



HAL
open science

Les mises en forme savante d'un mythe d'action publique : la sécurité sanitaire enjeu de connaissance et de reconnaissance

Thomas Alam

► **To cite this version:**

Thomas Alam. Les mises en forme savante d'un mythe d'action publique : la sécurité sanitaire enjeu de connaissance et de reconnaissance. Genèses. Sciences sociales et histoire, 2010, Genèses. Sciences sociales et histoire, 78, pp.48-66. hal-02307971v1

HAL Id: hal-02307971

<https://hal.univ-lille.fr/hal-02307971v1>

Submitted on 8 Oct 2019 (v1), last revised 12 Dec 2019 (v2)

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Les mises en forme savante d'un mythe d'action publique. La *sécurité sanitaire*, enjeu de connaissance et de reconnaissance.

Thomas Alam, CERAPS, Université de Lille

Publié dans *Genèses*, 78, mars 2010., p. 48-66.

S'il est une bonne hygiène intellectuelle, écrit Howard Becker, c'est bien celle de se méfier « [d]es experts par profession ou par appartenance à un groupe donné [qui] jouissent en général d'un monopole sur 'leur' sujet qui ne souffre aucun examen ni aucune remise en question », *a fortiori* pour « les nouveaux venus sur un sujet donné [qui] peuvent facilement se laisser aller à adopter telles quelles les idées conventionnelles et les prémisses des travaux de leurs prédécesseurs » (Becker 2002 : 30-31). Ce piège était d'autant plus puissant pour l'apprenti-chercheur que j'étais que je défrichais, à la faveur d'un mémoire de DEA réalisé en 1999, un objet relativement neuf pour la science politique. Confronté à l'étude de la réforme de la « sécurité sanitaire des aliments », je devais en effet composer avec un ensemble de discours tenus par des *haut-parleurs* variés (élus, experts, journalistes, chercheurs) qui véhiculaient une lecture relativement ordonnée de l'histoire de la vache folle. Sans pouvoir rendre justice à la diversité des énoncés (Alam 2007 : 83-159), ces derniers semblaient néanmoins accréditer une certaine *happy end* politico-administrative. Pour faire court, la crise de la vache folle de 1996 aurait mis en lumière une série de dysfonctionnements dans l'action publique, notamment l'insuffisante prise en compte de problématiques sanitaires dans la définition des politiques alimentaires ; mais, depuis, les leçons de l'affaire auraient été tirées et le secteur d'action publique profondément renouvelé, signalant « l'entrée » de

l'alimentation dans le « champ de la sécurité sanitaire » (Tabuteau 2002 : 26-27). En d'autres termes, un changement profond aurait suivi – mieux, aurait été rendu possible par – la crise de l'Encéphalopathie Spongiforme Bovine, à travers une seconde loi de sécurité sanitaire, la loi n°98-535 du 1^{er} juillet 1998 « relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité alimentaire des produits destinés à l'homme ». Cette loi signe en particulier une étape importante dans la carrière de la notion de « sécurité sanitaire » (SS) puisqu'elle l'institutionnalise dans des instances qui s'en réclament : l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments (AFSSA), l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS), l'Institut National de la Veille Sanitaire (InVS) et le Comité National de Sécurité Sanitaire (CNSS).

Arrivé après la bataille, l'analyste des réformes est nécessairement confronté à la « rétrodiction ». Et, parmi les outils d'analyse disponibles pour réaliser cette « opération de remplissage » (Veyne 1978 : 97-118), l'approche « cognitive » apparaît comme un raccourci particulièrement commode. Il est en effet tentant d'appréhender la SS comme un nouveau « paradigme » d'action, c'est-à-dire comme une variable explicative d'un changement profond et sous-tendu par une « communauté épistémique ». Or, cette grille d'analyse du changement a ceci de commun avec les discours mentionnés plus haut qu'elle privilégie une vision très ordonnée de l'action publique. Outre son biais « mentaliste », l'approche cognitive tend en effet à réaliser une *rétrodiction* très conforme à la vision de l'histoire véhiculée par les acteurs de la « révolution sanitaire » (Préface de B. Kouchner *in* Tabuteau 1994 : 15). À travers la *mise en sens* de l'action publique sur laquelle elle repose, cette approche n'est pas sans contribuer à produire une vision excessivement rationnelle et cohérente de l'action publique là où ne paraît pourtant régner que le désordre (Massardier 1996 ; Desage & Godard

2005). À bien des égards, la mise en « paradigme » ou en « référentiel » de la SS constitue une étape décisive dans la carrière de cette notion. Cette opération de mise en sens du réel tend en effet d'autant plus à conforter *après-coup* la cohérence du programme réformateur et à consacrer *a posteriori* les acteurs-clé de la réforme qu'elle reproduit une séquence historique sous le prisme du *winner takes all*, conforme aux présentations de soi des réformateurs (Guilhot 2005 : 12). S'il est devenu banal, mais néanmoins crucial, de souligner qu'une des apories de cette approche est qu'elle *parle* d'autant plus aux entrepreneurs de la réforme qu'elle tend à traduire dans le registre savant ce qu'ils énoncent eux-mêmes, c'est sans doute aussi que ces derniers sont prompts à utiliser – et participent souvent à – la mise en forme savante des réformes comme une ressource.

Aussi, c'est cette dimension savante des politiques publiques que l'on voudrait désigner comme l'intrigue principale de cet article. Cela suppose néanmoins, dans un premier temps, d'exposer les conditions sociales et politiques du succès revendiqué de la notion de SS. À travers l'hybridation des approches externaliste et internaliste des idées, on vise à éclairer les processus sociaux interdépendants par lesquels cette notion s'est imposée et institutionnalisée comme une catégorie d'action publique incontournable du secteur, et ce, au bénéfice des acteurs qui s'en sont fait les hérauts.

Les conditions structurales d'une innovation textuelle : de la résolution des crises à « l'ingérence sanitaire »

Les crises sanitaires des années 1990 ont été l'occasion d'une mise à l'agenda politique et médiatique des faiblesses administratives de la santé publique française. Particulièrement analysés par certaines « nouvelles élites du social » (Genieys 2005), ces

épisodes ont été convertis en ressource dans les entreprises de réforme sectorielle associées à la promotion des outils, des procédures et du vocabulaire agrégés autour du nouveau concept de SS.

Un secteur dominé en quête de respectabilité

La direction générale de la Santé (DGS) présente les stigmates caractéristiques des ministères sociaux : faiblesse des effectifs, *turn-over* et vacances de postes importants, recours à des contractuels, postes de direction peu prisés par les énarques issus de la « botte du classement » (Eymeri 1999 : 269), forte féminisation des emplois de direction¹, sans parler de la vétusté des locaux de la « Cité des 4000 ». Jusqu'à la réorganisation interne de cette direction en 2000, ses effectifs sont longtemps restés maigres. Aussi, si les chiffres dessinent une progression linéaire (160 emplois budgétaires en 1988, 296 en 1999, 345 en 2001 et 367 en 2002), ils ne doivent toutefois pas dissimuler de nombreuses vacances de postes (plus d'une cinquantaine en 2004) ainsi qu'un *turn-over* important² (Tabuteau 2002 : 58 ; Cour des Comptes 2005 : 160-162).

Par ailleurs, le corps technique dominant de la DGS, celui des médecins inspecteurs de santé publique (MISP), apparaît doublement dominé au sein de la haute fonction publique et de la profession médicale. Il s'agit d'un corps à faible mobilité et relativement peu rompu aux règles procédurales³. Relativement jeune, cette discipline est dominée dans l'univers de la médecine⁴. Celle-ci a été difficilement érigée en filière d'internat (et donc en spécialité à part entière) à l'occasion de la réforme des études médicales de 1982⁵. Si l'élite médicale a difficilement adhéré à ce projet articulé autour d'une discipline non clinique, ce point de vue souligne une indignité sociale tout autant que scientifique de la santé publique. Ceux qui

optent pour la santé publique, particulièrement dans les années 1980, n'ont socialement rien de commun avec les Professeurs d'Université-Praticiens Hospitaliers, richement dotés en capitaux économique, social et politique (en partie hérités), qui dirigent les facultés de médecine (Bourdieu 1984 : 70-96). Ils sont plutôt orientés à gauche, présentent une fibre militante (féminisme, humanitaire, etc.) et ont largement conscience de leurs profils marginaux (Vandenberghe 2002 : 254, Alam 2007 : 280-287).

D'une certaine manière, la répétition de scandales sanitaires depuis la fin des années 1980 a contribué à mettre la faiblesse de la santé publique à l'agenda décisionnel. Mais cette mise à l'agenda est aussi favorisée par l'arrivée au sein du cabinet ministériel de hauts fonctionnaires désireux de rénover le secteur et d'en rehausser le prestige administratif.

La publicisation du scandale du sang contaminé, qui prend une ampleur judiciaire inédite⁶, coïncide en effet avec la constitution autour du cabinet de Bernard Kouchner d'un groupe de hauts fonctionnaires réformateurs. Conseillers d'État (D. Tabuteau, M. Hirsch) ou inspecteurs de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) (A. Morelle, D. Jourdain-Menninger, G. Duhamel, P. Lamoureux, C. Lavigne), ils ont amarré durablement leur carrière au pôle santé de l'État et présentent des propriétés rares par rapport au reste de la population du secteur. Jeunes, brillants, issus des corps prestigieux et des grandes écoles, ayant pour certains effectué des études de médecine, ils accèdent très tôt à des positions élevées dans l'administration centrale, en grande partie du fait de leur insertion dans les réseaux du parti socialiste. À mi-chemin de l'administration (énarques pour la plupart), de la société civile et du milieu partisan (encadré 3), ceux que la presse désigne comme les *Kouchner Boys* entretiennent un rapport distancié et critique avec l'administration du secteur. Tout au long de la décennie 1990, ils se font fort de bousculer les habitudes et les routines politico-

administratives⁷, d'apparaître comme une « avant-garde éclairée » et n'hésitent pas, comme l'illustre le propos peu flatteur de l'un d'entre eux à propos de la santé publique des années

1980, à « ringardiser » leurs prédécesseurs :

« C'était une discipline un peu poussiéreuse, les affiches jaunies, les derniers du classement de médecine, etc. Enfin, je veux dire que c'était une matière qui faisait sourire quoi... et pas du tout prise au sérieux, en France, hein ! Il y a des pays où elle était très... très... perçue. En France, pas du tout. Donc c'était une discipline... pff... C'était des mots qui faisaient sourire. (...) Vous n'étiez pas sérieux quand vous prononciez les mots santé publique dans les années 1980 ».

Entretien à la fondation Caisse d'Épargne pour la Solidarité, Paris, 09.08.2006

A ce titre, ils n'hésitent pas à prendre la plume pour diagnostiquer les maux de la santé publique et analyser « à chaud » la crise du sang contaminé. Parmi eux, Aquilino Morelle, diplômé de l'IEP et de la Faculté de médecine de Paris, de l'ENA (1992) et conseiller technique de B. Kouchner de 1992 à 1993, est l'auteur de *La défaite de la santé publique* en 1996, ouvrage fortement cité par les praticiens et les observateurs du secteur. Pour ce responsable du PS, proche de Lionel Jospin dont il devient la « plume » à Matignon de 1998 à 2002⁸, cette crise est l'expression d'un « retard français » (Morelle 1996 : 231-235) et de

l'absence d'une culture de santé publique :

« [Q]uelles que soient sa gravité et son ampleur, cette épidémie n'aura fait que mettre en lumière, de façon cruelle, des défauts et des anomalies structurels, ancrés dans les cultures médicales et administratives françaises. (...) [I]l s'agit de la faillite d'un système tout entier » (Morelle 1996 : 23).

Comme l'a mis en évidence Didier Fassin, la plupart des discours sur la santé publique de l'époque – qui ne sont pas propriété exclusive de ces hauts fonctionnaires du social mais sont également le fait d'experts en santé publique et en épidémiologie (encadré 2) – s'attachent principalement à véhiculer un « culturalisme par défaut » et peuvent être vus comme des « arguments tactiques » dans une entreprise de « légitimation d'un discours se réclamant d'un nouvel ordre de la santé publique » (Fassin 2001 : 60). Ressource mobilisée

dans le cadre d'une stratégie de *vieillesse sociale* des arrangements antérieurs, ces énoncés permettent ainsi aux propriétés sociales atypiques des hauts fonctionnaires de s'actualiser autour d'un programme réformateur, derrière l'étendard de la SS.

De l'innovation textuelle à l'ingérence sanitaire

Le tour de force opéré par ces hauts fonctionnaires réside dans leur capacité à chosifier et à diffuser un concept nominalement innovant. Comme le rappelle son théoricien principal, Didier Tabuteau, ce terme n'est « entré dans le jargon du secteur » qu'à travers un important travail de pédagogie et de propagande :

*« On l'a inventé dans mon bureau. (...) On avait présenté au Parlement la réforme de la transfusion sanguine et puis un peu du médicament (...) fin 1992. Et... on a dit 'voilà, il faut présenter la réforme. Ça va être une réforme de sécurité' – ça c'était clair puisque c'était ça le problème. Et là on a commencé à tourner. 'Sécurité médicale' : oui, mais, il n'y a pas que les médecins en cause, l'administration a failli aussi. 'Sécurité thérapeutique' : ça ne va pas parce qu'il n'y a pas que les soins. Et puis moi, j'ai dit 'sécurité sanitaire' et à l'époque, sanitaire, c'était juste pour les toilettes et les commodités, hein ! Et on a retenu ces deux mots, on les a mis dans le discours. Bernard les a prononcés (...). Et Le Monde a titré 'une loi de sécurité sanitaire'. [Mais] ce n'est pas parti tout de suite. (...) Pendant un an, (...) on m'a refusé le titre du livre (...). Ça ne s'est [vraiment imposé que] deux ans après. En 1995, (...) la SS était une des trois priorités de la conférence nationale de santé... Alors le terme, comment il s'est imposé ? Les journalistes l'ont repris un petit peu. Moi, j'ai fait **un petit tour de France avec mon bouquin** dans des conférences à droite et à gauche pour parler de la SS, **pour marteler la sécurité sanitaire**, pour expliquer les enjeux, etc. Et puis progressivement, le terme est rentré dans le jargon du secteur. »*

Entretien réalisé à la Fondation Caisse d'Épargne pour la Solidarité, Paris, le 09.08.2006

Pour décrire la bonne fortune de ce terme, sans équivalent étranger, l'image d'une révolution textuelle n'aurait pas été déplacée dans la mesure où la SS renvoie à un vocabulaire construit et présenté comme radicalement nouveau et cohérent. Mais, il s'agit aussi d'une « prophétie à rebours » dans laquelle diagnostic et solution sont les deux faces d'une même opération de *rationalisation justifiante*. Quand D. Tabuteau écrit *La sécurité sanitaire* en 1994, il rationalise les erreurs de gestion à l'aune de nouvelles règles éthiques qu'il participe à théoriser. En somme, il opère une analyse contrefactuelle selon laquelle le respect de ses principes aurait prévenu le fiasco du sang contaminé.

Encadré 1 : La SS vue par son théoricien en 1996 (Tabuteau 1996 : 35-38)

Une « **notion fondée sur le rapport bénéfices/risques** » : « apprécier l'équilibre entre l'efficacité et la sécurité du choix à faire »

Le « retour de la police sanitaire » : 1) « le pouvoir d'autorisation » ou « la suspension ou le retrait d'une autorisation voire l'interdiction d'une activité non soumise à autorisation préalable » ; 2) « l'édiction de normes sanitaires (...) notamment à des fins de sécurité et de réduction des risques liés aux pratiques médicales comme à l'utilisation des procédés et produits » ; 3) « compétences et obligations en matière d'alerte et information » (notamment du public).

« **Les obligations collectives de la vigilance sanitaire** » : « L'exercice des compétences de police sanitaire suppose l'existence des dispositifs susceptibles de déceler, de surveiller et d'analyser les risques naturels – veille épidémiologique – mais également les risques du système – vigilance sanitaire.

La chaîne de sécurité sanitaire : « La recherche de la meilleure sécurité sanitaire possible repose pour les pouvoirs publics sur la trilogie de l'évaluation, du contrôle et de l'intervention. Et l'identification de pôles de responsabilité disposant de l'expertise nécessaire et de la capacité de maîtriser l'ensemble de la chaîne de sécurité sanitaire constitue **un gage de crédibilité, de cohérence dans la prise de décision et sans aucun doute de réduction des risques** ». « La transparence des procédures de décision revêt dans ce contexte une importance particulière. En rendant publiques les données sur lesquelles repose la décision, les autorités sanitaires réduisent les risques d'une information erronée ou spectaculaire. (...) En matière de sécurité sanitaire, l'esprit de précaution doit se doubler de l'esprit de contradiction ».

« **Une expertise compétente et indépendante** » : « Au sein des systèmes de vigilance, comme des instances d'évaluation et de contrôle, les pouvoirs publics doivent réunir une compétence scientifique de très haut niveau. Celle-ci repose sur la constitution d'une administration médico-technique reconnue afin de disposer de cette indispensable compétence généraliste qui assure la mémoire scientifique du service public et garantit la neutralité des expertises réalisées. A cette évolution interne doit s'ajouter l'expertise du plus haut niveau que peut fournir la communauté scientifique à travers les réseaux et les commissions d'experts ». « Il appartient aux autorités sanitaires de s'assurer de l'indépendance des experts ».

« **La sécurité sanitaire appelle la définition d'une règle de séparation des fonctions de décideur** (autorités de police sanitaire), **d'expert** (scientifiques et professionnels de santé) **et de gestionnaire** (responsables des structures et établissements sanitaires ou industriels) comme le droit de la comptabilité publique connaît celle de séparation des ordonnateurs et des comptables ».

Les principes procéduraux qui fondent la notion de SS (encadré 1) ne sont pas créés *ex nihilo*. D'une part, ils circulent déjà dans les cercles réformateurs et sont expérimentés en

France, à la faveur de l'épidémie de Sida, dès la seconde moitié des années 1980. C'est particulièrement le cas de l'appareillage statistique de l'épidémiologie qui se développe au moins depuis les années 1960 au sein de l'INSERM et qui sous-tend le dispositif censément nouveau de la « veille sanitaire » (Berlivet 2002, Buton 2006). C'est également le cas des agences sanitaires, vantées pour leur souplesse, dont les projets sont développés dès la fin des 1980 – l'Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale (Andem) est créée en 1990, suivie en 1992 par l'Agence Française du Sang, l'Agence Nationale de Recherches sur le Sida, le Réseau National de Santé Publique (RNSP), etc. – et qui incarneront par la suite les instruments privilégiés des réformes inspirées par la SS. D'autre part, ces principes (transparence, indépendance, excellence de l'expertise, analyse du risque) participent d'un « air du temps » managérial qui circule dans l'espace transnational de la gestion des risques (Alam & Godard 2007). Leur légitimité réside ainsi beaucoup dans leur proximité avec les recettes à prétention universelle de la modernité managériale et de la « bonne gouvernance des risques », promues notamment par les agences américaines de régulation des risques (*Food & Drug Administration, Environmental Protection Agency*) et par les institutions légitimes du secteur (OMS, Commission Européenne⁹).

La promotion de *La sécurité sanitaire* constitue cependant un coup de force symbolique qui non seulement permet, par facilité de langage, d'agrèger en deux mots ces différents principes (évaluation, précaution, impartialité, transparence – titres des chapitres 2, 3, 4 et 5 de l'édition de 2002) mais produit par ailleurs une discontinuité brutale dans un processus de réforme déjà à l'œuvre. Cette innovation textuelle offre la possibilité aux réformateurs de présenter le fonctionnement des agences créées par la première loi de SS de 1992 comme la mise en œuvre scrupuleuse des principes éthiques de la SS susceptible de

renouveler l'*illusio* des agents du secteur. On peut ainsi appréhender par raccourci la SS comme un programme d'action qui, ayant fait la preuve de sa capacité à solder la crise du sang contaminé, se présente comme une « solution miracle » pour des secteurs connexes touchés par des crises analogues. La seconde loi de SS de 1998, qui fait suite à la crise de l'ESB, apparaît alors comme une forme d'« ingérence sanitaire » dans un domaine qui n'appartenait pas traditionnellement à la Santé.

Néanmoins, sauf à rester trop proche de la vision téléologique promue par les acteurs comptant (et contents) de la réforme, il semble judicieux de faire de la mise en forme savante de celle-ci un problème scientifique autant qu'un enjeu d'action publique.

La mise en forme savante de la réforme : un enjeu d'action publique et un problème scientifique

Productrice d'effets performatifs, la mise en forme textuelle est un élément fondamental de la réforme en ce qu'elle « propage la foi dans celle-ci » (Grignon & de Saint-Martin 1975 : 94). Cette opération collective est l'œuvre d'une nébuleuse d'acteurs – issus de différents secteurs de la haute administration du social, de plusieurs segments professionnels de la santé publique, de certaines marges de la recherche médicale (notamment l'épidémiologie – encadré 2), voire de la sociologie des organisations – qui, pour des raisons qui leur sont propres, participent à « l'invention » de la SS dans différents jeux sociaux interdépendants.

Encadré 2 : Des épidémiologistes qui comptent pour la SS

Jacques Drucker, le frère de Jean et de Michel (ex-patron de M6 et animateur célèbre) est le seul de la fratrie à suivre les traces du père, médecin de campagne, d'abord au CHU de Caen où il se spécialise en pédiatrie, puis à l'hôpital de Tours où il est chargé de recherches sur l'hépatite B. En 1976, il décroche une bourse d'études, intègre le *National*

Institute of Health (USA) pour deux ans et y « découvre l'existence, encore inconnue en France, des écoles de santé publique et [s'initie], de façon assez informelle à l'épidémiologie ». En 1980, une année sabbatique lui permet de parachever cette formation à l'École de santé publique d'Harvard et de fréquenter des séminaires sur l'épidémiologie d'investigation organisés par les *Centers for Disease Control*. Ne pouvant trouver dans le système hospitalo-universitaire le poste de santé publique qu'il souhaite, il est recruté en 1982 dans le secteur privé par l'Institut Mérieux pour suivre des programmes de vaccination pilotés par l'OMS en Afrique et en Inde et contribuer, en 1984 à la Fondation Mérieux, au développement d'un programme de formation à l'épidémiologie, « une initiative déterminante pour le développement de l'InVS » selon lui. En 1988, il trouve enfin un poste de professeur de santé publique à l'Université de Tours. En 1992, B. Kouchner lui « confie le soin de porter sur les fonds baptismaux le Réseau National de santé publique » qu'il dirige jusqu'à la création de l'InVS dont il assure également la direction jusqu'en 2002 (Drucker 2002 : 11-15). Il devient alors conseiller santé à l'ambassade de France à Washington d'où il éclaire les débats français à l'aune de ses analyses du système de santé américain qu'il publie notamment dans la revue *Sève* placée sous la responsabilité éditoriale de D. Tabuteau (Drucker & Faessel-Kahn 2004 ; Drucker 2008).

Né en 1951 à Casablanca, docteur en médecine de l'Université Paris XI et titulaire d'un *master of science on experimental medicine* de l'Université Mc Gill à Montréal, **Lucien Abenhaïm** entame sa carrière de chercheur à l'Université de Montréal (1981-85) où il occupe également le poste de directeur scientifique et technique à l'Institut de recherche en santé et en sécurité du travail du Québec. De retour en France, il est chargé de recherche à l'Inserm et soutient un doctorat en sciences de l'information à l'EHESS en 1986 (sa thèse porte sur le risque, l'information et la décision en santé publique). Professeur agrégé au département d'épidémiologie et biostatistique de la Faculté de médecine de l'Université Mc Gill de 1989 à 1998, il y dirige de 1991 à 1999 le Centre d'épidémiologie clinique et de recherche en santé publique. Les travaux menés au sein de ce laboratoire ont d'ailleurs abouti à l'interdiction mondiale de deux médicaments coupe-faim produits par Servier et lui vaudront le prix de « scientifique de l'année » décerné par la Société Radio-Canada. Le 26 août 1999, il est nommé à la tête de la DGS, poste qui lui permet d'être élu au comité exécutif de l'OMS (2002-2003). Dans le communiqué de presse annonçant sa nomination, il est présenté comme un « spécialiste de santé publique [qui] a travaillé de façon approfondie sur les questions de sécurité sanitaire » et comme « l'un des pionniers, en France, de l'évaluation des risques environnementaux et de la pharmaco-épidémiologie ». À la suite de la crise de la canicule, il démissionne en août 2003 et s'en explique dans *Canicules, la santé publique en question* (Abenhaïm 2003). Depuis, il est professeur de santé publique à l'Université Paris V et professeur honoraire en épidémiologie de la prestigieuse London School of Hygiene & Tropical Medicine.

Né en 1953, **William Dab** a mené une double carrière de médecin hospitalier, formé par l'internat des hôpitaux de Paris, et d'épidémiologiste. Docteur en médecine, il est titulaire d'un doctorat en biostatistique, informatique médicale et santé publique. La thèse qu'il soutient en 1992 à Montpellier, sous la direction du Pr François Grémy (pionnier de l'informatique médicale en France, ancien président du CA de l'Ecole Nationale de Santé publique – ENSP – et membre du Haut Conseil en Santé Publique) traite de la « valeur décisionnelle » de l'épidémiologie dans les situations d'urgence et de crise de santé publique.

Il avait auparavant mis en pratique *l'épidémiologie d'intervention* au sein de l'Observatoire régional de santé d'Ile-de-France (1986-1988 et 1989) ce qui lui a valu d'occuper un premier poste de conseiller technique en santé publique au cabinet du Secrétaire d'État chargé de la prévention des risques technologiques et naturels majeurs (1988-89). Professeur à l'ENSP (1990-96), il a été directeur adjoint du service des études médicales d'EDF-GDF (1994-99) et délégué de l'Association pour la prévention de la pollution atmosphérique (1996-99). Il entre en septembre 1999 à la DGS, en tant que directeur de cabinet de L. Abenhaïm puis intègre le cabinet de Jean-François Mattéi, ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées en mai 2002, en charge du pôle santé publique et SS. Il est DGS de août 2003 à février 2005 puis se consacre pleinement à ses activités d'enseignant-chercheur au Conservatoire national des Arts et Métiers où il est titulaire de la chaire « Hygiène et Sécurité » depuis le début des années 2000.

À des degrés divers, ces trois épidémiologistes ont pu se faire écho des discours sur la révolution sanitaire, en qualité de praticiens de « l'épidémiologie de terrain », de décideurs mais aussi d'experts au sein de l'espace savant de la santé publique (ENSP, CNAM, Paris V, etc.). J. Drucker a très largement œuvré à rapprocher le RNSP et l'InVS du modèle américain en recrutant notamment des anciens diplômés des « prestigieux » *Centers for Disease Control* (Drucker 2002 : 13) et en développant, à côté des missions traditionnelles de surveillance, les capacités d'alerte et d'investigation rapides en situation de crise infectieuse (Buton 2005 : 77).

J. Drucker défend d'ailleurs publiquement le bien fondé de *l'épidémiologie d'intervention* pour la gestion des crises dans son ouvrage *Les détectives de la santé* en appelant au développement d'une « culture nouvelle reposant sur une véritable pédagogie du risque sanitaire » et à combler « les 20 ans de retard » de la France et de l'Europe en s'inspirant du modèle états-unien (Drucker 2002 : 212 et 214). De manière analogue, L. Abenhaïm revient dans deux chapitres de *Canicules* sur « l'éclatement » du système de santé publique et sur « l'inachèvement » de la SS, plaidant pour la création d'un pôle de formation dans le domaine des risques et de la santé publique sur le modèle de ce qui existe aux États-Unis et en Grande-Bretagne (avec W. Dab, ils seront d'ailleurs les principaux artisans de l'École des Hautes Études en Santé Publique dirigé aujourd'hui par l'épidémiologiste Antoine Flahaut), pour la « constitution d'un grand ministère de la sécurité sanitaire » et pour l'affirmation d'agences « fortes et indépendantes » (Abenhaïm 2003 : 248 & 250). En 2004, il regrette dans *Mouvements* l'absence d'un véritable « paradigme » de la santé publique, estimant qu'il faudrait disposer en France « d'agences proches de celles des États-Unis (comme la *Food & Drug Administration* ou l'*Environmental Protection Agency*) qui prennent des décisions sans lien structurel avec la gestion économique » (Fassin & Gaudillière 2004 : 90-91). Sans qu'ils ne soient les seuls membres actifs de cette nébuleuse d'acteurs intéressés à la promotion de la SS, ces épidémiologistes, positionnés à la charnière des espaces politico-administratif et universitaire et dans différents espaces internationaux, peuvent d'autant plus légitimer les réformes des années 1990 qu'ils contribuent à les indexer à un modèle nord-américain réputé vertueux. Leurs ressources sont ici complémentaires de celles des hauts fonctionnaires du social et peuvent expliquer la bonne fortune de la SS et la multiplication des institutions qui s'en réclament.

Sans succomber à l'illusion héroïque, on voudrait néanmoins singulariser ici l'activité missionnaire de D. Tabuteau pour illustrer combien cette activité collective, qui se développe

parallèlement à la mise à l'agenda scientifique de la question, constitue un enjeu politique autant que scientifique.

Un praticien, légiste, historien et prophète multipositionné de la SS

En recourant aux techniques classiques à disposition des pédagogues de l'action publique modernisatrice (publication d'ouvrages et d'une longue liste d'articles dans des revues de droit et de science administrative, accompagnée de nombreuses interventions dans des conférences), D. Tabuteau s'est efforcé, tout au long de la décennie 1990, de théoriser « son » concept et de plaider pour un renforcement du rôle sanitaire de l'État dans des domaines originellement éloignés de la santé.

L'avant-propos de la seconde édition de son ouvrage canonique célèbre ainsi le succès intersectoriel d'un concept réifié :

« Quel chemin parcouru ! La sécurité sanitaire a acquis droit de cité. Discours, colloques, investissement, réglementations, elle est au cœur de bien des réflexions et décisions. Elle envahit le quotidien des professionnels de santé et s'invite plus ou moins subrepticement dans les secteurs de l'alimentation, de l'environnement, de l'automobile (...) ». (Tabuteau 2002 : 17).

Relativement floue (encadré 1), la notion de SS est par ailleurs évolutive. Alors qu'elle était cantonnée, dans une première définition (Tabuteau 1994 : 11), au système de santé et aux « risques thérapeutiques de toute nature », elle vise désormais à protéger « la santé de l'homme contre les risques 'iatrogènes' de la société » – « les risques du système de santé mais également (...) les risques alimentaires ou environnementaux, risques résultant des pollutions, dégradations ou transformations de l'environnement » – et « modifie de plus profondément l'approche des risques professionnels » (Tabuteau 2002 : 23 & 28).

Le flou et l'instabilité de la notion invitent à concevoir l'ensemble de ces énoncés théoriques comme des « écrits d'action », au sens où la SS est régulièrement redéfinie en fonction des réformes qui s'en inspirent. Combinant différents principes procéduraux, la SS est d'ailleurs explicitement présentée, dans un article publié en 1997, comme une « doctrine (...), une méthodologie et une déontologie de l'action publique en matière de santé » (Tabuteau 1997 : 15-18). Parée de propriétés anthropomorphiques, la SS vient *naturellement* légitimer la réforme administrative d'un secteur en proie au « chaos » et confère aux agences sanitaires mises en place dans la décennie 1990 un rôle moteur dans le « renouveau de la santé publique » (Tabuteau 1998).

En affinant l'analyse de ses nombreuses publications, il apparaît que ce courtier de la Santé joue de différents registres argumentatifs pour promouvoir son concept. Indissociablement légiste et manager de la chose publique (Bourdieu 2000 : 245), il publie des ouvrages de droit de la santé qui peuvent agrémenter la bibliographie des étudiants en master santé (Laude & Tabuteau 2006 ; Laude, Mathieu & Tabuteau 2007) et ainsi promouvoir les prescriptions managériales qu'il a contribué à importer dans le secteur. Prophète, il s'essaie à un exercice prospectif anticipant le traitement du vieillissement de la population, de l'augmentation de la dépendance ou de la modification de la consommation des soins (Tabuteau & Benkimoun 2006). Enfin, en tant qu'historien, il narre régulièrement son récit et sa participation à la révolution sanitaire. Ainsi, dans la première partie d'un article consacré au *risorgimento* de la Santé (Tabuteau 2003), il revient avec une certaine emphase sur l'histoire administrative de ce secteur étatique et la révolution opérée par les « vaisseaux amiraux de la santé » que sont les agences. La référence à l'unification italienne par annexions successives de différentes unités politiques suggère ici à quel point l'entrée

progressive de différents secteurs d'action publique dans la SS doit s'entendre sous l'angle d'une mise en cohérence d'un espace précédemment désordonné. Dans la même veine, le premier chapitre de *La sécurité sanitaire* (2002) est l'occasion d'exposer la rupture avec le « tout médical » et d'inscrire la SS – cette « nouvelle exigence de sécurité » et « nouvelle fonction régaliennne » – dans un sens de l'histoire nécessaire. Enfin, *Les Contes de Ségur* (2006) proposent une histoire plus personnelle de ce qui fut une révolution *évidemment* semée d'embuches.

Encadré 3 : Trajectoires de Didier-Roland Tabuteau et de Martin Hirsch

Né en 1958, polytechnicien, énarque (1982-1984), conseiller d'État, commissaire du gouvernement près le Conseil supérieur de l'aide sociale depuis 1987, directeur adjoint du cabinet de Claude Evin, ministre de la Solidarité, de la Santé et de la Protection sociale (1988-1991), directeur de cabinet de B. Kouchner, ministre de la Santé et de l'Action Humanitaire (1992-1993), D. Tabuteau est successivement directeur général de l'Agence du médicament (1993-1997), directeur adjoint chargé de la santé et de l'action sociale du cabinet de Martine Aubry, ministre de l'Emploi et de la Solidarité (1997-2000), directeur du cabinet de B. Kouchner, ministre délégué à la Santé (2001-2002) et actuellement directeur général de la fondation Caisse d'Épargne pour la Solidarité. Il a par ailleurs toujours veillé à conserver une activité d'enseignement en droit administratif et en droit de la santé. Il est maître de conférences à Polytechnique depuis 1986, à Sciences Po depuis 1988 (titulaire de la chaire de santé publique depuis 2006 et directeur de l'*Executive Master* qui s'adresse aux professionnels de santé), professeur adjoint à l'École nationale des Ponts et Chaussées (depuis 1988) et à la Faculté de médecine et de pharmacie de Paris V (il est co-directeur de l'Institut Droit et Santé). Il est enfin directeur de collection chez Berger-Levrault (spécialisé en santé publique) et rédacteur en chef de la revue *Sève, Les Tribunes de la Santé*.

Né en en 1963, M. Hirsch est issu d'une famille de très hauts fonctionnaires : son père, ingénieur des Ponts et Chaussées fut notamment directeur de l'ENPC dans les années 1980, tandis que son grand-père (Étienne Hirsch), ingénieur des Mines, proche de Jean Monnet et figure importante de la Résistance à Londres, fut notamment Commissaire au Plan dans les années 1950 et président d'Euratom (1959-61). Aussi, la trajectoire de M. Hirsch s'apparente classiquement à celle des héritiers de la *noblesse d'État*. Diplômé de l'ENS, titulaire d'un DEA en neurobiologie, il entre à l'ENA en 1988. Sorti dans la botte du classement, il choisit le Conseil d'État, devient conseiller juridique à la CNAM-TS (1990-92) et réalise une première mission pour B. Kouchner sur la collecte de fonds dans les associations. Conseiller technique au cabinet Kouchner (1992-93), il suit notamment la réforme de la transfusion sanguine, la création de l'EFS et la première loi de SS. Secrétaire général adjoint du Conseil d'État de 1993 à 1995, il devient directeur de la Pharmacie Centrale des Hôpitaux de Paris. Directeur de cabinet du secrétaire d'État à la Santé, B. Kouchner, et, parallèlement, conseiller

au cabinet de M. Aubry (1997-99), il suit tout particulièrement le chantier de la création de l’Afssa dont il devient directeur de 1999 à 2005. Par ailleurs, M. Hirsch déploie des stratégies parallèles dans le champ du savoir puisqu’il est maître de conférence à Sciences Po (1990-97), à l’ENA depuis 1994, et intervient régulièrement dans différentes formations en santé publique (notamment l’*Executive Master* en santé publique de Sciences Po dirigé par D. Tabuteau ou encore la formation *Santé publique et développement* du CNAM pilotée par B. Kouchner. En outre, il écrit deux ouvrages consacrés à la SS – sur la gestion de l’ESB (Hirsch *et al.* 1996) et sur les « bonnes pratiques de gouvernance des risques » observées à l’Afssa (Hirsch 2002) – qui ont été largement couverts par la presse¹⁰. Il s’est enfin investi dans « la société civile » en tant que président de l’Union Centrale des Communautés Emmaüs (1995-2002) puis de président d’Emmaüs France, en remplacement du très populaire Abbé Pierre. Au total, cette *surface sociale* élargie lui permet de se présenter comme un « révolutionnaire bureaucratique » à l’avant-garde des réformes. Les propriétés rares de ce haut fonctionnaire, détenteur des titres les plus nobles (ENS, ENA, Conseil d’État) conférés par cette « banque centrale de crédit symbolique » qu’est l’État (Bourdieu 1989 : 538), titulaire de diplômes peu communs (en neurobiologie et biochimie), doté en capitaux médiatiques et sociaux (en partie hérités) et inséré dans les réseaux socialistes, en font un bureaucrate atypique prompt aux coups d’éclat.

Les différents registres savants que mobilise ce courtier ne doivent pas dissimuler qu’il est un des principaux artisans de la réforme. On comprend mieux alors les accents

téléologiques de sa version de l’histoire :

« En matière alimentaire comme dans le champ de la santé, la sécurité sanitaire s’impose lorsque le risque devient ‘iatrogène’, c’est-à-dire imputable au fonctionnement de la société industrialisée. La ‘folie’ productiviste de l’homme transforme la sécurité alimentaire en sécurité sanitaire des aliments (...). La notion de sécurité sanitaire pourrait même à l’avenir s’étendre aux risques liés aux produits de consommation courante (jouets, électroménager...), aux risques liés aux activités de loisir (sport, jardinage, bricolage...) ou à la circulation routière ». (Tabuteau 2002 : 27-28)

Sans préjuger de la croyance sincère de cet acteur dans les « valeurs » et le bien fondé des recettes qu’il défend, on doit noter qu’il n’hésite pas à donner un avis d’expert sur la politique qu’il a menée en qualité de praticien et cherche à œuvrer pour l’adoption de solutions jugées indispensables (et à l’entretien de leur légitimité une fois qu’elles sont adoptées). Pour l’ensemble des membres de cette nébuleuse réformatrice, qu’ils soient hauts fonctionnaires ou experts, la rationalisation *ex post* est une ressource politique : en imposant leur vision socialement située et intéressée de l’histoire, ces derniers s’imputent les mérites d’une réforme qu’ils contribuent à disséminer et à théoriser, et s’assurent pour l’avenir des

positions avantageuses (relativement à l'abri des remaniements politiques et des alternances), notamment à la tête des différentes agences qu'ils ont contribué à mettre en place¹¹.

En outre, ce travail de propagation de la foi est facilité par le multipositionnement de ces acteurs, à l'interface entre les espaces administratif, savant et militant, ce qui multiplie pour eux les possibilités de « double jeu ». Par un accès privilégié aux écoles de formation de la *noblesse d'État*, ils contribuent à naturaliser les « bonnes pratiques » dont ils sont les avocats, si bien que la SS a progressivement acquis un droit de cité dans tout un ensemble de « lieux neutres¹² ». Indice important de son institutionnalisation, cette notion figure également en bonne place parmi les laboratoires de la réforme de l'État étudiés à l'ENA à partir de la fin des années 1990¹³. Ainsi, un groupe d'élèves de la promotion Valéry (1996-98) affirme avec assurance dans un rapport de fin d'étude que « la création des agences a contribué à améliorer la régulation du système », même si « le pilotage de la politique sanitaire doit être mieux assurée », du fait d'une « administration centrale (...) trop cloisonnée », d'une « fonction de tutelle (...) imparfaitement exercée », d'une « information [qui] circule mal entre les acteurs » et d'une « [instabilité des] champs de compétences et [d]es périmètres d'intervention¹⁴ » (Wallon 1999). Dès lors, « l'effort de modernisation doit être poursuivi », notamment pour assurer la SS dont ils reprennent une définition de D. Tabuteau. Il faut trouver une « stratégie » pour répondre à « l'éclatement des compétences » en la matière et « renforcer » le « réseau de veille sanitaire ». Et les futurs hauts fonctionnaires de se féliciter, après avoir auditionné les acteurs-clés de la loi de 1998, du travail en cours au Sénat qui œuvre précisément en ce sens. « Scolairement neutralisée et routinisée », la SS est ainsi devenue une « pensée d'école » qui va « sans dire ».

Un « concept sténographique » encombrant ?

Si le discours sur la SS pénètre aussi aisément les lieux d'interaction entre savoir et pouvoir que constituent les grandes écoles, c'est sans doute aussi en raison des nombreux usages savants peu réflexifs – dans l'espace de la « sociologie du risque » – d'un concept devenu « sténographique » (Passeron 2006 : 114). On peut faire l'hypothèse que l'utilisation de plus en plus routinisée, à des fins de connaissance scientifique, d'un concept originellement construit à des fins pratiques ne peut que contribuer à renforcer les croyances des acteurs du monde social en sa pertinence et en sa cohérence « cognitive ».

Encadré 4 : La fortune savante du concept

En décembre 2009, le moteur de recherche *Google* identifie environ 2540 liens pour une recherche "sécurité sanitaire"+Tabuteau. La même opération sur *Google Scholar* donne 150 liens. En comparaison, *Google Scholar* identifie environ 12300 liens pour "sécurité sanitaire". On mesure alors combien la notion s'est autonomisée de son théoricien pour entrer dans le vocabulaire savant. A cet égard, on doit souligner que la SS est devenue un mot-clé dans les recherches documentaires. Aussi, pour recentrer l'analyse sur les sciences du politique, une recherche sur ce terme donne 110 titres sur le catalogue de la bibliothèque de Sciences Po.

La quasi-totalité de ces références date d'après 1992. Avant l'ouvrage fondateur de Tabuteau (1994), le terme apparaît pour la première fois en 1993 dans une revue savante sous la plume d'un ancien directeur de l'ENSP (J. Hardy, « L'agence du médicament : un nouvel outil au service de la sécurité sanitaire », *Revue administrative*, vol. 46, n°274, 1993). De manière significative, l'usage du concept se répand à mesure que les controverses sanitaires liées aux aliments se multiplient à la fin des années 1990 (moins de 30 titres ont été publiés avant 2000) et donnent lieu à la seconde loi de SS de 1998. Revue hybride, à la rencontre entre espaces administratif et savant, la *Revue française des affaires sociales* a été un des relais les plus précieux pour la SS, à travers deux numéros spéciaux qui lui sont consacrés. Le numéro « La sécurité sanitaire : enjeux et questions » de 1997, introduit par B. Kouchner et coordonné par D. Tabuteau, consacre 322 pages au concept. En outre, la référence à l'ouvrage de D. Tabuteau est un passage obligé dans la plupart des articles signés tant par des responsables administratifs (Tabuteau, Girard, Morel), par des épidémiologistes (Abenhaïm, Drucker, Dab, Flahaut) que par des chercheurs en sciences sociales (Setbon, Gilbert, Wolfer, Torny). Les chercheurs en sciences sociales convoqués pour le numéro « Les pouvoirs publics et la sécurité sanitaire » (1999) sont sensiblement les mêmes et gravitent tous autour du groupement d'intérêt scientifique *Risques collectifs et situations de crise* (Gilbert, Setbon, Joly). La même année, Patrick Zylberman, historien de la santé publique, signe l'article

« Sécurité sanitaire : le retour » dans la revue *Esprit* qui loue les réformes récentes pour répondre à « la déficience de la sécurité sanitaire en France ».

La première décennie des années 2000 confirme la place croissante qu'occupe la notion au sein de l'agenda scientifique : les appels d'offres sur les risques sanitaires se multiplient, différents mémoires de DEA et thèses de doctorat en sciences sociales dissèquent l'appareillage de *l'État sanitaire* (Gimbert 2006). Cette période est marquée par la réédition de l'ouvrage fondateur de D. Tabuteau, par la publication du sociologue de la santé Michel Setbon (*Risques, sécurité sanitaire et processus de décision*, Elsevier, 2004) ou encore par l'entrée de la SS dans l'*Encyclopedia Universalis* (notice rédigée par J-Y. Nau, journaliste santé au *Monde*). Enfin, depuis la conception de mon projet d'article en 2007, de nombreuses publications sont venues en confirmer l'intérêt. Ainsi, *Horizons stratégiques* (du Centre d'Analyse Stratégique) a-t-elle publié un numéro intitulé « Veille et sécurité sanitaires » (n°3 – 2007/1). Mieux, en 2008, D. Tabuteau célèbre l'anniversaire de la SS, en coordonnant *Quinze ans de sécurité sanitaire. De la loi du 4 janvier 1993 aux défis de 2008*, (Éditions de Santé/Presses de Sciences Po), dont la première partie s'intitule opportunément « La santé sanitaire, un concept en devenir ».

Pour autant, sans que ce paragraphe ne rende complètement justice aux interdépendances complexes tissées entre des espaces sociaux trop souvent conçus comme autonomes, on voudrait *a minima* dépasser une analyse réductrice qui n'analyserait la mise en forme savante des réformes que sous l'angle d'un rapport instrumental.

En premier lieu, on doit reconnaître que D. Tabuteau se saisit lui-même de références de sciences sociales pour enrichir son propos, au point de siéger dans des jurys de thèse en science politique. Dans *La sécurité sanitaire*, il mobilise ainsi de nombreux énoncés émanant de philosophes, d'historiens, de sociologues, de politistes, de juristes et d'économistes dont les points de vue s'expriment sur des supports de statut divers (J. Rawls, D. Bourg et J.-L.

Schegel, L. Murard, P. Zylbermann, P. Rosanvallon, U. Beck, M. Callon, B. Latour, P. Lascoumes, M. Setbon, C. Gilbert, O. Godard...). Cela souligne la pertinence de la notion de « double herméneutique » développée par Anthony Giddens : les acteurs du monde social se saisissent des sciences sociales pour le comprendre. Néanmoins, dans ce cas particulier, en raison de leur mise en équivalence avec des prises de position d'acteurs (élus, hauts

fonctionnaires, experts et journalistes dont S. Veil, B. Kouchner, A. Morelle, M. Hirsch, P. Duneton, W. Dab, C. Got, L. Abenhaïm, P. Kourilsky, G. Viney, P. Lagadec, J. –Y. Nau...), on est en droit de se demander si ces emprunts ne contribuent pas *in fine* à « faire tenir » la notion de SS par le recours à des arguments d'autorité scientifique. On en trouve un exemple

page 86 :

« Le paradigme de la sécurité sanitaire est celui de 'l'action mesurée' pour reprendre l'éclairante analyse de Michel Callon, Pierre Lascoumes et Yannick Barthe qui opposent ce mode d'intervention au 'choix tranchant' de la décision traditionnelle. La décision relève ainsi d'une 'activité interactive', elle repose sur un 'réseau d'actions diversifiées' et est fondamentalement 'réversible' ».

L'exemple peut sembler mal choisi dans la mesure où l'ouvrage cité est lui-même un document d'intervention sociologique (un plaidoyer pour l'avènement d'une « démocratie technique »), mais il met néanmoins en exergue à quel point l'auteur prend appui sur des écrits savants pour asseoir « son » paradigme d'action publique. Si ces emprunts peuvent être interprétés comme un moyen pour les acteurs sociaux de rationaliser leurs propres pratiques (Siméant 2002), la progressive indistinction entre discours savants et discours politico-administratifs n'est toutefois pas sans produire des conséquences inattendues et sans interpellier du même coup la sociologie de l'action publique. Cette indistinction s'avère notamment problématique pour une science politique qui aborde traditionnellement les politiques publiques par le biais d'une analyse textuelle. À plusieurs reprises, on a ainsi pu relever dans différents écrits savants consacrés à ce secteur une même inclination objectiviste à travers un recours routinier à la SS comme paradigme d'action publique. En définitive, ils apportent une nouvelle définition au concept flou et labile de la SS, pratiquement conçue comme une « variable agissante » et, en célébrant la victoire de ce « nouveau paradigme à travers lequel sont saisies et pensées les questions de santé » (Besançon *et al.* 2004 : 9), ils légitiment tout le travail de *réroddiction* et de mise en cohérence réalisé par D. Tabuteau et par

la nébuleuse d'acteurs intéressés à la promotion de la SS, dont on a seulement esquissé ici la complémentarité des ressources et l'économie des liens qui les unit.

Conclusion

Après avoir effectué un modeste tour sur la spirale de la réflexivité, on voudrait conclure en restreignant le propos au statut et à l'autonomie du sous-champ de la science politique qu'est l'analyse des politiques publiques. Il est évidemment illusoire de croire que cette posture réflexive se résume à construire un univers polarisé entre une production scientifique *pure, spirituelle* ou *distanciée* et une production scientifique *hétéronome, temporelle* et *engagée*. Ne serait-ce qu'en raison des multiples liens historiques (institutionnels, financiers, etc.) entre leur discipline d'appartenance et l'État, les politistes sont nécessairement confrontés, dans l'analyse des faits sociaux et politiques, à l'usage des concepts et des catégories que ce dernier produit régulièrement. Quand bien même on fait de l'État son laboratoire, on n'en reste pas moins habité par son « esprit » (Bourdieu 1994, Elias 1993).

Aussi, la référence aux mythes d'action publique ne doit pas conduire le lecteur à les voir comme le produit d'une fabrication ou d'une manipulation. Le mythe, au sens de Paul Veyne, n'est ni vrai ni faux, mais renvoie davantage à un « récit anonyme », « sans auteur ». Comme l'écrit l'historien de l'Antiquité : « Le mythe était un *tertium quid*, ni vrai, ni faux. Einstein serait cela pour nous si sa vérité ne venait d'une troisième source, celle de l'autorité des professionnels » (Veyne 1983 : 40). C'est la raison pour laquelle on défend la nécessité pour une sociologie de l'action publique de prendre au sérieux les activités de mise en forme savante des réformes qui sont trop souvent négligées par les analystes des politiques

publiques. On ose espérer que c'est une banalité mais, sauf à reconstruire les trajectoires singulières par lesquelles un concept devient « sténographique » – *i. e.* partie prenante du « vocabulaire administratif de la sociologie » –, la science politique risque fort d'habiller longtemps ces mythes d'action publique, en leur prêtant une cohérence excessive et une efficacité « animiste » (Lacroix 1985 : 501). Cette posture réflexive est d'autant plus salutaire que, dans ses différentes interactions avec le monde de l'action publique, la science politique semble durablement condamnée à être la « victime désignée pour occuper le rôle de miroir » : « ô miroir, dis-moi combien je suis belle et en quoi ce que je fais mérite une théorie » (Salais 2004 : 319).

Bibliographie :

ABENHAÏM, Lucien. 2003. *Canicules. La santé publique en question*, Paris, Fayard.

ALAM, Thomas. 2007. Quand la vache folle retrouve son champ. Une comparaison transnationale de la remise en ordre d'un secteur d'action publique, Thèse pour le doctorat en science politique, Université de Lille 2.

ALAM, Thomas & GODARD, Jérôme. 2007. « Réformes sectorielles et *monstration* de la modernité. Les usages des savoirs managériaux dans les politiques de l'emploi et de l'alimentation », *Politix*, vol. 20, n°79 : 77-100.

BECKER, Howard S. 2002 [1998]. Les ficelles du métier. Comment conduire sa recherche en sciences sociales, Paris, La Découverte.

BENAMOUZIG, Daniel & BESANÇON, Julien. 2005. « Administrer un monde incertain : les nouvelles bureaucraties techniques. Le cas des agences sanitaires en France », *Sociologie du travail*, vol. 47, n°3 : 301-322.

BERLIVET, Luc. 2001. « Déchiffrer la maladie », in DOZON, Jean-Pierre & FASSIN, Didier (dir.), *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*, Paris, Balland : 75-101.

BESANÇON, Julien, BORRAZ, Olivier & GRANDCLEMENT-CHAFFY, Catherine. 2004. *La sécurité alimentaire en crises. Les crises Coca-Cola et Listeria de 1999-2000*, Paris, L'Harmattan.

BOURDIEU, Pierre. 1984. *Homo academicus*, Paris, Minuit.

BOURDIEU, Pierre. 1989. *La Noblesse d'État. Grandes Écoles et Esprit de Corps*, Paris, Éditions de Minuit.

BOURDIEU, Pierre. 1994. « Esprits d'État. Genèse et structure du champ bureaucratique », in *Raisons Pratiques. Sur la théorie de l'action*, Paris, Seuil : 99-133.

BOURDIEU, Pierre. 2000. *Les structures sociales de l'économie*, Paris, Seuil.

BOURDIEU, Pierre & BOLTANSKI, Luc. 1976. « La production de l'idéologie dominante », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, n°2-3 : 4-73.

BUTON, François. 2006. « De l'expertise scientifique à l'intelligence épidémiologique : l'activité de veille sanitaire », *Genèses*, vol. 65, n°4 : 71-91.

COUR DES COMPTES. 2005. *Rapport au président de la République*, Paris, La Documentation Française, chapitre 4 « L'évolution du rôle de la direction générale de la Santé » : 141-170.

DESAGE, Fabien & GODARD, Jérôme. 2005. « Désenchantement idéologique et réenchantement mythique des politiques locales. Retour critique sur le rôle des idées dans l'action publique », *Revue Française de Science Politique*, vol. 55, n°4 : 633-661.

DGAFP. 2004. *Rapport annuel – Faits et chiffres 2004*, Paris, La Documentation Française.

DRUCKER, Jacques. 2002. *Les détectives de la santé. Virus, bactéries, toxines. Enquêtes sur les nouveaux risques*, Paris, Nil.

DRUCKER, Jacques. 2008. « Les États-Unis et la Santé. Le débat sur la santé dans la campagne présidentielle », *Sève. Les tribunes de la santé*, n°19 : 21-27.

DRUCKER, Jacques & FAESSEL-KAHN, Marianne. 2004. « Justice et Santé. L'exemple américain », *Sève. Les tribunes de la santé*, n°5 : 31-38.

ELIAS, Norbert. 1993 [1983], *Engagement et distanciation. Contributions à la sociologie de la connaissance*, Paris, Fayard.

EYMERI, Jean-Michel. 1999. *Les Gardiens de l'État. Une sociologie des énarques de ministère*, Thèse pour le doctorat en science politique, Université Paris 1.

FASSIN, Didier. 2001, « Au cœur de la cité salubre. La santé publique entre les mots et les choses », in DOZON, Jean-Pierre & FASSIN, Didier (dir.), *Critique de la santé publique*.

Une approche anthropologique, Paris, Balland : 47-73.

FASSIN, Didier & GAUDILLIERE, Jean-Paul. 2004. « La santé publique aux marges : entretien avec Lucien Abenhaïm, ancien directeur général de santé », *Mouvements*, vol. 32, n°2 : 87-93.

GENIEYS, William. 2005. « La constitution d'une élite du *Welfare* dans la France des années 1990 », *Sociologie du Travail*, vol. 47, n°2 : 205-222.

GIMBERT, Virginie. 2006. L'État sanitaire en question. Les administrations publiques à l'épreuve des risques, Thèse pour le doctorat en sociologie, ISP-GAPP, Cachan.

GRELET, Stany & LALANDE, Aude. 2000. « La santé séparée. Le métier de médecin-inspecteur de santé publique », *Vacarme*, n°12.

GRIGNON, Claude & DE SAINT MARTIN, Monique. 1975. « De la propagation de la foi dans les réformes », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, vol. 1, n°2 : 94.

GUILHOT, Nicolas. 2005. *The Democracy Makers. Human Rights and the Politics of Global Order*, New York, Columbia University Press.

HIRSCH, Martin. 2002. *Ces peurs qui nous gouvernent. Sécurité sanitaire : Faut-il craindre la transparence ?*, Paris, Albin Michel.

HIRSCH, Martin, DUNETON, Philippe, BARALON, Philippe & NOIVILLE, Florence. 1996. *L'affolante histoire de la vache folle*, Paris, Balland.

- LACROIX, Bernard. 1985. « Ordre politique et ordre social. Objectivisme, objectivation et analyse politique » in GRAWITZ, Madeleine & LECA, Jean (dir.), *Traité de science politique, Tome 1*, Paris, Presses Universitaires de France : 469-565.
- LAUDE, Anne, MATHIEU, Bertrand & TABUTEAU, Didier. 2007. *Droit de la santé*, Paris, Presses Universitaires de France, 2007.
- LAUDE, Anne & TABUTEAU, Didier (dir.). 2006. *Information et produits de santé, quelles perspectives ?*, Paris, Presses Universitaires de France.
- MASSARDIER, Gilles. 1996. *Expertise et Aménagement du Territoire. L'État Savant*, Paris, L'Harmattan.
- MORELLE, Aquilino. 1996. *La défaite de la santé publique*, Paris, Flammarion.
- PADIOLEAU, Jean-Gustave. 2002. *Le réformisme pervers : le cas des sapeurs-pompiers*, Paris, Presses Universitaires de France.
- PASSERON, Jean-Claude. 2006 [1991]. *Le raisonnement sociologique. Un espace non poppérien de l'argumentation*, Paris, Albin Michel.
- SALAS, Robert. 2004. « La politique des indicateurs. Du taux de chômage au taux d'emploi dans la stratégie européenne de l'emploi », in Zimmermann (Bénédicte) (dir.), *Les sciences sociales à l'épreuve de l'action. Le savant, le politique et l'Europe*, Paris, Éditions de la MSH : 287-331.

SIMEANT, Johanna. 2001. « Entrer, rester en humanitaire : des fondateurs de MSF aux membres actuels des ONG médicales françaises », *Revue Française de Science Politique*, vol. 51, n°1-2 : 47-72.

SIMEANT, Johanna. 2002. « Friches hybrides et contrebandes : Sur la circulation et la puissance militantes des discours savants », in HAMMAN, Philippe, MEON, Jean-Matthieu & VERRIER, Benoît (dir.), *Discours savants, discours militants*, Paris, L'Harmattan : 17-53.

TABUTEAU, Didier. 1996. « Les pouvoirs publics et le risque sanitaire », *Revue Française des Affaires Sociales*, n°2 : 29-40.

TABUTEAU, Didier. 1997. « La sécurité sanitaire, une obligation collective, un droit nouveau », *Revue Française des Affaires Sociales*, n°3-4 : 15-18.

TABUTEAU, Didier. 1998. « Sécurité sanitaire et agences, le renouveau de la santé publique », *Études et documents*, n°49 : 473-487.

TABUTEAU, Didier. 2002 [1994], *La sécurité sanitaire*, Paris, Berger-Levrault.

TABUTEAU, Didier. 2003. « Les agences sanitaires : balkanisation d'une administration défaillante ou retour de l'État hygiéniste ? », *Sève. Les tribunes de la santé*, n°1 : 34-46.

TABUTEAU, Didier. 2006. *Les contes de Ségur. Les coulisses de la politique de santé*, Paris, Ophrys.

TABUTEAU, Didier & BENKIMOUN, Paul. 2006. *Les Nouvelles Frontières de la santé. Comment serons-nous soignés demain ?*, Paris, Jacob Duvernet.

VANDENBERGHE, Michel. 2002. Les médecins inspecteurs de santé publique. Aux frontières des soins et des politiques, Paris, L'Harmattan.

VEYNE, Paul. 1978 [1971]. *Comment on écrit l'histoire*, Paris, Seuil.

VEYNE, Paul. 1983. Les Grecs ont-ils cru à leurs mythes ? Essai sur l'imagination constituante, Paris, Seuil.

WALLON, Véronique (dir.). 1999. « Enjeux et perspectives de la réforme de l'administration sanitaire », in ENA, Promotion Valéry (1996-98), *La réforme de l'État*, Paris, La Documentation française, Tome 1 : 443-513.

¹ L'Emploi et la Santé ainsi que la Culture sont en tête pour les emplois de direction confiés à des femmes : 34% en administration centrale et 17 et 11% en services déconcentrés (pour une moyenne, tous ministères confondus, de 20% et 9%) (DGAFP 2004).

² Près d'1 agent en fonction sur 4 a quitté la DGS en 2002 et 2003. En septembre 2004, l'ancienneté médiane des titulaires de postes de responsabilité était seulement de 21 mois dans le poste et de 3 ans dans la direction (respectivement 2,1 ans et 4 ans pour l'ancienneté moyenne).

³ Les propos de cette jeune MISP, titularisée en 2003, sont ici éclairants : « Un MISP ça ne lui vient pas à l'idée de se blinder juridiquement. C'est un technicien un peu à part (...). On n'est pas procédurier, on est nul en droit. Comme on est médecin, on est assez 'casse-bonbon' et on va souvent [au-delà de notre domaine de compétences]. On n'en a rien à foutre des articles de loi. On y va, peu importe notre légitimité » (Entretien à la DDASS 59, Lille, 16.11.2006).

⁴ Comme l'indique la forte féminisation du corps. 78% des MISP sont des femmes contre environ un tiers des médecins libéraux (Grelet & Lalande 2000).

⁵ Cette filière est d'ailleurs supprimée par la droite en 1987 puis rétablie par la gauche en 1991. A la même période se mettent en place les diplômes d'éducation spécialisés de troisième cycle en santé publique, épidémiologie, biostatistique et économie de la santé, qui participent au renforcement académique de la santé publique.

⁶ « Une action devant la Cour de Justice a même conduit, pour la première fois, à la condamnation en 1999 d'un ministre (Edmond Hervé, secrétaire d'État à la Santé en 1985) (Tabuteau 2006 : 15).

⁷ Voir le portrait consacré par Eric Favereau à M. Hirsch, emblématique de cette « nouvelle génération de hauts fonctionnaires » disposés, comme le remarque D. Tabuteau, à « sortir un peu du sacro-saint devoir de réserve ». *Libération*, « Disciple inné », 12 mars 2005. Cette « distance » soigneusement construite n'est pas sans faire écho aux caractéristiques de l'« aristocratie du risque » à laquelle appartient B. Kouchner et les fondateurs de *Médecins Sans Frontières* (Siméant 2001)

⁸ Né en 1962, issu d'un milieu d'immigrés espagnols, ce docteur en médecine a fait le choix de l'IGAS en dépit de son classement de sortie à l'ENA (deuxième de la promotion Condorcet). Conseiller technique au cabinet du ministre de la Santé et de l'Action Humanitaire (1992-93), il a été chargé de mission au Commissariat général au Plan (1997) et conseiller auprès du Premier ministre (1998-2002). Au PS, il a été membre du conseil national et délégué national auprès du premier secrétaire (1997-2002), il rejoint ensuite brièvement en 2003 l'agence de communication *corporate EuroRSCG C&O* en tant que directeur associé, avant de devenir directeur adjoint du pôle de compétitivité *Genopole* en 2006. Candidat malheureux aux législatives de 2002 et 2007, il a été conseiller municipal à Nontron (24) de 2001 à 2006. Enfin, il est maître de conférence à Science Po (1992-97 et depuis 2003) et professeur associé en santé publique dans le DESS « Économie et gestion des systèmes de santé » de Paris 1 depuis 2003.

⁹ Selon D. Tabuteau, la théorisation et la mise en œuvre des principes de la réforme de la SS auraient largement bénéficié des échanges avec son ami Fernand Sauer, le premier directeur général de l'Agence européenne du médicament.

¹⁰ Sa femme Florence Noiville (dont la sœur, Christine, est juriste au CNRS et auteur du *Bon gouvernement des risques*) est d'ailleurs journaliste au *Monde*.

¹¹ J. Druker est directeur du RNSP en 1992 et reconduit à la tête de l'InVS de 1998 à 2002 ; D. Tabuteau est le premier directeur général de l'Agence du médicament (1993-1997) ; Philippe Duneton, membre du cabinet de B. Kouchner de 1992 à 1993, le remplace à la tête de l'AFSSAPS (1999-2004) ; M. Hirsch est le premier directeur de l'AFSSA (1999-2005) ; Philippe Lamoureux, secrétaire général de l'Agence du médicament (1997-1998), est directeur général de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (2002-2008).

¹² « Laboratoires idéologiques », « [u]ne des fonctions des lieux neutres est de favoriser ce que l'on appelle communément les échanges de vues, c'est-à-dire l'information réciproque sur la vision que se font de l'avenir les agents qui ont à la fois le plus d'information sur l'avenir et le plus de pouvoir sur l'avenir » (Bourdieu & Boltanski 1976 : 54).

¹³ Voir notamment les différents rapports du séminaire « Les politiques de santé », de la promotion Léopold Sédar Senghor (2002-2004), dirigés par J.-F. Girard, patron de la DGS de 1986 à 1997 et président de l'Institut de Recherche pour le Développement depuis 2001. Le rapport du groupe 7 sur « les agences nationales de santé » retrace ainsi l'origine et la spécificité des agences françaises qui auraient globalement répondu aux « trois principaux objectifs qui avaient présidé à leur création » (« restaurer la confiance », « garantir l'indépendance de l'expertise », « renforcer la capacité d'expertise ») mais appelleraient néanmoins une « consolidation ». Organisé lui aussi en trois parties, le rapport du groupe 8 « Risques et santé » épouse également une lecture modernisatrice proche de celle des réformateurs : si « la réforme de l'État sanitaire » a été rendue nécessaire devant « la nouvelle réalité des risques pour la santé », « la modernisation de la gestion des risques » resterait « inachevée » et suggère donc des « propositions pour un gouvernement des risques » (mieux évaluer, garantir la transparence, poursuivre la modernisation de l'État sanitaire, améliorer la gestion des crises, diffuser une culture de gestion des risques, etc.). Documents disponibles à : www.ena.fr/index.php?page=ressources/rapports/sante.

¹⁴ Ce rapport a été dirigé par Véronique Wallon, énarque (Promotion F. Braudel, 1987) et inspectrice de l'IGAS qui était à l'époque chef du service des ressources humaines au ministère de l'Emploi et de la Solidarité.