourd'hui en santé sexuelle c'est absolument impensable ! On est dans les pratiques les plus intimes... C'était la même chose avec le tabac, parce qu'on disait que le tabac était quelque chose d'individuel. Mais j'ai l'impression aussi qu'en France le système tel qu'il est, est peut être plus adapté aux défis auxquels on fait face, peut être... Ce n'est pas exclu.

JV. Pourtant on est mauvais en termes d'inégalités de santé non ?

I3. Oui peut être, mais vous êtes meilleurs en termes d'indicateurs de santé que nous. L'espérance de vie ou la mortalité infantile sont meilleurs que ceux du Québec ou du Canada.

JV. On a des bons systèmes de soin...

I3. Ce ne sont pas les systèmes de soin, ce sont les conditions de vie. Les systèmes anglosaxons sont des systèmes qui produisent énormément de pauvreté ! En France le système d'éducation... Faut faire attention quand on dit que les inégalités de santé sont les plus fortes on parle de l'Europe de l'Ouest, en fait les inégalités ne sont pas plus fortes que les autres pays industrialisés, et pour un indicateur : l'écart chez les hommes entre les cadres et les ouvriers. C'est cette statistique là qui fait dire que les inégalités sont les plus fortes en France, d'Europe de l'Ouest. Mais si on regarde plus largement la France n'est pas si mal positionnée par rapport à d'autres pays.

1.4. Interviewé(e) 4

Il/elle est considéré(e) comme un « pionnier » de l'éducation sanitaire en France, médecin pédiatre, qui a occupé des postes à haute responsabilité, notamment en tant que Directeur/Directrice du Comité d'éducation sanitaire. Il/elle a aussi participé à des comités d'experts de l'OMS.

14. Le premier texte qui montre une amorce de changement de l'OMS en matière d'éducation pour la santé, c'est-à-dire pour rompre avec une éducation pour la santé traditionnelle où on disait aux gens ce qu'il fallait faire pour être en bonne santé, et comme disait à l'époque, quelques années plus tard un américain, on apprenait aux pauvres à adopter les bonnes manières des riches ou les mauvaises manières des riches. Donc ce tournant date de **1969 avec un comité d'experts**, un rapport des comités d'experts qui n'a jamais fait l'objet d'une vraie diffusion. Il s'est trouvé, il a existé puisque je l'ai...

Donc on annonçait que l'éducation pour la santé, ce n'était pas d'apprendre aux gens la santé, c'était une démarche beaucoup plus dynamique, beaucoup plus politique je dirais, qui consistait à travailler, à mieux être dans la communauté, et ce mieux-être pouvant passer par l'engagement, un engagement communautaire dans des domaines qui n'avaient pas de rapport avec la santé en fait. Vous connaissez ces trois, j'en ai tiré de ce rapport quelque chose que j'ai beaucoup utilisé dans mes enseignements, qui était un, heu je pourrai vous le montrer tout à l'heure sur l'écran, trois objectifs de l'éducation pour la santé. Donc c'était en 1969. Bon ensuite il y a eu pas mal de choses mais il y a eu évidemment **une date pivot, c'est 1978 avec la déclaration d'Alma Ata**, OMS et Unicef à Alma Ata, et qui préparait la charte d'Ottawa donc 8 ans plus tard en 1986. Mais en même temps quand on prend ça on se dit « tiens, 1969 ça veut dire quoi », c'est un an après 1968, d'ailleurs la publication date de 69 il est possible que la réunion des experts... Que le comité était en 68...

En 68, on est dans quelque chose d'intéressant il y a un changement qui déborde de beaucoup l'OMS, qui déborde de beaucoup l'éducation pour la santé. C'est un changement dans les rapports entre citoyens et les décideurs, c'est un changement dans les rapports d'autorité, c'est un... bon puis ce que vous savez de 1968, et qui se traduit sans que ce soit dit, je n'ai jamais lu une chose qui ait dit ça, qui se traduit par ce bouillonnement qui va avoir lieu à l'OMS, l'OMS bouillonne toujours assez lentement comme toutes les grandes institutions, mais enfin pour arriver en 86 à la charte d'Ottawa qui n'est pas seulement un texte sur l'éducation, sur la promotion de la santé, c'est le référentiel le plus moderne que l'on ait en santé publique. On n'a pas eu de texte depuis qui repose de façon aussi claire les moyens de couvrir les enjeux de la santé publique. Bon, et vous voulez savoir pourquoi j'en suis arrivé là ?

JV. Si on peut rester éventuellement la dessus, puis je n'oublierai pas de vous le demander avant de partir, ça m'intéresserait beaucoup. C'est que, j'ai une chronologie que j'ai un petit peu de mal des fois à établir, j'ai lu un petit peu par exemple sur l'apport des sciences psychosociales des comportements etc., qui ont habité notamment l'importance du Health Belief Model etc. est-ce que là on est déjà dans une vision moderne de l'éducation pour la santé, ou est-ce que c'est ça la vision moderne ou est-ce qu'elle a encore évolué depuis ?

I4. **Alors tous ces modèles ... il y en a eu une bonne dizaine qu'un québécois avait inventorié et fait un grand article là-dessus, j'ai oublié son nom maintenant, ne sont pas pour moi la modernité de l'éducation pour la santé et la promotion de la santé. C'est comportementalisme pour beaucoup.** Alors tous ces modèles, le HBM étant celui le plus connu mais enfin il y en avait d'autres, moi m'ont toujours hérissé le poil parce que c'était presque un recul sur la réflexion qu'on avait.

JV. *C'était dans les années 60/70 le début des réflexions comportementalistes etc. type HBM ? Même avant non, à partir des années 60 ?*

I4. Peut être, je pourrai pas vous dire, j'ai plus en tête, peut être parce que je m'y intéressais moins à l'époque, j'ai plus en tête la chronologie disons d'émergence de toute cette démarche comportementaliste américaine, qui pour moi va à l'encontre de la promotion de la santé, de ce qu'on appelle aujourd'hui, à l'époque on en parlait pas, la promotion de la santé.

JV. *Education pour la santé, promotion de la santé, quelle différence ?*

I4. Il ne faut pas confondre quand on fait de temps en temps de l'éducation pour la santé et la promotion pour la santé. L'éducation pour la santé n'est que....je ne dirai même pas que c'est une partie mais on a la promotion pour la santé qui est un concept extrêmement large, et puis l'éducation pour la santé qui empreinte beaucoup...qui apporte beaucoup d'ailleurs plutôt qu'emprunter, à la promotion de la santé et qui la déborde aussi par exemple quand on parle aujourd'hui de l'éducation thérapeutique du patient et d'enjeux comme ça

JV. *D'accord, donc pour vous par exemple l'éducation thérapeutique ça ne s'inscrit pas dans la promotion de la santé.*

I4. Non, non, on pourrait l'imaginer mais enfin pour moi non. La promotion de la santé je la vois quand même à un niveau supérieur à une éducation qui est finalement une méthode de prise en charge des patients atteints de maladie chroniques.

JV. *Ce que fait beaucoup la psychologie de la santé ?*

I4. Oui, oui.

JV. *Alors peut être que je vais commencer autrement. Comment est ce qu'on en est arrivé à la promotion de la santé ?*

I4. A partir de toute une série de réflexions en France au Québec, pour ne citer que la francophonie, avec au Québec en particulier les travaux de Michel O'Neill, que vous avez dû voir passer certainement ?

JV. *Oui*

I4. Je l'ai repris ça dans un article de 84, que j'ai publié en 1984, est ce que vous l'avez ? Qui s'appelle « porter un regard nouveau sur l'éducation pour la santé »...

JV. *Je ne crois pas.*

I4. C'était dans une revue médicale, plus professionnelle que scientifique d'ailleurs. « Porter un nouveau regard sur l'éducation pour la santé ». Et là je pense que vous trouverez des parties de réponse à la question que vous posez. **Comment on en est arrivé à la promotion pour la santé ? D'abord en récusant un certain nombre de pratiques antérieures**, l'éducation sanitaire de grand papa hein, le maître d'école qui fait un cours d'éducation pour la santé, comme je le voyais ici à Nancy quand j'étais plus jeune, tout jeune encore en santé publique. L'éducateur de santé qui partait avec sa voiture, passait des films dans les écoles, dans les casernes et les pensionnats de bonnes sœurs, les mêmes films d'ailleurs qui : « bonjour****est ce que vous avez des

questions à poser? Non merci au revoir ». Moi j'ai vécu hein cette période là qui m'a horrifié, c'était compliqué pour moi parce que mon patron était complètement dans cette logique là. Il présidait le comité départemental d'éducation pour la santé, il a présidé le Comité français d'éducation pour la santé, je lui ai succédé quelques années plus tard d'ailleurs. **Et pour lui l'éducation pour la santé c'était des tracts, on dirait des flyers aujourd'hui, c'était de passer des films et de coller des affiches. A l'époque il n'y avait aucune réflexion sur qu'est ce qu'attendent les gens, de quoi ont-ils besoin**, est-ce que même on s'en est préoccupé, ou bien on arrive et on leur plaque un truc qu' il n'ont pas demandé, qui leur apparaît complètement décalé de leurs vie... **qui n'a finalement certainement aucun effet.** Alors je veux bien être gentil et penser qu'à l'époque on n'avait peut être besoin de **messages un peu directifs.** Non je ne pense même pas [rire] disons que **c'était une vue de la pédagogie dans son ensemble qui était extrêmement directive, unilatérale et qui était une transmission de savoir avec l'idée implicite ou explicite que si les gens savaient ils changeraient leurs comportements. Ce qui n'a jamais été démontré. Il n'y a aucune étude scientifique. A l'époque il n'y avait aucune d ailleurs recherche dans ce domaine.** C'est né dans les années 1970. C'est né dans les années 70. Je regarderai si j'ai une copie, une copie papier de cet article de 84, je vous le passerai.

JV. Et ces acteurs du coup, qui portent la promotion de la santé, est ce que ce sont les mêmes que ceux qui parlent d'éducation pour la santé?

I4. Les acteurs qui?

JV. Les acteurs qui ont parlé de promotion de la santé et qui sont venus mettre en cause les pratiques de l'éducation pour la santé, est ce que ce sont les mêmes? Est ce que ce sont les acteurs de l'éducation pour la santé qui ce sont orientés vers la promotion de la santé? Ou est-ce que ce sont d'autres gens?

I4. Il y en a eu. Je pense par exemple à un patron de santé publique de Toulouse qui était tout à fait contemporain du mien, ils étaient très copains d'ailleurs, qui s'appelait **Jacques Meunier**, qui avait bien senti cette évolution qu'il fallait faire, d'une éducation à la santé directive de transmission de savoir par quelqu'un qui sait à quelqu'un qui est censé ne pas savoir. Il présidait le comité départemental d'éducation pour la santé, non régional des Midi-Pyrénées. Ca restait des modalités d'action assez traditionnelles mais il avait bien senti vers la fin de sa vie qu'il fallait faire autre chose. Donc y'a eu un certain nombre de gens, mais sinon ce sont des gens qui sont venus d'emblé, des gens comme Pissaro à Paris en santé publique par exemple, il a pas beaucoup écrit c'est dommage. Vous le connaissez?

JV. De nom oui.

I4. **Bernard Pissaro** à Paris. Qu'est ce qu'il y a eu? Des gens du Centre international de l'enfance, qui n'existe plus aujourd'hui, le CIE, qui a été détruit après la guerre à Paris.

JV. Mais quand même des acteurs de la santé publique?

I4. Des acteurs de santé publique oui. Des acteurs de santé publique. Et souvent beaucoup de pédiatres. Je suis pédiatre aussi. Pissaro est pédiatre. Comment il s'appelle à Lyon, qui est à la retraite maintenant euh **Jacques Fabre** il était pédiatre aussi je crois. **La pédiatrie a été un peu une pépinière de gens de santé publique.** Comme l'avait été du temps de mes patrons la pneumo-physiologie. La santé publique, c'était la lutte anti tuberculeuse, la lutte antivénérienne comme on disait à l'époque. Et y'a tout **un tournant dans les années 60/70, où ce sont beaucoup de gens qui étaient intéressés à la pédiatrie qui ce sont intéressés à la santé publique.**

Mon patron, j'avais été moi même au début de mon internat en médecine, en pneumo-physiologie. Mon patron m'avait dit « tu sais, je veux bien te garder mais si tu veux faire de la santé publique, c'est pas chez moi qu'il faut que tu sois, il faut que tu ailles en pédiatrie ». J'ai dit « Merci Monsieur, je vais y réfléchir ». Le lendemain il me dit « J'ai vu Michel Piersan, un des patrons de pédiatrie de l'époque, je lui ai parlé de toi, il t'attend, tu peux y aller » [rire]. Donc j'ai fait tout un internat en pédiatrie, un clinicat en pédiatrie puis je me suis tourné, progressivement j'ai fait plus de santé publique et moins de pédiatrie. Avec évidemment une grosse partie qui était commune aux deux. **L'influence de la santé de la mère et l'enfant disons a été, l'intérêt pour la santé maternelle et infantile a été très forte dans la réflexion sur l'éducation pour la santé dans son ensemble.**

JV. J'imagine parce qu'il y a une partie éducation?

I4. Y a une partie éducation. Y'a forcément une vision d'avenir. Quand on soigne un bébé, quand on soigne un enfant, on a forcément un projet d'adulte à gérer et donc **on est beaucoup plus facilement dans une logique de prévention ou justement soins curatifs et soins préventifs se combinent, au lieu de se séparer avec une barrière entre les deux.**

JV. C'est marrant vous êtes le premier que j'ai lu à dire ça.

I4. Ah oui?

JV. Oui. A dire qu'on ne pouvait pas constamment opposer prévention et curatif. J'ai lu des ouvrages de santé publique ou ils nuancent en disant il ne faut pas non plus ignorer le curatif mais avec quand même une affirmation: la santé publique c'est de la prévention et pas du curatif. Et la curatif c'est la médecine et pas de la prévention.

I4. Et en même temps, y a pas de frontière aussi étanche.

JV. Avec les étudiants, moi j'ai fait un cours en politique sectorielle on a fait un peu de politique de santé c'était difficile pour eux car moi je leur disais : l'accès aux soins c'est de la santé publique. Ça s'intègre dans la SP. Pour eux c'était un peu flou la frontière.

I4. Oui oui. Moi aussi je disais à mes étudiants: « pouvez vous me citer un problème de santé qui n'est pas une implication de SP ? ». Alors ils me sortaient des maladies rares, des thérapeutiques. Je leur posais la question: « Mais où est ce que vous allez soigner? » Ah bah dans un hôpital. C'est pas un service de santé publique ? Et vous même qui allez les soigner, où est ce que vous avez fait vos études? Ah dans une faculté de médecine c'est pas...» **En fait la SP elle infuse l'ensemble de notre activité et elle ne commence pas là où s'arrêterait les soins, ça serait ridicule.** Même si à l'époque, dans mes collègues à la fac, beaucoup le clamaient comme il y en a encore quelques uns qui le font aujourd'hui, c'est pas...Y a des gens qui sont comme l'OMS, ça va lentement [rire].

JV. Aujourd'hui on fait toujours de l'éducation à la santé. Qu'est ce qu'on fait aujourd'hui, en quoi l'éducation pour la santé s'est transformée avec la promotion de la santé?

I4. **Je crois qu'on s'est rendu compte que l'éducation pour la santé traditionnelle ne marchait pas.** Quand je dis on, disons dans le cercle de la SP. On s'est rendu compte que l'éducation pour la santé traditionnelle ne marchait pas, que les bouleversements qu'on avait vécu nous avaient amené, on en avait été collectivement les acteurs d'une certaine manière. **Pissaro est un des rédacteurs de la chartre d'Ottawa par exemple.** Qu'on était passé à autre chose, qu'il s'agissait non plus de faire des conférences sur la santé mais **de profiter de tel mouvement associatif ou communautaire pour proposer des enjeux de santé, de réaliser un certain**

nombre de diagnostic de santé et voir de quoi les gens avaient besoin, ce qu'ils demandaient, ce qu'ils voulaient, ce qu'ils étaient prêts à faire et si ils étaient prêts à travailler avec nous, et s'ils souhaitaient qu'on travaille avec eux plutôt. Bon ça s'est fait très progressivement mais encore une fois ça s'est fait, dans le cercle d'une certaine SP, par ce **qu'il y avait aussi une SP qui n'a pas voulu prendre ce virage**. Aujourd'hui je ne pense pas quand même. Ça a été très long. La grande difficulté aujourd'hui, ce n'est pas dans la SP telle que je vous en parle en tant qu'enjeu professionnel, que réalisation d'un groupement professionnel très pluri professionnel, car il y a beaucoup de professions en SP. **La difficulté aujourd'hui ce sont nos décideurs, ce sont nos politiques qui pour eux n'ont pas compris, ne veulent pas, que l'éducation pour la santé a évolué et qu'on en est plus à distribuer des affiches pour améliorer la santé. Les politiques fonctionnent encore sur les schémas d'autrefois.** Une de mes déceptions, c'est de n'avoir pas réussi à convaincre, pas personnellement mais collectivement, nous n'avons pas réussi à convaincre. Un médecin conseil national de l'assurance maladie m'a dit un jour, comment il s'appelait déjà, Jean Martie. Médecin conseil de l'assurance maladie c'est quand même une fonction importante pour la SP en France. **Il m'a dit « Mr. Deschamps, la promotion de la santé c'est un concept subversif ».** J'ai dit « oui, c'est bien pour cela qu'elle m'intéresse » [rire], il m'a répondu « oui moi aussi c'est bien pour cela qu'elle ne m'intéresse pas ». Bon bah donc **l'assurance maladie, enfin la sécurité sociale, est restée longtemps une forteresse totalement imperméable aux idées de prévention**, dont la vaccination, et de la prévention dans le domaine du travail, dans le domaine professionnel où là l'éducation, ils ont fait du bon boulot. Donc voilà, on est encore là aujourd'hui, et je fais parti dans cette dernière semaine du conseil de l'ARS de lorraine.... Et même dans une ARS l'idée de SP est là, ce qu'est l'éducation pour la santé est vu d'une manière totalement erronée, pas erronée, traditionnelle quoi, c'est vraiment terrible. **On reste, enfin nos administrateurs restent dans un modèle biomédical de la santé et n'ont pas du tout intégré le modèle global, ou psychosocial.** C'est vraiment un drame et je m'en veux qu'on ait pas été capable de cela. Et encore aujourd'hui si vous parlez d'éducation pour la santé ou de promotion pour la santé à un député...

JV. C'est ce qui expliquerait qu'on ait l'INPES? Oui parce quand on regarde les appellations, on est perdu. Je me demande pourquoi on a gardé prévention et éducation sanitaire dans l'intitulé ?

14. J'étais, en 2002 au moment de la loi Kouchner, j'étais **président du comité français de l'éducation pour la santé, que la loi Kouchner a transformé en INPES, donc en structure d'Etat – le comité français était une structure associative sous la tutelle de l'Etat**, le président délégué général devait être agréé par le ministre de la santé. Donc j'étais très proche du cabinet Kouchner, on a fait un pataquès épouvantable pour qu'il ne l'appelle pas INPES, pour qu'il l'appelle Institut national de promotion de la santé, et qui permettait un petit peu...et il n'ont pas compris, ils n'ont pas voulu, ça a été l'INPES, comme aujourd'hui il disparaît par son intégration dans Santé publique France... Alors là indépendamment des politiques, quand j'étais président du CFES, j'avais proposé de débaptiser le CFES et de l'appeler Promo santé France. Voila...

[interruption]

Enfin voilà et ou est ce que j'en étais?

JV. On discutait des changements d'appellations

14. Ah oui alors moi j'aurais appelé le CFES Promotion santé France, et le délégué général alors, qui était vraiment un copain d'ailleurs, c'était comme ça qu'on était arrivé

tous les deux, lui comme délégué général et moi comme président parce que l'un et l'autre avait « d'accord à condition qu'on soit tous les deux », c'était **Marc Donzon qui a fait une carrière à l'OMS après d'ailleurs, puisqu' il a été directeur de l'OMS Europe, c'était un élève de Jacques Monier de Toulouse** dont on parlait tout à l'heure. Donc Marc Donzon a dit « non écoute non ». Pourtant c'était un homme de communication. Aujourd'hui je regrette de ne pas m'être battu plus pour le convaincre [rire]. Mais la terminologie a été désastreuse, l'INPES ça a été désastreux. Hollande un jour je crois que c'était à l'institut national du cancer, a voulu parler d'éducation pour la santé, de prévention. Il s'est complètement planté, je sais pas quel est le plouc qui lui avait fait son discours, il a parlé d'épidémiologie en travestissant le mot d'ailleurs, en faisant une erreur sur le mot, et puis de je ne sais quoi, enfin c'était complètement, c'était grossier quoi. Et **l'OMS aussi a fait de sales bourdes, vous avez du voir la période dite de l'IEC à l'OMS, l'IEC** ça vous dit quelque chose ?

JV. Information, Education et Communication c'est ça ? Oui et je sais qu'Ilona Kicbusch s'est battue contre cette appellation.

14. Je me suis toujours battu, avec Ilona en particulier, mais chacun de notre côté aussi, en disant « c'est stupide » ! Et à l'époque je travaillais énormément en Afrique, au Maghreb et en Afrique sub-saharienne et c'était un désastre : les gens disaient, alors on parlait d'un problème de santé, dans un ministère et quelqu'un disait, en général le directeur de la prévention, « bon bah c'est ...ok on va faire de l'IEC ». Faire de l'IEC c'était l'objectif. Alors je disais « mais qu'est ce que vous allez faire, de l'IEC ? Ha ba de l'IEC quoi ». Enfin bon, l'IEC c'était vraiment l'éducation sanitaire de nos grands-pères...

JV. Mais c'est très étonnant, pourquoi l'ont-ils appelé comme ça ?

14. L'OMS travaille beaucoup avec des experts et des consultants. Je pense qu'il y a un consultant, certainement pas francophone en tout cas donc anglophone ou je ne sais quoi, heu américain, qui a dit « on va faire ça, voilà l'éducation pour la santé s'est basé sur l'information, l'éducation, la communication ». J'imagine, mais je me suis pas penché sur le problème. J'ai vu arrivé le truc je me suis dit mais, en plus la première fois que j'ai entendu parler de l'IEC je m'en souviens c'était à Rabah au ministère de la santé, une fille très chouette d'ailleurs que je connaissais bien, qui était vraiment remarquable. Je lui ai dit « mais c'est quoi? » [rire] Bon c'était stupide, ça laisse encore des traces aujourd'hui dans un certain nombre de pays...

JV. Et vous m'avez dit, c'est pas francophone c'est anglo-saxon : les anglo-saxons font plus d'éducation pour la santé informative que... C'est francophone la promotion pour la santé?

14. Euh c'est un concept anglophone, c'est un nom anglophone. Si ça avait été francophone, on n'aurait pas appelé ça **promotion de la santé, c'est un très mauvais terme. Ça nuit beaucoup. Tous les avatars que peut avoir la promotion de la santé vis-à-vis des décideurs en France c'est aussi qu'ils ne comprennent pas ce que ça veut dire.** On m'a souvent dit « mais promotion, c'est un terme commercial. Promotion sur le marché. Quand des oranges ne sont plus bonnes à vendre on fait une promotion ». Bon. Et le mot promotion de la santé, il a donc été décidé à Ottawa en Ontario, donc en terre anglophone. Il a été traduit littéralement en français. Je ne sais pas d'ailleurs s'il aurait pu être traduit autrement, mais c'est certainement un des points qui fait que la promotion de la santé reste encore aujourd'hui mal comprise en France.

JV. C'est vrai que c'est complexe...

14. Alors que les anglo-saxons, les anglophones, canadiens et américains parce que les autres je ne les connais pas beaucoup, parlaient depuis longtemps de protection et

promotion de la santé. Le mot promotion de la santé apparaît dans un texte de mon patron début des années 70, 72 d'ailleurs je crois. Promouvoir la santé, ça apparaissait, l'idée de promouvoir la santé. Mais faire ce concept complexe avec ce seul terme, promotion de la santé, ça n'a pas été compris en France. Ça commence à l'être mais j'ai toujours regretté qu'il n'y ait pas eu de travail de terminologie, fait sur « comment va-t-on appeler ce concept relativement nouveau mais dont on parlait avant ».

JV. Qui a organisé Ottawa?

14. Ottawa? C'était l'OMS. Le ministère fédéral de la ... J'ai encore rappelé hier, j'étais à Mulhouse hier pour quelque chose sur la santé, inégalités sociales de santé et politique de la ville. Intéressant. Mulhouse c'est vraiment une des villes française où la santé publique est sur le terrain. ... Et donc j'ai rappelé ça justement pendant l'intervention que j'ai faite. D'autant plus que c'était un québécois qui parlait après moi. Il y avait 3 institutions qui co organisaient et co animaient la conférence d'Ottawa: l'OMS, le ministère fédéral de la santé canadien, et non pas québécois ou ontarien, c'était vraiment l'Etat canadien et l'association, mais je ne suis plus sûr de son nom exact, en gros l'association des professionnels de santé publique du Canada.

JV. Avec donc une grande prédominance du Canada?

14. Oui le Canada a été majeur mais ce que je disais hier, c'était que c'était intéressant de voir que **c'était à la fois une organisation internationale, un gouvernement et une association professionnelle**. Pour moi ça avait quand même du sens.

JV. Et finalement, on dit que l'OMS est lente etc. mais elle était précurseur là-dedans ?

14. Elle a été précurseur parce qu'il y a eu des gens comme Ilona Kickbush, comme Jean Rochond à Montréal, Québec, comme Bernard Pissaro en France qui ont, enfin je pense surtout à Ilona car elle, elle était à l'OMS, **je crois qu'on lui doit beaucoup**. Et je pense que même dans les très grosses institutions, ce sont les gens, c'est les personnes qui comptent. C'est les personnes qui font avancer l'institution et pas l'institution qui roule toute seule [rire]. Enfin l'institution roule souvent toute seule mais dans ce cas elle ne produit plus rien. C'est de la sociologie. Mais à **Alma Ata, par exemple, c'était l'OMS et l'Unicef, mais on était dans une posture très politique**. Le vice président de la conférence d'Alma Ata c'était Edouard Kennedy, le frère de Kennedy.

JV. Et on était à Alma Ata quand même...

14. Et on était à Alma Ata, en territoire soviétique à l'époque. **Donc c'est assez fantastique quand on pense aussi à l'histoire de la promotion de la santé, se dire que c'était un geste politique dans laquelle les pays du Sud avaient beaucoup joué, également, ce n'était pas seulement les Etats Unis Canada Europe... Les pays du Sud avaient beaucoup joué, la Russie, enfin l'Union soviétique avait proposé que ce soit sur son territoire, les Etats-Unis avait accepté d'en être vice-président, ça avait de la gueule**. Y'avait quand même quelque chose qui était en train de se faire et qui ne concernait pas seulement la petite santé publique rétrécie qu'on voyait encore à l'époque. Ça devenait un enjeu mondial...

JV. Mais Alma Ata c'est pas encore la promotion de la santé?

14. C'est pas encore la promotion de la santé, mais quand même si vous la lisez... Le terme n'apparaît pas. Le terme promotion de la santé n'apparaît pas dans la déclaration d'Alma Ata mais quand on la lit, euh, on la... elle est là dessous...

JV. Ce sont les premières grandes déclarations d'un projet sanitaire nouveau à l'échelle internationale?

I4. Je réfléchis. Y'a eu certainement des choses au cours des assemblées mondiales de la santé. J'ai par exemple, j'ai perdu malheureusement le papier original et c'était bien avant qu'il y ait du numérique... **J'ai souvenir d'une assemblée mondiale de la santé à Genève, dont le service de presse avait fait un communiqué qui s'appelait « Large mécontentement dans le monde des services de santé ».** Si j'ai bonne mémoire c'était en 1973. « Large mécontentement dans le monde au sujet des services de santé ». Et alors, c'était bah oui, les gens ne sont pas contents, ça ne marche pas. Ils ont l'impression que les soins qu'ils voudraient, ils ne les ont pas, que les professionnels de santé suivent leur chemin qui est textuellement, je cite textuellement, qui est très satisfaisant pour eux mais qui ne correspond pas du tout aux aspirations des populations. Enfin... Mais voyez, c'est pas un grand texte international, c'est un communiqué. Donc ça a du faire l'objet d'une discussion à l'assemblée mondiale de la santé. Et puis après c'est retombé d'ailleurs. Mais j'y ai souvent pensé à ce texte, et j'en ai encore un large extrait que j'avais repris pour moi dans des cours ou des interventions. On est vraiment, on sent Alma Ata, on sent Ottawa. Y'a vraiment une évolution. J'ai eu la chance de la vivre. En quelle année je suis arrivé en santé publique moi? Je suis rentré d'une coopération au Maroc en 65, je me souviens plus... En gros 67/68 mes premières activités de santé publique. Et à partir de là, sur la base de tout ce que me racontait mon patron sur ce qu'avait fait son propre patron. **Le patron de mon patron a été un des fondateurs de l'OMS. Il a été l'un des président de la société des Nations, qui avait précédé l'OMS avant la 2^{de} guerre mondiale et qui s'était sabordé pendant la guerre, et c'est lui qui a signé pour la France la constitution de l'OMS en 1945 à San Francisco ou à Paris je ne me souviens plus. Mais c'est lui, Parisot.** J'ai scanné un jour, à Genève d'ailleurs, un jour où je m'embêtais, on s'ennuie beaucoup dans ces réunions d'experts...

JV. Vous avez été dans les réunions des comités d'experts de l'OMS?

I4. Oui oui. Soit à Genève soit ailleurs ? Pas énormément parce que j'avais essentiellement mon travail d'enseignement ici. Mais enfin... Je m'ennuyais et j'ai été au service des documentations. Je ne sais plus ce que j'avais en tête mais j'ai demandé à la responsable les archives de l'acte de création de l'OMS et c'était absolument passionnant. J'en ai fait un petit article d'ailleurs. Dans « la santé de l'Homme », la revue du CFE à l'époque qui s'appelle maintenant « La santé en action ». Je préférais, comme tout le monde je crois, la dénomination d'avant. Sauf la directrice. Et j'ai trouvé les signataires de la constitution de l'OMS et Jaques Parisot, qui avait été le patron de mon patron. Je ne l'ai pas connu car il était en retraite et il s'était retiré dans le midi. Je ne l'ai jamais croisé mais mon patron m'en parlait énormément et c'était, vous parliez tout à l'heure de précurseurs, je pense que dès les années 1930, il a été ici, dans le département de Meurthe et Moselle, un précurseur. Il a vraiment fait des réalisations exemplaires. Enfin tout ça pour dire... Je ne sais plus pourquoi je vous ai parlé de Parisot, je pers le fil.

JV. On était sur Alma Ata. On en était à l'évolution.

I4. Je regarde ma montre. Est ce que vous voulez que je vous montre un power point que j'ai fait y'a pas très longtemps pour une intervention à Rennes à la Haute école de santé publique?

JV. Oui

I4. Venez avec moi

[Présentation du powerpoint et commentaires de JPD]

14. Bon alors, bon, voilà je parlais de cinquante ans et en 65 j'avais intégré l'Institut régional d'hygiène, siège de la chair d'hygiène et médecine sociale, ça s'appelait comme ça ne s'appelait pas santé publique à l'époque.

Voilà alors mon patron, je vous parlais de Jacques Parisot, avec donc sa signature pour la France alors c'était déjà à l'époque en anglais en français en chinois en russe et en espagnol. *Ad referendum* hein, ça veut dire quand un haut fonctionnaire signe un texte c'est sous réserve d'en référer à son gouvernement évidemment, donc il y a une formule de chancellerie..

Bon ça c'est une petite introduction sur une conception moderne, enfin ancienne de l'éducation pour la santé, ça vient du musée national de l'éducation, c'est une photo professionnelle, elle est posée d'ailleurs c'est pas très spontané mais enfin c'est intéressant quand même parce que ça remonte à beaucoup de choses. C'est une leçon d'antialcoolisme et la deuxième c'est la perte de la dignité, on dit « tiens c'est curieux il y a une réflexion éthique dans un truc qui doit dater des années 30 ».

Alors comment on en est arrivé là, dans quel contexte et par quel chemin : les années 60, le mouvement hippie, Woodstock hein, 80 km de New York, on est en plein mouvement hippie, alors les gens étaient surpris à Rennes qu'on montre cette photo... mais il était en train de se passer quelque chose, notamment au niveau de la jeunesse mondiale : 1963, la marche pour les droits civiques, Martin Luther King et le fameux discours I have a dream, c'était en 63, Joan Baez et Bob Dylan, en santé publique, on s'amuse hein (rires)

C'est pour élargir de vue, mais ça été très apprécié hein. Alors voilà deux personnes qui ont été emprisonnées parce qu'elles s'opposaient à la guerre du Vietnam hein, surtout Bob Dylan et Joan Baez ont été incarcérés aussi. Et voilà les années 60 alors en 63 à Nancy mon patron dans le bulletin du ministère de la santé publique écrit un papier qui s'appelle « action sanitaire et développement communautaire ».

Alors ça c'était déjà bien en 63 hein, c'était pas évident l'expression « développement communautaire » est entrée dans la langue internationale pour désigner « l'ensemble des procédés par lesquels les habitants d'un pays unissent leurs efforts à ceux des pouvoirs publics en vue d'améliorer la situation économique, sociale et culturelle des communautés, d'associer celle-ci à la vie de la nation et de leur permettre de contribuer sans réserve au progrès du pays ».

En 64 l'**Inserm** avec dès sa création, en fait il y avait quelque chose qui s'appelait Institut national de la santé je crois, qui avait été mis en place pendant le gouvernement de Vichy sous l'occupation, et l'INH voilà, sur les bases de l'Institut national d'hygiène et cette INH a été transformée en Inserm en 64. Et dès sa création Jannot Jaleux, qui était professeur de santé publique et médecin des armées, c'était un général, a créé, était devenu donc premier directeur de l'Inserm. Il a tout de suite créé une division par de la recherche médico-social. Avec ce commentaire : « le champ de la recherche médico-sociale couvre l'épidémiologie, l'étude des problèmes médicosociaux et la prévention des maladies et celle de la protection et de la promotion de la santé ». On est en 64, on est en France, il aurait pu parler des sciences humaines etc. à l'époque c'était pas encore là mais il parlait de protection et de promotion pour la santé.

Bon alors 1968 évidemment, Cohn-Bendit qu'on voit maintenant avec quelques années de plus, mai 68, mon patron Cénaud qui était très lié à Jaleux, est président du premier conseil scientifique de l'Inserm. Et on parlait de recherche hein, « la recherche menée dans les domaines biologiques et clinique fondamentale ne recouvrent pas l'ensemble des phénomènes qui définissent la maladie et la santé ; au concept

purement biologique se situe progressivement – c'est Cénau qui dit ça – une notion de dimension nouvelle ; du biologique on passe au biopsychosociale ». On est en 69. « Les psychologues et les sociologues ont montré les conséquences de l'urbanisation etc. »

« Le développement » [rire] peut être un petit coup de pied de **la SP de l'époque, peut être faut il reconnaître que les institutions de SP confondent peut être parfois recherche médico-sociale et recueil des informations sanitaires. C'est resté le problème de l'épidémiologie vue comme la base de... c'est important, c'est fondamental, mais ce n'est pas plus fondamental que les sciences humaines.**

On en est encore là à 5 fruits et légumes par jour. 5 fruits et légumes, on passe d'un constat épidémiologique à une injonction.

[Interruption]

14. En fait vous avez dit Woodstock tout à l'heure, non Woodstock c'était en 69 donc ça c'était le mouvement hippie en 63. Ca c'est le festival de Woodstock.

[Photo de l'OMS] Alors évidemment les gens rigolent parce qu'on est là dans quelque chose de très spontané et j'ai mis volontairement cette photo glaciale. Le bâtiment est quand même... même si depuis y a plus de verdure quand même. Le bâtiment de l'OMS, c'était pas au début quand il était tout seul, après ils ont construit des tas d'autres bâtiments derrière...

C'est là en 69 que je cite ce comité d'experts de l'OMS qui formule 3 objectifs de l'éducation pour la santé : modifier le comportement sanitaire de la personne et de la collectivité, c'était clair, et renforcer les comportements favorables pour l'existence. C'est intéressant, c'est la première fois qu'on disait « Mais attendez les gens ont aussi des comportements favorables pour la santé, donc au contraire on va les renforcer, les légitimer » ; Développer, alors là on parlait déjà d'autre chose, chez les personnes le sens des responsabilités pour leur propre santé et celle de la collectivité et leur aptitude à participer de manière constructive à la vie de la collectivité.

JV. C'est marrant car le mot responsabilité a été très critiqué par les sociologues. Il me semble que c'était ce type de discours qui était critiqué comme étant moralisateur et culpabilisant parce qu'on accusait les individus d'être responsables...

14. Oui oui. **Et ça dans l'article de 84 je l'évoquais aussi en disant « On a voulu que les gens soient responsables au sens pénal pratiquement du mot ». C'est-à-dire « vous avez mal fait, vous êtes responsables de votre santé, si vous avez un cancer du poumon c'est que vous avez trop fumé, on vous l'avait dit ». Donc c'était une inversion perverse de la notion de responsabilité telle qu'elle était là. Et c'est vrai. Mais ce qui était intéressant c'est que dans cette deuxième partie de la phrase, on évoque plus de santé, on parle d'aptitude : aptitude à participer à la vie de la collectivité. On parle d'un objectif de citoyenneté. On avait des enseignements très ouverts à Nancy, où les médecins étaient finalement minoritaires. Un jour un éducateur je crois, quelqu'un dans les sciences humaines me dit : « Vous êtes quand même gonflés les toubibs. Non mais pour qui vous vous prenez pour développer l'aptitude à participer à la vie de la collectivité ». Je lui ai dit « Oui oui, si on considère qu'on est le seul à faire ça oui on est un peu gonflé. Mais on y contribue, on y contribue par les moyens qui sont les nôtres dans la SP ». **Et alors le 3ème objectif ne parle plus du tout de santé mais par contre il parle de dignité. Et la dignité, elle réapparaîtra beaucoup plus tard avec les travaux de Mermot sur les inégalités sociales de santé et avec Jonathan Man créant des chaires de SP et droits de l'Homme dans plusieurs universités américaines.****

Ca vous ennuie que je vous dise tout ça ou ça va ?

JV. *ah non, au contraire, allez-y.*

[Interruption]

I4. Alors « Assemblée Mondiale de la Santé », c'est quelque chose qui n'a pas été diffusé, hein c'était... si, il a été diffusé aux participants, mais il n'a pas fait l'objet d'une publication. [Lit] : « Large mécontentement dans le monde au sujet des services de santé », alors j'en ai pris quelques phrases hein : « même dans les pays riches, les services de santé restent inaccessibles à une fraction importante des populations. »... bon en 2015, on n'a pas énormément progressé. « Ils sont incapables de répondre aux vœux des populations. Ils sont inaptes à combler les différences à l'intérieur d'un même pays, d'un groupe de population à un autre... » Quand on parle des inégalités sociales de santé aujourd'hui hein... « ...et, on relève le sentiment d'impuissance de l'utilisateur », c'était rare qu'on parle d'utilisateur à l'époque hein, l'OMS parle de l'utilisateur. « ...qui estime que les services de santé et professionnels de santé suivent leur propre voie qui est satisfaisant pour eux mais qui ne répond pas à ce que souhaite l'utilisateur et sur lesquelles il ne peut influencer. » C'était quand même vachement intéressant hein... euh... on était dans la préparation de...

JV. *Ca annonce Alma-Ata, complètement...*

I4. ... D'Alma-Ata hein, cinq ans plus tard, hein, oui.

Euh, bon **le rapport Lalonde** au Québec, ça aussi 74 hein donc à peu près la même époque et là dans toute la francophonie en tout cas ce sera un, il va faire **un buzz terrible** hein pour nous c'était euh, c'était le paradis quoi, **on allait tous voir au Québec ce qui se passait**. Et la promotion de la santé hein. Le document identifie deux objectifs dans le domaine de la santé : le système de soin de santé, hein qu'il fallait revoir, et la prévention des problèmes de santé et la promotion de la santé. 74... Euh... oui alors ça pour dire qu'il y a eu quand même **une Ministre de la Santé qui a essayé de bouger un petit peu les choses...**

JV. *J'ai lu que du coup en fait elle avait, peut-être pas volontairement, mais que ça s'était surtout traduit par des campagnes publicitaires... ?*

I4. Oui, alors évidemment oui, mais c'était en 75. Elle a beaucoup basé son action sur des campagnes publicitaires, elle avait nommé son Délégué général du CFES à l'époque donc, Directrice du CFES, sa directrice de cabinet je crois, dont j'oublie le nom maintenant, et Marc Danzon était Délégué général adjoint. **Et ils ont fait de la télé hein et ça a été les premières campagnes sur le handicap, sur le tabac bien sûr et aussi sur le handicap**, et c'était, bon, je dis à l'époque, je comprends qu'ils aient fait ça et ce que je vois de positif dans ce qui a été fait, c'est que ça a donné une légitimité à l'éducation pour la santé, ça a donné des moyens au Comité français d'éducation pour la santé, ça a boosté un peu le réseau des comités départementaux et régionaux d'éducation pour la santé, et, dont l'action bah euh évidemment contrebalançait le fait que oui, le Ministère de la Santé faisait sa communication à la télé avec des spots télévisés. **Donc je suis moins sévère parce qu'ils ont, à partir de ce qui se faisait à l'époque, de ce qu'ils ont fait, qui était encore des méthodes traditionnelles, y a eu quand même un effet de légitimation de ce qui se faisait sur le terrain.**

Alors voilà, Alma-Ata, avec Ted Kennedy [*commente l'image*] alors il est, y a un décalage parce que le Directeur de l'OMS c'est lui, c'était un Autrichien, Mahler, et donc qui représente l'OMS, et puis la c'est le frère, frère Kennedy.

Et donc **Alma-Ata**, y a quand même, là j'avais repris deux-trois phrases simplement d'Alma-Ata : « au niveau de santé le plus élevé possible suppose la participation de nombreux secteurs socio-économiques autres que celui de la santé. » **Ca prépare quand même bien cette fois-ci Ottawa**, hein. « Les inégalités flagrantes dans la situation sanitaire des peuples sont politiquement, socialement et économiquement inacceptables. La promotion de la santé des peuples sans la condition sine qua none d'un progrès économique et social (...) tout être humain a le droit et le devoir de participer individuellement et collectivement à la planification et à la mise en œuvre des soins de santé qui lui sont destinés. » C'était important de rappeler ça parce que, pour la plupart des gens en santé publique, Alma-Ata c'est les soins de santé primaire. Alors ok, d'accord, d'ailleurs c'était pas les soins de santé primaire, c'était la stratification de trois niveaux de soins, dont les soins de santé primaire et ils oublient que y a tout un entourage de cela où **on sent bien le lien entre ce qui s'est passé avant et puis ce qui se passera avec la promotion de la santé**. Bon j'ai pas le temps de vous embêter avec ça, la justice sociale d'Alma-Ata, qui apparaît dans les Conditions fondamentales de la santé de la Charte d'Ottawa.

J.V. C'est pas anodin que ce soit pas loin de ce que va raconter Rawls ? Sur la Théorie de la justice sociale ?

14. Oui alors on est tout à fait dans la Théorie de la justice sociale de Rawls. Bon alors **la participation, l'aptitude des collectivités à participer, l'auto-responsabilité de la collectivité etc., bon d'accord, mais tout ça c'était déjà dans Alma-Ata**. Et ça c'est notre premier bouquin de santé publique, le premier bouquin un peu moderne de santé publique qui a été écrit en France, dont le premier signataire est Jacques Monier, *Santé publique : santé de la communauté*. Bon alors on était, y avait Fabri, de Lyon, y avait Michel Manson qui était Professeur de pédiatrie à Nancy mais qui avait fait partie de l'ENS aussi, Anne-Marie Rimbaud c'était le Centre International de l'Enfance bon bref...

Euh, en 80, voilà aussi un changement hein quand même pour ce qui concerne la France en tout cas là, on n'est plus l'OMS, mais enfin euh. C'est un changement politique intéressant, « quand on soigne les riches mieux que les pauvres » disait le --- de l'époque... moi je dis que ce n'est pas juste, il avait raison, mais on pourrait l'interroger post-mortem sur le bilan, c'était pas terrible. Mais, malgré tout y a eu des choses, très bon Ministre de la santé, Jacques Ralite, hein qui était vraiment excellent. Il a essayé de faire bouger les choses avec son directeur de ---

[interruption]

14. **En 85, c'était avant la Charte d'Ottawa, l'OMS avait organisé à Nancy un comité d'experts qui s'appelait « Ethique et promotion de la santé »**. C'était quand même étonnant... avant Alma-Ata hein... ça sur le plan historique euh, sur le moment ça m'a pas paru un événement historique mais en reprenant je dis « mais bon sang on a fait ça ? » On a proposé à l'OMS de faire ce comité d'expert, de le tenir à Nancy, alors qu'on parlait pas encore de la Charte d'Ottawa, c'était quand même très curieux.

J.V. On en était quand même pas loin...

14. On en était pas loin, hein, on en était pas loin. Le Centre collaborateur de l'OMS pour la Santé dans la Communauté, c'était à Nancy hein, mais avec des gens vraiment, on travaillait sur les inégalités en matière de santé, les aspects éthiques avec ATD Quart Monde. Alors bon puis à partir de là, y a plus de problème, alors oui je l'ai mis en anglais, parce qu'ils se sont plantés quelques fois dans la traduction... euh... où est-ce-qu'ils se sont plantés, je sais plus, y a un truc qui m'avait choqué, euh bon

j'ai préféré garder l'original... Voilà bon, on va pas prendre en compte des tas de... après c'est ce qui s'est passé, l'INPES...

[Discussion pratique autour des documents, recherche d'éléments, textes fondamentaux]

14. Il y a un texte qui est en ligne où vous trouverez peut-être des choses qui vous intéresseront, qui s'appelle *Pour une relecture de la Charte d'Ottawa*.

J.V. Celui-là, je l'ai lu. Je l'avais déjà lu il y a quelques années et quand j'ai compris que j'allais vous rencontrer, je l'ai relu.

14. Ah d'accord, bon. Alors ça, vous voyez, c'est très antérieur, ça date de 84, alors c'est une revue professionnelle de médecins, pour la petite histoire, en 81, quand **la Gauche est arrivée au pouvoir**, les médecins bon en majorité médecins libéraux se sont inquiétés en disant « on va nous étatiser » comme ils disaient à l'époque etc.... et donc les revues médicales ont voulu se mettre dans les bonnes grâces du nouveau gouvernement en faisant des numéros sur la santé publique. Bon je pense que jamais « La Revue du praticien » - ça s'appelait comme ça - n'aurait voulu faire un numéro de santé publique et ce numéro a été coordonné par Jacques Monnier, ils ont demandé à Monnier de le coordonner, qui s'est tourné vers moi évidemment pour écrire l'article sur l'éducation pour la santé. **A l'époque, je revenais du Québec à ce moment-là et j'avais fait pas mal de bibliographie nord-américaine et je m'en suis beaucoup inspiré finalement.** Et alors ça arrive encore aujourd'hui qu'il soit cité d'ailleurs, parce que les gens l'ont reçu un peu comme quelque chose qu'ils attendaient... vraiment, les gens se sont dit « mais c'est ça qui est en train de se passer en ce moment », beaucoup me l'ont dit à l'époque... Bon je vous laisse celui-là, puisque, voyez, j'en ai un...

J.V. : [à propos d'un « Que sais je »] Ca me rappelle celui d'Etienne Berthet, Information et éducation sanitaire...

14. Etienne Berthet, oui, c'était un type délicieux, mais bon, **de l'ancienne école**, mais vraiment très chouette, moi j'ai adoré. Il était Directeur du Centre international de l'enfance, il était pneumo-physiologue et on arrive toujours aux mêmes schémas... mais c'était la vieille école, mais qui laissait les jeunes, qui encourageait les jeunes à faire autrement, hein c'était pas toujours le cas des patrons...

[Courte interruption de la conversation]

J.V. Pourriez-vous me raconter un peu votre parcours ? Par quoi vous avez commencé, quelles études vous avez faites, que j'aie une idée... ?

14. **J'ai fait des études de médecine, à une époque où la spécialité de santé publique** n'existait pas d'ailleurs, enfin j'ai fait des études de médecine, avec ... sans projet précis ni orientation médicale particulière hein. Et j'ai, il se trouve que j'ai eu la chance d'avoir très très tôt l'internat des hôpitaux, d'être admis au concours d'internat des hôpitaux, j'étais en quatrième année. Et, quand on est interne des hôpitaux, on choisit des postes en fonction du rang de classement et bon, j'étais bien classé d'ailleurs, et euh pour avoir encore des meilleurs postes, donc, donc avoir une année de recul, j'ai résilié mon contrat et j'ai été faire **un service militaire en coopération avec le Maroc...** en 64-65... et bon je faisais de la **médecine militaire**, bon ça c'était pas passionnant, mais ça m'occupait à mi-temps et donc l'autre mi- temps j'ai été proposé mes services à la fac de médecine de Rabat pour faire des **enseignements de biologie**, (*s'en amuse*) donc on était loin de la santé publique, on était vraiment dans la biologie, parce que j'avais été, j'avais eu, à l'époque on pouvait faire des postes d'assistant très très tôt, donc j'avais été assistant de biologie depuis ma

troisième année de médecine. Et puis, donc ça m'a fait toucher du doigt l'enseignement et surtout j'ai pris des gardes et j'ai été pas mal dans les hôpitaux civils marocains, en particulier le CHU de Rabat. Et c'est là où vraiment j'ai pris en pleine figure le fait que, cette médecine moderne - le CHU c'était un bâtiment magnifique, c'est toujours d'ailleurs aujourd'hui, c'était vraiment un service de santé, ça marchait bien, y avait des gens extrêmement compétents - et je me disais « mais... », je voyais des gens qui arrivaient, y avait ma femme qui était médecin aussi, qui prenait des gardes aux urgences, moi aussi je prenais des gardes de nuit aux urgences et on se disait : « mais, c'est pas ça, c'est pas ça qu'il faut pour soigner ces gens-là » et quand on allait, alors-là, se promener des weekends dans le pays, un petit peu à l'écart des routes et qu'on voyait des petits centres de santé dans les zones rurales ou rien du tout, des gens qui nous demandaient un cachet d'aspirine... bon, je me suis dit : « y a quelque chose qui colle pas dans la médecine qu'on fait. Y a un gap, y a plusieurs degrés de différence entre la médecine qui est pratiquée et la façon dont les gens vivent ce pour quoi ils viennent à l'hôpital, ce pour quoi ils sont malades, bon. Et à l'époque alors, j'avais été le premier coopérant euh dans notre groupe, on avait fait tout un groupe de copains des mêmes promotions de médecine à la fac et plusieurs m'ont suivi et sont venus en coopération au Maroc. **On a discuté, on a refait le monde. Et on a décidé qu'on ferait pas de la médecine classique, quoi. Et qu'on ferait plutôt des choses qui s'orienteraient vers la santé publique.** Alors parmi nous y en a qui ont fait vraiment une carrière de santé publique, d'autres qui ont fait une carrière de médecin généraliste mais complètement tournée vers une optique de santé publique et donc, quand je suis rentré en France, le premier stage d'internat – j'avais fait un stage d'internat juste avant de partir, en maternité, mais ça n'avait rien à voir, c'est simplement pour dire que j'avais fait des accouchements, mais j'avais pas du tout l'idée d'être pédiatre à l'époque. **Non, quand je suis rentré en France, j'ai été en pneumo-phtisiologie en me disant, y avait pas de filières d'internant en santé publique,** on ne faisait que de la clinique hein, quand on était interne, ou pas interne hein, mais étudiant en médecine de base, on ne faisait que de la clinique, aucun stage en santé publique, y avait pas de possibilité d'internant, y avait pas de... donc euh j'ai été - pour la raison que je vous ai dite tout à l'heure - en santé publique, parce que la plupart des gens que l'on voyait en France et qui s'intéressait à la santé publique au niveau universitaire était des pneumo-phtisiologues, dont mon patron, le Professeur Seneau. Et c'est là que patron de pneumo m'a dit : « mais si tu veux faire de la santé publique, va faire de la pédiatrie ». Et là j'ai, alors j'ai passé des années extraordinaires en service de pédiatrie, vraiment j'en garde encore des souvenirs émus, du contact avec les petits, j'avais fait surtout de la pédiatrie du nourrisson.

J.V. vous étiez à Paris ?

14. Non j'étais à Nancy. J'en garde encore un souvenir ému aujourd'hui : le contact avec les parents, le soin du petit enfant. J'ai beaucoup travaillé avec des psychologues des services notamment sur le problème du handicap ; c'était le début de la médecine néonatale et la médecine néonatale, elle réussissait pas à tous les coups, y avait des enfants qui sortaient avec d'énormes séquelles psychomotrices... Bon j'ai pas mal travaillé là-dessus et puis bon il se trouvait que mes deux patrons du service de pédiatrie étaient extrêmement ouverts à **ce que l'on appelait alors « la pédiatrie sociale », on n'en parle plus tellement aujourd'hui,** mais à l'époque c'était une vision globale de la pédiatrie, c'était pas uniquement le soin curatif à l'enfant. Nos patrons nous encourageaient à utiliser nos après-midis pour aller faire par exemple des consultations de protection maternelle et infantile, à sortir de l'hôpital, à ne pas rester pendant trois ans de spécialité à l'époque, ne pas rester uniquement dans les murs de l'hôpital. Et ça c'était exceptionnel, j'ai eu une chance folle. J'ai eu plein de chances ; la première chance, c'est ce patron de pneumo qui m'a dit : « je veux bien que tu restes

chez moi, mais je te conseille plutôt d'aller en pédiatrie » et puis les patrons de pédiatrie extrêmement ouverts, qui m'ont favorisé par exemple le contact avec le **Centre International de l'Enfance**, qu'il connaissait et où j'ai été tout de suite très très bien accueilli. Un interne des hôpitaux qui voulait faire de la pédiatrie sociale, les gens m'accueillaient les bras ouverts quoi, parce que c'est vrai que l'internat des hôpitaux c'était de la clinique... Donc euh, petit à petit, mes patrons de pédiatrie m'ont laissé de plus en plus de temps pour m'occuper de santé publique. Comme c'était la bi-appartenance qui existe toujours aujourd'hui : mi-hôpital/mi-faculté.

[Interruption]

14. Donc progressivement je suis rentré dans la santé publique par l'enseignement finalement, beaucoup dans l'enseignement de pédiatrie sociale.

JV. Du coup dans la même faculté de Nancy ?

14. Oui. Aux futurs pédiatres et de plus en plus d'enseignement de santé publique dans cet institut d'hygiène de médecine préventive, je ne sais pas comment on l'appelait à l'époque... Mais je suis resté très très longtemps en pédiatrie, j'ai fait dix ans finalement en pédiatrie, comme interne, puis comme chef de clinique. Mais au bout de trois-quatre ans, toute la partie universitaire était en santé publique. Donc j'ai eu la chance d'avoir vraiment de bons patrons de pédiatrie, un bon patron de santé publique qui m'a laissé faire tout ce que je voulais, alors lui m'a laissé vraiment carte blanche. Lui n'était pas intéressé par l'enseignement, c'était un homme de relations internationales ; il était l'élève de Jacques Parisot, il avait été le principal élève de Jacques Parisot donc l'un des créateurs de l'OMS et pour lui alors bah l'Assemblée Mondiale de la santé, les comités d'experts, finalement il adorait ça et ça m'a beaucoup nui sur le plan universitaire d'ailleurs, parce que, comme il faisait pas d'enseignement, dans les Conseils de faculté, il avait pas besoin d'un agrégé, il faisait pas d'enseignement alors il avait pas besoin d'un agrégé alors je me tapais justement tout l'enseignement. J'ai eu cette chance aussi de côtoyer le Centre International de l'Enfance, j'y travaillais à mi-temps même pendant quelques temps, en habitant à Nancy, et d'avoir une activité considérable dans les pays en développement, puisque le CIE était beaucoup tourné vers l'Afrique, l'Amérique latine et vers l'Asie, ce qui m'a fait orienter une grande partie de mon activité d'enseignement vers « santé et développement ».

JV. Et du coup, quand vous interveniez dans les PED, c'était quoi, quel type d'intervention ?

14. La plupart du temps c'était de la **formation de personnel**, mais c'était souvent de l'**expertise** aussi, de la participation à des programmes existants ou des lancements de programmes avec des gens sur place alors c'était fantastique de travailler...

JV. Avec des programmes du CIE ou pas forcément ?

14. Le CIE intervenait plutôt en soutien à des programmes montés localement, le CIE n'arrivait pas avec ses programmes, ça aurait été totalement contraire à son éthique, à sa pratique. Non c'était donc soutenir des programmes, soit ponctuellement, soit dans la durée. J'ai travaillé pendant vingt-deux ans au Vietnam et la coopération continue, moi ça fait 14 ans que je suis rentré, mes successeurs continuent de travailler au Vietnam. Y a eu une coopération vraiment au sens vrai du groupe. Alors quand je dis, j'ai travaillé au Vietnam, on était une équipe et y avait pratiquement tout le temps quelqu'un sur le terrain, moi j'y allais trois-quatre fois dans l'année, au Laos également. Et finalement on a formé énormément de gens des pays du Sud, on a créé un enseignement à distance. Pas forcément des professionnels de santé publique, on pouvait former alors des professionnels de santé publique, mais aussi des

professionnels de santé tout cours, alors euh on avait des choses qui s'adressaient aux juges d'enfants par exemple, on travaillait avec des architectes, **ça nous est arrivé de travailler avec des architectes et de former des architectes aux besoins de l'enfant pour construire des écoles, dans la conception d'école... Beaucoup avec des enseignants, avec des juges d'enfants...** ça c'était vraiment la fonction du Centre International de l'Enfance, c'était extraordinaire pour ça, parce que c'était très ouvert, c'était vraiment « l'enfant », c'était pas le Centre International de la santé de l'enfant, hein c'était l'enfant dans tous les domaines et tout le monde travaillait ensemble avec les enseignants, les juges d'enfants, les architectes. Après, j'ai jamais quitté le CIE, mais il a été dissous pour des raisons financières par le gouvernement Jospin dans le début des années 80, la vraiment ça a été un scandale. Le CIE était un organisme particulier, y en avait pas d'autres comme cela, c'était une sorte de fondation de Robert Debré, quand son fils Michel était Premier Ministre, ça aidait ; Robert Debré qui a été le grand patron de la pédiatrie française. Et donc c'était quelque chose qui s'occupait de protection et beaucoup de social, qui était financé par le Ministère des Affaires étrangères, y avait pas de ligne au Ministère des Affaires étrangères en comptabilité pour des choses comme ça et finalement bon y a eu deux ou trois choses, deux ou trois problèmes de gestion et le Ministère des Affaires étrangères en a profité pour dire on arrête... Alors du coup, le Vietnam, ça a été, sur vingt-deux ans de coopération, ça a été un an avec le CIE ou deux ans avec le CIE et après c'était notre équipe de Nancy, mon équipe à Nancy, qui signait les contrats, donc l'université.

JV. Mais quand vous dites l'Université de Nancy, c'est l'Université de médecine ?

14. Non, maintenant c'est l'Université de Lorraine, c'était l'Université de Nancy 1, puisqu'en 68, l'Université de Nancy avait été coupée en trois : Nancy 1, Nancy 2 et l'Institut National, l'INP, je sais plus, c'était les Grandes Ecoles de Nancy y en a pas mal... Donc c'était, nous on était l'université scientifique par rapport à l'université juridique et littéraire, qui était Nancy 2. C'était sciences, médecine, pharmacie, dentaire... Les sciences sociales étaient à Nancy 2. **La formation de santé publique quand je suis arrivé, c'était uniquement pour les étudiants en médecine.** Et très vite on a élargi, c'est moi qui ai lancé cette dynamique, en profitant d'une disposition du gouvernement de gauche qui elle était bonne, ils ont pas fait que des conneries, en liquidant le Centre International de l'Enfance... y a eu l'un des frères Schwartz qui a créé le concept de formation continue et de financement de la formation continue, ce qui nous permettait de délivrer, d'organiser des formations ouvertes à des professionnels de tous les domaines qu'on voulait sans avoir besoin du financement de l'université, qui n'existait pas quoi, on n'avait même pas de quoi faire des cours corrects aux étudiants en médecine. Et ça nous a permis donc d'élargir la formation de santé publique à des gens qui... y avait des auxiliaires, beaucoup de gens du social, des infirmières, des éducateurs spécialisés, des prêtres chargés de la pastorale de la santé dans leur diocèse... et puis, petit à petit, des gens qui sont venus de l'étranger, souvent des gens que j'avais connus en Afrique, en Asie... Donc on a fait tout **un ensemble de formations, qui était des diplômes d'université à l'époque ouverts à des non-médecins, ça a été très mal vu par le Conseil de faculté,** y eu un doyen (...) : « ouvrir la faculté a des gens qui sont pas médecins », ça a été vu comme un scandale et j'ai eu vraiment le soutien d'un doyen qui était très curieux, un type toujours très agressif, un peu rogue, un peu dur dans les conversations qu'on pouvait avoir, bon il donnait l'impression d'être pas sympa. Je me souviens qu'un jour, je le croise dans un escalier à la fac, on se dit bonjour, puis il me dit : « Deschamps, tu fais tout ce que tu veux, je te laisse faire tout ce que tu veux. Y a une chose qu'il faut que tu saches, c'est que tu pourras jamais m'insulter. – je lui dis merci Monsieur le Doyen, je m'en occupe. Et on s'en est sorti hein et y avait une forte demande et on était les

seuls à faire ça. Alors les gens venaient, c'était toujours des enseignements modulaires, et puis alors y avait toute une série de modules avec un tronc commun et ensuite une orientation vers telle ou telle université : politiques européennes de santé, santé et développement. Les Africains sont venus, des gens sont venus de partout en France pour une semaine de modules et ce sont ces étudiants, qui étaient pour la plupart des professionnels d'ailleurs, qui nous ont dit : « mais est-ce-que vous pouvez pas faire quelque chose a distance, monter un enseignement a distance », ce qui est aujourd'hui la seule forme de l'enseignement d'ailleurs qui se fait, sauf pour les étudiants en médecine, donc on a à certains moments, on avait, tout diplômes confondus, on avait mille inscrits quoi par an donc dans une toute petite école de santé publique, **puisque le département de santé publique a été autorisé à s'appeler Ecole de Santé publique**, c'est toujours le cas aujourd'hui, on est l'une des seules, peut-être la seule qui s'appelle Ecole de Santé publique, qui n'est pas universitaire.

JV. Du coup, vous avez arrêté la pédiatrie clinique ?

I4. J'ai continué presque jusqu'à ma retraite à faire un tout petit peu de pédiatrie, alors j'avais eu d'autres centres d'intérêt que les pays en développement, en particulier la santé des adolescents, parce qu'on m'avait demandé d'être pédiatre d'un foyer de jeunes mères adolescentes ici a Nancy. J'y suis resté vingt ans, mais c'était trois heures par semaine, mais ça je l'ai gardé presque aussi jusqu'à ma retraite, donc j'ai toujours eu ce contact avec des adolescentes et avec des nourrissons. Et à la fin, j'ai arrêté car j'étais quand même moins au courant des innovations médicales, encore que c'était des enfants en bonne santé. Et quand ils étaient pas en bonne santé, c'est parce que la maman n'allait pas et c'est comme ça que je me suis occupé d'adolescentes et ça relevait pas d'un médical au sens strict, c'était des problèmes de santé des adolescentes, un mal-être accentué par le fait qu'elles avaient eu un bébé a 14 ou 16 ans.

JV. Alors si vous avez encore un tout petit peu de temps, je voudrais vous poser une question : à quoi sert l'OMS ? A votre avis, je vous demande votre avis...

I4. L'OMS a joué des rôles importants dans le, par exemple dans le règlement sanitaire international, dans euh... bon j'ai du mal avec eux, ces dernières années elle m'a beaucoup déçu, je pense parce que les derniers directeurs/directrices n'ont pas été à la hauteur hein, je vous parlais de Jonathan Mann tout a l'heure, il est parti parce qu'il était en conflit avec le directeur de l'époque. **L'OMS, j'ai plutôt maintenant, avec le recul, une vision négative. Y a énormément d'expertises en Afrique, j'ai connu beaucoup de représentants de l'OMS en Afrique ou d'experts et j'ai été moi-même en missions d'expertises pour l'OMS et j'ai été quand même déçu par la superficialité...**

JV. Vous avez fait beaucoup d'expertises pour l'OMS ?

I4. Oui, au Maroc essentiellement, où la j'avais du coup acquis euh... j'ai travaillé sur la durée quoi avec des gens du Ministère de la Santé, sur la santé scolaire euh sinon ça a été des choses plus ponctuelles : une expertise sur la santé des adolescentes, en Allemagne de l'Est a l'époque, la RDA, euh des missions OMS euh où est-ce-que j'en ai faites... Non mes missions elles ont été surtout avec le Centre International de l'Enfance, dont l'OMS était partie prenante, enfin des représentants (...) mais j'ai du mal à... j'ai vu surtout les aspects négatifs de l'OMS, je pense qu'y avait des aspects positifs, j'ai connu des gens remarquables dans le domaine de la santé de la mère et de l'enfant, par exemple, qui ont certainement fait avancer les choses et puis sinon aujourd'hui, bah je sais pas, j'ai pas de (...). On a parlé aussi des scandales dans lesquels elle a été impliquée avec l'industrie pharmaceutique, avec les vaccins, pas mal de choses... Mais ceci étant je pense que, au moment où elle est née, elle a fait

du bon boulot, il faut quand même savoir que c'était en 45, même si elle a ouvert en 46, mais sa création date de 44-45, c'était nécessaire de rassembler les pays du monde sur des bases consensuelles et l'OMS a été la première des institutions spécialisées des Nations Unies, y a eu l'ONU, le Conseil de sécurité et l'OMS. Et l'OMS a été créée parce qu'elle avait pas du tout de lien avec son ancêtre, la Société des Nations, à San Francisco au moment de la création de l'ONU et du Conseil de sécurité, parmi les interprètes, des diplomates, y avait pas encore beaucoup de gens polyglottes trois des interprètes étaient en fait des médecins et ce sont ces trois médecins, qui se sont dit : « mais pourquoi, dans le cadre des Nations Unies, on ne ferait pas quelque chose... ».

1.5. Interviewé(e) 5

Il/elle a travaillé pendant longtemps au Bureau régional Afrique de l'OMS. Il/elle est considéré(e) comme un « défenseur » de l'éducation sanitaire ; il/elle m'a été désigné(e) comme tel par mon directeur de stage, et se revendique lui/elle-même ainsi.

[Présentation de l'étude]

[A propos du changement de discours à l'OMS] : « c'est vraiment un discours, terminologique (petit rire) ».

JV. A qui répond l'OMS ?

15. « A personne... Le problème c'est que je peux vous dire, elle ne répond à personne maintenant... **ils sont entrain de revenir.** »

J. Ah bon ils reviennent à l'ES ?

15. **Pas à l'OMS, mais les pays même européens. La Suisse y revient...** Et c'est pas pour rien, pour changer le nom, mais dans les activités, parce que dans les pays c'est tellement différent, surtout au niveau des pays européens. Dans le temps il y avait des structures bien organisées dans les pays de l'Est, URSS, Yougoslavie surtout, Pologne... Il y avait des instituts d'éducation sanitaire, avec de la recherche etcetera. Ca existe encore, même en Allemagne il y a un institut d'éducation, le Centre d'éducation sanitaire de Cologne. Bon en France ça continue il y a toujours un institut avec tous les comités français, INPES... Et ça malheureusement c'est le propre des pays francophones. **Il y a une dichotomie entre les pays anglophones et les pays francophones. Dans les pays francophones, en général, on parle d'avantage d'éducation sanitaire... pour la santé, sanitaire, etcetera.** Vraiment, dans des programmes qui visent à, des programmes qui ne sont pas toujours bons, mais l'esprit c'est de changer, d'améliorer les comportements de la population etcetera. Par contre dans la sphère l'éducation, c'était curieux, même aux Etats-Unis où a été créée l'éducation sanitaire, elle continue d'être appelée de la sorte, même dans la société SOPHE (cherche ses mots : la société...), SOPHE ORG⁸⁹⁹... Tout ce qui se passe aux Etats-Unis autour de l'éducation sanitaire.... Bon, il y a des organismes indépendants qui s'appellent « health promotion », comme même au CDC on parle de « health promotion » d'avantage, parce que on va y revenir c'est la partie politique d'avantage (répète). Mais les structures « éducation sanitaire » qui prévalaient dans tous les pays, ça continue d'exister à différentes degrés d'importance ; les uns sont renforcés, les autres ne le sont pas et en parallèle il y en a d'autres qui sont créés comme « health promotion » / promotion de la santé ». **Pour moi c'est un faux problème, c'est vraiment une question, pour vous la faire courte, ce sont des ... c'est une... c'est un travail intellectuel de certaines personnes, dans certains pays, qui ont voulu créer quelque chose de nouveau pour eux-mêmes et pour leurs institutions ;** et ça ils ont eu un certain succès pour la terminologie ça va, moi je ne rejette pas parce qu'il faut vivre avec (rire), mais personnellement c'est l'inverse qui... parce que promotion de la santé, c'est la santé (rire). **Quand vous parlez de promotion de la santé, les gens ne comprennent rien. Bon parce que c'est un but, c'est le but**

⁸⁹⁹ Society for Public Health Education : <http://www.sophe.org/>

final de promouvoir la santé de la population, mais c'est pas une discipline. Ça peut pas être (rire), en principe ça ne peut pas être une discipline toute seule parce que, à la fois but et discipline, ça ne peut pas ensembles.

JV. C'est vrai que la terminologie c'est compliqué, aussi entre éducation sanitaire, éducation pour la santé, éducation à la santé...

15. Y a des gens qui ont déformé la définition du mot « éducation » pour pouvoir expliquer que la promotion c'est le terme exact. Alors que éducation, il suffit d'ouvrir le dictionnaire, que ce soit en anglais ou en français, c'est un changement, et le changement ne peut pas se faire tout seul, **il a besoin de l'apport individuel, de l'action individuelle bien sûr, mais ça ne sert à rien l'action individuelle s'il n'y a pas l'action politique, l'action sociale...**

JV. Je croyais que l'éducation sanitaire c'était plutôt axé individus...

15. **Non, pas du tout. C'est pourquoi je vous ai parlé de ces comités d'experts d'origine, à l'OMS, qui ont souligné la même chose que vous lisez sous « promotion de la santé ».** Et moi-même quand j'étais en Master en Public Health à l'Université de Berkley dans les années 60, en 69-70-71, jusqu'à début 71... je travaillais sur le planning familial à l'époque en Tunisie, et un des cours que j'ai pris et les documents que j'ai préparé, c'est comment sensibiliser le politicien (rire). Parce que c'est un point de départ, les politiciens et les leaders nationaux et locaux... **on est en plein dans la « promotion de la santé » mais c'était de « l'éducation à la santé »** (rire). C'est très simple. Une autre image pour comprendre : **promotion de la santé, c'est toute la santé sauf la partie pratiquement curative, quant on est entrain de sectionner ou de disséquer si vous voulez, en général... tout le reste c'est « promotion de la santé », « santé publique », tout ça a exactement le même but.** Alors que l'éducation, elle a une fonction précise, c'est d'agir sur les comportements, sur les individus, les connaissances, les comportements, par le biais d'actions multiples qui nécessitent l'action politique... C'est aussi simple que ça bon dieux.

JV. Alors si ce serait simplement certaines personnes dans certains pays qui auraient voulu faire plaisir à leurs institutions...

15. Bien sûr !

JV. Mais à l'OMS...

15. Il y en a eu, il y en a eu plusieurs...

JV. A l'OMS, pourquoi cette adoption de la promotion de la santé si c'est la même chose.

15. En bien... je n'étais pas ici, parce que dans les régions de toute façon, même si les régions parlent aussi de promotion de la santé, dans leurs actions ça utilise toujours l'éducation sanitaire et c'est centré sur l'action « éducation sanitaire », des programmes nationaux, des politiques nationales d'éducation sanitaire et de promotion de la santé, mais quand on dit politique on est en plein dans de la promotion de la santé. Et par exemple les déterminants de la santé, ils voudraient réduire la promotion de la santé aux déterminants de la santé dernièrement, mais (rire) c'est pas incorrect d'un point de vue des termes, mais le déterminant c'est une partie de l'action de promotion et d'éducation pour la santé. Pour agir sur les comportements, on doit étudier tous ces déterminants de la santé... au niveau national, action politique, déterminants de l'environnement, déterminants sociaux... parce que un comportement qui n'est pas solidifié par l'action collective et politique, ça ne dure pas (rire).

JV. Vous voulez donc dire que dès le début dans l'éducation sanitaire il y avait une prise en compte de l'influence du social sur les comportements ?

I5. Absolument. Partout dans les comités d'experts, vous pouvez revoir, c'est bien expliqué, dans chacun d'entre eux, et l'un d'eux c'est la formation des politiques et des programmes nationaux, c'est l'un des comités d'experts. **Bon alors ça a commencé avec, je crois, l'action, quand le Dr Malher était ici, il y avait Madame Kickbusch à EURO, je crois avec beaucoup, énormément de (hésitation).... De réseautage etcetera. Et avec l'appui du Dr. Malher, parce que je crois que ce sont des gens qui se connaissent (rire), ça a facilité les choses.**

JV. Pourquoi étaient ils, à votre avis, favorables à l'adoption de la promotion de la santé ?

I5. Parce que...Je lui ai dis (parlant de I. Kickbusch), que c'est bon ce qu'elle fait, mais que **ça reste au niveau virtuel** (rire). Si on n'agit pas un peu plus bas ça ne sert à rien (rire), **c'est de la philosophie !** (*Temps de silence*) Pourquoi, c'est très simple. Parce qu'il se sont appuyés, la plupart du temps, ils ont déduit que les programmes d'éducation sanitaire dans les pays ne donnent aucun résultat. Mais ça va de soi, s'ils sont mal planifiés (rire). Et s'ils sont limités dans le temps. S'ils sont axés sur l'hygiène (rire), se laver les mains et tout ça, uniquement, ça peut pas durer ! C'est pas ça qui va changer les choses. Alors ils ont, c'est cet argument là qui a été pris.

JV. Oui j'ai lu des arguments comme ça. Justement à propos de cette question de résultats. Mais il y quand même eu, à l'OMS, une division de l'éducation sanitaire dès 1948 et...

I5. Dès 1948, les deux premières divisions qui ont été créées sont les divisions de l'éducation sanitaire. Et c'est resté la même, c'est une dame américaine qui a pris cette division jusqu'à... ce devait être en 75. C'est pas du jeu (rire). **Ca a existé jusqu'en 1984 pratiquement.**

JV. Alors pourquoi tout d'un coup on s'intéresse aux résultats de l'éducation sanitaire ? Est-ce un changement dans les exigences des Etats ?

I5. Non, non. Bon, tout le monde dit qu'on doit **avoir des indicateurs pour mesurer**, mais c'est normal. Mais le problème c'est que quand c'est mal planifié, quand on demande à un groupe de faire un programme d'éducation sanitaire sans **planification**, il ne peut pas mettre des indicateurs, il ne peut pas avoir de résultat ! Bon dans un temps on constate qu'une campagne d'éducation, avec leur bureau et ceci et cela, elle a réussie ; mais elle a réussie dans un temps court, pour une durée déterminée, ça ne peut pas durer !

JV. Il me semble que la promotion de la santé a le même problème avec les indicateurs ?

I5. Ah mais bien sûr ! Parce qu'ils ne sont pas (rire), parce qu'on n'essaye pas de choisir des indicateurs, de sélectionner plutôt, parce qu'il y a plusieurs indicateurs, mais sélectionner les plus pertinents à l'instant T, l'endroit T et E et ainsi de suite, vous voyez. Parce qu'un même indicateur ne peut pas être valable partout. Et c'est ça, c'est un peu la flexibilité de l'éducation sanitaire, qui n'a pas été pratiquement, même pas soulevée ou étudiée. Alors... Je ne dis pas que parce qu'il y a échec, ils ont commencé uniquement, ça c'est un des facteurs. Mais un autre facteur c'est que les programmes dans les pays, surtout les pays en développement, en Afrique, en Asie, etc ; chaque fois, y a pas une prise de conscience, y a méconnaissance de la part des décideurs, et même au niveau des ministères de la santé, de l'importance de l'éducation sanitaire. Et ils croient que c'est très facile, déjà, ils mettent une unité quelconque souvent sans

personnel qualifié, et ça s'appelle « unité d'éducation sanitaire ». Bien sûr ça marche pas, ça marche jamais !

JV. Ca c'est pas un problème de structure ?

I5. De structure bien sûr.

J. C'est vrai que le peu que j'ai vu en Afrique, la question des structures...

I5. Oui oui bien sûr. C'était ça mon premier travail en Afrique, c'était l'évaluation de programmes de quatre ou cinq pays. En 1974 et 75. Et c'était des pays d'Afrique de l'Ouest et d'Afrique centrale. Et c'était le même constat : il y a de la bonne volonté de certains pays, et une certaine conscience de certains responsables de santé, ça s'arrête là. Tout ce qu'ils font de mieux c'est de trouver un peu de budget pour cette unité, et chaque fois qu'ils ont un **programme de vaccination, y a beaucoup de travail dans les écoles**, à l'époque, y avait les programmes de vaccination, et des centres de santé maternelle et infantile : avec nutrition, etc. C'était, bien sûr un peu mais vraiment c'est largement insuffisant pour les besoins pour l'hygiène du milieu. C'était XXX ? ce qu'il se passait. Et avec les problèmes qu'ont tous les, la plupart des pays en développement bah, y avait pas de compétence et de leader qui pourrait, enfin augmenter ou rehausser la voie de l'éducation sanitaire. Alors ça change tout le temps et, c'est ce qu'on a essayé depuis... moi je suis en Afrique depuis 1974, 73, consultant en 74, et en 78, j'étais recruté comme conseiller régional pour le bureau régional de l'Afrique. Depuis 78 jusqu'à 89.

JV. Bureau régional pour l'Afrique, OMS ?

I5. Oui, oui. (rire) C'était là le travail. Je connais pas, je sais, je suis au courant de ce qu'il se passe au siège, et je suis venu plusieurs fois. Mais quand les histoires de, enfin les conférences mondiales de promotion de la santé ont démarré, bon personnellement à l'époque je percevais comme c'était une porte d'entrée pour renforcer l'éducation sanitaire de toutes façons. Ca on peut pas... rire. C'est une stratégie de... Et j'ai encouragé tout, tout. Et non seulement encouragé, mais fait en sorte que les pays africains, sur les financements de l'OMS, soient représentés en Australie à l'époque Adélaïde, et aussi à Ottawa.

JV. Lorsque vous me dites I. Kickbusch et EURO, vous voulez dire que c'est le bureau régional pour l'Europe qui a fait beaucoup ?

I5. Ah oui oui beaucoup. Avec l'Australie, en relation avec les universités australiennes, et Nouvelle Zelande et toute l'UK, l'Ecosse etc.. Toute la partie anglophone...

JV. C'est une influence des pays anglo-saxons ? Pourquoi une telle influence pensez-vous ?

I5. Parce qu'ils sont majoritaires. Point de vue personnel, point de vue décideurs, point de vue appui budgétaire. Vous voyez. Quand on parle francophones, c'est qui : la France, la Suisse, et un peu le Canada, Québec (rire).

I5. Je croyais que suite à la décolonisation, les pays en développement avaient pris une place plus importante à l'OMS et contrebalancer notamment face aux Etats-Unis, et au Canada aussi ?

I5. Oui mais les gens quand ils rentrent ici, ils sont tellement contents d'y être, ils oublient pourquoi ils sont revenus (rire). Souvent, pas dans leur travail, ils font leur boulot, mais ils oublient cet aspect, personne ne les a soulevé, ils voient qu'il y a une conférence mondiale de promotion de la santé, pour eux c'est pas mauvais. Et même pour tout le monde (rire)... J'en ai vu des changements (rire) à l'intérieur de l'OMS,

point de vue uniquement département, avant le département prévention, préventif, médecine, maladies non transmissibles...

JV. J'avoue que je m'y perds avec les départements...

15. (rire) Le succès après 84 pour le 7^e programme de travail de l'OMS je me souviens, où ils ont, la première fois qu'ils ont amalgamé « division de l'information du public et de l'éducation pour la santé », pour harmoniser parce que, depuis l'Afrique je ne cesse de, parce qu'ici le bureau de l'information était séparé du Bureau du directeur général. **Or pour pouvoir avoir un dénominateur commun, il faut que l'information et l'éducation soient ensemble.** Et si possible même au Bureau du directeur général, dépendant du député directeur général, c'est-à-dire qui ne dépend d'aucune autre division, ou cluster. Y avait pas, quand vous étiez venu y avait des clusters mais avant ça s'appelait division, et il y a un assistant « ADG » qui coordonne un certain nombre de divisions vous voyez ; c'est plus ou moins la même structure, mais y avait pas de cluster vous voyez. Le cluster c'est, malheureusement, ce qui a été introduit avec Madame Broukland, ils ont voulu faire un genre de décentralisation, même administrative, chaque cluster avec son unité administrative, personnel, budget, etc. Au début bon, sur le papier c'est bon, mais vraiment au niveau d'une organisation internationale, petite quand même comme avec 4000 ou 5000, c'est vraiment du gaspillage.

JV. Vous trouvez que c'est un échec la décentralisation ?

15. Ah mais ils sont revenus dessus ! Il n'y en a plus ! Les unités administratives pour chaque cluster. A part une assistante administrative ou bien quelqu'un responsable des ressources extra-budgétaires... Tout le reste c'est centralisé, de nouveau ! C'est-à-dire 8 ans perdus en expérimentation inutile. Mais ça c'est, on va du coque à l'âne. **On était en 84, en 84 le but c'était de faire travailler ensemble l'information du public et l'éducation pour la santé.** Et nous à partir de régions on a recommandé cette formule, toutes les régions de l'OMS, et y avait même une réunion pour le 7^e programme de travail, c'était à Alexandrie au Bureau régional de l'OMS, pour la région méditerranéenne, de Moyen-Orient etcetera. Tout le monde était d'accord, et ça a été fait (rire). 84, bon 84 Malher était déjà là, encore là, et c'est resté jusqu'en 88, pratiquement. En 88 il y a Dr. Nakajima, et avec le Dr. Nakajima (rire), y avait un autre changement, une Division de l'éducation pour la santé, carrément ! Et un Bureau communication encore de nouveau à part. Dépendant du bureau du DG, etcetera. Et depuis là, 88, en 90 pratiquement à peu près, ça devient division de l'éducation pour la santé et promotion de la santé. Pourquoi ? **Je vois là l'influence (rire) de tout lobby de tous ceux qui ont organisé toute cette compagnie de promotion de la santé depuis les années, début des années 80.** Certainement les régions européennes, et peut être une autres région, qui ont estimé qu'il faut mettre le titre, remettre le titre, etc. Ensuite, deux ans, même pas deux ans après, division « Health protection and Health promotion ». Avec un Québécois.

JV. Health Promotion and Health Education, non ?

15. Non, Health Promotion and Health Protection (rire). Attendez (hésitation).

JV. Le terme éducation a disparu.

15. Oui oui. En 95 je crois, c'est là où le Dr. Kickbusch est arrivée, de nouveau.

JV. Elle est revenue ?

15. Elle a pas travaillé ici. Elle était toujours à EURO, elle était directrice. Maintenant, 95, Health Promotion and Health Communication. C'est-à-dire que le bureau communication est de nouveau... c'est elle qui a été nommée directrice, elle est restée

2 ou 3 ans je crois, jusqu'à l'arrivée de Madame Project. Elle est partie fin 98. En 99 bon c'était une année où il n'y avait personne (rire), c'était vraiment une année très dure.

JV. Une raison particulière ?

I5. Non, c'est la transition. Pas pour l'éducation, mais pour l'OMS en général. C'est l'arrivée de Madame Protland. Et les changements qui ont suivi. C'est pas la personne, c'est pas elle en personne, parce que elle est bien il ne faut pas se faire d'illusion, mais le problème c'est que, je ne sais pas qui l'a fait entourer de multiples conseillers de tous bords, qui sont individuellement bien, mais je ne sais pas qui fait quoi, et ils ont commencé à faire ces clusters. Mais ça, ça ne vous concerne pas. Mais c'est surtout l'arrivée, en 2000 je crois, de nouveau Division Health Promotion, Promotion de la santé, c'est tout (rire), promotion de la santé. Et deux ans après un nouveau changement pour amalgamer, 2001 je crois, même pas une année, et c'est devenue une partir du cluster actuel des maladies non transmissibles. Alors là c'est devenu « Division ... NCD », *Disease prevention and Health Promotion*. Et avec des petits changements ça reste jusqu'à maintenant dans ce secteur. Et bien sûr on devait vivre avec, mais j'étais contre cette affaire.

JV. Contre toute cette affaire ?

I5. **Ah oui, c'est-à-dire de mettre la promotion et l'éducation, c'est la même chose pour moi, dans un secteur déterminé.** Parce que la santé, c'est un tout, vous ne pouvez pas faire uniquement la promotion ou l'éducation uniquement à partir, ou pour un certain domaine de maladie. Et les autres ?

JV. J'avais posé la question à l'époque à l'ancien directeur de l'Unité pour la promotion de la santé, en lui demandant « pourquoi les maladies non transmissibles », et il m'avait répondu « bonne question »...

I5. (rire) Non mais au début quand ils ont fait ça, on a des commentaires, tout ça est documenté par emails, il n'y a pas de doute... Le problème c'est que, ils ont, que Health Promotion elle intervient avec d'autres cluster, c'est tout !

J. Vous voulez dire que pour vous ça devrait être transversal.

I5. Ca doit être transversal. Ca ne peut pas être, ça ne sert à rien, c'est vraiment une erreur monumentale que de mettre... c'est comme le budget si vous voulez. Le budget tu ne peux pas mettre un budget uniquement pour les maladies non transmissibles (rire). C'est quelque chose de commun à toutes les maladies, toute la santé. Et ça ne peut être que favorable à tous.

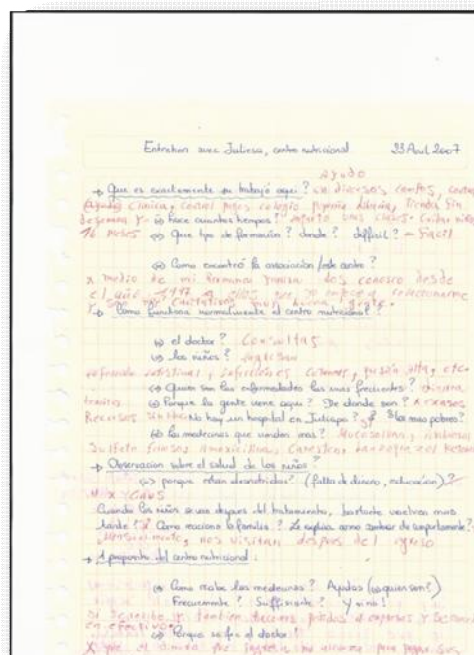
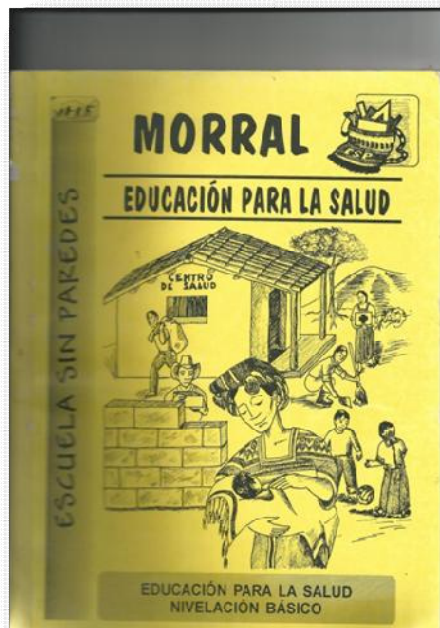
JV. Mais est-ce qu'on en revient pas à notre remarque de la dernière fois c'est-à-dire que les maladies non transmissibles, chroniques, ça intéressent beaucoup plus les pays développés...

I5. **Mais bien sûr ! C'est, en principe c'était une des raisons fondamentales parce qu'il y avait énormément, à l'époque, de (hésitation) de fonds extra-budgétaires donnés aux maladies non-transmissibles, alors ils ont voulu.** Y a même le centre de Cobé, qui s'occupe à l'époque de l'urbanisation, de l'environnement, qui dépendait de l'environnement, et en consultant le budget j'ai vu que ces dernières années, plusieurs fois, il est mis sous « health promotion », il est considéré comme faisant partie de la promotion de la santé du point de vue budgétaire, c'est-à-dire que celui qui lit le budget il pense que promotion de la santé ils ont énormément d'argent, alors que nous ne voyons pas un dollars, alors qu'ils ont 11 millions, 12 millions de dollars.

JV. Pardon mais qui, ils ?

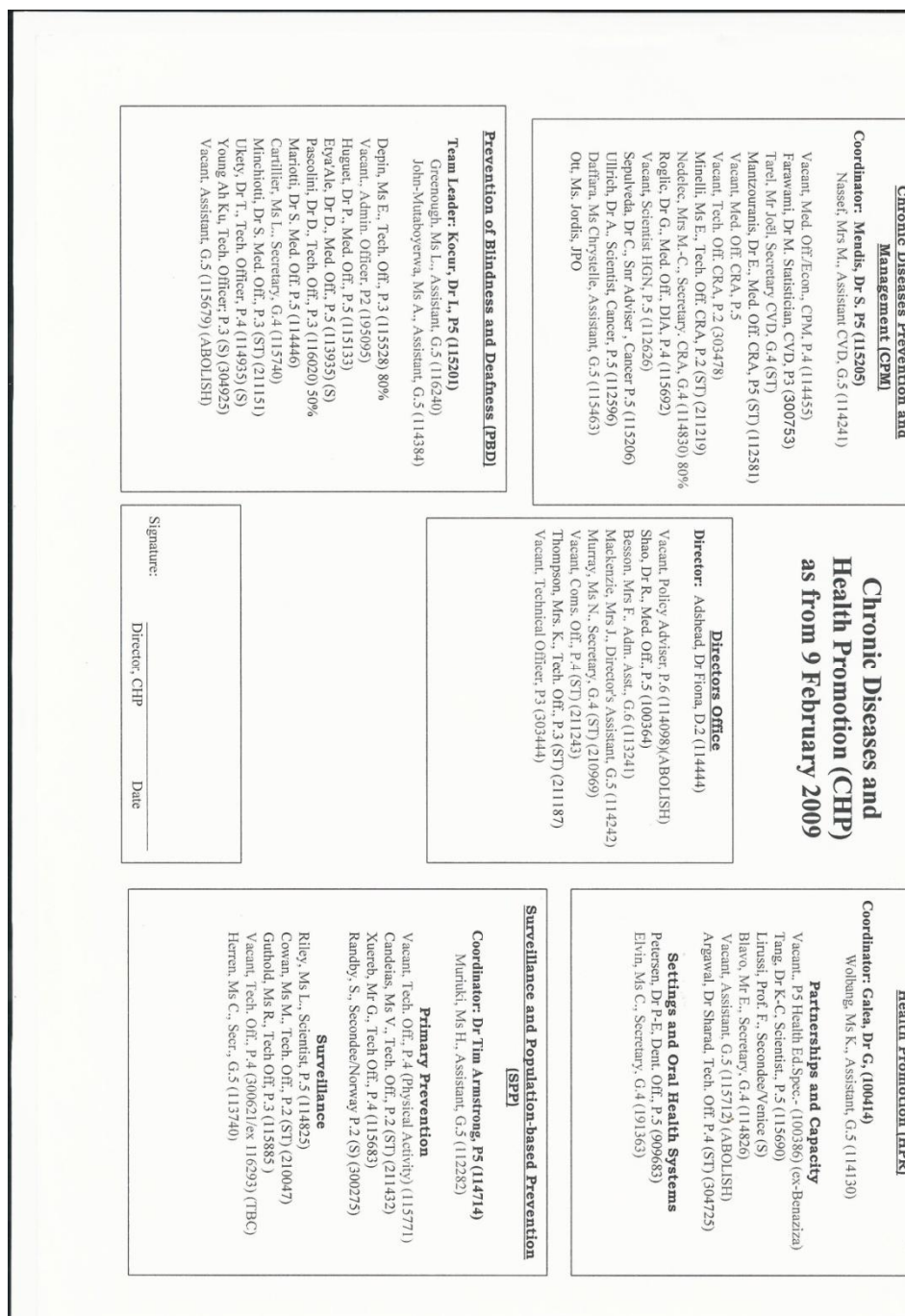
15. Le Centre de Cobé au Japon. Des erreurs monumentales, qui ne sont pas faites stupidement...

2. Enquête de terrain au Guatemala, 2007



3. Stage au siège de l'OMS à Genève, Département Maladies Chroniques et Promotion de la Santé, Unité de Promotion de la Santé, 2009

3.1. OMS, Organigramme du Département Maladies Chroniques et Promotion de la Santé, 2008-2009



3.2. OMS, Présentation du Département Maladies Chroniques et Promotion de la Santé, 2008-2009

WHO | Department of Chronic Diseases and Health Promotion (CHP)

Page 1 of 2



World Health Organization

Department of Chronic Diseases and Health Promotion (CHP)

Vision

A health promoting world free of preventable chronic diseases.

Mission

To provide leadership and direction for urgent global, regional and national efforts to promote health and to prevent and control major chronic diseases and their risk factors.

Objectives

- advocate for health promotion and chronic disease prevention and control;
- promote health, especially for poor and disadvantaged populations;
- slow and reverse the adverse trends in the common chronic disease risk factors;
- prevent premature death and avoid unnecessary disability due to major chronic diseases;
- prevent blindness and deafness.

Strategic Approach

- a comprehensive, integrated and stepwise approach to surveillance, prevention and management;
- evidence-based, pro-equity approaches;
- a life course approach;
- multi-sectoral work;

Core Functions

1. **Advocacy initiatives:** coordination and strengthening of global advocacy and communications on chronic disease and health promotion issues;
2. **Providing information for policy:** Maintenance and strengthening of the Global InfoBase;
3. **Health Promotion:** addressing underlying determinants of population risk to improve health and reduce health inequalities;
4. **Surveillance and population-based Prevention:** reduce population levels of risk through STEPwise approach and the Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health;
5. **Prevention and management:** integrated approach to prevention and management of chronic diseases;

Links

- [Department of Chronic Diseases and Health Promotion](#)
- [Preventing Chronic Diseases: a vital investment](#)
- [Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health](#)
- [Bangkok Charter for Health Promotion](#)

[E-mail scams](#) | [Employment](#) | [FAQs](#) | [Feedback](#) | [Other UN sites](#) | [Privacy](#) | [RSS feeds](#)

<http://www.who.int/nmh/about/chp/en/print.html>

2008-06-04

3.3. Rapport de stage, Julia Vanel, Mars 2009

Les échanges d'emails et les documents sur lesquels j'ai travaillé pendant mon stage étant confidentiels, je présente ici mon rapport de stage effectué, à la demande de mon directeur de stage, pour l'OMS.

Vanel Julia
Internship report
Department of Non Communicable Diseases and Mental Health
Health Promotion and Education Unit
Supervisor: K.C Tang
Time period: October 6, 2008-April 3rd, 2009

Introduction

Currently involved in a PhD program in political sciences with the University of Versailles St-Quentin en Yvelines, I have been working as an intern with the WHO Unit for Health Promotion and Education for a period of 6 months.

Working on international policies for health education in developing countries, I've been mostly assisting my supervisor in his daily work, with a particular emphasis on topics relevant to my research area.

During those 6 months, I've been working in several topics related to the unit work on health promotion.

1. Health Promoting Hospitals:

For 2 months, I conducted a thematic analysis on the 15th International Conference on Health Promoting Hospitals (April 11-13, 2007).

In 1986, the WHO produced the Ottawa Charter on Health Promotion, creating a framework that conveyed the notion of capacity building into a structured process for health promotion action in specific settings. Health Promoting Hospitals (HPH) is one of five major action areas designated for a setting-based health promotion role. The Progress of HPH has resulted in a series of influential reports, such as the Ljubljana Charter on Reforming Health Care, the Budapest Declaration on Health Promoting Hospitals and the Vienna Recommendations on Health Promoting Hospitals (WHO,1996; WHO,1996; WHO,1997).

A hospital is a HPH if projects address health gain for patients, staff and environment. The hospital can advance to a higher level if, in that hospital, health gain becomes a core business, with executive commitment and organizational development. The hospital will advance to the top level if it becomes a model organization for health gain and an advocate for health in the community (MSW Dept.of Health, 1999).

The 15th International Conference on HPH was organized in cooperation between the Austrian Network of Health Promoting Hospitals as local host, and the WHO Collaborating Centre for Health Promotion in Hospitals and Health Care which functioned as the main scientific partner in the conference preparations. Untitled "Contributions of HPH to the Improvement of Quality of Care, Quality of Life and

Quality of Health Systems", it mainly focused on links between HPH and issues of quality in health care services.

2. The development of indicators:

Lately, I was asked to: identify indicators or benchmarks for HPH, reflect on how HPH can contribute to the achievement of those indicators and how to report progress at the country level.

3. Health Promotion in Africa:

I worked on Health Promotion project conducted in the region of Africa. My main task was to summarize the reports made by WHO regional staff on programmes implemented in Africa.

A major program was the Health Promotion Actions in the Riposte to Polio Epidemic in DRC, project implemented in October 2008 after the re-emergence of the polio in RDC since 2006. The project used an HP innovative approach, and the main objective was to get all children of RDC aged from 0 to 5 years old to be vaccinated against the poliovirus by improving the knowledge and competencies of stakeholders at every level of the society.

As Dr Tang received the summary of the program in French, I was asked to summarize it in English, with a particular emphasize on: what was successful and why was it, and how this initiative could be used as an example for similar projects in other regions.

4. Health education and health literacy:

In December, I started to work more specifically on topics related to health education.

I first worked for a short time on the impact of education on health. Improving access to education for health is one of the 15 benchmarking areas for the implementation of the Bangkok Charter. At the same time, the Millennium Development Goals Report 2008 set as a goal (n.2) to achieve universal primary education. I looked for evidences of the impact of education on health, such as mortality, adult depression, self-rated health or child health, but also on health behaviours (smoking cessation, physical activity) and service use.

In late December, I started assisting Dr Tang in a concept note for the ECOSOC Annual Ministerial Review for the Regional Preparatory Meeting on Health Literacy that will take place in Beijing, China, 29-30 April 2009.

The Annual Ministerial Review (AMR) of the Economic and Social Council was established by Heads of State and Government at the 2005 World Summit. It was mandated as an instrument to track progress and step up efforts towards the realization of the internationally agreed development goals (IADGs), including the Millennium Development Goals, by the 2015 target date. The theme for the 2009 ECOSOC Annual Ministerial Review is "Implementing the internationally agreed goals and commitments in regard to global public health".

The AMR process features three main elements: national voluntary presentations,

country-led regional reviews and a global review, based on a comprehensive report by the Secretary-General. The objective of regional consultations is to support the global review by focusing, in addition to the progress of the region towards the health-related development goals, on a specific aspect relevant to countries in the region. The outcome of such review will contribute to the Council's deliberations in July 2009, in Geneva.

Health literacy was defined by the WHO as follow: "Health literacy represents the cognitive and social skills which determine the motivation and ability of individuals to gain access to, understand, and use the information in ways which promote and maintain good health. Health literacy means more than being able to read pamphlets and successfully make appointments. By improving people's access to health information and their capacity to use effectively, health literacy is critical to empowerment" (WHO, 1998).

I have been helping Dr Tang in the redaction of a concept note on health literacy by conducting a literature review to develop and support the importance of health literacy for South East Asian and Pacific countries.

First, we tried to define health literacy: is it possible to come out with a clear definition, among the many being used by national and international bodies? Why health literacy is important in terms of its impact on health, development and equity? What are the determinants of health literacy?

Then, we came up with a brief review of interventions that aim to improve health and development and reduce inequities through an increase in health literacy. We also set out challenges that need to be addressed to enhance health literacy among different population groups, particularly disadvantaged, including measurement issues such as the identification and development of benchmarks for measurement of health literacy, the use of both traditional and modern information and communication technology, the involvement of key stakeholders from the health and other sectors, and within and outside the government sector, and the documentation and dissemination of successes and failures. Finally, key areas where intensified actions are required to increase health literacy among different population groups in countries of different levels of development were identified.

5. Aids, education and health for sustainable development:

On March 2009, I worked on a paper for the workshop 6 on AIDS, Health and Education for Sustainable Development, which is part of the UNESCO World Conference on Education for Sustainable Development (31 March-2 April 2009).

I was asked to reflect on: why and how existing education systems and programmes should/can be re-oriented towards better responding to sustainable development issues, with a particular attention to HIV and health.

After searching for a clear definition of sustainable development, I was asked to highlight the key developmental issues, the impact of education on those selected developmental issues, how HIV/AIDS could be an obstacle to education impact on those developmental issues, and finally which interventions could improve the impact of education systems on those developmental issues.

With a particular emphasize on poverty and gender equality, I conducted a literature review to find evidence of the impact of education on those developmental issues, and the obstacles HIV/AIDS infections can create for the achievement of sustainable

development through education.

What I have learned:

Since the beginning, we agreed with my supervisor to work as much as possible on topics relevant to my PhD.

I am interested in health education programmes for developing countries in the prevention of HIV/AIDS. From a political sciences perspective, I am focusing on the international aspect of public health policy-making (the "internationalization" of public health policies). The World Health Organization (WHO) is a specialized agency of the United Nations (UN) that acts as a coordinating authority on international public health. One of his major role is to create norms and standards, and recommendations to help countries formulate and implement public health policies. That is the part of its work I am most interested in, because it is hard to understand the changes in national and local public health policies (especially for developing countries) without looking at the UN Organizations' role and influence.

I knew the WHO had played and still plays an important role in the development of health education programmes worldwide. I wanted to do an internship at the WHO to have a better understanding of the staff daily work, the relationships between the Head Quarter and Regional Offices and between the WHO and other International Organizations, and more widely how a public health issue or strategy is raised and developed at the WHO HQ level.

Taking it into account, my supervisor and I decided that each task I would be asked to work on should be part of a learning process that will, in the future, help me for my PhD.

At this stage and because of the little amount of time I have left, I am only able to give a brief overview of my learning experience at the WHO, but I will keep my supervisor updated as soon as I will be back in my university program.

1. How to conduct a "thematic analysis":

Working on Health Promoting Hospitals was my first task as a WHO intern.

First introduction to the work of the unit on health promotion issues, I was also learning a new method of research described as "thematic analysis".

Presented by Leininger (Leininger, 1985) in a step by step guide, "raw data are analysed by identifying and bringing together components or fragment of ideas or experiences". Thematic analysis is an approach to dealing with data that involves the creation and application of "codes" to data. "Coding" refers to the creation of categories in relation to data; the grouping together of different instances of datum under an umbrella term that can enable to be regarded as "of the same type"" (Will Gibson, 2006).

A multiple reading of each of the ninety-one presentations made during the 15th International Conference on HPH was necessary in order to retain the major idea of each presentation. Three main themes appeared to this analysis: the hospital capacity to improve patient health (1), staff health (2) and community health (3.) A fourth theme named "organizational development" (4) was added later, as many presentations appeared to deal with hospital organizational development in its larger sense, without

addressing patient, staff or community health in particular.

Within each theme, major sub-themes were identified: Quality of life and overall well-being of patients, Continuity of Care, and Hospital and Staff capacity to improve patient health for the first theme; Becoming a successful "health promotion hospital" for staff, Improve Staff Physical Health, and Overall well-being of hospital staff for the second theme; Health prevention within the community, and Health and Social System to improve community health for the third; HPH Model and Implementation, Hospital Governance, Sustainability, Integration of Standards, and Evaluation Process for the fourth theme.

This research strategy provided a clear "mapping" of the framework of the conference, which was really useful to understand the state of development of HPH. At the same time, I learned another research tool that I could re-use later for my PhD.

2. How to choose indicators for HPH:

As a political scientist student, I am particularly interested in public health policy formulation, development and implementation. As so, measurement issues are of a main interest for my topic. Because the WHO is a governmental institution, it is of a great importance to develop indicators and benchmarks that could be used to prove the efficiency of interventions, so that Governments can be sure they invest in successful activities.

By working on indicators for HPH, I tried to understand more precisely how to measure HPH capacity to improve health gains for patients, staff and community. For instance, satisfaction about working conditions could be an indicator of the hospital capacity to improve staff health. But therefore, it is important to think of the possible ways to measure it. Helped by some literature such as the Good Indicators Guide developed by the NHS Institute for Innovation and Improvement, I learned what are the main criteria to choose indicators for a specific intervention.

3. Health Promotion in Africa: Regional office and Head Quarter working together:

Working on Health Promotion projects in Africa was another step in my understanding of the WHO activities. It was the first time I was getting reports on activities developed and supported by the WHO at a regional level.

Through this work, I have learned how the WHO HQ and its regional offices were supporting each other in their task: the HQ staff by helping regional staff to make their report publishable (structure, presentation, relevant topics...), and the regional offices by providing evidence of interventions' effectiveness to the HQ.

I started to understand better the meaning of "evidence-based approach" for the WHO: a process where experiences at the local level could and should be used to determine what works and what doesn't work, so that successful actions could be reproduced in some other regions and unsuccessful strategies and programs avoided in the future. In order to do so, it is important to keep in mind the regional context on the one hand, that could facilitate or constrain interventions, and the universality of the program on the other hand, that could be reproduced in other contexts.

4. Health education and health literacy

In order to understand how international policies are developed and implemented by

International organizations, it is important to include the relationships that link the different UN institutions together. As we know, most UN organizations have crossed-interests and often work on common topics. The ECOSOC meeting on health literacy was a concrete example of it. Health literacy was developed by the WHO but used by other national and international organizations, governmental and non-governmental institutions.

In this particular example, ECOSOC was asking the WHO HQ unit for health promotion and education to assist the conference by providing its expertise on the topic.

Working on health literacy also strengthened significantly my skills in conducting a literature review. After several training sessions at the library and one specific week training on systematic reviews, I was able to use all the databases available on the WHO intranet library resources: Pub Med, Web of knowledge, the Cochrane library, WHOLIS and many others. I learned for instance how to refine my research strategy on Pub Med by using Mesh words. When my supervisor decided to include community-based approaches and empowerment issues in the paper, I was able to find some relevant articles to support his argument.

Working on such a specific topic also gave me a more precise understanding of the many concepts, strategies, tools that are developed or supported by the WHO in particular, and the UN Organizations in general.

For instance, when health literacy was to be defined and therefore distinguished from other terms such as health education, I understood more clearly what an outcome as a public health asset was (such as health literacy), as opposed to a process as a public health input (such as health education).

5. AIDS, education and sustainable development: public health issues are not the monopoly of health institutions:

Working on the UNESCO workshop was another example of a partnership between the WHO and another International Organization, and it gave me at the same time the opportunity to be updated on the issues about HIV prevention relevant to the UN work.

I was really interested in the fact that the WHO is not the only UN Organization working on health issues. Since the WHO definition of health does not only include the absence of disease but also a positive approach of well-being (physical, mental and social health), public health issues have to be other sectors' concern, such as the educational one. In this approach to public health, the WHO and UNESCO collaboration is an example of a framework that combine two areas of expertise in a common developmental perspective.

Conclusion

My main interest in doing an internship at the WHO was to understand how the Organization influences health policy making. By working on a daily-basis with the staff, I was getting a better sense of its work: what it was about and, more important, how it was conducted.

I was particularly interested in the way the WHO centralizes information produced worldwide by national or international, governmental or non-governmental institutions. By helping my supervisor to develop concept notes, summaries and papers, I learned how to produce evidence-based information. For each topic that I have been working on, I've been asked to search for publications through the many databases that are

available on the WHO online library. I was surprised to discover how many institutions worldwide are working on public health issues. Selecting relevant information, distinguish legitimate sources from the others, and getting from information to recommendation appeared to be a very time-consuming and methodical work to produce with caution.

I now understand better how experiences in the field are turned into recommendations to Member-States (and the other way around), and lately could lead to the production of norms and standards for public health policy-making.

My work as a PhD student is in process, and my comments above are only a first draft that need to be improved. But my experience as an intern at the WHO helped my consistently in my work. In the future, I will keep my supervisor updated on my work, hoping that I can still benefit from his precious help.

I would like to thank the WHO and particularly the Health Promotion and Education Unit for the opportunity they gave me to work with them. Thanks to my supervisor's commitment in making that internship as useful for me as possible, I have been learning a lot.

3.4. Recherche bibliographique à l'OMS, novembre 2008

WHOLIS est un moteur de recherche propre à l'OMS. Je commence donc mon travail par le mot clé « éducation sanitaire ». Malgré les affirmations de mon directeur de stage concernant l'éducation sanitaire [« ça ne fonctionne pas »], je découvre un très grand nombre de publications. 2571 titres correspondent à ma recherche.

[e-Library OPAC] iLink at World Health Organization: words or phrase "health education" search found 2571 titles.

Dans les années 80, le terme « éducation pour la santé » (health education) apparaît distinctement :

(WA 560 55BO) *Health education pilot project in three villages in Egypt*. Bogue, Robert (1955).

(WA 590 77RE) *Health education: the search of values*. Read, Donald A. (1977).

(WA 590 80HE-1) *Health education planning: a diagnostic approach*. Green, Lawrence W. (1980)

(WA 590 80HE) *Health education in Europe: organization, activities, research projects professional preparation plans for the future*. Kaplun, Annette. (1980)

(WA 509 82CO) : *L'éducation pour la santé : méthodes*. Cotton, Edgard (1982).

(WA 590 82PE): *Perspectives on community health education : a series of case studies / Vol. 1, United States*. Carlaw, Raymond W. (1982).

(WI 407 82LU): *Lutte contre les maladies diarrhéiques : exemples de matériels d'éducation pour la santé*. World Health Organization. Diarrhoeal Disease Control Programme. (1982)

(WA 675 84BO) « *Making the links* »: *guidelines for hygiene education in community water supply and sanitation, with particular emphasis on public standpost water supplies*. Boot, Marieke T. (1984)

(WA 4 86RO) *Santé meilleure, source de progrès : notions de santé publique et d'éducation sanitaire 2nd ed*. Rotsart de Hertaing, I. (1986).

(WA 590 89MO) : *Education for better health : a manual for senior health educators*. Molvaer, Reidulf K. (1989)

(WA 590 80UN): *Health education manual for primary health workers*. University of Ibadan. Dept. Of Preventive and Social Medicine. (1980).

(WA 590 90TO): *Health education: effectiveness and efficiency*. Tones, Keith. (1990).

(WA 590 90ET) *Ethics in health education*. Doxiadis, Spyros (1990).

(WA 350 92IN) *Intensive health education for primary school children : a report*. India. Central Health Education Bureau. (1992).

(WA 590 92HE) *Health education for quality of life / editorial committee, Elton Kessel....[et al.]*. Mahadevan, Kuttan (1992).

(WS 115 85CH) *Attitudes towards the feeding and nutrition of young children: first*

report on a Health Education Council project concerned with the formation of eating habits and attitudes toward food within the family. Charles, Nickie. (1985)

(WA 590 82IN-1) *Health education policy: processes and structures, Sixth International Seminar on Health Education, Bergneustadt, 22-26 June 1981.* International Seminar on Health Education (6th: 1981: Bergneustadt, Federal Republic of Germany. (1982)

(WA 590 89CO) *Rapports établis à la suite du Colloque sur la méthodologie de l'approche éducative des problèmes de santé à propos de la prévention du SIDA, de l'alcoolisme, du tabagisme et des toxicomanies, qui s'est tenu à Paris (Unesco, les 23 et 24 mars 1989).* Colloque sur la méthodologie de l'approche éducative des problèmes de santé à propos de la prévention du SIDA, de l'alcoolisme, du tabagisme et des toxicomanies (1989 : Paris, France).

(WA 113 82NO): *The role of health education and communication in the sanitation programmes: a case study of the urban sanitation improvement programme in Lesotho.* Hubley, John (1988).

XX (21924.2): *Epidemiology, anthropology and health education.* Robert, C.F. (1989)

XX (20912.2): *Education pour la santé dans des collectivités agricoles.* Ab Barnabas, Gebre (1995).

XX (20274.2): *Health education cannot work in a vacuum [letter].* Ademuwagun, Zacchaeus Akingbade (1991).

XX (31479.2) *International Consultation on Education Policy for Health for All, Barcelona, 14-17 November 1990: summary report.* International Consultation on Education Policy for Health for All. (1991)

Information du public et éducation pour la santé: rapport d'une table ronde, Brazaville, 10-11 juillet 1985. World Health Organization. Regional Office for Africa (1985).

XX (29657.2) *Public Information and education for health: report on a round table, Brazaville, 10-11 July 1985.* World Health Organization. Regional Office for Africa.

L'éducation médicale:

(WA 310 84IN): *Medical education in the field of primary maternal child health care; proceedings of International Conference, Cairo, Egypt, December 5-7, 1983* (1984).

(W 19 92 ME) *The Medical school's mission and the population's health: medical education in Canada, the United Kingdom, the United States and Australia, proceedings of a conference, December 9-12, 1990, Turnberry Isle, Florida.* White, Kerr L.

XX (22846.2) *Eduquer la population pour prévenir les accidents vasculaires cérébraux.* Yamada, Joanne Y. (1992)

Former les formateurs:

(WA 590 77DA) *Teaching strategies for values awareness and decision making in health education.* Dalis, Gus T. (1977)

(WB 400 84HE) *Nourriture saine, meilleure santé: cours de diététique à l'usage des infirmiers et des enseignants.* (1984).

XX (19819.2) *Building bridges between doctors and patients.* Ling, Jack C.S. (1989).

XX (29678.2) *Regional Workshop on Strengthening the Teaching of Communication/Education for Health in Health Personnel Training Institutions, Harare, Zimbabwe, 6-10 October 1986: final report.* Regional Workshop on Strengthening the

Teaching of Communication/Education for Health in Health Personnel Training Institutions (1986: Harare, Zimbabwe).

L'éducation sanitaire à l'école:

(QU 18 83NU) *Nutrition education: case study experiences in schools*. Unesco. Division of Science, Technical and Vocational Education. (1983).

(WA 590 83RE) *Manuel d'éducation pour la santé à l'école : à l'usage des enseignants du Togo*. Rendall, Mary D. (1983)

(WA 590 84NU) *Nutrition and health education through the rural school system*. Nutrition Foundation of India (1984)

(WA 590 90BO) *L'éducation pour la santé à l'école : cure de jouvence pour l'école de l'an 2000*. Boegli, Jean-Daniel (1990)

L'école et la santé. Leal Filho, Walter (1988).

(WA 590 90EU). *First European Conference: Health Education and Cancer Prevention in Schools, Dublin, 7-9 February 1990, conference papers*. European Conference: Health Education and Cancer Prevention in Schools (1st: 1990: Dublin, Ireland) (1990).

(WA 350 93SC) *School-based interventions for youth health and development: report of the First Technical Support Group Meeting*. School-based Interventions for youth health Meeting (1st: 1993: Holidays Hills Conference Center, New York, United States).

(WA 590 94HE) *Health education: an essential text for schools*. Nyamwaya, David. (1994)

(WA 590 86AC) *Actes du symposium international : le rôle de l'enseignement dans l'éducation pour la santé, Luxembourg, 19-21 juin 1985 / Commission des communautés européennes, Direction générale « emploi, affaires sociales et éducation », Direction « santé et sécurité », Luxembourg ; avec la collaboration de l'Union internationale d'éducation pour la santé*. Commission of the European Communities. Health and Safety Directorate. (1986)

XX (22835.2) *Learning about malaria in schools*. (1991)

XX (20997.2) *L'explication du paludisme dans les écoles* (1991)

XX (32175.2) *School health education in the European Region: report on a WHO meeting, Burley, Hampshire, United Kingdom, 30 April – 4 May 1984*. World Health Organization. Regional Office for Europe. (1984)

XX (31836.2): *Comprehensive school health education and promotion*. World Health Organization. Office of Information. (1991)

(WA 350 94LI) *Life skills education for children and adolescents in schools. Pt.3, Training workshops for the development and implementation of life skills programmes. 1st rev.* World Health Organization. Division of Mental Health.

XX (30021.2) *Comprehensive school health education: report of an inter-country consultation, Colombo, Sri Lanka, 12-16 October 1992*. World Health Organization. Regional Office for South-East Asia (1993).

Les matériels et les supports :

Ex : (WC 695 86AS) : *Toward further development of family health education through video : proceedings, the 13th Asian Parasite Control / Family Planning Conference*. Asian Parasite Control / Family Planning Conference (13th: 1986: Tokyo, Japan).

Ex: (WA 590 83JE) *Mass media for health education*. Jenkins, Janet. (1983)

Ex: (WA 590 81HE) *Health education and the media: proceedings of an international conference*. Leathar, D.S. (1981)

Ex: (WA 590 86HE): *Health education and the media II : proceedings of the 2nd International Conference organized jointly by the Scottish Health Education Group, Edinburgh and the Advertising Research Unit, Department of Marketing, University of Strathclyde, Edinburgh, 25-29 March 1985*. Leathar, D.S. (1986).

XX (22819.2) *Un projet d'éducation sanitaire multilingue par cassettes*. Vryheid, Robert (1992).

XX (22672.2) *L'ordinateur, instrument d'éducation pour la santé [lettre]*. Rajam, K. (1990).

XX (22660.2) *La place de la santé dans la presse [lettre]*. Tennakoon, Senarath (1990).

XX (22654.2) *L'imprimé illustré au service de l'éducation pour la santé et la planification familiale*. Moore, Mary Beth (1990).

La santé et les médias. Ling, Jack C.S. (1986).

XX (19823.2) *Mobilizing media support for health*. Abeyagunawardene, L.N.D. (1989)

(W 18 94WH) *The WHO/UNPD Health Learning Materials (HLM) Programme : a success story in international cooperation*. World Health Organization. Health education and Health Promotion Unit. (1994)

L'approche communautaire :

XX (22437.2) *Le public partenaire pour la santé*. Willard, Nedd (1989).

(WA 590 90OS) : « C'est bon pour ta santé ! » : *représentations et pratiques familiales en matière d'éducation à la santé*. Osiek-Parisod, Françoise. (1990).

(WA 590 83WA) *Community health education in Commonwealth countries*. Walt, Gill. (1983)

(ZWA 590 84WA) *Community health education in developing countries: an historical overview and policy implications, with a selected annotated bibliography*. Walt, Gill. (1984).

(XX(22867.2)) *Les écoliers en tant que porteurs des messages sanitaires destinés aux familles [lettre]*. Chaturvedi, R.M. (1992).

XX (22173.2): *Health education through religion*. Aly, Abdulmoneim. (1989)

XX (22168.2) *Les enfants, éducateurs sanitaires des adultes*. Saminathan, P. (1986)

Formation d'agents de santé communautaires ruraux : une initiative en Haïti. Vansintejan, Gilberte A. (1986)

XX (22098.2) *Towards community involvement in health development [letter]*. Vatsyayann, Suresh (1989)

XX (21491.2): *Nutrition education during pregnancy by village health workers [letter]*. Sachar, R.K. (1991)

XX (21098.2) *Elderly people as health promoters*. Attig, George A. (1989)

XX (20538.2) *Pour favoriser la participation communautaire: former des agents de santé primaire*. Shoo, Rumishael (1991).

XX (20339.2) *La prévention communautaire des maladies cardio-vasculaires* (1986).

XX (19590.2) *Health messages for adults: from their children*. Saminathan P. (1986).

A partir de la fin des années 80/début des années 90, l'éducation pour la santé intervient dans la prévention du VIH/Sida :

(WC 503.6' 93RE-1) : *Resource Kit on AIDS education and IV drug use*. Unesco. Principal Regional Office for Asia and the Pacific. (1993)

(WA 590 88WO V2). *XIII [Thirteen] World Conference on Health Education: Participation for All in Health, August 28 – September 2, 1988, Houston, Texas, USA = Conférence mondiale d'éducation pour la santé, participation pour tous à la santé = Conferencia Mundial de Educacion para la Salud, Participacion para Todos en la Salud. Conference proceedings. Vol. II. World Conference on Health Education : Participation for All in Health (13th : 1988 : Houston, Texas).*

(WC 503.6' 92AI) *AIDS: prevention through education: a world view*. Sep'ulveda, Jaime. (1992)

(WD 308 86AI-9) : *AIDS education: the public health challenge*. Siegel, Karolyn. (1986)

(WC 503.6 92SM) *Reducing HIV transmission through education and communication*. Smith, William A. (1992).

XX (31959.2) *Rapport de la réunion sur les stratégies de l'éducation pour prévenir et combattre le SIDA, Genève, 17-19 juin 1986*. Réunion sur les stratégies de l'éducation pour prévenir et combattre le SIDA (1986 : Genève).

(HQ 35 91PO) *Sex education programmes for parents: report on a WHO study*. Porter, Mary (1991)

XX (30228.2) *Health education strategies in South-East Asia: report of an Intercountry Consultation on Health Education Strategies in South-East Asia in the context of Health for All By the Year 2000 and with special reference to the Prevention and Control of AIDS, New Delhi, 10-15 December 1990*. Intercountry Consultation on Health Education Strategies in South-East Asia in the context of Health for All By the Year 2000 and with special reference to the Prevention and Control of AIDS (1990: New Delhi, India).

XX (29287.2) *World Health Organization urges sex education in schools to prevent AIDS*. World Health Organization. Office of Information. (1993)

A partir de la fin des années 80/début des années 90, le terme de "promotion" apparaît :

Ex: (WT 500 88IN) *Health promotion and chronic illness: report on an International Symposium*. International Symposium on Health Promotion and Chronic Illness (1987: Bad Honnef, Germany, Federal Republic of). (1988)

(Z 695.1.M48 84HE) *Health promotion and education thesaurus*. Center of Disease Control (U.S.). (1984)

(WA 540 GA1 86GL) *Law and health promotion: with particular reference to lifestyles, a comparative research study in Europe*. Glass, Klaus (1986).

(WA 541 JI6 89FI V1) *Final report of North Sumatra Health Promotion Project*. North Sumatra Health Promotion Project. (1989)

(WA 590 94PR) : *Promouvoir la santé : réflexions sur les théories et les pratiques*.

Bastien, Robert. (1994).

(WA 590 94NY) *A guide to health promotion through water and sanitation*. 2nd ed. Nyamwaya, David (1994).

(WA 590 94NA) *Health Promotion: foundations for practice*. Naidoo, Jennie (1994).

(WA 590 95EW) *Promoting health: a practical guide*. 3rd ed. Ewles, Linda. (1995)

XX (21396.2) *Health challenges for the year 2000: health promotion and AIDS*. Erben, Rosmarie (1991)

XX (21074.2): *Health promotion with the help of the world's postal services*. Davies, M.K. (1989)

XX (20586.2) *Un concours pour la promotion de la santé de la famille [lettre]*. Pandit, Daksha D. (1991)

XX (19580.2) *Promotion de l'hygiène cardiaque dans les écoles*. Bouman, Martine P.A. (1992).

XX (32110.2) *Health promotion in the working field: report of a joint meeting organized by the Federal Centre for Health Education, Cologne in collaboration with the WHO office for Europe, Copenhagen*. World Health Organization. Regional Office for Europe.

XX (32040.2) *Sundsvall statement on supportive environments for health, 9-15 June 1991, Sundsvall, Sweden = La Déclaration de Sundsvall : des milieux favorables à la santé, 9-15 juin 1991, Sundsvall, Suède*. **World Health Organization. Division of Health Education**. (1992).

XX (31722.2): *Nouvelles organisations-passerelles pour la promotion de la santé : stimuler-rapprocher-associer, Hambourg (République fédérale d'Allemagne, 3-7 décembre 1989)*. World Health Organization. Regional Office of Europe.

XX (31245.2) *Supportive environments for health : Sundsvall statement = les milieux favorables à la santé, Déclaration de Sundsvall*. International Conference on Health Promotion (1991 : Sundsvall, Sweden). (1995)

(55013) *Health public policy : Adelaide recommendations = Politiques pour la santé : les recommandations d'Adelaide*. International Conference on Health Promotion (1988 : Adelaide, Australia) (1995).

Health Promotion: Ottawa Charter = Promotion santé, la Charte d'Ottawa. International Conference on Health promotion (1986: Ottawa, Canada). (1995)

XX (29783.2) *Building bridges for health promotion : activate-mediate-involve, Hamburg, 3-7 December 1989*. World Health Organization. Regional Office for Europe. (1991)

Education sanitaire et promotion de la santé:

(WA 590 92DI) *Program planning for health education and promotion*. 2nd ed. Dignan, Mark Boderg. (1992)

Ex : (WA 590 93HU) *Communicating health : an action guide to health education and health promotion*. Hubley, John. (1993)

(WA 590 90SA V1) *Santé et maladie : hygiène, éducation sanitaire*. 5^e éd. Zaire. Bureau d'études et de recherche pour la promotion de la santé.

(ZWA 590 83ED): *Education-for-health : the selective guide, health promotion, family life, and mental health, audiovisuals and publications*. National Center for Health

Education (U.S.) (1983)

(WA 695 87RI): *Health education and promotion in food safety*. Rice, Marilyn (1987).

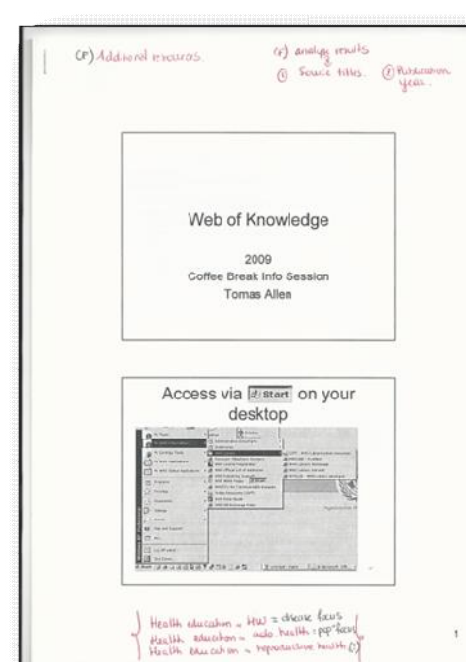
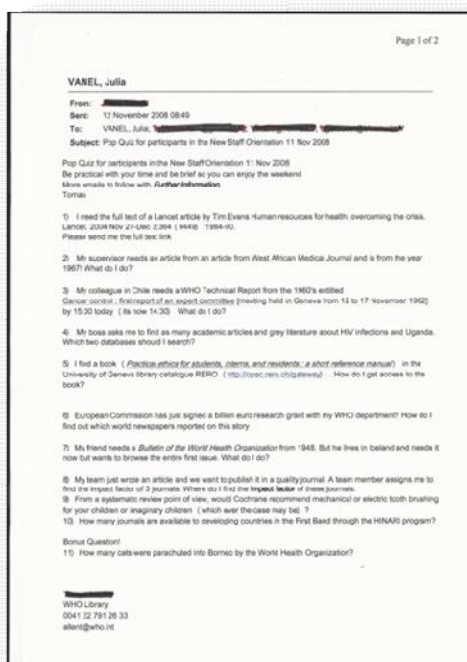
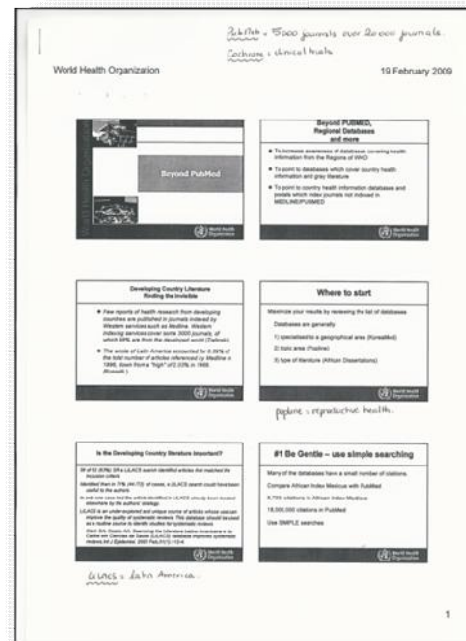
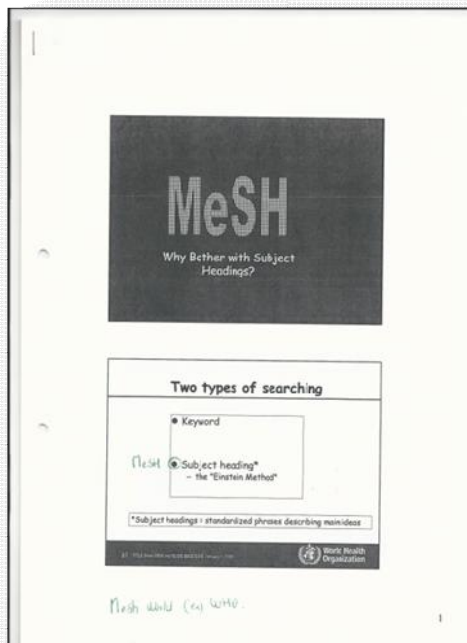
XX (31909.2) Health promotion, public information and education for health: progress report by the Director-General. (1992).

Promotion santé et VIH/SIDA:

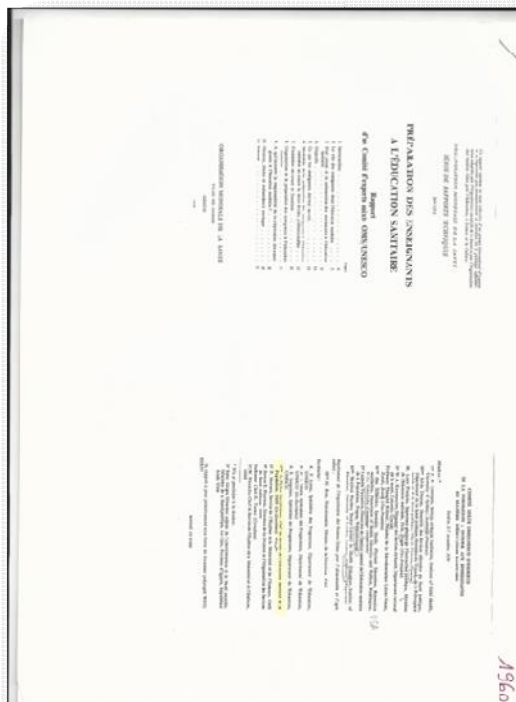
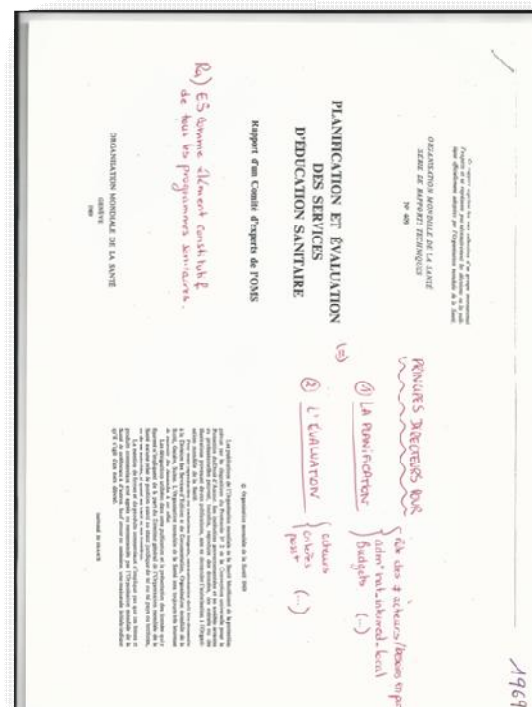
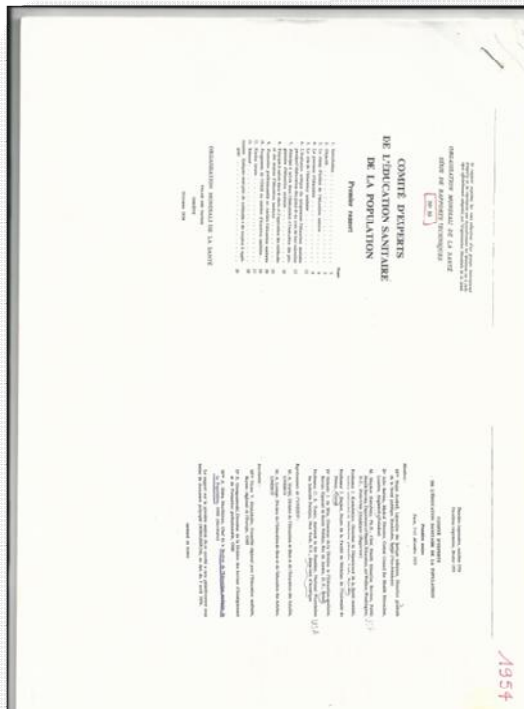
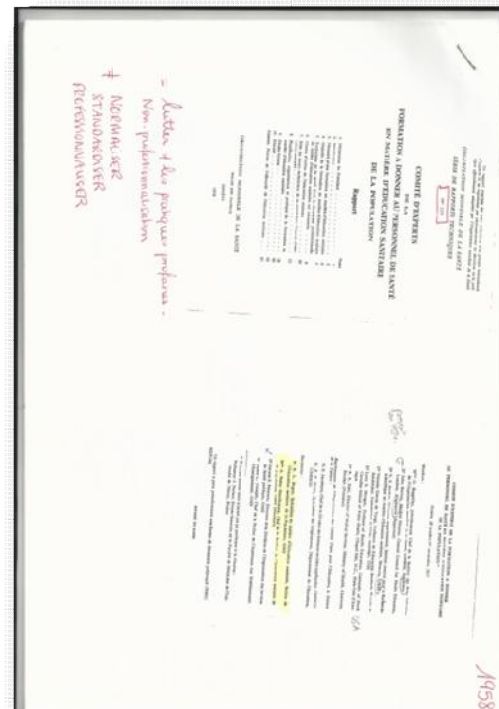
XX (30937.2) *Report on the Intercountry Workshop on Health Promotion Methods and Materials for AIDS Prevention and Control, Dasmascus, Syrian Arab Republic, 19-23 May 1991*. Inter-country Workshop on Health Promotion Methods and Materials for AIDS Prevention and Control (1991: Dasmascus, Syrian Arab Republic).

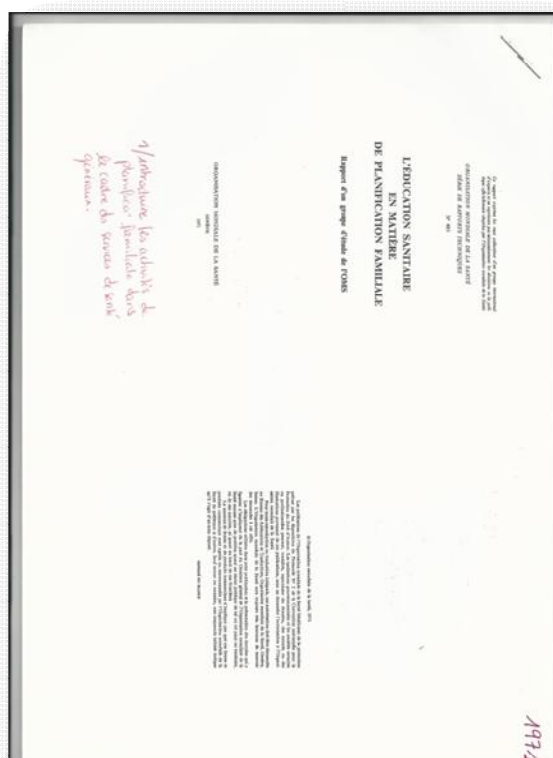
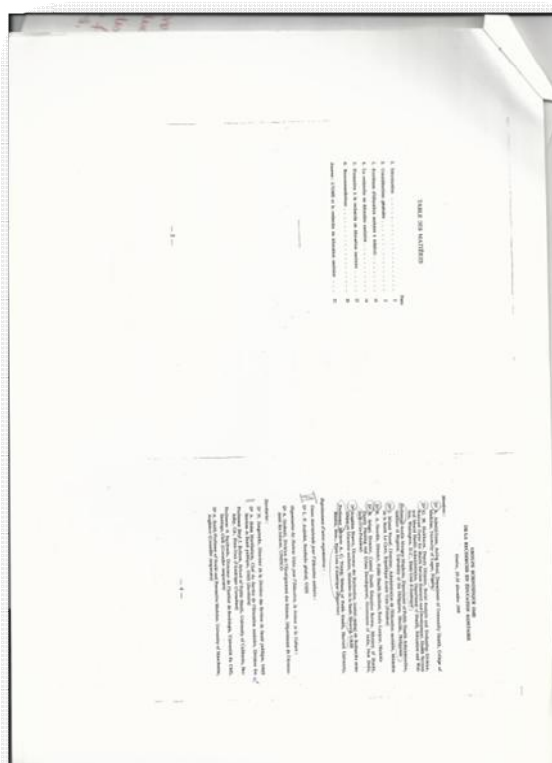
XX (29486.2) *AIDS prevention through health promotion: broadcaster's questions and answers on AIDS*. WHO Global Programme on AIDS.

3.5. Formation à la recherche documentaire, Bibliothèque de l'OMS, 2008-2009.



4. Rapports des Comités d'experts OMS





5. Tableau de dichotomie Education sanitaire / Promotion de la santé, avril 2011

J'entame un tableau comparatif de l'éducation sanitaire et de la promotion de la santé à partir des documents de l'OMS.

Education sanitaire	Promotion de la santé	Ce qui a changé
Cadre cognitif		
« Enseignement qui augmente la prise de conscience et influence favorablement les attitudes et les connaissances concernant l'amélioration de la santé à l'échelle d'une personne ou d'une collectivité » [MeSH Scope Note ; traduction CISMeF). « L'éducation sanitaire représente essentiellement une action exercée sur les individus pour les amener à modifier leur comportement. D'une manière générale, elle vise à leur faire acquérir et conserver de saines habitudes de vie, à leur apprendre à mettre judicieusement à profit les services sanitaire qui sont à leur disposition, et à les conduire à prendre eux-mêmes, isolément et collectivement, les décisions qu'implique l'amélioration de leur état de santé et de la salubrité du milieu où ils vivent. » (N°409, 1969).	« un nouveau mouvement en faveur de la santé publique » (Ottawa). = Point de départ : les progrès accomplis grâce à la Déclaration de Alma-Ata sur les soins de santé primaires, les buts fixés par la stratégie de la Santé pour tous, le débat sur l'action intersectorielle pour la santé, à l'Assemblée mondiale de la Santé.	= Un changement de référentiel (sectoriel).

« La santé publique est, en même temps qu'une science, l'art de prévenir la maladie, de prolonger la vie, de promouvoir la santé et d'augmenter l'efficacité humaine [tant sur le plan physique que mental] par des efforts organisés au niveau de la collectivité [...] » (Winslow, C-E. A. (1920), Mod. Med (Minneap.), 2, 183.)		
<u>Objectif 1. Modifier les comportements individuels et collectifs.</u> Objectifs intermédiaires : - Modifier les connaissances (acquérir de saines habitudes). - Responsabilité individuelle et collective (prendre des décisions judicieuses) - Utilisation judicieuse des services.	Objectifs: « La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise sur leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer ». (Ottawa)	(=) On ne parle plus de connaissances mais de maîtrise et de moyens.

Une vision particulière de la santé : - Héritéité. - Milieu (qui dépend des connaissances et de la volonté humaine). <u>Les comportements individuels et collectifs sont liés aux coutumes, traditions, croyances</u> <u>+ aux conditions économiques et sociales des individus</u> <u>= leur milieu.</u> « Le succès plus ou moins grand de l'action entreprise dépend d'un ensemble de facteurs étroitement liés entre eux : a) facilité d'accès à des conseils et services sanitaires inspirant confiance à la population ; b) possibilité matérielle d'appliquer les mesures préconisées ; c) compatibilité des pratiques d'hygiènes proposées avec les coutumes et traditions des individus, des familles et des groupes, avec leurs croyances et avec l'attitude générale du milieu ; d) aptitude des individus – développée par l'éducation antérieure – à comprendre et à désirer le bénéfice que leur santé retire d'un comportement nouveau, exigeant souvent un sacrifice d'argent et un renoncement difficile à des valeurs sociales et affectives auxquelles ils	Vision de la santé : « Pour parvenir à un état complet de 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. La promotion de la santé ne relève donc pas seulement à préconiser l'adoption de mode de vie qui favorisent la santé ; son ambition est le bien-être complet de l'individu. » <u>Les conditions indispensables à la santé</u> : se loger, accéder à l'éducation, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, bénéficier d'un éco-système stable, compter sur un apport durable de ressources, avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable.	(=) la PS est plus que l'ES. + Introduction du concept de « bien-être complet ». (=) On ne parle plus des « connaissances », ni même des « croyances, coutumes », mais de l'environnement social de l'individu.

sont attachés » (N°409, 1969). « [...] certaines caractéristiques sociales et culturelles de la population peuvent faire gravement obstacle à l'action entreprise [...] ». « des croyances déraisonnables ayant leurs racines dans la superstition et la médecine populaire ». (N°409, 1969, p.11) Opposition entre valeurs profanes (traditionnelles) et des professionnels. « [...] l'individu, ses croyances, ses attitudes, les valeurs qu'il honore, ses besoins, ses motivations et ses aspirations constituent le système central. Mais il existe autour de l'individu de nombreux systèmes de forces sociales qui sont en relation dynamique avec les forces intérieures de l'individu que l'on peut présenter comme des cercles concentriques [...] » (le groupe naturel : famille, proches, amis, collectivité ; l'ensemble des services sanitaires et médicaux). « Chaque système social est caractérisé par l'interaction des éléments – personnes et organisations – qui le composent, mais il y a aussi interaction continuelle entre	« La bonne santé est une ressource majeure pour le développement social, économique et individuel et une importante dimension de la qualité de vie. » « Divers facteurs – politiques, économiques, sociaux, culturels, environnementaux, comportementaux et biologiques – peuvent tous la favoriser ou, au contraire, lui porter atteinte. La promotion de la santé a précisément pour but de créer, grâce à un effort de sensibilisation, les conditions favorables indispensables à l'épanouissement de la santé. » « L'effort de la promotion de la santé vise l'équité en matière de santé. Le but est de réduire les écarts actuels dans l'état de santé et de donner à tous les moyens et les occasions voulus pour réaliser pleinement leur potentiel de santé. Cela suppose notamment que ceux-ci puissent s'appuyer sur un environnement favorable, aient accès à l'information, possèdent dans la vie les aptitudes	(=) La santé n'est plus une fin en soi (de saines habitudes de vie)... mais un moyen/une ressource pour arriver à un état de bien-être et à une qualité de vie. (=) Multitude de facteurs pris en compte (pas seulement les croyances, les connaissances, et l'accès aux services de santé). (=) Notion d'équité (inégalités de santé non plus le fait de connaissances erronées mais d'environnements non favorables). = « Connaissances » (profanes contre professionnels)

les différents systèmes. » (N°432, 1969, p.15,16).	nécessaires pour faire des choix judicieux en matière de santé et sachent tirer profit des occasions qui leur sont offertes d'opter pour une vie saine. Sans prise sur les divers paramètres qui déterminent la santé, les gens ne peuvent espérer parvenir à leur état de santé optimal, et il en est de même pour les femmes que pour les hommes. » (Ottawa, p.9).	versus « Moyens » : Milieu =) environnement. Connaissances =) info. Effort =) Aptitudes.
L'élément humain : « [...] de nombreux facteurs dont dépendent l'étiologie et l'évolution des maladies, ainsi que le maintien et l'amélioration de la santé, apparaissent comme relevant essentiellement du comportement humain » (N°432). « [...] lorsqu'on élabore un programme, on a souvent tendance à négliger l'élément humain, c'est-à-dire les bénéficiaires des services offerts » (N°409, 1969, p.9) « Les problèmes sanitaires sont des problèmes humains [...] » (409, 1969, p.14). « [...] l'être humain, avec ses aspirations, ses croyances et ses façons d'être forme le dénominateur commun des problèmes sanitaires et de tous les programmes de santé » (409, 1969, p.15).		

(=) les sciences sociales et humaines au cœur de l'éducation sanitaire : (sociologie, sciences du comportement, ethnologie...). =) introduction des sciences sociales dans la santé publique. <u>Dans l'évaluation des programmes</u> « Susciter une prise de conscience plus nette de l'influence qu'exercent les facteurs humains –individuels et sociaux – sur la qualité de la planification de nombreux programmes de santé prioritaires et sur les résultats de leur exécution. » (1969, p.5)		
L'effort personnel (=) l'aptitude des individus : La santé dépend des comportements individuels et collectifs. Ces comportements sont issus de l'éducation antérieure de l'individu et de son environnement social. Modifier les comportements suppose un EFFORT de la part des individus (aller à l'encontre de ses habitudes de vie). (=) l'efficacité humaine. « Dans de nombreux pays, on commence à se rendre		

compte que les services et installations mises en place pour améliorer la condition socio-économique et le niveau de santé de la population ne peuvent être pleinement efficaces si leurs bénéficiaires négligent d'y recourir et de faire un effort individuel [...]. Le but principal de l'éducation sanitaire est de susciter cet effort. » (n°409, 1969, p.9,10). « Acquérir de bonnes habitudes d'hygiène ou corriger les mauvaises ne va pas sans un grand effort de la part de l'individu, qui doit nécessairement s'imposer une discipline et vaincre de fortes résistances. » (N°409, 1969, p.12) (=) efforts sur les INDIVIDUS : « En rendant les individus plus conscients des exigences de la santé, plus confiants en eux-mêmes, plus réceptifs aux conseils et plus capables d'une attitude adulte (...) » (1969, p.12)		
(=) Problèmes sanitaires d'un point de vue éducatif !!!	« Nos sociétés sont complexes et interconnectées et l'on ne peut séparer la santé	D'une vision « éducative » à une approche « socio-écologique ».

La place de l'éducation : - Besoins physiques. - Besoins intellectuels et affectifs. « Pour qu'un pays puisse retirer un profit maximum des investissements destinés à élever le niveau de santé, réduire ou éliminer les principaux problèmes ou risques sanitaires et assurer à la population force et bien-être, il faut que les individus soient « éduqués » à tous les échelons de la société » (N°409, 1969). Une vision particulière de l'apprentissage : Mécanismes d'acquisition des comportements : - Au foyer. - Dans les établissements scolaires. - Dans la collectivité. Exemple : les campagnes de publicité des marques de tabac : « ce qu'il faut, c'est une action éducative sanitaire planifiée, prolongée et orientée vers un mode de vie sain, persistant tout au long de l'existence. » (1969, p.12) Le processus éducatif (N°432, 1969, p.9) : « Par l'action éducative, on peut amener les gens à prendre conscience des problèmes de santé, à les	des autres objectifs. Les lieux qui unissent de façon inextricables les individus à leur milieu constituent les bases d'une approche socio-écologique à l'égard de la santé. » (Ottawa, p.6) « L'évolution des modes de vie, de travail et de loisir doit être une source de santé pour la population, et la façon dont la société organise le travail doit permettre de créer une société plus saine. La promotion de la santé engendre des conditions de vie et de travail à la fois sûres, stimulantes, gratifiantes et agréables. » (Ottawa, p.6). « La santé est engendrée et vécue dans les divers contextes de la vie quotidienne, là où l'individu s'instruit, travaille, se délasse ou se laisse aller à manifester ses sentiments. [...] » « L'altruisme, la vision globale et l'écologie fondent les stratégies de promotion de la santé. » (Ott, p.7)	La santé n'est pas uniquement déterminée par le foyer, les établissements scolaires et la collectivité... mais par l'ensemble des conditions de vie.

rapporter à eux-mêmes, à bien voir la nécessité de s'y attaquer, à juger si les solutions prévues sont en harmonie avec leurs motivations, leurs aspirations (...) et enfin à adopter et conserver durablement le comportement adéquat. » + Notion de comportement sanitaire. + Notion de collectivité.		
Intérêt pour la Nation : « [...] une éducation sanitaire efficace aide un pays à atteindre ses objectifs de développement, car il est bien certain qu'une population saine représente pour la vie socio-économique d'une nation un potentiel accru d'énergie, d'activité et de production » (N°409, 1969, p.12)		
<u>Objectif 2. Modifier les pratiques des professionnels</u> (parce que ce sont eux qui peuvent influencer sur les comportements individuels de la population). Prise en compte des aspirations et des buts de la population. (=) Reconnaissance de l'opposition entre : - Valeurs profanes. - Valeurs des professionnels.	<u>Acquisition d'aptitudes individuelles :</u> « La promotion de la santé appuie le développement individuel et social (...) ». « [...] elle donne aux gens davantage de possibilités et de contrôle de leur propre santé et de leur environnement et les rend mieux aptes à faire des choix judicieux. »	(=) Des connaissances aux aptitudes.

(Toutes les populations ont leurs croyances sur la maladie). =) Modifier le comportement des professionnels en contact avec la population : - De nouvelles connaissances (autres que celles purement médicales) - Aptitude à écouter, apprendre, enseigner (de nouvelles compétences). (=) Modifier le rapport patient/médecin.	« Il est crucial de permettre d'apprendre à faire face à tous les stades de leur vie et à se préparer à affronter les traumatismes et les maladies chroniques. » « Elle [La santé] résulte du soin que l'on prend de soi-même et d'autrui et de la capacité à prendre des décisions et à maîtriser ses conditions de vie ; elle réclame, en outre, une société dans laquelle les conditions voulues sont réunies pour permettre à tous d'arriver à vivre en bonne santé. » (Ott, p.7)	Qui dépend des conditions offertes par la société.
Une opposition ES moderne / ancienne : Dans le passé.... Pas de prise en compte de l'élément humain.		

Les instruments		
Les méthodes/actions éducatives : (méthode située qui doit prendre en compte les « conceptions en vigueur de la population »). « Efficacité » (ex : buccodentaire) : connaissances, prise en compte des croyances, motivations, perceptions des	<u>Une nouvelle orientation des politiques de santé :</u> <u>La politique de promotion de la santé:</u> « mesures	

populations (elles-mêmes fonction du milieu social). =) Relais dans la collectivité.	législatives, financières et fiscales et changements organisationnels notamment. » (Ottawa).	
La formation du personnel de santé : =) Modifier les programmes =) Choix et répartition des matières. + méthodes éducatives + notions de pédagogie, psychologie, médecine sociale et préventive, ethnologie / éléments des sciences sociales... Développer l'expérience pratique (les travaux pratiques) : travailler « dans la collectivité, au sein de la collectivité ». Diffuser des études (OMS et Union Internationale pour l'éducation sanitaire de la population). La formation du personnel enseignant : Contenu et méthodes. Guide pratique à l'intention des professeurs.	« L'action commune ». <u>Engagements :</u> Promouvoir des politiques pour la santé et plaider en faveur d'un engagement politique clair en faveur de la santé et de l'équité dans tous les secteurs. « Lutter contre les pressions exercées en faveur de produits dangereux, de la déplétion des ressources, de conditions et de cadres de vie malsains et d'une alimentation déséquilibrée. « Appeler l'attention sur les questions de santé publique posées, par exemple, par la pollution, les dangers d'ordre professionnel, l'habitat et les peuplements (...) »	(=) L'OMS : passage de directives à des plaidoyers (sensibilisation).
L'éducation sanitaire dans l'enseignement des enfants : =) à intégrer dans le programme scolaire :		

la nutrition, l'hygiène scolaire, les cours « d'économie ménagère » ou encore la « prévention des accidents ».	Comblers les écarts de niveau de santé dans les sociétés. Reconnaître que les individus constituent la principale source de santé ; à les soutenir et à leur donner les moyens de demeurer en bonne santé ; Réorienter les services de santé et leurs ressources au profit de la promotion de la santé ; à partager leur pouvoir avec d'autres secteurs, d'autres disciplines, et avec la population elle-même. Reconnaître que la santé et son maintien constituent un investissement social et un défi majeur [...]. + <u>Appel pour une action internationale</u> : « de plaider en faveur de la promotion de la santé, dans le cadre de tous les forums appropriés, et d'aider à établir des stratégies et des	

	programmes de promotion de la santé. » Résumé : (=) Nouvelle orientation des politiques de santé : En privilégiant la participation de la population, la coopération entre les divers secteurs de la société, et les soins de santé primaires. <u>Les politiques pour la santé</u> : « Leur but principal est d'instaurer un environnement propice qui permette à chacun de mener une vie saine. » (Adélaïde, p.5).	

Les programmes : 1. Rôle de l'évaluation critique dans l'élaboration et l'exécution des programmes - Définir clairement les buts des programmes ; - Des critères pour juger de l'échec ou de la réussite (quantitatifs et qualitatifs) ; - Le choix des méthodes d'évaluation (des points de comparaison, etc...) ; - Les méthodes éducatives. 2. Planification : - Enquêtes préliminaires de terrain ; - Etude de la population ; - Collaboration et participation du groupe social ; - Inventaire des ressources et moyens existants, - Collaboration avec les praticiens locaux, autres organismes officiels et œuvres privées ; - Analyse de la situation locale ; - Les expériences pilotes ; - Le travail en équipe ; - Le rôle du personnel médical et paramédical ; - Le financement des programmes ; - L'évaluation. Cf) Exemple : l'ES dentaire. 3. Le choix et l'application des méthodes et des moyens de l'ES :	Renforcement de l'action communautaire : Participation effective et concrète à la fixation des priorités, à la prise de décisions et à l'élaboration et à la mise en œuvre de stratégies de planification... « AU cœur même de ce processus, il y a la dévolution du pouvoir aux communautés considérés comme capables de prendre en main leurs destinées et d'assumer la responsabilité de leurs actions ». (Ottawa, p.6) (=) « Cela exige un accès total et permanent à l'information et aux possibilités d'acquisition des connaissances concernant la santé, ainsi que d'une aide financière. » « La promotion de la santé appuie le développement individuel et social grâce à l'information, à l'éducation pour la santé, et au	(=) D'une approche Top-Down (l'Etat et les professionnels) à une approche Bottom-Up (de la communauté aux pouvoirs). (=) l'éducation pour la santé (voir la nuance) est un outil visant non pas les connaissances, mais l'acquisition d'aptitudes individuelles. + un outil parmi d'autres.

La collecte des données qui « fournit aux éducateurs sanitaires l'occasion d'appeler l'attention de leurs collègues sur les aspects comportements des problèmes de santé ». (N°409, 1969, p.9) <i>(=) LA SURVEILLANCE PASSE PAR LES ETUDES.</i> Notamment les statistiques démographiques. (morbidity, natalité, fécondité, longévité, mais aussi degré d'alphabétisation, langues, conditions économiques, pratiques locales...). (N°409, 1969, p.10) =) renseignements « sur le niveau de connaissance, ses attitudes, ses coutumes, ses habitudes, ses désirs, ses conviction [...] ».	« L'évaluation systématique des effets sur la santé d'un environnement en évolution rapide – notamment dans les domaines de la technologie, du travail, de l'énergie et de l'urbanisation – est indispensable et doit être suivie d'une action garantissant le caractère positif de ces effets sur la santé publique [...] » + La protection des milieux naturels et des espaces construits. + conservation des ressources naturelles. Rq) Intérêt pour le « développement durable »	Du contrôle des données individuelles aux études sur l'impact de l'environnement sur la santé.
La RECHERCHE : Cf) Rapport N°432, 1969. « [...] intensifier la recherche [...] pour améliorer la formation du personnel appelé à élaborer et exécuter les programmes de recherche, pour faciliter la communication entre chercheurs et praticiens et pour faire en sorte que les découvertes de la recherche soient plus largement appliquées dans la pratique » (N°432, p.5).	« La réorientation des services de santé exige également une attention accrue à l'égard de la recherche, ainsi que des changements dans l'enseignement et la formation des professionnels ».	(=) changement d'approche =) nouvel effort de production de la recherche et de formation des professionnels.

(=) « Constituer un fond de savoir » (p.8) La production en recherche =) la légitimité d'une profession à part entière : « L'existence d'un fond de connaissances organisé en système est la véritable marque qu'une profession et le nerf de son efficacité » (N°432, p.7) Emprunt aux sciences du comportement et aux disciplines connexes (éducation, anthropologie, sociologie) + Ses propres concepts et ses propres principes. = Le processus d'éducation appliquée à l'action sanitaire. + certaines constances... Problèmes d'ES à éclaircir (voir exemples, °432, p.11). « C'est à la recherche de décider s'il faut prévoir une solution particulière pour chaque programme, ou si l'on peut concevoir une solution d'application plus largement, sinon universelle. » (N°432, p.12) =) Des constances =) des principes généraux = Bases théoriques de l'ES. « [...] il est nécessaire de constituer, pour guider les praticiens, aux fonds de		

connaissances professionnels plus étendues et mieux structurées. » (N°432, p.13). Recherche en ES = recherche appliquée. <u>Modèle conceptuel pour guider la recherche en ES :</u> Proposer un système de classification des problèmes et des sujets. Cf) six rubriques : connaissances, croyances et comportements des gens en matière de santé, facteurs psychosociaux et culturels intervenant dans la pratique de l'ES, méthodes et moyens de communication humaine, éducation des malades, élaboration et évaluation des programmes, l'éducation sanitaire à l'école. (N°432, p. 14,15) Suggestions sur les recherches à entreprendre (cf N°432, p.17). <u>Problèmes de recherche en ES :</u> Insuffisance de la recherche. « L'une des difficultés de la recherche en éducation sanitaire tient à ce que le comportement ne peut pas toujours être évalué indirectement, est souvent inaccessible à l'observation directe ou se modifie à l'occasion de l'observation elle-même » (N°432, p. 20). (=) comportement qui ne peut ni être mesuré indirectement, ni observé.		

Comment faire évoluer la recherche en ES ? « un effort continu de rationalisation des plans de recherche et des procédés de mesure. » (=) « élever le niveau de recherche, faciliter la communication, à uniformiser la terminologie et la nomenclature, et à développer des programmes de formation des chercheurs. » (=) des centres de recherche (insuffisance des crédits pour la recherche en sciences sociales par rapport aux sciences naturelles). <u>+ moyens de publication et de diffusion</u> (pour les praticiens = s'informer), (ex) colloques, séminaires... (N°432, p.23), publications dans des revues... Communication : 1) création d'un réseau mondial de centres.... (N°432, p.31). <u>Formation à la recherche en ES :</u> Dans le cadre de l'enseignement professionnel. Formation à la recherche au niveau post universitaire. (cf rôle des OI).		

Les acteurs et le cadre institutionnel		
Les professionnels de santé : - Médecins ; - Infirmières ; - Techniciens de l'assainissement ; - Sages-femmes ; - Membres diplômés de santé publique ; - Les auxiliaires sanitaires ; Du fait de leur proximité avec la population (relais dans la collectivité).	« Quel que soit leur milieu, les gens sont amenés à intervenir en tant qu'individus, ou à titre de membres de la famille ou d'une communauté. » « Les groupes professionnels et sociaux, tout comme les professionnels de santé sont, quant à eux, particulièrement responsables de la médiation entre les intérêts divergents qui se manifestent dans la société à l'égard de la santé. »	Des professionnels chargés de l'ES.... A tout le monde. Passage d'un rôle de prescripteurs (apporter les bonnes connaissances) à un rôle de MEDIATION (de l'ensemble des acteurs concernés).
Le personnel enseignant : - Directeurs d'école ; - Maîtres ; - Services d'hygiène scolaire.		
Les « particuliers » (moyennant de s'assurer qu'ils ne diffusent pas d'informations erronées).	« La promotion de la santé va bien au-delà des simples soins de santé. Elle inscrit la santé à l'ordre du jour des responsables politiques de tous les secteurs et à tous les niveaux, en les incitant à prendre conscience des conséquences de leurs décisions sur la santé et en les amenant à admettre leur responsabilité à cet égard » (Ottawa, p.6)	Passage de la responsabilité individuelle et des professionnels de santé
Les spécialistes de l'éducation sanitaire (notamment participation à la formation). Fonctions du spécialiste : a) étude et analyse des pb de santé, b) organisation de l'action éducative, notamment la détermination des objectifs à atteindre – en particulier du point de vue des changements souhaitables dans les pratiques d'hygiène (...), c) mise en œuvre du programme et conduite des activités éducatives, d) préparation d'autres agents de la santé aux tâches	le cadre scolaire, familial, professionnel et communautaire	A celle des responsables politiques.

d'éducation sanitaire ; e) évaluation de l'action éducative sanitaire. « La place des spécialistes de l'ES et des sciences sociales connexes aux divers échelons administratifs : national, local, intermédiaire. » =) Recommandations. Qualités personnelles du spécialiste de l'ES : a) aptitudes à jouer le rôle d'animateur dans un groupe (...) (409, 1969, p.24)	+ une action doit être menée par l'intermédiaire des organismes éducatifs, professionnel, commerciaux et bénévoles et dans les institutions elles-mêmes. (Ottawa p.7).	
Le cadre institutionnel		
Les services sanitaires et associés.	« Le secteur de la santé ne peut, à lui seul, assurer le cadre préalable et futur le plus propice pour la santé. La promotion de la santé exige, en fait, l'action coordonnée de tous les intéressés : gouvernements, secteur de la santé et autres secteurs sociaux et économiques, organisations non gouvernementales et bénévoles, autorités locales, industries, médias. » « en faisant intervenir, à côté du secteur de la santé proprement dit, d'autres composantes à	Au départ les services sanitaires étatiques... A la reconnaissance d'une multitude d'acteurs : Etatiques et non étatiques (ONG...) Nationaux et locaux. Services de santé et tous les autres services administratifs.

	caractère social, politique, économique et environnemental. » (Ott, p.7)	
L'enseignement (« à un niveau universitaire ou post-universitaire).	<u>Réorientation des services de santé</u> (Ottawa, p.7) : Tâche partagée entre : Les particuliers ; Les groupes communautaires ; Les personnels de la santé ; Les établissements de services ; Les gouvernements. « Par delà son mandat qui consiste à offrir des services cliniques et curatifs, le secteur de la santé doit s'orienter de plus en plus dans le sens de la promotion de la santé. » (Ott p.7)	
<u>Le service d'éducation sanitaire</u> Rôle 1. La collecte des données (connaissances de la population). Place dans la structure de l'administration de la santé : Au sein de l'administration nationale.		

Place dans la hiérarchie administrative du ministère = assez élevée (...) Une position « plus en vue dans la structure du ministère ou département de santé.... Niveau hiérarchique = « indiquerait aux autres services l'importance qui lui est attachée. » (409, 1969, p.16) Fonctions d'un service d'AS au niveau national de l'administration de santé. Au niveau intermédiaire. + Besoins en personnel d'un service d'ES. (=) Titres et aptitudes (titulaire d'un grade universitaire en sciences biologiques, sociales ou pédagogiques ou l'équivalent). Avantages d'une carrière dans l'ES ; barème des traitements. (409, 1969, p.25) Questions budgétaires (idem). Installations et matériel. Planification et évaluation d'un service d'ES. (=) « se faire accepter comme une méthode fondamentale de santé publique et un service technique nécessaire » (409, 1969, p.16)		

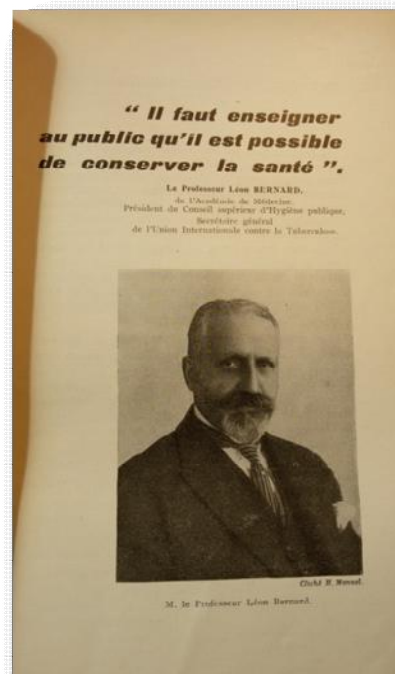
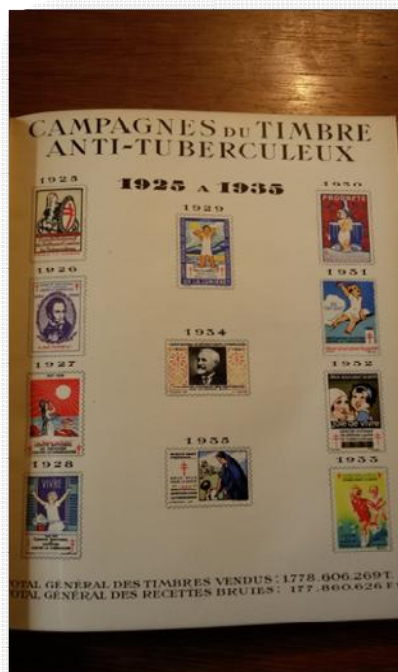
6. L'éducation sanitaire aux XIX^e et XX^e siècles



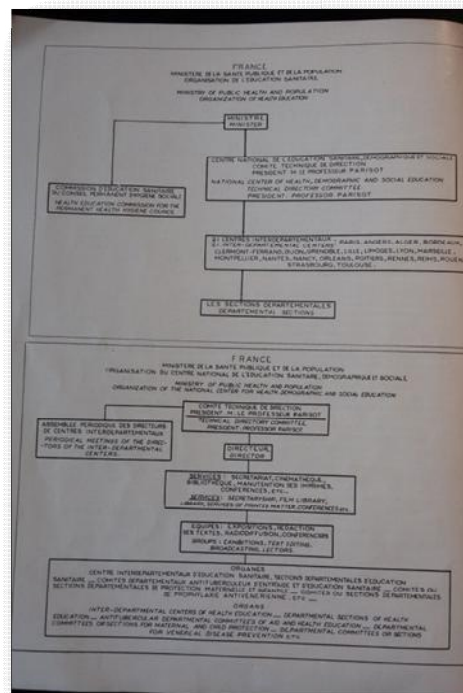
Images issues de l'ouvrage de Lucien Viborel, *Savoir Prévenir. Guide pratique de la santé et de la lutte contre les maladies sociales*, 1936.



Images présentant un centre antituberculeux. Issues de l'ouvrage de Jacques Parisot, *L'organisation de la lutte antituberculeuse dans le cadre départemental. Sa réalisation en Meurthe-et-Moselle*, Ed. Berger-Levrault, 1928.



Images issues de l'ouvrage de Lucien Viborel, *Le timbre antituberculeux. Instrument d'action médico-sociale*, Comité National de défense contre la tuberculose, Paris.



Images issues de l'ouvrage du Comité National d'Education Sanitaire, *L'éducation sanitaire*, Paris, 1953.



Images issues de l'ouvrage : *Le nourrisson*, Collection Education Sanitaire et Social, Ed. Eugène Figuière, Paris.

7. La Déclaration d'Alma-Ata, 1978

0/10R2

OMS | Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires



Organisation mondiale de la Santé

Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires

Partager Imprimer

12 septembre 1978

La Conférence internationale sur les soins de santé primaires réunie à Alma-Ata ce douze septembre mil neuf cent soixante-dix-huit, soulignant la nécessité d'une action urgente de tous les gouvernements, de tous les personnels des secteurs de la santé et du développement ainsi que de la communauté internationale pour protéger et promouvoir la santé de tous les peuples du monde, déclare ce qui suit :

I

La Conférence réaffirme avec force que la santé, qui est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité, est un droit fondamental de l'être humain, et que l'accession au niveau de santé le plus élevé possible est un objectif social extrêmement important qui intéresse le monde entier et suppose la participation de nombreux secteurs socioéconomiques autres que celui de la santé.

II

Les inégalités flagrantes dans la situation sanitaire des peuples, aussi bien entre pays développés et pays en développement qu'à l'intérieur même des pays, sont politiquement, socialement et économiquement inacceptables et constituent de ce fait un sujet de préoccupation commun à tous les pays.

III

Le développement économique et social, fondé sur un nouvel ordre économique international, revêt une importance fondamentale si l'on veut donner à tous le niveau de santé le plus élevé possible et combler le fossé qui sépare sur le plan sanitaire les pays en développement des pays développés. La promotion et la protection de la santé des peuples est la condition sine qua non d'un progrès économique et social soutenu en même temps qu'elles contribuent à une meilleure qualité de la vie et à la paix mondiale.

IV

Tout être humain a le droit et le devoir de participer individuellement et collectivement à la planification et à la mise en œuvre des soins de santé qui lui sont destinés.

www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/

1/4

V

Les gouvernements ont vis-à-vis de la santé des populations une responsabilité dont ils ne peuvent s'acquitter qu'en assurant des prestations sanitaires et sociales adéquates. L'un des principaux objectifs sociaux des gouvernements, des organisations internationales et de la communauté internationale tout entière au cours des prochaines décennies doit être de donner à tous les peuples du monde, d'ici l'an 2000, un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive. Les soins de santé primaires sont le moyen qui permettra d'atteindre cet objectif dans le cadre d'un développement empreint d'un véritable esprit de justice sociale.

VI

Les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'autoresponsabilité et d'autocotétermination. Ils font partie intégrante tant du système de santé national, dont ils sont la cheville ouvrière et le foyer principal que du développement économique et social d'ensemble de la communauté. Ils sont le premier niveau de contacts des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire.

VII

Les soins de santé primaires:

- reflètent les conditions économiques et les caractéristiques socio-culturelles et politiques du pays et des communautés dont ils émanent et sont fondés sur l'application des résultats pertinents de la recherche sociale et biomédicale et de la recherche sur les services de santé, ainsi que sur l'expérience de la santé publique;
- visent à résoudre les principaux problèmes de santé de la communauté, en assurant les services de promotion, de prévention, de soins et de réadaptation nécessaires à cet effet;
- comprennent au minimum : une éducation concernant les problèmes de santé qui se posent ainsi que les méthodes de prévention et de lutte qui leur sont applicables, la promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles, un approvisionnement suffisant en eau saine et des mesures d'assainissement de base, la protection maternelle et infantile y compris la planification familiale, la vaccination contre les grandes maladies infectieuses, la prévention et le contrôle des endémies locales, le traitement des maladies et lésions courantes et la fourniture de médicaments essentiels;
- font intervenir, outre le secteur de la santé, tous les secteurs et domaines connexes du développement national et communautaire, en particulier l'agriculture, l'élevage, la production alimentaire, l'industrie, l'éducation, le logement, les travaux publics et les communications, et

www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/

requièrent l'action coordonnée de tous ces secteurs;

- exigent et favorisent au maximum l'autoresponsabilité de la collectivité et des individus et leur participation à la planification, à l'organisation, au fonctionnement et au contrôle des soins de santé primaires, en tirant le plus large parti possible des ressources locales, nationales et autres, et favorisent à cette fin, par une éducation appropriée, l'aptitude des collectivités à participer;
- doivent être soutenus par des systèmes d'orientation/recours intégrés, fonctionnels et se soutenant mutuellement, afin de parvenir à l'amélioration progressive de services médico-sanitaires complets accessibles à tous et accordant la priorité aux plus démunis;
- font appel tant à l'échelon local qu'à celui des services de recours aux personnels de santé—médecins, infirmières, sages-femmes, auxiliaires et agents communautaires, selon le cas, ainsi que, s'il y a lieu, praticiens traditionnels—tous préparés socialement et techniquement à travailler en équipe et à répondre aux besoins de santé exprimés par la collectivité.

VIII

L'humanité tout entière pourra accéder à un niveau acceptable de santé en l'an 2000 si l'on utilise de façon plus complète et plus efficace les ressources mondiales dont une part considérable est actuellement dépensée en armements et en conflits armés. Une politique authentique d'indépendance, de paix, de détente et de désarmement pourrait et devrait permettre de dégager des ressources supplémentaires qui pourraient très utilement être consacrées à des fins pacifiques et en particulier à l'accélération du développement économique et social dont les soins de santé primaires, qui en sont un élément essentiel, devraient recevoir la part qui leur revient.

IX

Tous les pays se doivent de coopérer dans un esprit de solidarité et de service en vue de faire bénéficier des soins de santé primaires l'ensemble de leur population, puisque l'accession de la population d'un pays donné à un niveau de santé satisfaisant intéresse directement tous les autres pays et leur profite à tous. Dans ce contexte, le rapport conjoint FISE/OMS sur les soins de santé primaires constitue une base solide pour l'avenir du développement de la mise en œuvre des soins de santé primaires dans le monde entier.

X

L'humanité tout entière pourra accéder à un niveau acceptable de santé en l'an 2000 si l'on utilise de façon plus complète et plus efficace les ressources mondiales dont une part considérable est actuellement dépensée en armements et en conflits armés. Une politique authentique d'indépendance, de paix, de détente et de désarmement pourrait et devrait permettre de dégager des ressources supplémentaires qui pourraient très utilement être consacrées à des fins pacifiques et en particulier à l'accélération du développement économique et social dont les soins de santé primaires, qui en sont un élément essentiel, devraient recevoir la part

qui leur revient.

La conférence internationale sur les soins de santé primaires demande instamment que soit lancé d'urgence aux plans national et international, une action efficace pour développer et mettre en œuvre les soins de santé primaires dans le monde entier et, en particulier, dans les pays en développement, conformément à l'esprit de la coopération technique et d'un nouvel ordre économique international. Elle appelle les gouvernements, l'OMS et le FISE et les autres organisations internationales ainsi que les organismes multilatéraux et bilatéraux, les organisations non gouvernementales, les organismes de financement, tous les personnels de santé et l'ensemble de la communauté mondiale à appuyer aux plans national et international l'engagement de promouvoir les soins de santé primaires et à lui fournir un soutien technique et financier accru en particulier dans les pays en développement. La Conférence les exhorte tous à collaborer pour instaurer et maintenir les soins de santé primaires conformément à l'esprit et à la lettre de la présente déclaration.

Liens connexes

Rapport de la conférence internationale sur les soins de santé primaires
[pdf 3,26Mb]

Thème de santé: soins de santé primaires

Disponible sur :

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/113882/E93945.pdf?ua=1

8. La Charte d'Ottawa pour la Promotion de la Santé, 1986



EUROPE

PROMOTION DE LA SANTE

Charte d'OTTAWA

La première Conférence internationale pour la promotion de la santé, réunie à Ottawa, a adopté le 21 novembre 1986 la présente "Charte" en vue de contribuer à la réalisation de l'objectif de la Santé pour tous d'ici à l'an 2000 et au-delà.

Inspirée avant tout, par l'attente, de plus en plus manifeste, d'un nouveau mouvement en faveur de la santé publique dans le monde, cette Conférence s'est concentrée sur les besoins des pays industrialisés, sans négliger pour autant ceux des autres régions. Elle a pris comme point de départ les progrès accomplis grâce à la Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires, les buts fixés par l'OMS dans le cadre de la stratégie de la Santé pour tous et le débat sur l'action intersectorielle pour la santé, à l'Assemblée mondiale de la Santé.

PROMOTION DE LA SANTE

La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. 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. La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé : elle ne se borne pas seulement à préconiser l'adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé ; son ambition est le bien-être complet de l'individu.

CONDITIONS INDISPENSABLES A LA SANTE

La santé exige un certain nombre de conditions et de ressources préalables, l'individu devant pouvoir

notamment :

- se loger,
- accéder à l'éducation,
- se nourrir convenablement,
- disposer d'un certain revenu,
- bénéficier d'un éco-système stable,
- compter sur un apport durable de ressources,
- avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable.

Tels sont les préalables indispensables à toute amélioration de la santé.

PLAIDOYER POUR LA SANTE

La bonne santé est une ressource majeure pour le développement social, économique et individuel et une importante dimension de la qualité de la vie. Divers facteurs - politiques, économiques, sociaux, culturels, environnementaux, comportementaux et biologiques - peuvent tous la favoriser ou, au contraire, lui porter atteinte. La promotion de la santé a précisément pour but de créer, grâce à un effort de sensibilisation, les conditions favorables indispensables à l'épanouissement de la santé.

MISE EN PLACE DES MOYENS

L'effort de promotion de la santé vise à l'équité en matière de santé. Le but est de réduire les écarts actuels dans l'état de santé et de donner à tous les individus les moyens et les occasions voulus pour réaliser pleinement leur potentiel de santé. Cela suppose notamment que ceux-ci puissent s'appuyer sur un environnement favorable, aient accès à l'information, possèdent dans la vie les aptitudes nécessaires pour faire des choix judicieux en matière de santé et sachent tirer profit des occasions qui leur sont offertes d'opter pour une vie saine. Sans prise sur les divers paramètres qui déterminent la santé, les gens ne peuvent espérer parvenir à leur état de santé optimal, et il en est de même pour les femmes que pour les hommes.

MÉDIATION

Le secteur de la santé ne peut, à lui seul, assurer le cadre préalable et futur le plus propice à la santé. La promotion de la santé exige, en fait, l'action coordonnée de tous les intéressés : gouvernements, secteur de la santé et autres secteurs sociaux et économiques, organisations non gouvernementales et bénévoles, autorités locales, industries et médias. Quel que soit leur milieu, les gens sont amenés à intervenir en tant qu'individus, ou à titre de membres d'une famille ou d'une communauté. Les groupes professionnels et sociaux, tout comme les personnels de santé sont, quant à eux, particulièrement responsables de la médiation entre les intérêts divergents qui se manifestent dans la société à l'égard de la santé.

Les programmes et les stratégies de promotion de la santé doivent être adaptés aux possibilités et aux besoins locaux des pays et des régions et prendre en compte les divers systèmes sociaux, culturels et économiques.

ACTIONS POUR PROMOUVOIR LA SANTE

ELABORATION DE POLITIQUES POUR LA SANTE

La promotion de la santé va bien au-delà des simples soins de santé. Elle inscrit la santé à l'ordre du jour des responsables politiques de tous les secteurs et à tous les niveaux, en les incitant à prendre conscience des conséquences de leurs décisions sur la santé et en les amenant à admettre leur responsabilité à cet égard.

La politique de promotion de la santé associe des approches différentes, mais complémentaires ; mesures législatives, financières et fiscales et changements organisationnels, notamment. Il s'agit d'une action coordonnée conduisant à des politiques de santé, financières et sociales qui favorisent davantage d'équité. L'action commune permet d'offrir des biens et des services plus sûrs et plus sains, des services publics qui favorisent davantage la santé et des environnements plus propres et plus agréables.

La politique de promotion de la santé suppose que l'on identifie les obstacles à l'adoption de politiques pour la santé dans les secteurs non sanitaires, et les moyens de surmonter ces obstacles. Le but doit être de faire en sorte que le choix le plus facile pour les responsables des politiques soit aussi le choix le meilleur du point de vue de la santé.

CREATION D'ENVIRONNEMENTS FAVORABLES

Nos sociétés sont complexes et interconnectées et l'on ne peut séparer la santé des autres objectifs.

Les liens qui unissent de façon inextricable les individus à leur milieu constituent la base d'une approche socio-écologique à l'égard de la santé. Le grand principe directeur, pour le monde entier, comme pour les régions, les nations et les communautés, est la nécessité d'une prise de conscience des tâches qui nous incombent tous, les uns envers les autres et vis-à-vis de notre communauté et de notre milieu naturel. Il faut appeler l'attention sur le fait que la conservation des ressources naturelles, où qu'elles soient, doit être considérée comme une responsabilité mondiale.

L'évolution des modes de vie, de travail et de loisir doit être une source de santé pour la population, et la façon dont la société organise le travail doit permettre de créer une société plus saine. La promotion de la santé engendre des conditions de vie et de travail à la fois sûres, stimulantes, gratifiantes et agréables.

L'évaluation systématique des effets sur la santé d'un environnement en évolution rapide notamment dans les domaines de la technologie, du travail, de l'énergie et de l'urbanisation -est indispensable et doit être suivie d'une action garantissant le caractère positif de ces effets sur la santé du public. La protection des milieux naturels et des espaces construits, ainsi que la conservation des ressources naturelles, doivent être prises en compte dans toute stratégie de promotion de la santé.

RENFORCEMENT DE L'ACTION COMMUNAUTAIRE

La promotion de la santé passe par la participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise des décisions et à l'élaboration et à la mise en oeuvre des stratégies de planification en vue d'atteindre une meilleure santé. Au coeur même de ce processus, il y a la dévolution de pouvoir aux communautés considérées comme capables de prendre en main leurs destinées et d'assumer la responsabilité de leurs actions.

Le développement communautaire puise dans les ressources humaines et matérielles de la communauté pour stimuler l'auto-assistance et le soutien social et pour instaurer des systèmes souples susceptibles de renforcer la participation et le contrôle du public en matière de santé. Cela exige un accès total et permanent à l'information et aux possibilités d'acquisition de connaissances concernant la santé, ainsi qu'une aide financière.

ACQUISITION D'APTITUDES INDIVIDUELLES

La promotion de la santé appuie le développement individuel et social grâce à l'information, à l'éducation pour la santé et au perfectionnement des aptitudes indispensables à la vie. Ce faisant, elle donne aux gens davantage de possibilités de contrôle de leur propre santé et de leur environnement et les rend mieux aptes à faire des choix judicieux.

Il est crucial de permettre aux gens d'apprendre à faire face à tous les stades de leur vie et à se préparer à affronter les traumatismes et les maladies chroniques. Ce travail doit être facilité dans le cadre scolaire, familial, professionnel et communautaire et une action doit être menée par l'intermédiaires des organismes éducatifs, professionnels, commerciaux et bénévoles et dans les institutions elles-mêmes.

REORIENTATION DES SERVICES DE SANTE

Dans le cadre des services de santé, la tâche de promotion est partagée entre les particuliers, les groupes communautaires, les professionnels de la santé, les établissements de services, et les gouvernements. Tous doivent oeuvrer ensemble à la création d'un système de soins servant au mieux les intérêts de la santé.

Par delà son mandat qui consiste à offrir des services cliniques et curatifs, le secteur de la santé doit s'orienter de plus en plus dans le sens de la promotion de la santé. Les services de santé doivent se doter d'un mandat plus vaste, moins rigide et plus respectueux des besoins culturels, qui les amène à soutenir les individus et les groupes dans leur recherche d'une vie plus saine et qui ouvre la voie à une conception élargie de la santé, en faisant intervenir, à côté du secteur de la santé proprement dit, d'autres composantes de caractère social, politique, économique et environnemental. La réorientation des services de santé exige également une attention accrue l'égard de la recherche, ainsi que des changements dans l'enseignement et la formation des professionnels. Il faut que cela fasse évaluer l'attitude et l'organisation des services de santé, en les recentrant sur la totalité des besoins de l'individu considérés dans son intégralité.

LA MARCHE VERS L'AVENIR

La santé est engendrée et vécue dans les divers contextes de la vie quotidienne, là où l'individu s'instruit, travaille, se délasse ou se laisse aller à manifester ses sentiments. Elle résulte du soin que l'on prend de soi-même et d'autrui et de la capacité à prendre des décisions et à maîtriser ses conditions de vie; elle réclame, en outre, une société dans laquelle les conditions voulues sont réunies pour permettre à tous d'arriver à vivre en bonne santé.

L'altruisme, la vision globale et l'écologie fondent les stratégies de promotion de la santé. Les auteurs de ces stratégies doivent donc partir du principe qu'à tous les niveaux de la planification, de la mise en oeuvre et de l'évaluation de la promotion de la santé, tous les partenaires, hommes ou femmes, doivent être considérés comme égaux.

L'ENGAGEMENT A L'EGARD DE LA PROMOTION DE LA SANTE

Les participants à la Conférence s'engagent à :

- se lancer dans le combat afin de promouvoir des politiques pour la santé et à plaider en faveur d'un engagement politique clair en faveur de la santé et de l'équité dans tous les secteurs;
- lutter contre les pressions exercées en faveur de produits dangereux, de la déplétion des ressources, de conditions et de cadres de vie malsains et d'une alimentation déséquilibrée; à appeler également l'attention sur les questions de santé publique posées, par exemple, par la pollution, les dangers d'ordre professionnel, l'habitat et les peuplements;
- combler les écarts de niveau de santé dans les sociétés et à lutter contre les inégalités dues aux règles et aux pratiques de ces sociétés;
- reconnaître que les individus constituent la principale ressource de santé; à les soutenir et à leur donner les moyens de demeurer en bonne santé, ainsi que leurs familles et leurs amis, par des moyens financiers et autres, et à accepter la communauté comme principal porte-parole en matière de santé, de conditions de vie et de bien-être;
- réorienter les services de santé et leurs ressources au profit de la promotion de la santé; à partager leur pouvoir avec d'autres secteurs, d'autres disciplines et, plus important encore, avec la population elle-même;
- reconnaître que la santé et son maintien constituent un investissement social et un défi majeur; et à traiter le problème général que posent les modes de vie sur le plan de l'écologie.

Les participants à la Conférence prient instamment toutes les personnes intéressées de se joindre à eux dans leur engagement en faveur d'une puissante alliance pour la santé.

APPEL POUR UNE ACTION INTERNATIONALE

La Conférence demande à l'Organisation mondiale de la Santé et aux autres organismes internationaux de plaider en faveur de la promotion de la santé, dans le cadre de tous les forums appropriés, et d'aider les pays à établir des stratégies et des programmes de promotion de la santé.

Les participants à la Conférence sont fermement convaincus que, si les gens de tous milieux, les organisations non gouvernementales et bénévoles, les gouvernements, l'Organisation mondiale de la Santé et tous les autres organismes concernés s'unissent pour lancer des stratégies de promotion de la santé conformes aux valeurs morales et sociales dont s'inspire cette CHARTE, la Santé pour tous d'ici l'an 2000 deviendra réalité.

Disponible sur : <http://www.euro.who.int/fr/publications/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986>

9. Curriculum Vitae, Ilona Kickbusch

Professor Dr. Dr. h.c. Ilona Kickbusch
www.ilonakickbusch.com

EDUCATION

1981	Ph.D. in Political Science and Sociology, magna cum laude. University of Konstanz, Germany Dissertation: "Women and Human Services: A Critique of Theories of Service Society."
1975	M.A. in Political Science and Sociology, University of Konstanz, Germany Thesis: "Poverty and Social Policy: A Comparison between the U.S.A. and the F.R.G."
1970	Fachhochschule für Bibliothekswesen, Stuttgart, Germany degree as public librarian

PROFESSIONAL EXPERIENCE

Note: the most recent activities can be accessed on the website www.ilonakickbusch.com

2009- 2008-	Member of the Management Board, Careum Foundation, Zürich, Switzerland Director, Global Health Programme, Graduate Institute of International and Development Studies, Geneva
2004 - 2004 - 2010	Director, kickbusch health consult Senior health policy advisor, Swiss Federal Office for Public Health
2003 - 2004	Senior Advisor Millennium Development Goals, Pan American Health Organization
1998 - 2004	Professor, Head, Division of Global Health Department of Epidemiology and Public Health Yale University School of Medicine
1994 - 1998	WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) Director, Division of Health Promotion, Education, and Communication, WHO/HQ in Geneva, Switzerland
1990 - 1994	WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) Director, Department of Lifestyles and Health WHO/Euro (Regional Office for Europe), Copenhagen, Denmark
1985 - 1990	WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) Regional Officer for Health Promotion WHO/Euro, Copenhagen, Denmark
1981 - 1984	WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) Regional Officer for Health Education WHO/Euro, Copenhagen, Denmark
1980 - 1981	Consultant, World Health Organization WHO/Euro, Copenhagen, Denmark
1978 - 1980	Researcher, University of Konstanz, Germany
1977 - 1978	Lecturer, Women's Studies, Department of Sociology University of Konstanz, Germany
1974 - 1976	Research Assistant, Professor Bernhard Badura, University of Konstanz

Kickbusch CV March 2011

SELECT ACADEMIC LINKS AND APPOINTMENTS in the course of my career

- Director, Global Health Programme, Graduate Institute of International and Development Studies, Geneva
- visiting professor HSG University of St. Gallen
- Associate Fellowship with the Chatham House Center on Global Health Security
- adjunct professor, Hertie School of Governance, Berlin
- Member, international advisory board, Southgate Institute for Health, Society and Equity, Filders University, Adelaide South Australia
- Honorary doctorate, Gothenburg School of Public health
- Adjunct professor, health sciences, Deacon University Melbourne, Australia
- Professor, School of Public health, Yale University
- Joint Appointment Institute of Social and Policy Studies, Yale University
- Joint Appointment, Professor of Political Science, Department of Political Science, Yale University
- Honorary Professorship in Health Sciences, Bielefeld University, Germany,
- Member of the high level advisory board of the "Forschungsverbund Public Health" German government
- Visiting Professor, The University of Vienna.
- Honorary Visiting Professor, La Trobe University, Melbourne, Australia.
- Lecturer in Women's Studies, Department of Sociology, University of Konstanz.
- I also teach courses in a range of public health master programmes, for example in Switzerland, Austria and Germany

SELECT OTHER APPOINTMENTS

Most recent:

- Member of the Foundation Board CAREUM Foundation Zürich
- Senior advisor to the Regional Director, WHO Regional Office for Europe
- Member of the Foundation Board WDA, St. Gallen
- Chair, World Ageing and Generations Congress, St. Gallen
- Fellow, World Demographic Association
- Chair, Global Health Europe
- Chair, Consortium on Global Health Diplomacy
- Advisory Board, World Health Summit, Berlin

Other:

- Adelaide Thinker in Residence 2007, member of the SA Premiers Thinkers Trust
- Chair, Academic Advisory Board on Health Policy Innovation
- Senior advisor, Federation of the Red Cross and Red Crescent
- Senior advisor to Kyrgyz-Swiss Health Reform Support Project
- Senior Policy advisor to Director, Pan American Health Organization
- Member of international health policy advisory board, Program Decade of Health, Hungarian Ministry of Health, Social and Family Affairs
- Distinguished Scholar Leader, Fulbright New Century Scholars Program on Health in a Borderless World
- "FUTUR" panel, an advisory body for future research priorities of the German Ministry of Education and Research
- Senior Advisor to the United Nations Association, USA (UNA/USA – Global Health Campaign)
- Advisor to the Winter Cities 2001, Aomori City, Japan (for Aomori Health Promotion Symposium & Winter Cities Health Promotion Forum)

AWARDS AND HONORS

- CYWHS Oration, Adelaide, Australia
- Honorary Doctorate, Nordic School of Public Health, Gothenburg, Sweden
- Leavell Lecture, awarded by the World Federation of Public Health Associations
- Aventis Pasteur International Award awarded by the Canadian Public Health Association to recognize contributions to international health
- Andrija Stampar Award and medal for lifelong distinguished service to public health awarded by the Association of European Schools of Public Health (ASPHER)
- Salomon Neumann Medal for major contributions to social medicine, awarded by the German Society for Social Medicine
- Special Meritorious Gold Medal Award by the Province of Vienna, Austria for special contributions to the health of the citizens of Vienna
- Candidate of the German Government for the position of Regional Director, WHO Europe
- Honorary Fellow, Faculty of Public Health Medicine, UK
- Queen Elizabeth, the Queen Mother Lecture, Faculty of Public Health Medicine, U.K.
- VicHealth Award, awarded by the Victorian Health Promotion Foundation, Melbourne, Australia, for special contributions to Health Promotion.
- Awarded fellowship by the Friedrich Ebert Stiftung for PhD studies.

JOURNALS editorial and advisory boards

- editor (with Tom Novotny) Global Health Diplomacy Book Series, World Scientific Publishers
- Initiator and Chair, Editorial Board, Health Promotion International
- editor, WDA – HSG Discussion Paper Series
- Global Health Governance
- British Medical Journal
- Health Targets – News and views
- Journal of Men's Health and Gender
- Review of Health Promotion and Education Online
- IUHPE International Journal Promotion and Education
- Journal of Global Social Policy:
- Journal of Health Communication
- Health Policy and Planning, A Journal on Health and Development
- Social Science and Medicine
- Journal of Epidemiology and Community Health
- Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften.
- Innovation

SELECT MEMBERSHIPS OF PROFESSIONAL ORGANIZATIONS AND ASSOCIATIONS

- New York Academy of Sciences
- American Association for the Advancement of Science
- Deutsche Gesellschaft für Politische Wissenschaft
- Deutsche Gesellschaft für Soziologie
- Swiss Public Health Association

Kickbusch CV March 2011

- Swiss Foreign Affairs Council
- International Union for Health Promotion and Education

SELECT SCIENTIFIC COMMITTEES AND ADVISORY BOARDS since 1998

- External Advisory Board; Health Policy 2020, WHO Regional Office for Europe
- Advisory Board; European Review of health inequalities and the health divide
- Member, Healthcare Think Tank, The Philips Center on Health and Wellbeing
- Member, Global advisory board, Global Health Programme, Maastricht University, The Netherlands
- International Advisory Board of the Southgate Institute for Health, Society and Equity, Flinders University, Adelaide, Australia.
- Informal advisory group on European Health Strategy, European Commission DG sanco, Brussels
- Knowledge Networks Urbanization and Globalization, WHO Commission on Social Determinants of health
- Habitat -World Report on Cities 2005/2006
- Expert Group to the project of the European Commission on Health Literacy of Migrants/Health Promoting Hospitals
- Hong Kong Center for Health Promotion and Disease Prevention
- Swiss Federal Office of Public Health on Health research
- Healthy People Micro grant Initiative, Prevention Research Center, Griffin/Yale
- Program Evaluation Panel, Academy of Finland, Health Promotion Research Program
- *Advisory Board, Institute of Gender and Health, Canadian Institute of Health Research*
- Academic Advisory Board on Health Targets, Merck Company Foundation
- Chair, International Advisory Board, Women's Health Program, City of Vienna, Austria
- Scientific Advisory Board of Swiss Health Promotion Foundation
- Academic Advisory Board Program on Pharmaceutical Policy Issues, The Merck Company Foundation
- Expert Group to the Project of European Commission "Health Promotion in Primary Health Care: General Practice and Community Pharmacy
- Advisory Board Member, World Congress on Medicine and Health, Medicine Meets Millennium, EXPO 2000, held June to October 2000, Hanover Germany

SELECT COMMITTEES AT YALE UNIVERSITY 1998 - 2003

- Member of advisory committee for the Donaghy Initiative in Biomedical and Behavioral Research Ethics
- Member of advisory committee Yale Center for the Study of Globalization
- Member, Faculty Advisory Committee – Yale World Fellows Program
- Fellow, Styles College
- Chair, Working Group on Globalization, Gender and Health, Yale Bioethics Program
- Member, Women's Faculty Forum

SELECT CONFERENCES, SYMPOSIA AND TRAINING COURSES CONCEPTUALIZED, ORGANIZED AND CHAIRED SINCE 1998

- Executive Summer programme Global Health Diplomacy, Beijing, China 2009, 2010
- Geneva Symposia on Negotiating Health in the 21st century, 2007, 2008, 2009, 2010
- Executive Summer programme Global Health Diplomacy, Washington DC (co director) 2008
- Executive Summer programme Global Health Diplomacy, HEI, Geneva 2007, 2008, 2009, 2010
- Health Policy Fora at the European Health Forum Gastein 2005, 2006, 2010
- PAHO Global Health Training Course, May and October 2003, 2004, 2005

Kickbusch CV March 2011

- Health as Foreign Policy, a German US Fulbright dialogue, Berlin November 2003
- Fulbright Global Health Summer Course, National School of Public Health, Cuernavaca, Mexico August 2003
- Pfizer Health Literacy Round Table, Brussels June 2003
- PAHO Global Health Training Course, May and October 2003
- Yale Symposium on Gender, Globalization and Health 2003
- International Cooperation in a Borderless World, Annual Fulbright Scholar Conference, Washington, DC 2003
- Summer Seminars in Health Promotion for Swiss Health Promotion Foundation 2001 and 2002
- Health in a Borderless World, three meetings (Bellagio, Eger, Airlie House) and final conference (PAHO Washington) for the Fulbright New Century Scholars Program 2001 – 2002
- Pfizer/PAHO Health Literacy workshops, Mexico 2000 and Washington 2001
- Symposium on Health and Security, Pocantico 2001
- Yale Summer Seminar on Global Health Governance 2000

WHO DOCUMENTS AND STRATEGIES

Responsible for the development of the following key WHO documents and strategies:

- o PAHO Strategy on Millennium development Goals and Health Targets
- o Framework Concept for the health Exhibition at the Themapark EXPO 2000, Hanover, Germany
- o Active Living Global Initiative
- o Megacountries for health promotion – promoting health in the world's most populous countries
- o Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century, Jakarta,
- o WHO Communications Strategy (Executive Board paper) Geneva 1994
- o WHO programme on Ageing and Health (Executive Board paper) Geneva 1994
- o European Action Plans on Tobacco and Alcohol 1991 – 1993
- o Investing in health: addressing HIV/AIDS challenges in central and eastern Europe 1993
- o Women's Health Counts: women's health profiles for the European region 1991-1994
- o Recommendations of the WHO Conference on Health Promotion in Adelaide on Healthy Public Policy 1988
- o Launch of several "settings projects" such as health promoting schools, health promoting hospitals and healthy workplace 1988 - 1990
- o WHO Healthy Cities Project launched in 1986
- o Ottawa Charter on Health Promotion, Ottawa, 1986.
- o Lifestyles and Health in: Social Science and Medicine, Vol. 22, No 2, pp. 117-124, 1986
- o Chapter III "Lifestyles conducive to health" in: Targets for Health for All. Targets in support of the European Regional Strategy for Health for All. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 1985.

Consultancies on other key DOCUMENTS AND STRATEGIES from 2006

- o WHO Regional Office for Europe: Health Policy 2020
- o Swiss Health Promotion Foundation : Healthy 3: The Food System;
- o Swiss federal office of Public Health: The Challenge of Addiction;
- o European Foundations Centre: European Perspectives on Global Health – A Policy Glossary
- o Rockefeller Foundation
- o World Health Organisation
- o International Social Security Association
- o Swiss Public Health Association
- o World Federation of Public Health Associations
- o International Federation of the Red Cross and the Red Crescent

Kickbusch CV March 2011

Pour accéder au CV complet d'Ilona Kickbusch, avec la liste de ses très nombreuses publications, voir : http://www.ilonakickbusch.com/kickbusch-wAssets/docs/Kickbusch_CV.pdf

10. Exemple de modèle de déterminants sociaux de la santé

Extrait de l'article de Margaret WHITEHEAD, Göran DAHLGREN and Lucy GILSON, "Developing the Policy Response to Inequities in Health: A Global Perspective," in *Challenging Inequities in Health: From Ethics to Action*, New York : Oxford University Press, 2001, p. 313–317.

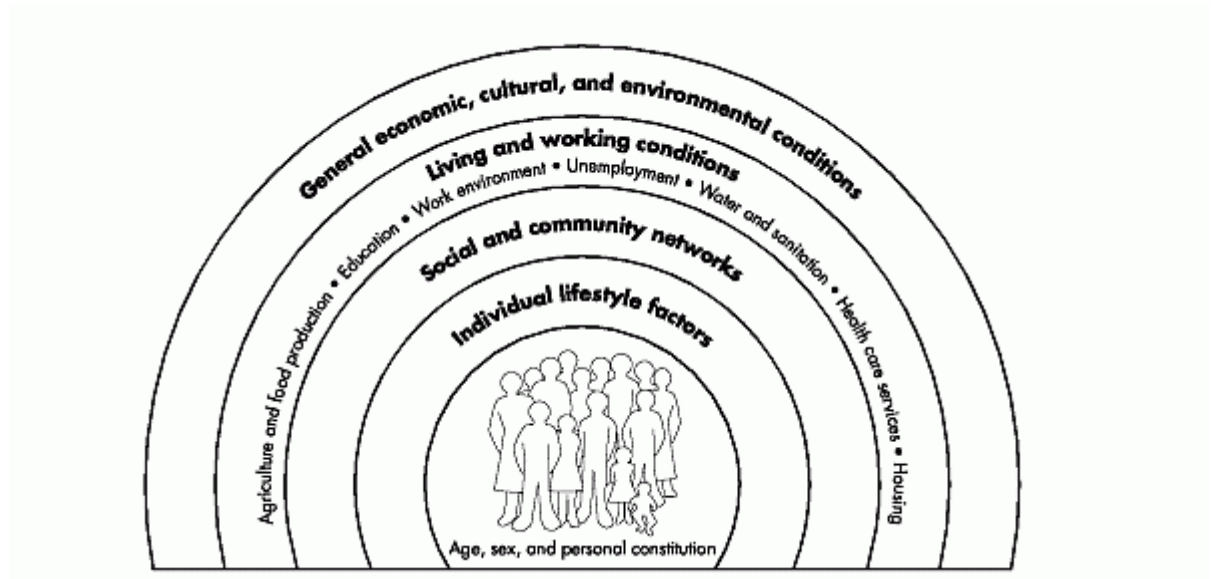


Figure 1 A conceptual model of the main determinants of health—layers of influence

Source: Adapted from Dahlgren and Whitehead 1991.

11. La promotion de la santé à l'OMS : l'exemple de *Health-Promoting Schools*

