



HAL
open science

Une agence tous risques ? La veille sanitaire comme savoir de gouvernement

François Buton

► **To cite this version:**

François Buton. Une agence tous risques ? La veille sanitaire comme savoir de gouvernement. Science politique. Université Lumière - Lyon 2, 2015. tel-02486177

HAL Id: tel-02486177

<https://theses.hal.science/tel-02486177>

Submitted on 20 Feb 2020

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.

Université Lumière Lyon 2

Socio-histoire de l'État sanitaire

Mémoires pour l'Habilitation à diriger des recherches

Présentés par François BUTON

Volume 2 : mémoire original

Membres du jury

M. Laurent JEANPIERRE, professeur de science politique à l'Université Paris 8 -Vincennes Saint-Denis

M. Patrick LEHINGUE, professeur de science politique à l'Université de Picardie-Jules Verne

M. Renaud PAYRE, professeur de science politique à l'IEP de Lyon

M. Patrice PINELL, directeur de recherche émérite à l'INSERM

M. Gilles POLLET, professeur de science politique à l'IEP de Lyon (garant)

M. Paul-André ROSENTAL, professeur d'histoire à Sciences Po Paris.

Lyon, 7 décembre 2015

Une agence tous risques ?

**La veille sanitaire comme
savoir de gouvernement**

Introduction	3
Le renouveau de la surveillance épidémiologique : position du problème	3
Les sources mobilisées.....	6
De la supériorité de la pratique.....	8
Travailler sur l'État : perspectives de recherche.....	12
 Chapitre 1. La veille sanitaire comme savoir de gouvernement. Enjeux de définition.	 21
.....	
Santé publique et statistique.....	24
Épidémiologie, épidémiologies	27
Veille sanitaire	40
<i>Fondation : le « renseignement épidémique » aux États-Unis</i>	<i>41</i>
<i>Développements : la veille sanitaire en France depuis 1992</i>	<i>48</i>
 Partie 1. Faire institution. Genèses d'une agence sanitaire.	 63
 Chapitre 2. Importer un savoir. La mobilisation en faveur de la <i>field epidemiology</i>.	 71
Signaler une cause : les Séminaires Yves Biraud (1982-1983)	76
L'accord américain. Un modèle philanthropique	90
La structuration d'un milieu de l'épidémiologie appliquée.....	95
 Chapitre 3. Rénover des dispositifs. Une réforme d'État.	 105
La surveillance en déshérence.....	107
<i>« C'était rien du tout » : la surveillance dans l'administration centrale.....</i>	<i>110</i>
<i>Décadences de la surveillance, « de la santé publique à la recherche médicale ».....</i>	<i>115</i>
Rénover la lutte contre les maladies transmissibles	119
Externaliser et centraliser.	125
La création du RNSP.....	128
 Partie 2. La surveillance avant l'agence. Portrait sociologique de deux <i>outsiders</i>. ..	 141
 Chapitre 4. Yves Biraud, précurseur du renseignement épidémiologique.	 147
Vers les statistiques sanitaires	147
Epidémiologiste international	155
Statisticien, épidémiologiste ou administrateur de santé publique ?.....	163
 Chapitre 5. Louis Massé, d'<i>outsider</i> à « grand bonhomme » de la surveillance.....	 175
Quitter la médecine, étudier l'Afrique.....	178
Professeur d'épidémiologie et de statistiques.....	182
Les échappées internationales	186
Prolonger l'œuvre de Biraud.....	190
Un acteur au miroir de l'enquête.....	193
 Partie 3. Pratiques de la veille. L'agence à l'épreuve du VIH et du H1N1.	 199
 Chapitre 6 - Une agence sous emprise ? L'élaboration de la déclaration obligatoire de l'infection par le VIH.	 201
Le projet : bâtir un nouveau système.	206
La crise et sa gestion.	212
Les limites de la concertation	220
Une agence sous emprise. Positions, perceptions et gestion des émotions.....	228
« More research is needed » ?	240
 Chapitre 7. Anticiper la menace majeure. La veille sanitaire face à la pandémie grippale	 245

Deux événements pour la surveillance	249
<i>2009, la pandémie qui ne se réalise pas</i>	250
<i>1976, l'épidémie qui ne vient pas</i>	253
<i>La grande affaire de la surveillance épidémiologique</i>	255
Face à la menace : de l'attente à l'anticipation préventive	259
Mobiliser en contexte d'incertitude : l'arsenal du renseignement épidémiologique	263
<i>Proposer le scénario du pire ?</i>	263
<i>Le hasard n'attend pas : usages de la temporalité dans la veille sanitaire</i>	269
<i>L'allongement des circuits : les nouveaux réseaux internationaux de la surveillance</i>	272
Légitimer : « retours d'expérience » et prosélytisme	275
<i>Le retour d'expérience ou Une menace chasse l'autre</i>	277
<i>La catastrophe toujours à venir</i>	279
<i>C'est la faute à Rousseau ?</i>	280
Conclusion. L'État, l'agence, les risques.	283
Agence d'État, agence tous risques ?.....	284
Un espace intermédiaire	289
Un fatalisme de l'expert ?.....	292
Bibliographie	299
Remerciements	313
Annexe	315
Liste des personnes interrogées	315

Introduction

« PRATIQUE. Supérieure à la théorie ».
G. Flaubert, *Dictionnaire des idées reçues*, 1913 (entre 1850 et 1880).

L'enquête que l'on va lire porte sur l'émergence et l'institutionnalisation de la « veille sanitaire » en France, et s'intéresse particulièrement à son origine, aux formes qu'elle prend, et au sens de ce processus. La démarche se veut socio-historique précisément en ce qu'elle entend ne jamais proposer d'interprétation détachée des matériaux qui permettent de faire preuve, et essayer, autant que faire se peut, de faire preuve de réflexivité dans les manières d'articuler données empiriques et problématisation. Il ne s'agit donc pas ici de proposer un essai d'histoire générale de la surveillance épidémiologique ou d'illustrer l'irruption d'un nouveau paradigme de la modernité néolibérale comme « société du risque » ou de la « biosécurité », mais bien plus modestement de réunir un certain nombre de données empiriques afin de rendre compte d'un phénomène historiquement et géographiquement circonscrit. « Veille sanitaire » ou « surveillance épidémiologique », l'activité examinée peut être définie, de manière provisoire, comme la surveillance de tous les risques pour la santé de la population à des fins d'alerte, d'intervention et de prévention. Comme on le rappellera au chapitre 1, la surveillance des épidémies constitue une activité ancienne pour les sociétés humaines : c'est pourquoi on parlera le plus souvent de « renouveau » plutôt que « d'émergence » de la surveillance.

Le renouveau de la surveillance épidémiologique : position du problème

Très schématiquement, on considère que la surveillance épidémiologique, que l'on aurait pu croire dévaluée en même temps que le fardeau des maladies infectieuses s'allégeait, a été rénovée en France dans les années 1990 sous l'effet des nouvelles crises sanitaires d'origine infectieuse, et d'abord de l'épidémie de sida apparue dans la décennie précédente. On retient ensuite que la forme institutionnelle de ce renouveau, celle d'une « agence sanitaire » nommée Institut national de veille sanitaire (INVS), résulte principalement d'un mouvement bien plus vaste d'un mouvement de réformes managériales de l'administration visant l'efficacité et la réduction des coûts, et d'une nouvelle division du travail de l'État « régulateur » où l'administration centrale se fait stratège et les agences les lieux de l'expertise. On caractérise enfin la dimension cognitive du renouveau par le succès généralisé de la catégorie de « risque » au cœur de notre modernité néolibérale ; de fait, même si elle mobilise également d'autres ressources, la veille sanitaire s'appuie principalement sur une forme statistique spécifique, la mathématique probabiliste, pour appréhender les « problèmes de santé » en termes de risques et de facteurs de risque. La crise sanitaire comme facteur du changement, l'agence comme forme institutionnelle adéquate et le

risque comme catégorie d'entendement : tels sont les trois lieux communs dans l'analyse du processus de renouveau de la surveillance épidémiologique qu'il s'agira de discuter ici. On le fera en étudiant la socio-genèse de l'institution d'État en charge de la surveillance épidémiologique, en requalifiant celle-ci comme un savoir de gouvernement pris dans des logiques de circulation internationale, et en examinant deux exemples d'épreuves, aussi bien scientifiques que politiques (le « montage » d'un dispositif de recueil d'informations et la gestion d'une « crise majeure ») de ce nouveau savoir de gouvernement importé et institutionnalisé.

La démarche adoptée ici commence par prendre au sérieux la question du changement ou du « renouveau » en l'examinant à partir des conditions de production de l'institution en charge de la surveillance. En proposant une analyse de la genèse de l'INVS, à travers celle du Réseau national de santé publique (RNSP) qui l'a précédé en 1992 et, on le sait rétrospectivement, préfiguré, il s'agit d'identifier les mobilisations concrètes qui ont permis son avènement, de retrouver les réseaux pertinents d'acteurs, leurs trajectoires et les ressources dont ils disposent, en les resituant dans les conditions sociales et historiques de possibilité de leur déroulement. Ce travail d'identification et d'analyse, mené dans la première partie (chapitres 2 et 3), soulève deux questions, celle de l'État comme cadre d'exercice de la surveillance épidémiologique, et celle des sources utilisées pour faire preuve.

L'espace de la surveillance épidémiologique est un espace social mixte, mais avant tout dépendant des logiques du champ étatique. La théorie des champs de Pierre Bourdieu est d'une grande aide pour qualifier l'espace social de la surveillance épidémiologique. D'un côté, ce dernier se donne à voir comme une partie du champ étatique. Historiquement, la santé publique est une activité réalisée et captée par les directions administratives des groupements politiques, et la surveillance constitue une prérogative d'État ; elle implique notamment, à partir du 19^e siècle, la production de statistiques de mortalité et de morbidité, expression de la capacité des États à faire usage d'instruments d'objectivation et d'unification toujours plus puissants¹, mais aussi à faire usage de la violence physique légitime, au travers des mesures de quarantaine, d'isolement ou de dépistage obligatoire. Comme dans bien d'autres réformes, la contribution des hauts fonctionnaires et plus largement des « esprits d'État » au renouveau de la surveillance épidémiologique s'avère décisive, et l'inscription dans l'État des institutions chargées de la surveillance épidémiologique sonne comme une évidence pour les groupes en concurrence pour sa définition légitime, qu'ils soient eux-mêmes dans l'État ou non ; une fois créée, l'institution est définie juridiquement comme une dépendance de l'État (un établissement public administratif), certes sous la forme « moderne » de l'agence, mais toujours dépendante des logiques propres au champ étatique. D'une certaine manière, « l'agencification » de la surveillance épidémiologique, c'est-à-dire pour partie l'externalisation en faveur d'une agence d'une mission auparavant réalisée dans une direction d'administration centrale, est elle-même significative d'une sensibilité à la

¹ Comme l'a montré Alain Desrosières, la statistique est l'instrument par excellence de l'État. DESROSIERES Alain, *La politique des grands nombres. Histoire de la raison statistique*, Paris, La Découverte, 2000.

nouvelle doxa d'État qu'est le nouveau management public (ou *new public management*).

Cependant, si tout champ est par définition un espace spécialisé, il se caractérise aussi par une autonomie toujours relative, ne serait-ce que parce que les individus comme les institutions occupent le plus souvent des positions dans plusieurs champs². De fait, l'espace de la surveillance épidémiologique est aussi un espace mixte, lié à l'État mais aussi inscrit dans le champ médical, dont Patrice Pinell a analysé la constitution et la structuration en trois pôles ou sous-champs³. Il est d'abord historiquement constitutif du sous-champ de la médecine sociale, où sont produits les « biens de santé répondant à une demande sociale dont la finalité est de concourir à la bonne administration (au bon gouvernement) de la vie » ; ce sous-champ, celui de l'hygiène, de la médecine légale ou, aujourd'hui, de la santé publique, est par construction hétéronome, dépendant notamment du champ de l'État, puisque l'État dispose d'un quasi-monopole dans la définition du gouvernement de la vie. Mais il est aussi dépendant, pour partie, des logiques propres au sous-champ des « sciences accessoires », « où sont produites les connaissances scientifiques théoriques et appliquées considérées comme utiles à la médecine » : la surveillance implique évidemment les sciences biologiques, mais aussi les mathématiques, la statistique, ou les sciences de l'information ; elle met ainsi en concurrence différents types de scientifiques, principalement les biologistes et les statisticiens, dont les rapports de force marquent l'histoire de l'épidémiologie. Mais elle implique aussi des cliniciens exerçant en cabinet ou à l'hôpital, qui identifient les cas, les signalent, et mettent en œuvre les mesures appropriées de prophylaxie ou de soins : le sous-champ de la médecine clinique, sous-champ dominant du champ médical, et (car) le plus autonome, où sont « produits les biens de santé relatifs aux maladies (et symptômes) telles qu'elles se manifestent sur les individus malades », est également mobilisé par l'activité de surveillance épidémiologique. Mieux, il pèse inévitablement sur son développement. Les acteurs dominants du champ que sont les cliniciens hospitaliers, notamment depuis la réforme du plein temps en 1958, sont en effet tenus, pour conserver leurs positions de pouvoir, de prendre en considération les transformations des autres sous-champs ou les logiques importées d'autres champs (montée en puissance des sciences fondamentales, et d'abord de la biologie moléculaire, développement des logiques économiques et gestionnaires, ou... essor de l'approche statistique, notamment dans la « médecine par les preuves »). Si l'espace de la surveillance épidémiologique, avant tout inscrit dans le champ de l'État, ne peut manquer d'être impacté par les logiques propres au champ médical, il contribue dès lors en retour à en modifier l'équilibre. L'une des interrogations de ce travail portera

² BOLTANSKI Luc, « L'espace positionnel. Multiplicité des positions institutionnelles et habitus de classe », *Revue française de sociologie*, 1973, pp. 3–26. LAHIRE Bernard, *Monde pluriel: penser l'unité des sciences sociales*, Paris, Éd. du Seuil, 2012 (La couleur des idées). « Théorie du champ », *Actes de la recherche en sciences sociales* (200), 2013.

³ PINELL Patrice, « La genèse du champ médical : le cas de la France (1795-1870) », *Revue française de sociologie* (2), juillet 2009, pp. 315-349 ; PINELL Patrice, « Champ médical et processus de spécialisation », *Actes de la recherche en sciences sociales* 156-157, 2005, p. 4.

sur l'opportunité de l'extension de la profession médicale dans l'État offerte par le renouveau de la surveillance épidémiologique.

Les sources mobilisées

Les sources utilisées afin de proposer une analyse socio-historique de la surveillance épidémiologique sont de trois types. Les premières sont constituées par la littérature produite par les institutions qui participent à la surveillance au 20^e siècle, en France, mais aussi aux États-Unis, et au niveau supranational : agences, associations, écoles, fondations, organisations. Sans dresser de liste exhaustive, on aura ici affaire bien sûr au Réseau national de santé publique (RNSP) et à l'Institut national de veille sanitaire (INVS), mais aussi aux Centers for Disease Control and Prevention (CDC) et à la Rockefeller Foundation (États-Unis), à la Section d'hygiène (ou Health Organization) de la Société des nations (SDN) et à l'Organisation mondiale de la santé (OMS), à l'École nationale de la santé publique (ENSP), à l'Institut national d'hygiène (INH devenu Institut national de la santé et de la recherche médicale, INSERM), à la Direction générale de la santé (DGS) ou à la Fondation Mérieux, à l'International epidemiological association (IEA) ou à l'Institut pour le développement de l'épidémiologie appliquée (IDEA), toutes institutions ayant laissé des documents. Le deuxième type de sources, plus rare, regroupe les archives *stricto sensu*, c'est-à-dire les documents ayant fait l'objet d'un travail spécifique d'archivage : ont été utilisées quelques fonds des CDC et ceux de l'ENSP (pour partie aux Archives départementales d'Ille-et-Vilaine). Une bonne partie de la documentation, enfin, est constituée par ce que les acteurs rencontrés ont bien voulu nous confier, certains de manière très généreuse⁴. Les processus étudiés ici sont en effet trop récents pour que les documents pertinents aient fait l'objet de politiques d'archivage (même si des documents des années 1980 et 1990 ont été déposés et inventoriés⁵). Restent un troisième type de source, les entretiens semi-directifs et rétrospectifs, source majeure pour l'analyse. 33 entretiens (sur 52 réalisés) ont été utilisés à des degrés divers pour les besoins de la démonstration⁶. Sans entrer dans une discussion méthodologique serrée sur l'intérêt et les limites des entretiens – il existe une immense littérature sur le sujet –, il faut dire un mot des logiques de constitution et d'usage de ce qui constitue un énorme *verbatim*⁷.

Il est de routine en science politique, et notamment dans l'analyse des politiques publiques, « d'aller voir » les acteurs, notamment ceux qui appartiennent aux cercles de la décision, afin de leur faire raconter ce qu'ils ont vécu. Les acteurs « pertinents » sont identifiés de manière plus ou moins systématique à partir de leur appartenance institutionnelle ou du rôle public joué dans la politique étudiée, et interrogés – s'ils le veulent bien, mais ils veulent presque toujours bien – suivant une grille d'entretien

⁴ Je remercie tout particulièrement Louis Massé, Jacques Drucker, et Anne Laporte.

⁵ L'ancien directeur général de la santé Jean-François Girard a ainsi déposé des dossiers inventoriés aux Archives nationales (et consultables sur dérogation).

⁶ Voir la liste en annexe.

⁷ Les retranscriptions descendent rarement en-dessous des 60 000 signes (soit la taille de cette introduction) et peuvent atteindre le double. Sur les entretiens, voir aussi la discussion menée en conclusion du chapitre 5.

elle-même plus ou moins standardisée ; leurs propos servent à dégager des leçons (par croisement) et des représentations. L'objectivation sociologique des enquêtés (l'accès à leur trajectoire sociale, et pas seulement professionnelle) est plus ou moins facile à mener et un rapport de force doit parfois être instauré⁸. La pratique de l'entretien présente des biais bien connus, dont le plus important à l'usage, dans le cas des personnes très diplômées ou appartenant à l'élite scientifique ou administrative, comme c'est le cas ici, réside dans la propension des acteurs interrogés à s'attribuer une grande part de mérite dans l'histoire passée. Mais ce biais est assez facile à maîtriser, non seulement en évitant par principe de prendre au mot ce qui raconté en entretien, mais aussi en croisant assez simplement les propos tenus dans les différents entretiens. Un avantage certain de la pratique de l'entretien avec plusieurs acteurs sur un même sujet, outre la facilité relative avec laquelle on obtient des « données » en raison de la prolixité des acteurs ordinaires, est de permettre l'accumulation des connaissances au profit de l'enquêteur, lequel est ainsi de plus en plus capable, avec le temps, de montrer aux enquêtés qu'il a eu accès à des faits qu'eux-mêmes ne connaissent pas. Plutôt qu'une position de surplomb, l'enquêteur acquiert ainsi une position de nœud de réseau sur son sujet, de connaissance de ramifications et connexions différentes voire contradictoires. Très classiquement, les personnes interrogées pour cette enquête ont été choisies selon plusieurs critères, dont le principal est leur rôle dans le processus étudié, rôle public, donc déjà connu, ou bien dégagé par les entretiens précédents ; si le corpus d'entretiens est finalement loin d'être exhaustif, il comprend les acteurs les plus importants. L'usage des propos tenus en entretien est avant tout informationnel : il s'agit de recueillir les jugements ou appréciations d'un acteur sur sa trajectoire, sur des événements, sur d'autres acteurs (et, répétons le, de récolter des documents autant que faire se peut). Si l'entretien est une source de données très accessible et une « technique » plutôt simple à acquérir – ce qui explique son usage banalisé et pas toujours maîtrisé –, il est aussi, non sans paradoxe, sous-utilisé dans les démonstrations, trop souvent réduit à sa dimension la plus platement illustrative. Le présent travail n'y dérogera pas vraiment, même si on essaiera de proposer d'autres usages, notamment la restitution ça et là de longs extraits ou le portrait croisé d'un acteur de l'enquête à partir des propos des autres enquêtés.

Les ethnographes ont porté des critiques sévères, souvent justifiées, aux entretiens rétrospectifs. Ils ont dénoncé la superficialité de la situation d'entretien et plus largement d'une relation d'enquête nouée en une seule occasion, le risque de confusion entre les discours sur les pratiques et la réalité des pratiques elles-mêmes, la mise en apesanteur sociale d'un acteur trop souvent réduit à son rôle institutionnel (au détriment de ses autres rôles), etc. Ces défauts ont ici été partiellement atténués par la répétition des entretiens ou des situations d'enquête, la connaissance préalable des personnes interrogées, ou la durée de la fréquentation des terrains d'enquête⁹,

⁸ Par exemple, LAURENS Sylvain, « "Pourquoi" et "comment" poser les questions qui fâchent ? », *Genèses* (69), 2007, pp. 112-127.

⁹ Certains enquêtés avaient déjà été interviewés, d'autres étaient connus. Les matériaux réunis dans le présent ouvrage, notamment les entretiens, ont été réunis en large partie dans le cadre d'une enquête

même si les retours sur le terrain ne présentent pas les mêmes avantages que la fréquentation d'un milieu par immersion de longue durée. D'autre part, la mise en œuvre de la déclaration obligatoire de l'infection par le VIH, l'une des mises à l'épreuve de la surveillance épidémiologique analysées ici (chapitre 6), a d'abord été vécue de l'intérieur, par une sorte de « participation observante », qui est largement à l'origine de l'enquête elle-même. Le rapport aux sources de l'enquête s'inscrit en effet dans un rapport plus large de l'enquêteur à son terrain, auquel la définition de Flaubert placée en exergue de cette introduction offre une première approximation.

De la supériorité de la pratique

Certaines « idées reçues » du *Dictionnaire* de Flaubert ne semblent plus avoir cours aujourd'hui : ce n'est pas que les « idées » elles-mêmes ne soient plus d'actualité, mais plutôt que d'autres formes convenues les expriment désormais. Si la lecture du *Dictionnaire* offre du coup l'agrément d'un voyage dans le temps, donnant à voir des expressions tombées en désuétude, elle peut aussi parfois troubler tant d'autres expressions, et surtout les pensées qu'elles traduisent, semblent tout à fait actuelles. On sait que Gustave Flaubert se donnait pour cibles autant le sens (du) commun que les thuriféraires du progrès, autant la bien-pensance des dominants ou des ambitieux que la certitude des savants et les naïvetés de ceux qui aspiraient à la science. Sa « définition » de la pratique est de celles qui peuvent déranger les spécialistes de sciences sociales. Elle fait rire un peu jaune les historiens ou sociologues qui luttent pour faire reconnaître dans et par la société, et notamment dans les médias, l'objectivité de leur savoir « théorique », ou qui opposent aux incessantes injonctions bureaucratiques à la recherche utile et appliquée une obstination à évaluer et faire évaluer leurs travaux à la seule aune des progrès de la connaissance. Elle met en bref le doigt sur la possibilité d'une ambivalence des positions savantes, entre science et expertise.

Proposer une socio-histoire de la veille sanitaire, ce n'est ainsi pas seulement prétendre analyser scientifiquement une expertise, mais bien engager une analyse qui se veut résolument empirique sur un savoir qui se réclame lui-même de l'empirie. D'un côté, le socio-historien entend très classiquement décrire et analyser, depuis le champ des sciences sociales, au nom de la connaissance, une activité qui, exercée surtout depuis le champ de l'État, est toute entière structurée par un usage appliqué et utile de la connaissance, et qui se pense elle-même dans les catégories de l'expertise, c'est-à-dire contre la science pratiquée dans la tour d'ivoire des laboratoires de recherche et des universités. Précisément parce que cette activité procède de l'État, il n'est pas sûr que la catégorie d'expertise lui convienne tout à fait ; on reviendra sur ce point. Mais l'essentiel, à ce stade, est d'insister sur le fait que la socio-histoire de la veille sanitaire est un point de vue *spéculatif* (plutôt que théorique) sur un savoir *qui se veut pratique*, mieux, qui s'est construit largement sur l'idée que la *pratique* de l'épidémiologie était bel et bien supérieure à la théorie, et que la surveillance, mobilisant des méthodes simples, était plus utile que la recherche, toute entière à son souci de la sophistication.

collective avec Frédéric Pierru et Claude Thiaudière (cf. remerciements).

Il n'y a d'ailleurs rien de très original pour les sciences sociales et historiques à prendre pour objet un savoir qui, au nom de « l'expertise », rejette ou du moins rabaisse « la science ». Au passage, il n'est pas besoin de s'appesantir sur le « point de vue de l'objet » sur les sciences sociales qui prétendent les analyser. Au-delà des appels incontournables à l'interdisciplinarité donc à la collaboration, les épidémiologistes, souvent des médecins formés à la statistique (mais l'inverse se trouve aussi), tendent très classiquement à considérer comme auxiliaires les travaux de sciences sociales, qu'ils destinent avant tout à l'analyse des conditions de l'acceptabilité sociale de leur activité (i.e. comment faire en sorte que les malades observent les thérapies qui leur sont prescrites, et que les individus maîtrisent leurs risques ou les situations à risque). Travailler « sur » la surveillance épidémiologique, y compris sur son « histoire », c'est inévitablement se heurter à une certaine incrédulité de ses acteurs devant la prétention du sociologue ou de l'historien de la décrire « objectivement », et mieux qu'ils ne le feraient eux-mêmes.

D'un autre côté, et de manière plus originale, la socio-histoire et la surveillance épidémiologique, loin d'être radicalement éloignées, partagent certaines caractéristiques. La perspective socio-historique, en premier lieu, ne se situe pas du côté du pôle le plus théorique des sciences sociales. La plupart des définitions disponibles insistent au contraire sur l'importance de la démarche empirique, et souvent de la logique inductive de constitution du problème à partir de l'enquête sur les données (voire de leur recueil en première main, sans doute une vraie différence avec la surveillance épidémiologique). Dans une veine proche de la célèbre dénonciation par Charles Wright Mills du double écueil de la théorie sans données et de l'empirisme sans concept, comme de la perspective de Jean-Claude Passeron sur le caractère contextuel de toute démonstration de sciences sociales, on a pu défendre l'idée que la démarche socio-historique supposait une double opération de désingularisation (réduction des faits par les concepts, c'est-à-dire leur transformation en objets conquis, construits et mis à l'épreuve) puis de re-singularisation (contextualisation soulignant la spécificité du cas) des objets de recherche, qui exige une récolte de données la plus ambitieuse possible¹⁰. Or, même si l'on peut observer depuis peu un développement non négligeable de la formalisation mathématique dans la pratique de la surveillance épidémiologique (notamment dans l'approche des faits les plus incertains, qui échappent au calcul probabiliste), celle-ci conserve une dimension empirique très marquée : derrière les « risques » en nombre croissant qu'il s'agit de surveiller, il y a (presque) toujours des « cas » à investiguer sur le « terrain ». L'insistance placée sur le « *fieldwork* » par la surveillance épidémiologique américaine, laquelle aime à s'auto-désigner sous le nom de « *field epidemiology* », la rend largement commensurable avec la démarche socio-historique : une sorte de réalisme sociologique semble au principe de la démarche de la surveillance épidémiologique,

¹⁰ MILLS Charles Wright, *L'imagination sociologique*, Paris, la Découverte, 1997 (La découverte poche 39) ; PASSERON Jean-Claude, *Le raisonnement sociologique: un espace non poppérien de l'argumentation*, Paris, A. Michel, 2006 (Bibliothèque de « L'évolution de l'humanité » 50) ; BUTON François et MARIOT Nicolas (éds), *Pratiques et méthodes de la socio-histoire*, Paris, Presses universitaires de France, 2009 (CURAPP).

qui se manifeste notamment par l'attention aux contextes « réels » des données, et par la méfiance pour le biais intellectualiste consistant à préférer la modélisation à la description de la réalité, sinon par une aversion pour ceux qui « passent du modèle de la réalité à la réalité du modèle », selon l'expression de Pierre Bourdieu. La dimension « appliquée » mise à part – mais il faut bien arrêter les épidémies ! -, la préférence portée à la description du monde plutôt qu'à l'élaboration de nouveaux « modèles » rapproche bel et bien la surveillance épidémiologique de la socio-histoire.

En proposant de définir la socio-histoire comme une démarche non seulement interdisciplinaire mais bien soucieuse de réflexivité méthodologique, donc suffisamment intéressée par le « beau spectacle de la recherche » (Marc Bloch) pour ne pas en gommer systématiquement les principes et les étapes, on tend, en second lieu, à la rapprocher de l'épistémologie des sciences « dures », dont fait partie l'épidémiologie, où, de manière générale, il paraît impensable de proposer une démonstration sans présenter, au moins formellement, les données sur lesquels on s'appuie, ni discuter des avantages et des limites des méthodes qu'on utilise – chose tout à fait pensable dans bien des écrits de sciences sociales. Pourtant, la « vigilance épistémologique », de routine en sciences dures, devrait s'imposer plus fortement encore aux chercheurs en sciences sociales et historiques qui, d'une part, ont affaire à des sujets qui parlent et ainsi contestent la prétention du chercheur à dire la vérité de leurs pratiques (quand ils n'intègrent pas une partie du savoir sociologique), d'autre part, utilisent le langage ordinaire dans les différentes opérations de leur travail de recherche.

La double proximité empirique et réflexive entre épidémiologistes de la surveillance et socio-historiens est loin d'être anecdotique pour l'enquête. Elle a parfois fondé une forme de connivence en situation d'entretien, tout particulièrement lorsque des épidémiologistes de formation médicale rapportaient leur découverte de la statistique (voire des sciences sociales, comme on le verra avec Louis Massé, cf. chapitre 5) comme ensemble d'outils d'objectivation des populations leur permettant de découvrir une autre réalité que la perspective individualiste dominante de la clinique à laquelle ils avaient été formés. Découverte que le spécialiste de sciences sociales ne peut que partager, lui qui a appris depuis Durkheim à utiliser les données statistiques, entre autres outils, afin de lutter contre les « prénotions ». De manière très significative, d'ailleurs, cette découverte trouvait son principe chez les épidémiologistes, le plus souvent, dans un déplacement dans l'espace, en général en Afrique, à l'occasion de la coopération militaire ou d'un engagement dans la médecine humanitaire, autrement dit à l'occasion d'une confrontation au terrain donnant à voir différemment la réalité (morbide, en l'occurrence), et rendant l'usage d'outils statistiques particulièrement adaptés à l'exercice d'une médecine de masse : c'est la distance à l'objet qui rend le savoir clinique insuffisant, aussi nécessaire soit-il. Si l'on considère enfin que l'épidémiologie et la santé publique occupent dans le champ médical une position homologue à celle de la sociologie et de la socio-histoire dans le champ des sciences sociales, c'est-à-dire une position dominée, on ne saurait être étonné par l'existence d'affinités électives entre le socio-historien et « ses »

épidémiologistes de surveillance, voire par une certaine empathie du premier pour les seconds. A cet égard, l'analyse des trajectoires de deux précurseurs du renouveau de la surveillance épidémiologique, Yves Biraud et Louis Massé, présentée dans la deuxième partie de l'ouvrage (chapitres 4 et 5), est d'abord le produit de la démarche socio-historique elle-même, laquelle tend à interroger les « passés du passé », les possibles écartés et non institutionnalisés de l'histoire, mais elle est aussi le produit d'une empathie profonde pour des acteurs qui, pour ne pas apparaître comme des « vainqueurs » de l'histoire, n'en méritent pas moins l'attention.

Reste que, pour reprendre l'idée flaubertienne, le chercheur en sciences sociales se trouve confronté, avec les spécialistes de la surveillance épidémiologique, à des acteurs qui, certes sensibles à l'empirie et réflexifs par habitude professionnelle, revendiquent néanmoins la supériorité de leur pratique d'experts sur la théorie, de l'utilité immédiate de la connaissance sur son « progrès » à long terme – et qui se retrouvent du même coup tout à fait en phase avec l'air du temps néolibéral qui évalue toute connaissance à l'aune de ses usages politiques et de ses retombées économiques. Il n'est ainsi pas indifférent que cette enquête ait pour origine les rencontres régulières de l'auteur avec des spécialistes de l'Institut national de veille sanitaire (INVS) au tournant des années 2000, alors qu'il faisait office de chargé de mission préparant les rapports et avis du Conseil national du sida (CNS), une instance consultative de « sages » créée en 1989. Censé apporter une expertise de sciences sociales¹¹, le docteur en science politique, qui se projette alors comme un intellectuel « spécifique » plutôt que « de gouvernement »¹², côtoie en effet, entre autres acteurs, des experts en épidémiologie qui lui paraissent placés dans une position ambivalente. D'un côté, ils sont en voie d'ascension dans l'appareil d'État. L'expertise des épidémiologistes du sida est largement reconnue dans le monde administratif et médical : ils ont « révélé » l'apparition puis l'ampleur de l'épidémie, et jouissent d'une grande notoriété au niveau international, qui leur apporte aussi d'importants appuis. Ils ont en outre quitté l'administration centrale quelques années plus tôt pour une institution qui vient d'être consacrée en 1998 comme une agence sanitaire à part entière, et dont la croissance et l'extension des missions est annoncée, bien au-delà des surveillances des risques infectieux. D'un autre côté, leurs catégories d'analyse – notamment celle de « personne à risque » – ont été et sont encore l'objet de fortes contestations de la part du monde associatif, dont on sait la contribution décisive à la construction de l'épidémie comme enjeu politique¹³. C'est largement cette position à la fois ambitieuse et fragile qui explique les difficultés rencontrées lors de la mise en place d'un système de notification obligatoire de l'infection par le VIH en 1999 (cf. chapitre 6).

¹¹ Par différentes opérations (bibliographies, historiques, fiches biographiques, préparation d'auditions, comptes-rendus et synthèse, rédaction des versions successives des rapports, avis et communiqués).

¹² NOIRIEL Gérard, *Les fils maudits de la République: l'avenir des intellectuels en France*, Paris, Fayard, 2005 (Histoire de la pensée).

¹³ PINELL Patrice et al., *Une épidémie politique: la lutte contre le sida en France, 1981-1996*, Paris, Presses universitaires de France, 2002 (Science, histoire et société).

Travailler sur l'État : perspectives de recherche

Que le « monde du sida » ait fourni l'occasion de l'entrée dans l'enquête sur la surveillance épidémiologique n'a rien d'exceptionnel : on sait qu'il a offert depuis trois décennies un terrain riche et pertinent pour l'analyse par les sciences sociales de toute une série de questions, depuis l'extension du domaine d'intervention de l'État jusqu'aux restructurations du champ médical en passant par les transformations des luttes militantes¹⁴. Mais ce monde n'a été précisément rien d'autre qu'une entrée sur le terrain, la première mais non la seule, la pandémie grippale offrant un second « cas » pour l'étude de la surveillance épidémiologique en acte (cf. chapitre 7). Observée au-delà du monde du sida, la surveillance épidémiologique, à condition d'être requalifiée comme savoir de gouvernement, et plus précisément comme renseignement scientifique « agencifié », c'est-à-dire inscrit dans une agence « indépendante », à distance de l'administration centrale, sinon contre elle, mais bien dans le champ de gravitation de l'État, permet en effet de prolonger des travaux antérieurs sur la légitimité et le pouvoir de l'État, sur sa capacité à agir et les effets de son action sur les transformations de la société.

Pour une part, il s'agira ici en effet d'interroger les épidémiologistes de la surveillance comme des « hommes et femmes d'État ». De quelles capacités à agir et à parler au nom de l'État disposent les épidémiologistes de la surveillance en tant que membres d'une agence sanitaire ? Portée par la sociologie, de Durkheim (la « part d'autorité publique » de tout fonctionnaire¹⁵) à Bourdieu (le fonctionnaire comme « un délégué légitime, qui a le droit de dire qu'il a la *plena potentia agendi* au nom de l'État, qui a le plein pouvoir d'agir au nom de l'État »¹⁶), la question doit viser la revendication des acteurs, conformément à la célèbre formule de la définition wébérienne de l'État : dans quelle mesure, et avec quel succès, ces agents de l'État revendiquent-ils une part de la puissance d'État ? Pertinente pour comprendre l'action des juristes et de la noblesse d'État, acteurs les plus intéressés à incarner l'universel, mais aussi celle de fonctionnaires intermédiaires comme les inspecteurs généraux, directement intéressés depuis la deuxième moitié du 19^e siècle à la bureaucratisation de l'administration en tant que garants des règles bureaucratiques¹⁷, elle l'est tout autant pour analyser le travail des épidémiologistes, experts d'État qui peuvent revendiquer deux fois leur intérêt à l'universel, en tant qu'agents de l'État et au nom de la science qu'ils pratiquent. La réponse à la question ne saurait être catégorique, mais les caractéristiques de l'institutionnalisation de la surveillance comme agence (voulue par

¹⁴ THIAUDIERE Claude, *Sociologie du sida*, Paris, La Découverte, 2002 ; BUTON François, « Sida et politique : saisir les formes de la lutte », *Revue française de science politique* (5), décembre 2005, pp. 787-810.

¹⁵ « Tout fonctionnaire (...) détient quelque chose de l'autorité publique », et si « le seul fait de remplir une fonction de l'État lui imprime un caractère qui ne manque à aucun, même au plus humble », « Débat sur le rapport entre les fonctionnaires et l'État (1908) », in DURKHEIM Emile, *Textes 3 : Fonctions sociales et institutions*, Paris, Les Editions de Minuit, 1975, p. 192.

¹⁶ Cours du 7 mars 1991, BOURDIEU Pierre, *Sur l'État: cours au Collège de France, 1989-1992*, Paris, Raisons d'agir-Seuil, 2011, p. 328 (Cours et travaux).

¹⁷ BUTON François, *L'administration des faveurs. L'État, les sourds et les aveugles (1789-1885)*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 2009.

les directions d'administration et les responsables politiques) et la position spécifique occupée par l'agence sanitaire (à la fois dominée dans l'État et sans prise réelle sur la société) font plutôt pencher la balance vers la négative.

L'enquête présentée ici se situe du même coup en relation étroite avec le renouvellement depuis une quinzaine d'années des réflexions sur les savoirs d'État destinés au gouvernement de la population, « sciences camérales », « sciences de gouvernement » ou « savoirs de gouvernement », dont plusieurs ouvrages collectifs ont rendu compte récemment¹⁸. La définition même de la veille sanitaire comme surveillance de tous les risques ou menaces pour la santé des populations l'inscrit au cœur de la problématique foucauldienne de la gouvernementalité et de la biolégitimité, comme savoir censé permettre une meilleure orientation des conduites de la population¹⁹. La surveillance épidémiologique, on le verra de manière approfondie au chapitre 1, réunit plusieurs savoirs dont le plus important, aujourd'hui, est la mathématique probabiliste ; son histoire croise ainsi très étroitement celle de la statistique, dont Alain Desrosières a montré qu'elle était indissociablement savante et administrative²⁰. De fait, la surveillance épidémiologique sera envisagée ici comme un « savoir de gouvernement », spécialisé et technique, plutôt qu'une « science de gouvernement » au sens de support objectif du gouvernement légitime, comme l'ont été l'économie politique, la science administrative, la science économique et le nouveau management public ; s'il fallait formuler l'hypothèse d'une nouvelle science de gouvernement depuis la fin du XXe siècle, on désignerait sans doute les sciences et techniques de l'information et de la communication, dont le rôle est croissant notamment dans l'extension de la « biosécurité » (Frédéric Gros) et en particulier dans la surveillance épidémiologique. Comme on le montrera au chapitre 1, la surveillance épidémiologique n'est pas seulement une prérogative d'État et une activité socialement mixte puisque médico-administrative, c'est aussi une activité d'aide pour les politiques de santé, non pas d'expertise au sens d'une mobilisation pour l'action politique de connaissances scientifiques constituées par ailleurs, mais de renseignement scientifique, entendu comme la production en continu d'informations scientifiques utiles à la mission régaliennne et politiquement sensible de protection de la santé des populations. Cette activité de renseignement n'en est pas moins scientifique car elle est en partie scientifiquement fondée, et l'une des tensions de la surveillance épidémiologique réside dans la capacité des épidémiologistes de la surveillance à contribuer malgré tout à la production de connaissances : il y va d'une forme « d'intelligence épidémiologique », non pas au sens anglosaxon (où *intelligence* signifie renseignement), mais au sens que Paul-André Rosental donne à ce terme

¹⁸ LABORIER, PASCALE *et al.* (éds), *Les sciences camérales: activités pratiques et histoire des dispositifs publics*, Paris, Presses universitaires de France, 2011 (CURAPP) ; KALUSZYNSKI Martine et PAYRE Renaud (éds), *Savoirs de gouvernement*, Paris, Economica, 2013. DELOYE Yves, IHL Olivier et JOIGNANT Alfredo (éds), *Gouverner par la science : perspectives comparées*, Grenoble, PUG, 2013.

¹⁹ Parmi de nombreuses références, FOUCAULT Michel, *Sécurité, territoire, population: cours au Collège de France, 1977-1978*, Paris, Hautes Etudes Gallimard Seuil, 2004 ; FOUCAULT Michel, *Naissance de la biopolitique : Cours au collège de France 1978-1979*, Paris, Hautes Etudes Gallimard Seuil, 2004.

²⁰ DESROSIERES Alain, *Pour une sociologie historique de la quantification*, Paris, Presses de l'École des mines, 2008 ; DESROSIERES Alain, *Gouverner par les nombres*, Paris, Presses de l'École des mines, 2008.

lorsqu'il montre, à propos des démographes de l'INED, la possibilité pour des « experts » de construire simultanément l'action publique (en matière de natalité) et la science (notamment la démographie historique)²¹.

L'un des apports les plus stimulants de l'approche par les savoirs de gouvernement réside dans l'attention portée à la circulation internationale et transnationale, notamment transatlantique et franco-étatsunienne dans le cas de la surveillance épidémiologique, desdits savoirs. Il s'agit d'abandonner toute référence à la notion de « modèle », en exerçant une méfiance de principe contre à la fois les diagnostics en termes de similitudes ou de différences des systèmes « nationaux » (ou pire des « cultures » nationales²²) et les mises en évidence de structures valant *urbi et orbi* (la domination mondiale d'un modèle, fut-il américain) ou de lois historiques de « diffusion » ou « convergence ». L'impératif méthodologique consiste ici à observer d'abord les contenus des circulations, leurs porteurs et leurs usages, en prenant soin de prêter attention à tout ce qui circule, non seulement les hommes (les voyages, les séjours, les visites, les missions), les œuvres (les traductions, les recensions, les achats, les prêts), ou les objets (instruments et autres actants non-humains), mais aussi aux modalités plus ou moins institutionnalisés des rencontres (les colloques, les cours, les formations)²³. Il impose également de prendre garde à ne pas inférer du pouvoir structurant que les savoirs ont sur les catégories de perception, les réseaux d'acteurs, les modalités d'organisation ou les lieux de production de la surveillance épidémiologique, une « influence » miraculeuse, indépendante de leurs contextes de production, de circulation et, par-dessus tout, de réception. Si Pierre Bourdieu aimait rappeler la formule de Karl Marx selon laquelle les textes circulent sans leur contexte, c'était pour mieux marteler que « le sens et la fonction d'une œuvre étrangère sont déterminés au moins autant par le champ d'accueil que par le champ d'origine » et que tout transfert se traduit par des opérations sociales de sélection, de marquage et d'appropriation²⁴. Il n'est pas dans l'intention de cette introduction de discuter des apports respectifs des courants d'analyse qui, de l'histoire croisée ou connectée à la sociologie de la mondialisation en passant par l'histoire sociale des sciences, travaillent à renouveler, en le complexifiant et en l'historicisant, le comparatisme surplombant, vide de toute donnée empirique de première main, qui fonde bien des analyses paresseuses sur « les systèmes et les politiques de » santé (ou d'éducation, ou de l'environnement, etc.). A défaut de déboucher sur une nouvelle théorisation des relations transatlantiques, l'enquête de cet ouvrage se donner pour contrainte

²¹ ROSENAL Paul-André, *L'Intelligence démographique : Sciences et politiques des populations en France*, Paris, Odile Jacob, 2003.

²² Si l'on s'accorde avec le fait que la culture doit être considérée comme une variable à expliquer plutôt qu'une variable explicative: BAZIN Jean, *Des clous dans la Joconde: l'anthropologie autrement*, Toulouse, Anacharsis, 2008 (Essais).

²³ MARTIN Olivier et KECK Frédéric, « Revue d'histoire des sciences humaines », (1285), 2004 ; SCHAFER Simon et al., *The Brokered World: Go-Betweens and Global Intelligence, 1770-1820*, Sagamore Beach, MA, Science History Pubns, 2009 ; GAUDILLIERE Jean-Paul, *Inventer la biomédecine: la France, l'Amérique et la production des savoirs du vivant, 1945-1965*, Paris, La découverte, 2002.

²⁴ BOURDIEU Pierre, « Les conditions sociales de la circulation internationale des idées », *Actes de la recherche en sciences sociales* 145, 2002, pp. 3-8.

d'essayer de compter « à parts égales »²⁵ les actes et discours de toutes les parties prenantes de l'histoire de la surveillance épidémiologique en France, sans leur imposer une interprétation univoque.

Dans un article souvent cité, bien que ne se voulant « pas une synthèse, un programme ou un manifeste, mais le produit d'un maraudage » (2008 : 4), Pierre-Yves Saunier a proposé la notion de « régimes (ou configurations) circulatoires » pour désigner les « structures qui encadrent les possibilités des acteurs, les contenus, les directions et les effets des rencontres et des échanges » (16). En gros, toute configuration ou tout régime est d'abord défini par un groupe d'acteurs individuels collectifs engagés dans les échanges, et qui rendent possibles des communautés d'interconnaissance et d'intertextualité (ressources pour leurs membres), des formes d'interaction durable, l'accord sur un langage commun et le développement de projets. P.-Y. Saunier distingue ainsi trois configurations successives (mais souvent à l'œuvre simultanément) dans les échanges transatlantiques sur la question sociale : au régime de la philanthropie privée, qui au 19^e siècle se préoccupe de différentes « causes », succède au tournant du 20^e le régime des gouvernements, municipaux comme nationaux, où le social, promu par différents acteurs d'une nébuleuse réformatrice, devient à la fois objet de savoirs académiques et de compétition entre les nations, puis, après la Grande Guerre, le régime de la philanthropie états-unienne qui œuvre pour le « bien-être de l'humanité à travers le monde » en coopération avec de nouvelles organisations internationales. En prenant appui entre autres sur nos propres travaux, Martine Kaluszynski et Renaud Payre ont proposé récemment de caractériser deux régimes postérieurs aux années 1940, au-delà d'ailleurs des seules relations transatlantique : le régime des organisations internationales d'abord, organisations au sein desquelles les États, dans le contexte de la guerre froide, jouent un rôle décisif et pour lesquelles la question centrale est celle du développement ; le régime des organisations non gouvernementales (notamment humanitaires), à partir des années 1990. De fait, on verra que l'épidémiologiste Yves Biraud participe du régime de la philanthropie états-unienne puis des organisations internationales (chapitre 3), et que Louis Massé est un acteur central de l'épidémiologie dans la configuration des (dominée par les) organisations internationales (chapitre 4). Mais le choix de consacrer une partie de l'enquête à l'analyse des trajectoires de ces deux acteurs, l'un précurseur l'autre passeur dans le processus de rénovation de la surveillance épidémiologique, comme l'insistance placée, dans la première partie, sur un certain nombre d'acteurs dans les mobilisations des années 1980 et 1990, situent le récit de la présente enquête dans un horizon moins ambitieux sur le plan théorique. Il découle de l'intention – très socio-historienne – d'*incarner* autant que faire se peut les logiques sociales à l'œuvre : présenter les acteurs en chair et en os, en exploitant les données récoltées à l'échelle individuelle (archives privées dans le cas de Biraud, entretiens dans celui de Massé et des autres protagonistes de l'affaire), tout en les situant dans les configurations sociales qui leur permettent d'agir et les contraignent tout à la fois. En essayant de se prémunir contre les illusions biographiques²⁶,

²⁵ BERTRAND Romain, *L'Histoire à parts égales : Récits d'une rencontre Orient-Occident*, Paris, Seuil, 2011.

²⁶ BOURDIEU Pierre, « L'illusion biographique », *Actes de la recherche en sciences sociales* 62, 1986,

notamment par le recours à une approche relationnelle, on a clairement pris le parti de privilégier l'échelle des acteurs individuels.

Les chapitres « biographiques » de la deuxième partie proposent ainsi un approfondissement de l'histoire de la surveillance épidémiologique en France dont la première partie étudie le processus de renouveau au cours des années 1980 et 1990. On peut voir dans cette première partie une analyse de la genèse d'une politique publique qui, comme indiqué d'entrée, entend opposer à la vision crisologique de l'histoire une interprétation matérialiste, par les mobilisations concrètes d'acteurs individuels et collectifs, de la reconfiguration de la surveillance épidémiologique. Pour les besoins de la présentation, donc de manière un peu artificielle, les deux mobilisations distinguées dans l'enquête seront présentées séparément : le chapitre 2 est consacré à « l'importation » d'un savoir américain, la « *field epidemiology* » des Centers for Disease Control, par des outsiders situés aux marges de l'État et du champ scientifique, qui parviennent à intéresser différents acteurs à leur cause ; le chapitre 3 porte sur la rénovation de la politique de santé publique par un autre type d'outsiders, provisoirement placés au cœur de l'État, et qui obtiennent des responsables politiques et administrations l'externalisation de la surveillance épidémiologique hors de l'administration centrale, sous la forme du RNSP. L'enquête fait ici écho à plusieurs travaux dans le champ de la santé, dont la plus notoire est celle menée par Haroun Jamous, avec Jacques Commaille et Bernard Pons-Vignon, sur la réforme dite « Debré » des études médicales et des structures hospitalières en 1958²⁷.

Cette étude, dont l'objet touche au cœur du pouvoir médical en organisant le « plein temps hospitalier », c'est-à-dire un statut qui cumule soin, enseignement et recherche, et procède à une forme d'étatisation et de nationalisation de l'organisation médicale, apporte de manière très fine plusieurs résultats congruents avec ceux de notre enquête. Contre les explications crisologiques (l'été 1958) du changement, y compris à leurs versions culturalistes (les crises comme moteurs d'une « solution à la française »), H. Jamous et ses collaborateurs mettent ainsi en avant un certain nombre d'éléments qu'on retrouvera ici : le poids des conditions structurelles de possibilité de la réforme (l'entrée dans le jeu de la Sécurité Sociale, la mise en scandale des concours d'agrégation et le désajustement entre une logique de reproduction qui favorise le conformisme et une logique d'innovation qui suppose l'investissement dans des savoirs peu reconnus par l'institution hospitalière) ; l'ancienneté des critiques et des revendications (l'enseignement médical fait l'objet de dénonciations depuis le début du siècle) ; la lenteur des mobilisations (engagées après 1945) et du processus concret de réforme (en cours à partir du milieu des années 1950) ; la forme que prend ce dernier (la voie politico-administrative, « par le haut » et « autoritaire », par un acte unilatéral de l'exécutif) ; et *last but not least*, le profil spécifique des promoteurs de la réforme (un groupe informel de jeunes médecins encore marginaux, plutôt à gauche).

pp. 69-72 ; PASSERON Jean-Claude, « Biographies, flux, itinéraires, trajectoires », *Revue française de sociologie* 31 (1), 1990, pp. 3-22.

²⁷ JAMOUS Haroun avec la Collaboration de J. Commaille et B. Pons-Vignon, *Sociologie de la décision : la réforme des études médicales et des structures hospitalières*, Paris, Ed. du Cnrs, 1969.

Autant de points qui définissent une approche de l'action publique à la fois historicisée (le passé pèse), constructiviste (les solutions précèdent les problèmes) et sociologique (les profils des acteurs sont spécifiques).

Une différence notable entre les deux enquêtes concerne le rôle décisif accordé par H. Jamous à la « personnalité réformatrice », figure incontestée capable de porter et d'incarner la réforme : dans le cas de la surveillance épidémiologique, on ne trouvera pas d'équivalent ou d'homologue structural au professeur Robert Debré, figure majeure de la médecine et de la santé publique au 20^e siècle en France. On verra cependant que la fonction de catalyseur de la réforme permettant sa « précipitation » (pour reprendre l'analogie usuelle avec la notion en chimie), que remplit R. Debré en 1958, est assurée ici par Jean-François Girard, Directeur général de la santé à la longévité exceptionnelle, bien placé pour mettre en relation l'échelon politique et administratif du pouvoir ministériel avec les réformateurs des deux mobilisations. Mais la notion de « personnalité réformatrice » ne semble pas éclairer les analyses de toutes décisions, sa pertinence étant strictement dépendante des terrains. Une différence majeure concerne le rôle des circulations transnationales dans le processus réformateur, peu aperçu en 1958 mais dont on verra qu'il est de premier plan, y compris sous des formes apparemment anodines, dans le renouveau de la surveillance épidémiologique en France ; les résultats de l'enquête confirment sur ce point l'analyse des transformations de l'espace du cancer dans les années 1950 par Patrice Pinell, qui met en évidence les ressources américaines ayant permis (condition nécessaire mais non suffisante) à quelques groupes de « novateurs » de redéfinir à leur profit les normes légitimes du traitement contre le cancer²⁸.

Il faut souligner que, comme l'étude sur la réforme Debré, l'enquête sur la genèse du RNSP et de l'INVS présente un biais classique lié à la délimitation même du terrain d'enquête. En entrant dans le sujet par les institutions officielles, centrales, nationales, de la surveillance épidémiologique, on prend le risque de laisser de côté toute une partie de cette activité réalisée au niveau local ou régional. Lors d'une discussion informelle, un épidémiologiste de province m'a ainsi raconté avoir monté à la fin des années 1970 un petit dispositif d'exploitation des données de mortalité alors qu'il n'était encore qu'étudiant en médecine, mais aussi polytechnicien, ayant quitté les « eaux et forêts » pour un poste d'ingénieur de recherches chargé des statistiques au CHU. Ayant constaté que l'INSERM mettait des années à présenter des analyses de ces données, il a mis sur pied un dispositif parallèle en sollicitant directement les données auprès des médecins et des hôpitaux de sa région. L'INSERM aurait décidé d'interdire ce dispositif au bout de quelques années de fonctionnement. Or, il est peu vraisemblable que cette initiative, qui précède d'ailleurs la création des Observatoires régionaux de santé dans les années 1980, acteurs importants de la surveillance de la santé, ait été isolée. On peut supposer au contraire qu'elle signale l'existence de tout un ensemble de projets visant à objectiver la santé par les nombres. Mais confirmer

²⁸ PINELL Patrice, « Héritiers et novateurs : les transformations de l'espace cancer français (1945-1960) », *Genèses* 87, septembre 2012, pp. 69-89. Voir aussi les analyses de GAUDILLIERE Jean-Paul, *Inventer la biomédecine*, op. cit.

l'hypothèse exigerait la mise en place d'un dispositif d'enquête tout autre que celui que l'on a déployé.

La troisième partie de l'ouvrage s'interroge sur la pratique de la surveillance épidémiologique rénovée à travers deux cas distants d'une décennie, le montage d'un nouveau système de surveillance (la déclaration obligatoire pour l'infection à VIH, en 1999, dans le chapitre 6) et l'affrontement d'une menace majeure (la pandémie grippale H1N1, en 2009, dans le chapitre 7). Ces deux cas permettent de mieux saisir la place des institutions de surveillance dans l'État, les relations qu'elles entretiennent avec les représentants de la société civile, notamment les associations de malades, ou la conception qu'elles se font de leur métier d'« experts ». Ils offrent également un éclairage complémentaire de l'analyse socio-génétique pour observer ce que cette nouvelle surveillance fait aux enjeux classiques de la santé publique tels que la tension entre le respect des libertés individuelles et les contraintes collectives, la frontière entre le « sain » et le pathologique, ou l'identification des facteurs de (risque de) maladie au niveau des comportements des individus ou de leurs environnements. Mais ces deux cas signalent aussi la centralité acquise par l'impératif politique de protection de la population contre les menaces infectieuses au détriment de la lutte contre les inégalités sociales de santé et d'accès aux soins, objectif majeur de l'hygiène publique au 19^e siècle ; ils témoignent en bref d'un déplacement dans l'activité de santé publique réalisé au nom des exigences de sécurité sanitaire. La sécurité impose en effet d'« agir face aux risques sanitaires »²⁹, et même face à des menaces sanitaires qui ne sont pas des risques au sens strict, c'est-à-dire des phénomènes identifiés et calculables, mais des phénomènes marqués par l'incertitude, et tire les politiques de santé publique du côté de la gestion des crises et de l'urgence au détriment des actions à long terme.

La surveillance des épidémies est historiquement une prérogative des institutions en charge du bon gouvernement des sociétés, donc de la sécurité des populations, dans un cadre local dès la Renaissance, et étatico-national et international depuis le 19^e siècle. Mais la notion de sécurité a connu plusieurs acceptions historiques, comme l'a montré Frédéric Gros dans le prolongement des travaux de Michel Foucault. F. Gros distingue analytiquement, pour mieux penser leurs interrelations, plusieurs « dimensions » de la sécurité auxquelles correspondent autant de problématisations historiques, parmi lesquelles le maintien de l'ordre public (garanti par l'État aux sociétés nationales) qui correspond à ce qu'on a appelé « sécurité des populations », et que Foucault a pu nommer « pouvoir pastoral ». Gros rappelle que la sérénité d'âme (promise aux individus par les philosophies antiques) et la disparition des dangers (que la croyance millénariste chrétienne a fait miroiter au monde) ont constitué deux formes du principe de sécurité antérieures à la « sécurité des populations » ; surtout, il identifie sous le terme de « biosécurité » une quatrième forme du principe de sécurité, l'exigence toute contemporaine de la continuité des flux dans la société des

²⁹ DAB William et SALOMON Danielle, *Agir face aux risques sanitaires: pour un pacte de confiance*, Paris, PUF, 2013.

technologies de l'information³⁰. Dans le sillage des réflexions de G. Deleuze sur les « sociétés du contrôle »³¹, il insiste sur l'importance nouvelle de continuité des flux vitaux, lesquels sont sécurisés par différentes opérations de protection, de contrôle, et de régulation, qui méritent l'attention car elles apportent un quadruple éclairage sur la surveillance épidémiologique renouvelée telle qu'on a pu l'observer.

Le renouveau de la surveillance épidémiologique est d'abord contemporain, c'est une évidence, de l'émergence du « principe de précaution », à savoir l'aspiration à la sécurisation absolue des vies fragiles face à l'ensemble des risques ; on peut faire l'hypothèse que la veille sanitaire contribue fortement à retenir l'hypothèse – ou plutôt le scénario – du pire en contexte d'incertitude. La surveillance épidémiologique partage ensuite avec l'une des doctrines typiques de la biosécurité, la doctrine de la « sécurité humaine » (qui vise la protection des individus contre toutes les menaces, et d'abord celles que font peser les États eux-mêmes), la capacité à étendre indéfiniment les menaces possibles : les « risques sanitaires » sont innombrables, et pour partie encore inconnus, mais appelés à se multiplier à la fois par nécessité objective (les effets sur la santé des composants chimique sont loin d'être épuisés) et par construction intellectuelle (les analyses de régression logistique permettent de transmuter à peu près tout en « risque » et en « facteur de risque »). La surveillance épidémiologique contribue du même coup à faire du sujet de son action non plus la communauté politique des citoyens, qu'il s'agirait d'éclairer dans leurs conduites et leurs prises de décision, mais la « grande communauté sensible des sujets vulnérables »³², qu'il faut délivrer de la peur de toute menace contre leur santé. Des « sujets à risque », en bref, ayant déjà un pied dans la prise en charge médicale et sanitaire, bien loin de l'expérience sensible, corporelle, de la santé, comme « libre, non conditionnée, non comptabilisée », comme « la vie dans la discrétion des rapports sociaux » (Canguilhem³³). Enfin, à l'instar des formes modernes du contrôle « global », la surveillance épidémiologique n'inscrit pas son action dans l'élaboration universaliste d'une loi ou l'imposition « totalitaire » d'une norme, mais dans la mobilisation d'un réseau où prime la continuité des flux et dans lequel les individus, réactifs et flexibles, doivent faire preuve d'une « agilité extrême, une vigilance inquiète, bien éloignées des apprentissages laborieux de la discipline ou des progrès patients vers l'universel »³⁴, dans lequel, en un mot, ils sont eux-mêmes les agents de la bonne régulation des flux.

(Se) préparer au pire, étendre le périmètre des menaces, pathologiser les individus et les transformer en acteurs vigilants et réactifs ? Le tableau pourra paraître bien sombre à propos d'une activité qui prétend assurer elle-même, de manière objective et scientifique, l'observation et la surveillance permanente de l'état de santé de la population et des risques sanitaires, alerter les pouvoirs publics en cas de menaces

³⁰ GROS Frédéric, *Le principe sécurité*, Paris, Gallimard, 2012 (NRF Essais).

³¹ « Post-scriptum sur les sociétés de contrôle » (mai 1990), DELEUZE Gilles, *Pourparlers 1972-1990*, Paris, Minuit, 1990, pp. 240-247.

³² GROS Frédéric, *Le principe sécurité*, op.cit. : 193.

³³ CANGUILHEM Georges et CANGUILHEM Georges, « La santé : concept vulgaire et question philosophique », in *Écrits sur la médecine*, Paris, Seuil, 2002, pp. 49-68. (p. 62).

³⁴ GROS Frédéric, *Le principe sécurité*, op.cit. : 209.

sanitaires et les aider à gérer les crises sanitaires. De fait, ces réflexions décrivent moins la réalité de l'activité elle-même, que la pente qu'elle pourrait suivre si ses responsables oubliaient la fonction politique qu'elle est susceptible de remplir en tant qu'activité de renseignement scientifique.

Résumons le plan de l'ouvrage. Après un premier chapitre qui replacera la « veille sanitaire » dans l'histoire de la santé publique et de l'épidémiologie, la première partie portera sur les genèses du Réseau national de santé publique. Le deuxième chapitre décrira ainsi les modalités de la mobilisation en faveur de l'importation en France de la *field epidemiology* américaine, le troisième chapitre celles de la rénovation de la politique santé publique depuis l'État, ainsi que la conjonction des deux mobilisations sous la forme du RNSP. La deuxième partie sera consacrée aux trajectoires biographiques de deux acteurs majeurs du renouveau de la surveillance épidémiologique, qui en rendent possible l'avènement. Dans le quatrième chapitre, on présentera Yves Biraud, qui le premier occupe des fonctions de renseignement épidémiologique au niveau international. Dans le cinquième chapitre, on s'attardera sur la trajectoire de Louis Massé, l'un des protagonistes de l'enquête, afin de comprendre comment un *outsider* parvient à initier la mobilisation en faveur de l'épidémiologie américaine. La troisième partie aura pour objectif d'analyser la pratique de la veille sanitaire, donc la place de l'agence responsable, à travers deux épreuves emblématiques. Consacré au montage d'un nouveau système de surveillance, la déclaration obligatoire pour l'infection à VIH, le sixième chapitre mettra en lumière les limites de l'autonomie de l'agence de veille sanitaire. Le septième et dernier chapitre complétera l'analyse de la veille sanitaire en acte à propos du travail de l'agence face à la menace majeure d'une pandémie grippale et dans une perspective comparative avec un précédent américain. Enfin, la conclusion générale permettra de situer la veille sanitaire comme activité d'État et de proposer des hypothèses quant à son positionnement dans l'État.

Chapitre 1. La veille sanitaire comme savoir de gouvernement. Enjeux de définition.

« La veille sanitaire est l'action de surveiller l'état de santé d'une population afin de prévenir des menaces d'épidémies ».

Telle est « l'ébauche » proposée dans le « Portail de la médecine », « catégorie Epidémiologie », par l'encyclopédie libre Wikipédia (version française), en mars 2015. La clarté de la définition est remarquable. Surveiller la santé et prévenir les épidémies : tout simplement. La page, au demeurant, est sommaire, qui insiste surtout en quelques lignes sur l'équivalent de la veille sanitaire pour la santé animale et sur le fait que les « maladies émergentes » concernent les deux populations, humaine et animale – la grippe aviaire, bien sûr, a marqué les esprits. Mais la simplicité ne peut pas ne pas contrarier le chercheur en sciences sociales qui a été confronté à plusieurs définitions différentes, parfois très complexes. « Veille sanitaire » : attribuée à un Institut national, l'expression est très étroitement française³⁵. Ledit Institut s'est présenté successivement à l'international comme *French Institute of Public Health* puis *French Institute of Public Health Surveillance*. La première expression n'est pas spécifique (la veille sanitaire n'est pas le tout de la santé publique), la deuxième plus précise. La « surveillance de santé publique » est en effet une expression bien connue dans les réseaux internationaux, notamment des spécialistes américains des *Centers for Disease Control and prevention* (CDC³⁶). La « veille sanitaire » est-elle vraiment équivalente à la « surveillance de santé publique » ou au « contrôle des maladies et à la prévention » ?

Il ne faut pas fétichiser les expressions, surtout quand on n'en connaît pas vraiment l'origine. Or, si la « veille sanitaire » est apparue officiellement par la loi du 1^{er} juillet 1998 sur la « sécurité sanitaire », nul à ma connaissance n'en a revendiqué la paternité. On peut imaginer bien des raisons au choix de ce mot polysémique³⁷, mais la raison sociologique pousse plutôt à faire l'hypothèse assez simple que la « veille » était à la mode dans les années 1990, au cours desquelles apparaît l'expression de « veille technologique » comme « surveillance de l'environnement industriel et commercial de l'entreprise permettant son adaptation simultanée aux changements de ce dernier »³⁸. On retiendra donc que la veille signale l'idée d'une surveillance pour l'action (ici l'adaptation à l'environnement). Il est d'ailleurs probable que l'expression aura bientôt vécu, puisqu'on annonce la fusion de l'INVS avec deux autres établissements sous le

³⁵ Son usage est très rare en Belgique et en Suisse francophones.

³⁶ On note CDC pour les Centers for Disease Control and Prevention, selon les usages en vigueur au milieu des années 2010 (vingt ans plus tôt, une autre annotation était « CDCs »).

³⁷ Y compris la force métaphorique : le veilleur est celui qui ne dort pas quand tout le monde dort.

³⁸ Source : Trésor de la langue française, disponible en ligne (<http://atilf.atilf.fr>).

titre d'Agence nationale de santé publique³⁹. Au demeurant, il est notoire que les noms des institutions changent : pour s'en tenir au seul cas des agences sanitaires en France depuis 1989, leurs noms et leurs périmètres de compétence ont connu de nombreuses modifications, qui rendent fastidieux le récit de leur histoire ; à ce compte, l'INVS, qui succède pour plus de deux décennies au RNSP créé en 1992, a joui d'une constance exceptionnelle.

Il est plus décisif de relever à la fois la multiplicité ou la pluralité des expressions possibles de la « surveillance de santé publique » et de pointer les éléments centraux des définitions concurrentes. S'il faut trancher en faveur d'une définition provisoire, on dira ainsi de la veille sanitaire, ou surveillance épidémiologique, qu'elle correspond à cette forme d'épidémiologie *placée au service de la décision en santé publique*, donc de l'action publique. L'opposition entre l'activité de surveillance et l'activité de recherche est en effet structurante, même s'il faut se garder d'opposer terme à terme l'État et la Science (le champ scientifique est aussi en grande partie un champ dans l'État). Épidémiologie « appliquée » (*applied*), « de terrain » (*field*), « de surveillance », « opérationnelle » ou « décisionnelle » : au cours de l'enquête, on a pu rencontrer tous ces adjectifs et compléments dans les textes écrits ou dans la bouche des enquêtés. Les antonymes, surtout, sont intéressants. La surveillance épidémiologique, on le verra, est ainsi assez systématiquement opposée à la recherche épidémiologique, la dimension « appliquée » à l'approche « fondamentale », l'utilité à la sophistication, la contrainte de l'observation à l'attachement à l'expérimentation, l'ouverture au monde au confinement dans le laboratoire. La surveillance épidémiologique est également rapportée, de manière péjorative, à l'épidémiologie « descriptive » par opposition à l'épidémiologie « analytique », ou décrite au contraire, de manière (paradoxalement) laudative, comme utile, simple, « rapide et grossière » : c'est le fameux « quick and dirty » revendiqué par les épidémiologistes des CDC, dont le devoir est de servir dans le « vrai monde » plutôt que de bâtir des théories complexes dans une « tour d'ivoire » universitaire.

La définition provisoire de la veille sanitaire comme épidémiologie au service de la décision est donc une définition indigène, qui remonte au moins aux années 1980, aux moments des mobilisations qui seront exposées dans la partie suivante (chapitres 2 et 3). Parmi d'autres, les écrits de William Dab sont symptomatiques de cette « invention ». Médecin et épidémiologiste, W. Dab (né en 1953) oscille dans les années 1980 entre positions de recherche (à l'INSERM ou l'Observatoire régional de santé Île-de-France), d'enseignement (à l'École Nationale de Santé Publique) et de conseil politique (en cabinet ministériel) ; s'il ne participe cependant pas directement aux mobilisations pour la création d'une agence de veille sanitaire, il est très engagé dans le développement d'une épidémiologie de santé publique. Dans sa thèse de médecine sur *La mesure de la santé d'une population* soutenue en 1980, il ajoute à la définition classique de l'épidémiologie (« l'étude de la santé des populations et des liens qui peuvent exister avec les facteurs qui la déterminent »), celle de « science

³⁹ Cf. le *Rapport de préfiguration*, remis le 2 juin 2015 à Marisol Touraine, par François Bourdillon, directeur général de l'INVS et de l'Inpes (disponible sur le site de l'INVS).

fondamentale de la Prévention », « longtemps ignorée en France », mais « sur le point de devenir à la mode ». Et d'ajouter : « On prétend qu'elle va permettre de résoudre tous les problèmes sanitaires, de connaître l'origine des maux de l'homme et d'imaginer les moyens de les éviter, de prendre les "bonnes" décisions et même de réduire les coûts »⁴⁰. Le ton est teinté d'ironie, mais la parole est celle d'un croyant, qui appelle de ses vœux le retour à la mode de l'épidémiologie. Douze ans plus tard, l'année même de la création du RNSP, Dab soutient à Montpellier une thèse de santé publique sur *La décision en santé publique*⁴¹, dans laquelle il définit « l'information épidémiologique » par son *utilité pour la décision politique*.

Le propos de ce premier chapitre est de réinscrire la « veille sanitaire », entendue comme surveillance épidémiologique, dans son histoire, en rappelant d'abord ce qu'a été la santé publique et la place que les statistiques y ont occupé, en décrivant ensuite les différentes activités que le terme d'« épidémiologie » a désigné, en soulignant enfin les liens entre le « *disease control* » américain et la « veille sanitaire » française. Il s'agira donc de rappeler, de décrire et de souligner, non d'expliquer : d'observer, en bref, comment l'épidémiologie *se donne à voir*. Bien différent des chapitres suivants, ce chapitre introductif propose une histoire intellectuelle internaliste – on pourrait parler d'« archéologie » - de la veille sanitaire, en ce qu'elle est menée à partir des récits et des définitions que les épidémiologistes français eux-mêmes ont proposé. Plus exactement, n'est ici mobilisée qu'une partie seulement des définitions et histoires indigènes des spécialistes de l'épidémiologie. Ces derniers sont particulièrement prolifiques, au point que la recension des définitions concurrentes de l'épidémiologie sur le ton de l'ironie fait partie des passages obligés des ouvrages spécialisés. Leur analyse n'est pas aisée, à la fois parce que les praticiens ne sont pas forcément de bons historiens de leur pratique (contrairement à ce que pensent bien des médecins, l'histoire aussi est un métier...) et parce que la production, dans les manuels, les articles de revues, les Congrès ou les programmes des associations, repose trop souvent sur une ambition performative plutôt qu'un souci constatatif, sur l'espoir de changer la réalité plutôt que de la décrire. On peut dire de l'épidémiologie ce que Didier Fassin dit de la santé publique, à savoir qu'elle ne cesse de parler, qu'elle s'énonce autant qu'elle agit, voire qu'elle annonce toujours plus qu'elle n'agit⁴². Les critères de sélection sont ici assez simples. Sont d'abord retenus les écrits des épidémiologistes réputés ou occupant les positions institutionnelles les plus importantes. D'autre part, l'analyse mobilise une partie de l'importante production historiographique, française et américaine, sur la santé publique et sur l'épidémiologie⁴³. Le tour d'horizon est là aussi très loin d'être exhaustif, l'objectif n'étant pas de réaliser une revue de littérature. Bien des synthèses et des essais de

⁴⁰ DAB William, *La Mesure de la santé d'une population: étude critique à partir d'une typologie des indicateurs de santé*, 1980, p. 122.

⁴¹ DAB William, *La décision en santé publique: surveillance épidémiologique, urgences et crises*, Rennes, Ed. Ecole nationale de la santé publique, 1993.

⁴² DOZON Jean-Pierre et FASSIN Didier (éds), *Critique de la santé publique: une approche anthropologique*, Paris, Balland, 2001 (Voix et regards).

⁴³ Pour un bilan, LECLERC Bernard-Simon, « L'épidémiologie contemporaine en crise de paradigme », *Ruptures, Revue transdisciplinaire en santé* 10 (2), 2005, pp. 178–198.

qualité sont disponibles sur la santé publique⁴⁴ ou sur l'épidémiologie⁴⁵. En France, les travaux sur l'épidémiologie se sont beaucoup développés au cours des quinze dernières années, notamment grâce à Luc Berlivet, Elodie Giroux et Alain Leplège⁴⁶. Mais la plupart portent sur la recherche épidémiologique plutôt que sur la surveillance, à l'exception remarquable de ceux de Luc Berlivet, lequel a le premier développé une histoire des formes d'épidémiologie, parmi lesquelles la surveillance, dans la France de l'après-guerre⁴⁷.

Santé publique et statistique

La « santé publique » (*public health*) est une appellation qui désigne à la fois une discipline scientifique et une activité administrative et professionnelle. En France, la santé publique est aujourd'hui une discipline universitaire médicale (section 46 du CNU santé), très marginale, mais qui compte des départements dans les Facultés de médecine, des écoles, des professeurs et des internes, des formations, des manuels, des traités, une société savante, et des revues. Mais la santé publique est aussi, et sur le plan historique a d'abord été, un secteur d'activité, l'objet d'une politique sectorielle consacrée par des lois (notamment deux grandes lois en 1902 et 2004), des plans nationaux et régionaux (dûment pourvus d'objectifs), du personnel dédié (par exemple, des médecins-inspecteurs). Deux principes fondamentaux distinguent l'activité de santé publique de la médecine clinique : elle s'intéresse à des *populations* et non à des individus, et agit de manière *préventive* plutôt que curative, au point qu'on a pu la définir comme la « prévention de la maladie, du handicap et de la mort »⁴⁸. Ces deux principes sont un héritage de l'histoire : jusqu'à la fin du 19^e siècle, la santé publique, sous le nom d'« hygiène » ou de « salubrité », est largement l'activité de lutte contre les épidémies. Son objet est alors de protéger la population contre des pathologies plus ou moins identifiées, des fléaux dont la connaissance de l'étiologie est un enjeu et contre lesquels il n'existe pas de traitement connu. Si les

⁴⁴ Par exemple, FASSIN Didier, *L'espace politique de la santé: essai de généalogie*, Paris, Presses universitaires de France, 1996 (Sociologie d'aujourd'hui) ; PORTER Dorothy, *Health, Civilization and the State: A History of Public Health from Ancient to Modern Times*, London ; New York, Routledge, 1998.

⁴⁵ MORABIA Alfredo (éd.), *A History of Epidemiologic Methods and Concepts*, Basel, Birkhäuser Basel, 2004 ; SUSSER Mervyn et STEIN Zena, *Eras in epidemiology: the evolution of ideas*, Oxford ; New York, Oxford University Press, 2009.

⁴⁶ Voir GIROUX Élodie, « Indications bibliographiques sur l'histoire de l'épidémiologie », *Revue d'histoire des sciences* 64 (2), 2011, p. 319.

⁴⁷ BERLIVET LUC, *Une santé à risques. L'action publique de lutte contre l'alcoolisme et le tabagisme en France (1954-1999)*, Rennes 1, 2000 ; BERLIVET LUC, « Exigence scientifique et isolement institutionnel : l'essor contrarié de l'épidémiologie française dans la seconde moitié du XXe siècle », in JORLAND Gerard, WEISZ George et OPINEL Annick (éds), *Body Counts: Medical Quantification In Historical And Sociological Perspectives/ La quantification médicale, perspectives historiques et sociologiques*, Montréal ; Ithaca, McGill-Queen's University Press, 2005, pp. 335-358 ; BERLIVET LUC, « Between expertise and biomedicine: public health research in France after the Second World War », *Medical history* 52 (4), 2008, p. 471 ; GIROUX Élodie, « Contribution à l'histoire de l'épidémiologie des facteurs de risque », *Revue d'histoire des sciences* 64 (2), 2011, p. 219 ; COSTE J. et LEPLÈGE A., « Pour l'épistémologie et l'histoire de l'épidémiologie », *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique* 57 (5), octobre 2009, pp. 317-318.

⁴⁸ STROUP Donna F. et TEUTSCH Steven M., *Statistics in Public Health: Quantitative Approaches to Public Health Problems*, 1^{re} édition, Oxford, Oxford University Press, 1998.

progrès de la biologie ont permis de comprendre les mécanismes du choléra, de la syphilis ou de la tuberculose, et de les traiter de manière préventive (vaccination) ou curative, l'activité de santé publique est historiquement réalisée par les gouvernants et leurs directions administratives, assistés d'ingénieurs ou de statisticiens, bien avant d'être une discipline médicale. La place des médecin est ainsi seconde.

En effet, c'est d'abord par l'assainissement des cités (ce qu'on a appelé ensuite la « santé environnementale ») et l'accueil des plus pauvres en hospice (ce qu'on a appelé ensuite la « médecine sociale ») que, notamment sous l'Empire Romain, les gouvernants se préoccupent du bien-être de leurs sujets et expriment ainsi leur pouvoir pastoral⁴⁹. Aux 14^e et 15^e siècles, les cités italiennes créent les « conseils de santé » pour endiguer la peste, puis les pérennisent ; ces conseils mettent en quarantaine les navires douteux et isolent les malades, mais ils contrôlent et surveillent aussi les professions médicales et les lieux de boisson, le commerce alimentaire, tout en poursuivant les missions plus anciennes en matière d'assainissement et d'accueil des pauvres. Aux 18^e et 19^e siècles, la santé publique, activité politique et administrative, s'arme de nouveaux savoirs, et d'abord des statistiques. Les hygiénistes français, autour de Louis-René Villermé notamment, s'appuient sur l'arithmétique politique britannique, les tables de mortalité de John Graunt, et la statistique descriptive allemande, pour développer le recueil des données de mortalité et de morbidité (les *vital statistics*) et mesurer des inégalités. Si la pénétration dans l'univers médical de la « méthode numérique » d'un Pierre Louis (consistant à comparer les taux de mortalité de deux populations de malades) est fortement contrariée par le succès du modèle expérimental, les statistiques rencontrent un certain écho dans l'action de santé publique contre les épidémies. C'est également au 19^e siècle que se développent les premières études comparatives sinon étiologiques. James Lind fait certes office de « précurseur » pour les historiens amateurs de la santé publique, puisqu'il avait utilisé la comparaison dès 1747 afin de « démontrer » les effets des agrumes contre l'apparition du scorbut chez les marins, à partir d'un échantillon réduit (6 marins pour chaque « bras » de l'expérience). Mais les résultats les plus connus et les plus cités sont apportés par Ignace Semmelweis en 1847 (effet du lavage des mains des chirurgiens pour éviter les cas de fièvre puerpérale) et de John Snow en 1854 (effet de l'alimentation en eau dans l'épidémie de choléra à Londres). Les deux hommes, en effet, prouvent par l'exemple (laver les mains ou fermer des pompes) l'efficacité de l'approche statistique alors même que la théorie microbienne n'a pas encore été formulée, et qu'au contraire, théories miasmatiques et sentiments fatalistes dominent.

La donne change radicalement avec la découverte des microbes par Pasteur et Koch. Les succès diagnostiques et thérapeutiques de la bactériologie modifient en effet profondément la place de la santé publique d'une part (on le verra dans le chapitre suivant : la médecine clinique adossée aux sciences fondamentales triomphe, la médecine sociale est démonétisée et marginalisée), et de la quantification dans la santé publique, d'autre part. La biologie prend d'autant plus aisément la place des

⁴⁹ FASSIN Didier, *L'espace politique de la santé*, op. cit.

statistiques descriptives dans la lutte contre les maladies infectieuses que, science fondamentale basée sur l'expérimentation, elle propose un modèle déterministe et monocausal de la pathologie en phase avec la vision clinique et l'esprit scientifique du temps. Les pratiques de dépistage des agents biologiques et l'enquête épidémiologique, c'est-à-dire la remontée de la chaîne de contamination, sont placées au cœur des actions de prévention contre les maladies infectieuses. Les données quantitatives ne disparaissent pas, mais leur utilité est sous-estimée jusqu'à l'émergence de la pensée probabiliste en médecine, d'abord dans les années 1940 et 1950 pour comprendre l'étiologie de certaines maladies chroniques (le cancer avant tout), ensuite dans les années 1970 pour évaluer l'efficacité thérapeutique (l'EBM ou evidence-based medicine – « médecine fondée sur les preuves » - c'est-à-dire sur les essais contrôlés et randomisés des nouvelles thérapies, est consacrée seulement en 1993 dans le JAMA⁵⁰).

Les statistiques se développent cependant au-delà des données de mortalité et de morbidités infectieuses (« à déclaration obligatoire ») grâce à l'extension continue, au cours du 20^e siècle, du domaine de la santé publique au-delà des pathologies infectieuses. Dès 1920, Charles-Edward Winslow, professeur à Yale, redéfinit la santé publique en lui assignant pour objectifs la prolongation de la vie et la « promotion de la santé et de l'efficacité physiques », autant de nouvelles missions susceptibles, certes inégalement, d'être mises en chiffres. L'extension du domaine de la santé se poursuit tout au long du 20^e siècle. Dans un récent *Traité de santé publique*⁵¹, la santé publique est ainsi définie comme l'« ensemble de savoirs, de savoir-faire, de pratiques et de règles juridiques qui visent à connaître, à expliquer, à préserver, à protéger à et à promouvoir l'état de santé des personnes ». La santé publique conserve ici sa raison d'être originelle, la protection préventive des populations, mais elle inscrit cette mission de protection *dans une perspective bien plus large* que les seules épidémies, celle d'un « état de santé » qui reste lui-même à définir. De manière significative, les auteurs du *Traité* proposent également une sélection de mots-clefs où apparaissent à la fois les missions traditionnelles de la santé publique (« prévention », « hygiène sociale »), son héritage pastorien (« dépistage »), et les innovations de l'après-guerre (« promotion de la santé ») voire les plus récentes (« éducation thérapeutique »).

De ce bref survol de l'histoire générale de la santé publique comme activité politico-administrative⁵², il faut retenir que les statistiques sont venues outiller le souci de l'État pour la protection de la santé de sa population de manière certes tardive, au 19^e siècle, mais antérieure à la microbiologie, dont le succès au 20^e siècle a éclipsé la santé publique en général – au moins dans la lutte contre les maladies infectieuses, jusqu'aux années 1980 –, et les statistiques dans la santé publique en particulier – au moins jusqu'à l'émergence irrésistible de la statistique probabiliste dans les années 1950. Eclipse forte mais partielle. D'une part, les dispositifs d'hygiène et de médecine

⁵⁰ MORABIA Alfredo (éd.), *A History of Epidemiologic Methods and Concepts*, op. cit.

⁵¹ BOURDILLON François et al., *Traité de santé publique*, Paris, Médecine Sciences Publications, 2007.

⁵² JORLAND Gérard, *Une société à soigner: hygiène et salubrité publiques en France au XIXe siècle*, Paris, Gallimard, 2010 (Bibliothèque des histoires).

sociale sont marginalisés progressivement par la montée en puissance de la biomédecine, entendue comme l'alliance des sciences fondamentales « auxiliaires », et d'abord de la biologie (mais aussi la radiologie), avec la médecine clinique. D'autre part, le reflux de la santé publique varie selon les configurations nationales des relations entre la profession médicale, l'État et l'industrie (qui produit vaccins, médicaments, appareils médicaux), et selon le degré d'institutionnalisation de la « santé publique » comme spécialité médicale. Aux États-Unis, la *public health* devient l'objet d'un enseignement spécialisé dans les principales universités dès les années 1910. Le cas français se caractérise au contraire par un double échec de la santé publique. D'un côté, « utopie contrariée » jusqu'à la Grande Guerre⁵³, la santé publique comme activité professionnelle est la victime tout au long du 20^e siècle d'un modèle médical qui a construit contre l'État un monopole de profession libérale, ce qui conduit notamment à la sous-déclaration des maladies ou des rubriques des certificats de décès, perçus comme autant de complications administratives inutiles. De l'autre, en partie pour cette raison, « l'hygiène » est considérée dans les années 1920 comme une discipline mineure dans les facultés de médecine, malgré les efforts de Léon Bernard (titulaire de la chaire d'hygiène et de médecine préventive à Paris) ou de Jacques Parisot (fondateur de l'Office public d'hygiène sociale de Meurthe-et-Moselle). La « santé publique » se résume après 1945 à la médecine d'administration (d'État ou hospitalière) : il faut attendre les années 1980 pour qu'elle soit reconnue comme spécialité d'internat, et les années 2000 pour que se multiplient les formations dans l'enseignement supérieur, et que l'école de formation des cadres de l'administration et hospitaliers (ENSP) soit élevée au rang d'École des « hautes études » en santé publique (EHESP).

Épidémiologie, épidémiologies

Même si on a pu aussi parler de « biostatistiques », « épidémiologie » est aujourd'hui en France le terme consacré pour désigner l'activité statistique en médecine et en santé, et ce depuis la publication en 1970 par Daniel Schwartz et Claude Rumeau-Rouquette d'un ouvrage intitulé *Méthodes en épidémiologie*, dans lequel ils définissent l'épidémiologie comme « la science qui permet d'étudier la fréquence des maladies dans divers groupes de population, d'en suivre l'évolution et de faire des hypothèses sur l'étiologie et la prévention de ces maladies »⁵⁴. Dans ses manuels précédents des années 196, Daniel Schwartz parlait de « méthodes statistiques à l'usage des médecins et des biologistes », de « statistique médicale et biologique » ou de « probabilités et statistiques »⁵⁵ ; il continuera d'ailleurs d'utiliser le terme de « statistiques

⁵³ MURARD Lion et ZYLBERMAN Patrick, *L'Hygiène dans la République : La Santé publique en France ou l'utopie contrariée : 1870-1918*, Paris, Fayard, 1996.

⁵⁴ RUMEAU-ROUQUETTE Claude et SCHWARTZ Daniel, *Méthodes en épidémiologie*, Paris, Flammarion, 1970. Schwartz et Rumeau 1970

⁵⁵ Respectivement SCHWARTZ Daniel, *Daniel Schwartz. Méthodes statistiques à l'usage des médecins et des biologistes*, Paris, Flammarion (Orléans, Impr. nouvelle), 1963 ; SCHWARTZ Daniel et LAZAR Philippe, *Daniel Schwartz et Philippe Lazar. Éléments de statistique médicale et biologique , à l'usage des étudiants en propédeutique médicale (C.P.E.M.)*, Paris, Flammarion (Orléans, Impr. nouvelle), 1964 ; SCHWARTZ Daniel et LAZAR Philippe, *Philippe Lazar et Daniel Schwartz. Éléments de probabilités et*

appliquées » dans ses publications ultérieures. Mais le consensus est aujourd'hui très large pour renoncer au terme de statistique au profit de celui d'« épidémiologie », qui figure ainsi parmi les mots-clefs retenus par les auteurs du *Traité de santé publique* de 2007, qui la présentent comme la « science qui étudie la distribution des phénomènes de santé et des facteurs qui conditionnent leurs fréquences »⁵⁶. À quatre décennies d'intervalles, les deux définitions s'accordent sur la dimension statistique, et plus précisément probabiliste, de l'épidémiologie (« fréquence » et « évolutions », « distribution », « fréquence » et « facteurs »), mais elles divergent sur les cibles (« maladies » ou « phénomènes de santé »?). L'examen de ce que les épidémiologistes eux-mêmes disent de leur histoire quand ils prétendent l'écrire permet de mieux comprendre la caractéristique commune de ces définitions (la pensée probabiliste) ainsi que ce qui les différencie (maladie ou santé ?).

Puisqu'il n'existe pas de définition consensuelle de l'épidémiologie – et les manuels, français et anglo-saxons, ne manquent jamais d'ironiser sur les dizaines de définitions existantes avant de proposer celle qui, malgré tout, a leur préférence –, on peut compléter les deux précédentes par celle des représentants officiels des épidémiologistes dans un document intitulé *Déontologie et bonnes pratiques en épidémiologie*. Élaboré par une unité de l'INSERM, ce « guide » a été validé par les représentants des quatre associations professionnelles en 1998 : l'Association des épidémiologistes de langue française (ADELF), la plus généraliste, composée alors surtout de chercheurs ; l'Association pour le développement des études et recherches en épidémiologie sur la santé au travail (ADEREST), Association pour l'étude de l'épidémiologie des maladies animales (AAEMA) et l'Association pour le développement de l'épidémiologie de terrain (EPITER). L'épidémiologie s'y donne à voir d'abord comme une discipline scientifique, peuplée de savants, dont la qualité est établie sur le mode de l'autonomie scientifique (possession de titres et/ou reconnaissance de leurs pairs), et qui entendent concourir au « progrès des connaissances dans le domaine de la santé et de la santé publique » (but scientifique).

Selon ce document, l'épidémiologie est « une discipline scientifique qui étudie notamment les différents facteurs intervenant dans l'apparition des maladies ou de phénomènes de santé ainsi que leur fréquence, leur mode de distribution, leur évolution et la mise en œuvre des moyens nécessaires à la prévention » ; un épidémiologiste est « un scientifique que ses études, ses diplômes, son expérience et sa pratique professionnelle ont qualifié pour conduire des études épidémiologiques », qualification « reconnue par un titre universitaire ou par une instance qualifiée composée d'épidémiologistes confirmés et reconnus par la profession » (p. 12).

Le document indique également que « la finalité de l'épidémiologie est le progrès des connaissances dans le domaine de la santé et de la santé publique, c'est-à-dire de l'état de santé de la population, des mécanismes qui le déterminent, des facteurs qui le

statistique, à l'usage des étudiants en biologie humaine et générale, Paris, Flammarion, 1967.

⁵⁶ Par exemple l'article de Thierry Ancelle dans BOURDILLON François et al., *Traité de santé publique*, op. cit.

menacent, et de l'évaluation des moyens qui sont mise en œuvre pour l'améliorer » (15).

Dans une version révisée en 2003, est ajoutée à la phrase précédente : « *C'est une discipline qui comprend de la recherche expérimentale (comme les essais thérapeutiques), de la recherche non expérimentale, et différentes formes d'investigation appliquées destinées à améliorer la santé des populations » (2003, 10).*

Mais le texte précise ensuite que cette discipline a connu ces dernières années un important « *élargissement* » de son « *champ d'action* ».

Elle n'est plus « *confinée à quelques groupes de chercheurs sans beaucoup de prise sur la décision* » ; elle est « *écoutée, voire sollicitée par des décideurs publics ou privés, de plus en plus diversifiés* » ; elle est aussi « *pratiquée par des professionnels de plus en plus nombreux dans des contextes nouveaux : administration de la santé, entreprises, collectivités locales, etc.* », professionnels pour lesquels les « *règles déontologiques* » énoncées dans s'appliquent, à défaut des « *règles d'indépendance* » scientifiques, dont le caractère « *variable* » en milieu non scientifique est évident (1998, p. 5-7).

L'épidémiologie, en bref, est sortie des laboratoires de recherche, d'abord comme « *expertise* », au sens de savoir scientifique sollicité pour la décision politique, ensuite comme pratique effectuée par des non épidémiologistes. L'élaboration de recommandations de « *bonnes pratiques* » est d'ailleurs sans doute autant le produit de la consécration de l'épidémiologie comme discipline des sciences bio-médicales, dont elle constitue un document typique, que la conséquence de son succès dans le « *grand* » monde en raison du renouveau de la « *surveillance épidémiologique* » (que représente notamment EPITER). La logique générale de la présentation mérite d'être soulignée : l'épidémiologie est une science constituée, sortie du champ scientifique pour servir l'intérêt général. L'argument, symétriquement inverse de celui admis pour la santé publique (qui est une activité avant d'être un savoir scientifique), va à l'encontre des travaux d'histoire des sciences qui ont montré à l'encontre que, le plus souvent, les « *disciplines* » naissent comme des réponses à des problèmes pratiques, et, encore plus souvent, des réponses à des problèmes se posant à l'État, avant de s'académiser⁵⁷. Mais il est largement dominant dans le monde des épidémiologistes eux-mêmes, lesquels, dans les incontournables « *historiques* » qui ne manquent jamais d'accompagner (et de donner à voir le progrès vers) leur conception de l'épidémiologie, isolent systématiquement le « *progrès scientifique* » de ses conditions sociales et historiques de possibilité.

Le rapport de l'Académie des Sciences consacré en 2006 à *l'Épidémiologie humaine* illustre parfaitement cette conception de l'histoire⁵⁸. Dirigé par Alain-Jacques Valleron, professeur à l'Université Pierre-et-Marie-Curie et membre de l'Académie, ce rapport

⁵⁷ Pour une synthèse : PESTRE Dominique, *Introduction aux Science Studies*, Paris, La Découverte, 2006. Sur les sciences sociales : BEZES Philippe *et al.*, « L'État à l'épreuve des sciences sociales », *La fonction recherche dans les administrations sous la V e République*. Paris. La Découverte (Recherche), 2005.

⁵⁸ VALLERON Alain-Jacques *et al.*, *L'épidémiologie humaine : Conditions de son développement en France, et rôle des mathématiques*, Les Ulis; Paris, EDP Sciences, 2006.

collectif est largement co-piloté par Daniel Schwartz, professeur émérite et correspondant de l'Académie, et âgé de 89 ans en 2006. Daniel Schwartz était par ailleurs le « patron » d'Alain-Jacques Valleron, qui le présentera après son décès en 2008 dans le journal des anciens polytechniciens, ce qu'ils sont l'un et l'autre, comme un « maître de la statistique médicale » et le « fondateur de l'épidémiologie moderne »⁵⁹. À bien des égards, les parties co-rédigées par Daniel Schwartz font de ce rapport son testament scientifique : l'épidémiologie y apparaît toute entière marquée par le principe de la variabilité, la notion de risque, et les procédures expérimentales, en bref, comme une science fondamentale⁶⁰. Pour une autre part cependant, la conception d'Alain-Jacques Valleron est au principe de la réhabilitation des procédures de description et d'observation d'une part, et la promotion de la théorie mathématique d'autre part. Dans tous les cas, l'épidémiologie n'est rien d'autre que la *statistique probabiliste appliquée à la médecine* : elle « décrit les variations de fréquence des maladies dans les groupes humains, et recherche les déterminants de ces variations », elle « vise à la compréhension des maladies, et à l'amélioration de leurs traitements et moyens de prévention ».

« L'histoire » de l'épidémiologie vue par son élite scientifique prend la forme d'une suite de découvertes insérées dans un grand récit en trois temps assez proche de celui que j'ai présenté à propos de la santé publique : développement, effacement, et renouveau des mathématiques et des statistiques en médecine. Dans un premier temps, après l'apparition du recueil systématique de données (les tables de mortalité) par Graunt au 17^e siècle, ce sont les mathématiciens français, de Bernouilli en 1760 à Bertillon à la fin du 19^e siècle, qui inventent l'épidémiologie, et plus précisément le calcul de probabilités (Bernouilli sur la question de la variolisation), la collecte systématique d'informations et l'analyse objective car comparée des « traitements » (la « méthode numérique » de Louis oppose ses résultats à l'autorité des maîtres à propos des effets de la saignée sur la pneumonie), les tests de significativité statistique (élaborés dans les *Principes généraux de statistiques médicales* que Gavarret, médecin et polytechnicien, publie en 1840), la mesure des inégalités devant la mort (donc l'épidémiologie « sociale », chez Villermé) ou la classification des maladies (avec Bertillon à la fin du 19^e). Parmi les non français figurent les noms déjà cités de Lind, précurseur de l'épidémiologie « expérimentale », et de Snow et Semmelweis, pour les linéaments de l'épidémiologie « analytique » ; le travail de William Farr, élève de Louis, qui organise en Angleterre la collecte de données de morbidité à partir des années 1840, est également souligné. Cependant, dans un deuxième temps, l'œuvre de ces *précurseurs* de l'analyse de la variabilité est balayée par « l'idéologie scientifique dominante » déterministe des sciences fondamentales (biologie, physique, chimie) qui triomphe à la fin du 19^e siècle. La statistique continue pourtant de se développer pendant la première moitié du 20^e siècle avec les travaux

⁵⁹ L'expression est de Pierre Ducimetière et Alain-Jacques Valleron dans « La jaune et la rouge » (Revue mensuelle de l'association des anciens élèves et diplômés de l'école Polytechnique, n°651, 2010). On reparle plus longuement de ces acteurs dans le chapitre suivant.

⁶⁰ Sur la conception de Daniel Schwartz : SCHWARTZ Daniel, *Le jeu de la science et du hasard: la statistique et le vivant*, Paris, Flammarion, 1994.

de Galton, Pearson et Fisher, qui produisent les outils rendant possible, dans un troisième temps, son retour en médecine, d'abord dans le monde anglo-saxon (Amberson en 1931 et surtout Hill en 1948), puis en France. Après avoir été « quasiment absente de France jusqu'à la fin des années 1950 », l'épidémiologie est ainsi « initiée grâce à la création simultanée par Daniel Schwartz de l'unité de recherches statistiques de l'INH [Institut national d'hygiène], et, sur le plan de l'enseignement, du CESAM »⁶¹. Depuis, l'épidémiologie s'impose comme la « méthode de découverte des facteurs de risque des maladies », principalement chroniques (cancer, maladies cardio-vasculaires), au moyen d'études écologiques, puis d'enquêtes cas-témoins et de cohortes, mais aussi dans l'expérimentation, avec les essais randomisés et contrôlés. Alors que l'épidémiologie sociale, qui s'intéresse au rôle des facteurs environnementaux ou comportementaux et sociaux dans les inégalités devant la maladie, resurgit dans les années 1970 mais peine, aujourd'hui encore, à faire reconnaître ses objets, les défis les plus récents concernent, selon le rapport de l'Académie, les maladies émergentes et les risques sanitaires faibles voire inobservables. Les premières exigent la généralisation d'une épidémiologie descriptive stimulée par un changement d'échelle qualitatif et quantitatif dans les capacités de recueil de données et des capacités de gestion et traitement de l'information ; les seconds supposent la montée en puissance de modélisation mathématique.

Un tel récit sert à l'évidence l'idée selon laquelle la statistique, malgré de fortes résistances qui ne sont pas propres au monde de la médecine, a fini par s'imposer grâce à l'approche probabiliste en termes de risques. Outre son caractère manifestement téléologique, cette conception pose au moins quatre problèmes. Elle est solidaire d'une hiérarchie des formes de quantification en médecine ; elle privilégie la méthode sur les données ; elle s'intéresse à la médecine plutôt qu'à la santé ; et elle est très hexagonale.

En premier lieu, ce récit en trois étapes est solidaire d'une hiérarchie des différentes formes de quantification en médecine. A.-J. Valleron et D. Schwartz distinguent en effet trois « volets » ou « niveaux d'approche » de l'épidémiologie : *l'observation* (en épidémiologie descriptive ou analytique), *l'expérimentation* (ou épidémiologie expérimentale), la *théorie* (ou modélisation)⁶². Les trois « volets » du travail scientifique, qui constituent autant de moments du processus de découverte scientifique, sont distingués dans le cas de l'épidémiologie par leurs *échelles* : les études observationnelles sont fondées sur de grands effectifs ou de grandes masses de données ; les études expérimentales utilisent des effectifs plus modestes ou des données moins nombreuses ; l'investigation théorique est réalisée faute d'effectifs ou avec des données parcellaires. Des trois, la théorie, c'est-à-dire l'élaboration d'explications mathématiques indépendamment de toute donnée, ou avec très peu de

⁶¹ Le CESAM est le Centre d'Enseignement de la Statistique Appliquée à la Médecine et à la Biologie Médicale. VALLERON Alain-Jacques *et al.*, *L'épidémiologie humaine*, *op. cit.*

⁶² D'autres distinctions ont été proposées dans différentes « histoires de l'épidémiologie », mais l'opposition observation/ expérimentation et la distinction descriptif/analytique font partie du sens commun de l'épidémiologiste aujourd'hui.

données, est la plus récente. Elle représente une forme d'excellence scientifique dans la recherche fondamentale (identifier des lois ou estimer des paramètres de l'histoire naturelle des maladies), mais aussi pour l'aide à la décision (proposer des scénarii face à des « risques » très rares). L'épidémiologie expérimentale permet au chercheur de fixer lui-même le niveau d'exposition au facteur de risque comme principe de différenciation entre les deux groupes de l'expérience. Le cas emblématique de cette forme d'épidémiologie est l'essai randomisé contrôlé, devenu le principe de base de la « médecine fondée sur des preuves », qui permet l'homologation pour les médicaments, mais peut également s'appliquer à des dispositifs de prévention ou de dépistage. Cette forme d'épidémiologie, désormais triomphante (à juste titre selon les auteurs), est celle qui satisfait le mieux la condition de falsifiabilité ou de réfutabilité qui constitue le critère premier d'un énoncé scientifique.

Quant à l'observation, elle est au principe de deux types d'épidémiologie bien différentes : l'épidémiologie descriptive, qui s'intéresse aux variations entre les données, et l'épidémiologie analytique, qui cherche à mettre en relation un risque (de maladie) et des facteurs de risque. La première est directement issue des opérations d'enregistrement et de dénombrement des cas de mortalité et de morbidité réalisées depuis le 19^e siècle par et pour l'État. Ces opérations permettent de calculer des proportions et de mesurer des variations. La deuxième résulte depuis la seconde moitié du 20^e siècle de l'application du raisonnement probabiliste, qui consiste à identifier et mesurer des risques et à rechercher les facteurs de risque (« génétiques, biologiques, environnementaux, comportementaux, psychologiques, sociaux ») selon une logique non déterministe de la causalité. D. Schwartz et A.-J. Valleron distinguent les enquêtes « écologiques » (où les données ne sont pas individuelles mais agrégées, soulevant dès lors le fameux paradoxe de Robison), les études de cohortes (études prospectives, des expérimentations de long terme, à grande échelle), et les enquêtes cas-témoins (études rétrospectives et comparée d'un groupe de malades d'un groupe comparable de personnes non atteintes). Aucun type d'enquête n'est censé être supérieur à l'autre, chacun présentant un point d'entrée différent. Même si l'épidémiologie analytique présente aux yeux des auteurs le double défaut d'être inductive et impuissante face à des risques peu décelables, donc non calculables (des risques qui sont en fait des incertitudes, donc), elle demeure supérieure à l'épidémiologie descriptive, laquelle, d'ailleurs, est presque exclusivement réalisée « en dehors » du monde la recherche. Les deux professeurs plaident pour l'académisation de ce type d'épidémiologie : ils regrettent d'autant plus que la France n'ait « pas encore investi dans la mise en place de systèmes d'observation épidémiologique puissants directement destinés à la recherche épidémiologique, associant mesures de la morbidité et évaluation des facteurs de risque », que les gisements de données, du côté des statistiques sanitaires, et surtout des systèmes d'information médico-économique (assurance-maladie, dossiers médicaux informatisés), promettent un renouvellement considérable de l'épidémiologie descriptive.

Les distinctions proposées à l'Académie de Science dans ce rapport, en particulier la supériorité de l'épidémiologie expérimentale sur l'épidémiologie observationnelle, et, au sein de celle-ci, de l'épidémiologie analytique sur l'épidémiologie descriptive, n'ont rien d'original ni de nouveau. On les retrouve déjà à l'œuvre dans les années 1960. Dans un des manuels américains les plus réputés, celui que Mac Mahon, professeur à la Harvard School of Public Health, co-écrit en 1960, la dimension « descriptive » est déjà présentée comme l'application à la santé et aux maladies de la démographie (discipline ramenée du même coup à un état ancien de son évolution), alors que la dimension « analytique » constitue l'apport propre de l'épidémiologie⁶³. Si les termes employés par Schwartz et Rouquette dans leur manuel en 1970 sont encore différents, l'idée est la même. Ils appellent « *épidémiologie proprement dite* » la partie descriptive dévolue à la collection d'informations sur la population générale au moyen d'enquêtes amples, et « *statistique appliquée à la médecine* », la partie analytique dévolue à l'identification des risques par des études « *plus restreintes mais plus approfondies* ». L'épidémiologie « analytique » (ou statistique appliquée à la médecine) constitue à l'évidence la « vraie science », alors que l'épidémiologie « descriptive » se rapproche d'un savoir administratif. Autrement dit, la logique hiérarchique est assez strictement indexée sur un *continuum* qui va de la recherche pure, activité la plus noble, à la seule action publique, activité la moins noble. On doit signaler que D. Schwartz et A.-J. Valleron proposent dans leur rapport d'autres principes de distinction pertinents dans le champ de l'épidémiologie (humaine), par exemple entre étude populationnelle et étude clinique (seuls des patients sont inclus dans la seconde). L'une de ces distinctions sépare l'épidémiologie « académique » de l'épidémiologie « d'intervention », considérée comme essentiellement descriptive, et présentée en toute fin de chapitre par un haut responsable de l'INVS (Jean-Claude Desenclos) - on y reviendra.

En deuxième lieu, et de manière liée, la conception de l'épidémiologie du rapport de l'Académie des sciences repose sur l'idée de la supériorité de l'effort de théorisation sur la récolte des données. Depuis les premières modélisations de Bernoulli jusqu'aux contributions les plus récentes des mathématiciens, le grand récit met l'accent sur les élaborations théoriques. Quant aux données, elles ne sont vraiment valables qu'à conditions d'être construites par le chercheur, dans un cadre expérimental ; les données des statistiques sanitaires, produites dans un but de gestion, donc en dehors de la recherche, souffrent de leur cloisonnement (chaque système produit ses données) et du désintérêt des chercheurs à leur égard, même si les récents progrès des nouvelles technologies de l'information et de la communication ouvrent des gisements numériques si prometteurs que les chercheurs entendent bien être associés à leur exploitation, voire à la conception des systèmes).

« Il faut affirmer qu'il est de l'intérêt général, aussi bien du point de vue de la recherche que du point de vue même du progrès de la prise en charge des malades, parce qu'il lui est intimement lié, que les nouveaux systèmes d'informations sanitaires,

⁶³ MACMAHON Brian et PUGH Thomas F., *Epidemiology: Principles and Methods*, Boston, Little, Brown, 1960.

médicaux, médico-économiques soient développés en y incluant une mission de recherche épidémiologique. (...) Il est clair que le progrès de la prise en charge [passe] par la recherche, et que la recherche passe par le recueil des données. Il faudra donc trouver les solutions technologiques et éthiques à ces problèmes, et non laisser ces populations à l'abandon en termes de recherche »⁶⁴.

L'injonction, qui relève largement du vœu pieux dans la mesure où les propriétaires des bases de données sont très inégalement disposés à collaborer avec des structures de recherche, confirme surtout le moindre intérêt accordé par l'élite des épidémiologistes aux données qui ne sont pas co-construites par eux. Or, cette position n'a rien d'évident. De manière générale, les chercheurs apprécient certes de pouvoir élaborer leurs propres données, mais ils savent aussi travailler (sur) les données produites par ailleurs, tout particulièrement les sciences sociales et historiques qui travaillent par traces. Mais ce type de prise de position est également récent dans le cas de la statistique. Théodore Porter a montré que l'histoire des « méthodes statistiques » n'a que peu à voir avec la création et la diffusion dans le monde social et scientifique d'un corpus mathématique spécifique, la mathématique probabiliste, mais bien davantage avec le développement de mathématiques appliquées dans différentes pratiques administratives, professionnelles et scientifiques (assurance, droit, météorologie, psychologie astronomie, etc.)⁶⁵. L'historien date des années 1930 le tournant à partir duquel, notamment sous l'influence de Ronald A. Fisher, acquis à l'expérimentation et à la détermination d'un plan de collecte de données ajusté à l'hypothèse préalablement énoncée, la question de la récolte des données est de plus en plus démonétisée au profit de la théorisation mathématique. Th. Porter remarque que la primauté de l'expérimentation l'emporte dans les disciplines comme la psychologie, les sciences sociales ou la médecine, lesquelles, déjà fortes utilisatrices de statistiques, ont toutes les chances de la trouver séduisante et disposent des moyens pour l'exploiter. Mais Porter rappelle encore combien les grands statisticiens comme Francis Galton ou Karl Pearson étaient eux-mêmes des collecteurs de données « infatigables » et d'une grande « ingéniosité pour traduire sous une forme statistique convenable toute sorte de sources » – comme l'avaient été avant eux Graunt ou Farr, lesquels n'avaient pas « la moindre idée de développer des méthodes mathématiques formelles qui associeraient le temps ou la saison aux morts de la peste ou de la variole », mais « mettaient leur énergie dans la compilation d'enregistrements chiffrés »⁶⁶. Premier importateur de la statistique probabiliste dans la médecine clinique en France, Daniel Schwartz ne peut certes qu'adhérer à une vision du monde où les données doivent être élaborées à partir des questions de recherche, et où les données produites par ailleurs présentent un moindre intérêt, voire pas d'intérêt du tout. La perspective d'Alain-Jacques Valleron, qui collabore dès les années 1980 à des dispositifs administratifs de surveillance, comme on le verra dans la partie suivante, est sans doute plus nuancée. Mais dans le « grand récit » de l'épidémiologie comme

⁶⁴ VALLERON Alain-Jacques *et al.*, *L'épidémiologie humaine*, *op. cit.* : p. 17.

⁶⁵ PORTER Theodore M., « Statistiques et épidémiologie : la question des données », in LEPLÈGE Alain, BIZOUARN Philippe et COSTE Joël (éds), *De Galton à Rothman: les grands textes de l'épidémiologie au XXe siècle*, Paris, Hermann, 2011, pp. 9-15.

⁶⁶ *Ibid.* : p. 12.

science, l'importance de la collecte de données non produites par la recherche demeure sous-estimée.

En troisième lieu, même si elle définit l'épidémiologie comme la « base de rationalisation en santé publique » (ou « la science en amont de la santé publique »), la conception défendue par D. Schwartz et A.-J. Valleron est marquée par une trajectoire historique qui en a fait dès l'origine la « base culturelle de la médecine clinique » et la « base scientifique pour une prise en charge rationnelle des maladies » (et d'abord des maladies chroniques). En pratique, c'est bien comme méthode de « découverte des facteurs de risque des maladies » que la statistique probabiliste s'est imposée en médecine à partir des années 1950, lorsque, en Angleterre, aux États-Unis, puis en France, un lien est fermement établi entre la consommation de tabac et le cancer du poumon. Par la suite, l'épidémiologie analytique, tout comme l'épidémiologie expérimentale des essais cliniques, ont été étroitement associées à l'exercice de la recherche biomédicale, et se sont éloignées de la santé publique. La montée en puissance de l'approche probabiliste se produit ainsi dans les années 1960 et 1970 au cours desquelles l'espoir d'éradication mondiale des maladies infectieuses est entrevu, et l'intérêt pour les maladies chroniques non transmissibles les plus létales, cancers ou maladies cardio-vasculaires, prédomine dans les pays développés. En France, l'Institut national d'hygiène (INH) créé en 1941 se transforme en un Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) en 1964, lequel procède à la fermeture des laboratoires de santé publique (cf. chapitre suivant). Le manuel déjà évoqué des épidémiologistes de Harvard en 1960 est tout à fait significatif de cette indexation de l'épidémiologie sur la recherche biologique et clinique. D'un côté, l'épidémiologie est la « *science médicale traitant les épidémies* » au sens de l'American Public Health Association, c'est-à-dire comme « *occurrence d'affections (« illnesses ») de même nature, et clairement en excès dans une communauté* ». De l'autre, les auteurs refusent explicitement d'inclure l'état de santé au sens de l'OMS depuis 1946 (« *état de complet bien-être physique, mental et social* » et non la seule « *absence de maladie ou d'infirmité* »), considéré comme bien trop large, dans le champ d'intervention de l'épidémiologie, et défendent une extension de ce dernier en faveur des seuls « *processus biologiques ne menant pas forcément à des états de maladie* » c'est-à-dire pour l'essentiel ce qui relève de la dimension biologique de la santé reproductive (croissance pré et post natale, grossesses multiples, fertilité, etc.). Cette conception est compatible avec la définition du rapport de 2006 qui s'intéresse aux « variations de fréquence des maladies », à leurs « déterminants », à la « compréhension des causes des maladies » et à « l'amélioration de leurs traitements et [enfin...] moyens de prévention » : nulle évocation ici des « phénomènes de santé ». L'ancrage de l'épidémiologie ainsi entendue dans l'approche biomédicale signale en creux sa distance d'avec les enjeux de santé publique.

Enfin, la conception de l'épidémiologie présentée par D. Schwartz et A.-J. Valleron est relativement franco-centrée, et passe par pertes et profits tout un pan anglo-saxon de l'épidémiologie. Certes, les éléments historiques se veulent concis. Mais les choix sont tout sauf aléatoires, qui considèrent la première moitié du 20^e siècle comme une

« parenthèse » du savoir épidémiologique entre les innovations du 19^e et le triomphe mondial du savoir probabiliste après 1945. Il suffit de prendre d'autres « historiques » pour mettre en évidence tout ce que manque une telle description. Ainsi, Thierry Ancelle, dans la partie consacrée à l'épidémiologie du *Traité de santé publique* précité, propose t-il une histoire toute autre en filigrane de la trentaine de « dates clés », à partir du *Manuel* de Harvard mais aussi de travaux de science sociale⁶⁷. D'un côté, la grande majorité des références datent du 19^e et on retrouve Louis, Villermé, Farr, Snow ou Semmelweis, voire du 18^e (Graunt, Lind). Il faut d'ailleurs souligner - j'y reviens - que T. Ancelle retient comme dates clef la mise en évidence de l'efficacité de la vaccination (Jenner en 1796), les critères de causalité dans la relation agents infectieux-maladie (ou postulats de Henle-Koch, 1840), et les premiers vaccins de Pasteur (1880 et 1885). De l'autre, quelques travaux de l'après 1945 sont aussi cités, dont les fameux critères de causalité en épidémiologie énoncés par Bradford Hill en 1959. Quant au premier 20^e siècle, il est aussi représentée par les noms de Joseph Goldberger (dans les années 1910) et de Wade Hampton Frost (dans les années 1920). Le premier a mis en évidence « en collectivité » « l'étiologie carencielle de la pellagre » : contre la thèse alors officielle d'une maladie infectieuse, Goldberger, médecin et épidémiologiste du Public Health Service (PHS) états-unien, montre le rôle de la carence alimentaire dans l'étiologie de cette maladie, par observation puis par une expérimentation à deux bras (volontaires contre témoins) réalisée dans un pénitencier américain. Lui aussi recruté au PHS avant d'être nommé professeur d'épidémiologie à la Johns Hopkins School of Public Health après la Grande guerre, W.H. Frost est connu pour avoir le premier utilisé la méthode statistique (probabiliste et multifactorielle) dans l'étude des maladies chroniques (notamment respiratoires). De fait, Frost, l'un des premiers à avoir incarné et défendu l'épidémiologie comme discipline scientifique et universitaire aux États-Unis, célébré comme un innovateur sur le plan de la méthodologie (analyses rétrospectives de cohortes, études longitudinales prospective⁶⁸), constitue une figure emblématique de l'épidémiologie observationnelle aux États-Unis, précisément du passage de la description à l'analyse, où sont exigées à la fois une pratique de recueil scrupuleux et systématique de données sur le terrain (rétrospectivement ou prospectivement) et l'inventivité dans l'usage des mathématiques probabilistes.

L'« oubli » par Daniel Schwartz et Alain-Jacques Valleron de la trajectoire américaine d'un Frost ou d'un Goldberger ne relève pas de « l'esprit de clocher » : il ne fait guère de doute que les deux professeurs sont tout à fait convaincus de l'importance des travaux anglo-saxons dans leur discipline et dans son histoire. Ce n'est d'ailleurs pas le seul oubli, et à tout prendre, l'omission la plus étonnante concerne sans doute l'école

⁶⁷ BERLIVET Luc, *Une santé à risques. L'action publique de lutte contre l'alcoolisme et le tabagisme en France (1954-1999)*, op. cit.. Ainsi que la préface de Louis Massé à JENICEK Milos, *Introduction à l'épidémiologie*, Saint-Hyacinthe Paris, EDISEM Maloie, 1976.

⁶⁸ D'après SARTWELL Philip. E, « The contributions of Wade Hampton Frost », *American Journal of Epidemiology* 104 (4), 1976, pp. 386-391 ; LILIENTHAL Abraham M., « Wade Hampton Frost : contributions to epidemiology and public health », *American Journal of Epidemiology* 117 (4), 1983, pp. 379-383 ; COMSTOCK George W., « Cohort analysis: WH Frost's contributions to the epidemiology of tuberculosis and chronic disease », *Sozial-und Präventivmedizin* 46 (1), 2001, pp. 7-12.

anglaise de statistiques médicales qui se développe à la même époque (des années 1900 jusqu'à l'après-45) autour de Major Greenwood, puis de son élève Bradford Hill, dans l'unité statistique du Medical research council (MRC) et à la London School of Hygiene and Tropical Medicine⁶⁹. Or, le moment anglais semble décisif car il marque l'entrée dans le champ médical, en deux temps, de médecins spécialistes de mathématique probabiliste (élève de Pearson Greenwood est un fervent biométricien, qui ambitionne de découvrir les lois mathématiques des maladies) : le champ des maladies infectieuses par Greenwood d'abord, lequel évite l'affrontement avec la bactériologie triomphante en essayant de montrer par l'exemple les avantages de la statistique inférentielle ; la recherche clinique, par Hill principalement, ensuite, avec la révolution de la « *randomisation* » (dont la première occurrence concernait d'ailleurs la vaccination prophylactique de la coqueluche, donc une maladie infectieuse, pour lesquelles Hill manifestait un réel intérêt). Toutes choses différentes par ailleurs, l'Angleterre (avec Greenwood) connaît ainsi un « moment probabiliste » un demi-siècle avant la France (avec Schwartz).

L'oubli de Frost relève plutôt d'une méconnaissance de la trajectoire américaine en général, méconnaissance elle-même liée aux autres « problèmes » de la conception générale de l'épidémiologie des deux statisticiens de l'INSERM (hiérarchie des types d'épidémiologie, désintérêt pour les maladies transmissibles, supériorité de la théorie sur la collecte des données, indexation sur la recherche médicale) : c'est tout simplement l'épidémiologie de santé publique qui est ici négligée. Nul hasard si T. Ancelle, un spécialiste de l'épidémiologie appliquée⁷⁰, défend une toute autre vision de l'« épidémiologie ». Sans ajouter sa propre définition de l'épidémiologie – car « tenter de définir l'épidémiologie s'apparente au jeu oulipien consistant à remplacer chaque mot d'un texte par sa définition et à recommencer l'opération *ad libitum* » -, Thierry Ancelle procède à un triple déplacement de ce qu'il identifie comme les trois notions centrales du savoir épidémiologique (« science des causes de survenue de maladie dans la population ») : déplacement des *maladies* vers les « altérations de l'état de santé », de la *population* vers des « groupes » (au début de malades, puis au-delà en population générale) ; et des *causes* vers les « facteurs de risque » ou d'exposition à une maladie. La surveillance épidémiologique se distingue de la recherche par ce triple déplacement. Ce qui caractérise la recherche épidémiologique est en effet son obsession de la causalité ; d'ailleurs, les premiers travaux français d'épistémologie de l'épidémiologie retiennent comme « grands textes » de l'épidémiologie (et notamment de l'épidémiologie « moderne ») différents écrits sur la corrélation, l'inférence, l'expérimentation, les essais cliniques ou la notion de cause⁷¹.

Dans l'histoire de l'épidémiologie telle qu'elle est écrite aujourd'hui par ses plus illustres représentants, l'éclison ou la marginalisation d'une tradition de surveillance est ainsi très nette. Elle n'est pourtant peut-être pas la plus importante. Un poncif de

⁶⁹ Même si Hill et Amberson sont cités.

⁷⁰ Il sera l'un des principaux animateurs de l'IDEA (cf. chapitre 3)

⁷¹ LEPLÈGE Alain, BIZOUARN Philippe et COSTE Joël, *De Galton à Rothman: les grands textes de l'épidémiologie au XXe siècle*, Paris, Hermann, 2011.

l'historiographie veut ainsi que « l'épidémiologie » (et non plus seulement la statistique mathématique) ait connu trois périodes, ou trois ères : les statistiques sanitaires, « l'épidémiologie » des maladies infectieuses, « l'épidémiologie » (ou statistique probabiliste) des maladies chroniques⁷². Mais la signification de cette périodisation n'est pas claire. Il est certes admis que l'épidémiologie a connu une transformation fondamentale dans les années 1940 et 1950 avec l'apparition d'un ensemble de travaux appliquant à des données médicales le raisonnement probabiliste (la « science du risque pathologique »), à côté des « vieilles » statistiques descriptives de santé, constituées pour l'essentiel des « grands nombres » des données de mortalité et de morbidité. Mais le fait est que le terme même d'« épidémiologie » renvoie d'abord, historiquement, à l'étude des épisodes massifs de maladies infectieuses. Alberto Morabia – comme tous les historiens de l'épidémiologie et les épidémiologistes aujourd'hui – a beau insister sur le caractère dépassé de ce « nom contextuel » (« *a contextual name* »⁷³) et proposer de la remplacer par une expression désignant « ce qu'est vraiment devenue » la discipline aujourd'hui, une « étiologie de la santé de la population » (« *population health etiology* »), il n'empêche que depuis son apparition dans l'Angleterre du 19^e siècle avec la création de la *London Epidemiological Society* en 1850, l'épidémiologie a été, et est encore et toujours, marquée par une trajectoire historique qui lui a longtemps donné pour objet exclusif les grandes épidémies infectieuses. Longtemps ? Environ un siècle. Malgré certains « précurseurs », depuis les expérimentations de Lind sur le scorbut jusqu'aux travaux de Frost sur les maladies respiratoires, le véritable tournant en faveur des maladies chroniques intervient dans les années 1950. Nul hasard dès lors si, comme je l'ai signalé, le *Traité de santé publique* propose les noms de Pasteur ou Koch dans son historique, et si d'autres histoires de l'épidémiologie accorde une place conséquente à la bactériologie⁷⁴ : c'est bien le savoir sur les microbes qui structure l'épidémiologie dans sa deuxième période ! Autrement dit, l'épidémiologie probabiliste des risques de survenue des maladies (chroniques) est sans doute moins venue apporter la revanche de précurseurs vaincus par l'approche biologiste monocausale que contester la position d'une science de l'action prophylactique entièrement reconfigurée par la révolution pastoriennne.

Jusque dans les années 1960 comprises, l'épidémiologie est en effet considérée en France comme la science de l'action prophylactique, tout entière issue de la révolution pastoriennne⁷⁵. L'épidémiologie est présentée comme « la discipline qui étudie les relations entre les êtres vivants et le milieu animé, ou inanimé qui les environne » ou

⁷² Il s'agit là d'une évidence pour les spécialistes américains de l'épidémiologie et de la santé publique (par exemple SUSSER M. et SUSSER E., « Choosing a future for epidemiology: I. Eras and paradigms », *American Journal of Public Health* 86 (5), mai 1996, pp. 668-673 ; BROWNSON R. C. et PETITTI Diana B., *Applied Epidemiology: Theory to Practice*, New York, Oxford University Press Inc, 1998.)

⁷³ Le terme a « plus à voir avec les circonstances dans lesquelles la discipline est née qu'avec la substance de la discipline à l'état présent » (MORABIA Alfredo (éd.), *A History of Epidemiologic Methods and Concepts*, *op. cit.*, p. 4, ma traduction).

⁷⁴ SUSSER Mervyn et STEIN Zena, *Eras in epidemiology*, *op. cit.* : chap 10 et 11.

⁷⁵ Je m'appuie ici en partie sur partie des éléments présentés par Claude Thiaudière lors du séminaire de restitution du projet à Vaux en Cernay.

« l'histoire naturelle des maladies infectieuses et parasitaires dans un groupe d'êtres vivants »⁷⁶. On retrouve cette conception dans maintes publications du *Bulletin de l'Institut Pasteur*, et encore, par exemple, en 1969 dans un article que Marcel Baltazard, professeur d'épidémiologie à l'Institut Pasteur écrit à propos de « La recherche épidémiologique et son évolution » (sous-titré « L'exemple d'un travail d'équipe sur la peste »)⁷⁷. La recherche en question est une forme d'investigation de terrain appelée « enquête épidémiologique », qui part d'un événement (un individu chez qui on soupçonne une maladie infectieuse) ou de l'étude d'un foyer infectieux, se caractérise par la réalisation d'un diagnostic clinique (interrogatoire, examen), puis d'une analyse biologique, se prolonge (le cas échéant) par la recherche de la source (un foyer, le porteur du germe, etc.) et s'achève avec les mesures prophylactiques adaptées (traitement des malades par l'isolement, la désinfection, la vaccination ou la thérapeutique, etc.) et de la source. L'« enquête épidémiologique » consiste en bref à étudier les conditions d'émergence et de développement d'une épidémie infectieuse, et à y mettre un terme en agissant de manière prophylactique, directement ou non (l'action peut porter sur l'agent infectieux, le mode de transmission, le terrain réceptif, etc.). Ce type de savoir, très appliqué, s'appuie sur un réseau d'hygiène (les dispensaires) et de soins (les services hospitaliers de bactériologie clinique) pour le diagnostic clinique, et sur des laboratoires de biologie pour l'analyse bactériologique, mais aussi sur les structures administratives qui non seulement ont pour mission la politique de vaccination et le suivi des maladies les plus dangereuses (à déclaration obligatoire), mais confient aussi des enquêtes épidémiologiques sur des foyers épidémiques à leurs corps d'inspecteurs de santé. Toute une tradition, à la fois clinique, biologique et hygiéniste, s'est ainsi développée, principalement dans la médecine coloniale (avec la multiplication des Instituts Pasteur dans les colonies) et militaire (le Val-de-Grâce accueille longtemps la seule chaire d'« épidémiologie »).

Dans « l'enquête épidémiologique », la statistique occupe une position secondaire. En effet, si des statistiques descriptives de mortalité et de morbidité aident à prendre la mesure de l'ampleur de l'épidémie, elles demeurent secondaires par rapport à l'analyse clinique et bactériologique, et s'avèrent d'une utilité faible pour l'action prophylactique, de type médico-administrative, réalisée par des médecins avec le soutien de l'administration locale de la santé. Or, c'est cette définition qui est effacée par le coup de force que constitue la parution de l'ouvrage de Daniel Schwartz et Claude Rumeau-Rouquette en 1970, lesquels, sous influence anglo-saxonne, renomment « épidémiologie » le savoir strictement statistique qui étudie la fréquence des maladies dans des groupes de population, et mettent en avant la production d'hypothèses sur l'étiologie et la prévention des maladies – même si, on l'a dit, les auteurs préfèrent, non sans goût du paradoxe, désigner leur activité par le terme de « biostatistique ». Effacement sans doute progressif : comme on le verra au chapitre

⁷⁶ Selon GERNEZ-RIEUX Charles et GERVOIS Maurice, *Eléments d'hygiène et de médecine sociale*, 1961. Les deux auteurs sont professeurs à la faculté de médecine de Lille. Gernez-Rieux est également directeur de l'Institut Pasteur de Lille.

⁷⁷ BALTAZARD Marcel, « La recherche épidémiologique et son évolution. L'exemple d'un travail d'équipe sur la peste », *Bulletin de l'Institut Pasteur* 67 (2), 1969, pp. 235-262.

suivant, D. Schwartz proteste encore dans les années 1980 contre les travaux qui prétendent relever de l'épidémiologie au motif qu'ils traitent de maladies transmissibles alors même que leur appareillage statistique demeure descriptif, sommaire, et bien loin des exigences « scientifiques » de l'épidémiologie analytique. Mais effacement qui semble irréversible : l'épidémiologie est (reconnue comme) la science des facteurs de risque, un savoir proprement statistique, au service de la recherche biomédicale et (voire) de la santé publique. L'effacement de l'enquête pastorienne au profit de l'analyse probabiliste accompagne la marginalisation de la lutte contre les maladies transmissibles et la montée en puissance de la lutte contre les maladies chroniques. Le succès de l'antibiothérapie et de la vaccinothérapie, désormais indispensables et dispensées par la médecine libérale, suppose un appareillage statistique de démonstration de la preuve thérapeutique, devenu incontournable dans les essais cliniques, cependant que les maladies chroniques supposent une approche multifactorielle plutôt qu'unifactorielle (comme dans le modèle pastorien). Du côté de l'État, l'utilité de l'enquête épidémiologique est également moindre, sans être nulle pour autant : la survenue de foyers infectieux peut justifier ponctuellement le déploiement de ce savoir pastorien. Même si, le domaine de la santé, la priorité de l'État est passée à la maîtrise des dépenses, donc à la production de statistiques d'activité (notamment hospitalières), les maladies dites « émergentes » semblent encore, du moins à première vue, exiger la mobilisation des savoirs de l'enquête épidémiologique de type pastorien.

L'histoire indigène des formes d'épidémiologie propose finalement une conception assez étroitement internaliste de la discipline, perçue comme une science fondamentale, une statistique fondamentalement mathématique, théorique, explicative, désormais admise (après bien des difficultés) dans le monde de la recherche biomédicale. Ce récit met de côté deux traditions qui sont loin d'être négligeables : l'épidémiologie appliquée à la santé publique, d'une part – dont on a souligné qu'elle était pratiquée par des médecins américains issus du Public Health Service, un corps de fonctionnaires fédéraux –, l'épidémiologie pastorienne monofactorielle, d'autre part. Ce sont ces oubliés du grand récit qui font retour avec la veille sanitaire.

Veille sanitaire

Les définitions indigènes de l'épidémiologie et de son histoire permettent d'apporter des éléments de réponse aux questions soulevées en introduction. Comment la « veille sanitaire », qu'on a provisoirement définie comme une surveillance de santé publique, s'inscrit-elle dans cette histoire de la santé publique et des épidémiologies ? Est-elle l'héritière de la seule épidémiologie descriptive, des vieilles statistiques sanitaires ? Quel rapport entretient-elle avec l'enquête épidémiologique pastorienne ou avec la mathématisation des statistiques, cette statistique inférentielle qui s'est d'abord intéressée aux facteurs de risques, puis à un nombre croissant de risques de santé ? Pour répondre à ces questions, il faut s'appuyer sur l'histoire de la veille sanitaire par ceux qui l'on fait à l'INVS, comme Jacques Drucker et Gilles Brücker ses deux premiers

directeurs, ou Jean-Claude Desenclos, qui a occupé des postes de direction depuis l'origine, mais aussi sur celle du *disease control* et de la *field epidemiology* aux États-Unis. Il n'est pas difficile de justifier ce choix, car c'est celui des spécialistes eux-mêmes. Ainsi, dans une « note pédagogique » sur la veille sanitaire publiée en 2012 par trois membres de l'INVS dans la *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, les notions d'« observation », de « surveillance », et de « veille » sont rapportées de manière systématique aux approches américaines⁷⁸. C'est de l'histoire du *disease control* aux États-Unis⁷⁹ qu'il faut partir pour comprendre la veille sanitaire, car celle-ci est d'abord l'héritière du « renseignement épidémique » (*epidemic intelligence*), la détection précoce et l'alerte face à des problèmes pathologiques connus, dont le développement dans les années 1950 suppose à la fois la rénovation des « vieilles » statistiques sanitaires et l'activation de l'enquête pastorienne. Mais les inflexions récentes de la veille sanitaire sont également liées à la montée en puissance du paradigme de la *preparedness* depuis les années 1990, qui n'est pas exactement la réplique du renseignement épidémique en ce qu'il s'agit de se préparer à et d'anticiper sur des événements inconnus.

Fondation : le « renseignement épidémique » aux États-Unis

L'origine et la trajectoire des structures dédiées au contrôle des maladies aux États-Unis sont façonnées par les enjeux militaires, et notamment les enjeux de défense civile. La mission première donnée au CDC est en effet de protéger la population dans le cadre de la politique de défense civile. Créé en 1942 et dirigé par Joseph Mountin, l'Office of Malaria Control in War Areas est un programme expérimental militaire chargé de protéger contre le paludisme les camps militaires d'entraînement situés dans les États du Sud. Les opérations d'éradication des moustiques passent alors principalement par l'utilisation massive de larvicides (dont le plus efficace est le DDT, découvert en 1939), et supposent la collaboration entre les biologistes, spécialistes en parasitologie, et les ingénieurs. En 1946, l'Office est transformé en un Center for Communicable Diseases, installé à Atlanta (Géorgie), dont la mission est de protéger les États-Unis contre les maladies transmissibles les plus graves (fièvre jaune, dengue, typhus, variole, peste etc.). J. Mountin renonce à réclamer le titre d'Institut pour ne pas soulever l'opposition des National Institutes of Health (NIH), un ensemble d'instituts fédéraux dédiés à la recherche en santé, dont la direction ne voit par ailleurs aucun inconvénient à une division du travail qui attribue au nouveau CDC le contrôle

⁷⁸ EILSTEIN D., SALINES G. et DESENCLOS J.-C., « Veille sanitaire : outils, fonctions, processus », *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique* 60 (5), octobre 2012, pp. 401-411.

⁷⁹ Outre les écrits des épidémiologistes eux-mêmes, notamment Alexander Langmuir, Michael Gregg, et Steven Thacker, je m'appuie sur ETHERIDGE E., *Sentinel for Health*, Berkeley, University of California Press, 1992 ; PARASCANDOLA Mark, « The epidemiologic transition and changing concepts of causation and causal inference », *Revue d'histoire des sciences* 64 (2), 2011, p. 243 ; MCKENNA Maryn, *Beating Back the Devil: On the Front Lines with the Disease Detectives of*, New York, Free Press, 2004 ; FEARNLEY Lyle, « Epidemic Intelligence. Langmuir and the Birth of Disease Surveillance », *Behemoth* 3 (3), janvier 2010 ; « A tribute to Alex Langmuir », *American Journal of Epidemiology* 144 (8), 1996. Ainsi que WARSHOFKY Fred, *Epidemic Detectives*, Stoughton, Scholastic Book Services, 1963 ; ASTOR Gerald, *The disease detectives: deadly medical mysteries and the people who solved them*, New York, New American Library, 1983.

des « vieilles » maladies infectieuses, rares et/ou de mieux en mieux maîtrisées, et au NIH lui-même la recherche fondamentale sur les « nouvelles » maladies chroniques (cancer, maladies cardio-vasculaires). D'ailleurs, au cours des années 1950 et 1960, le CDC voit ses missions progressivement élargies à tout ce que le NIH décide d'abandonner car dénué de tout intérêt scientifique au vu de la transition épidémiologique, comme les maladies vénériennes, la tuberculose ou les programmes de vaccination. En 1970, son nom est transformé en Center for Disease Control, dont la mission est de prêter assistance aux États fédérés lors de la survenue d'épidémies ou de risques pour la santé des populations au-delà des seules *communicable diseases*. Des divisions sont bientôt consacrées à la santé reproductive, la santé environnementale, la santé au travail ou les maladies chroniques. Le CDC devient une agence fédérale en 1973, connaît une grave crise en 1976 en raison de sa gestion trop anticipée d'une pandémie grippale qui ne vient pas (on y revient au chapitre 7), se transforme en un ensemble de Centres (les Centers) en 1980 et ajoute la prévention à son titre (mais pas à son acronyme) en 1992. L'histoire du CDC est marquée par une série de faits d'armes, qui en ont fait une institution internationalement réputée : l'identification d'un vaccin anti-polio défectueux (le Cutter incident, 1955), la lutte contre la variole (Bangladesh, 1972, menant à l'éradication de la maladie), la découverte de la légionellose (dans un hôtel abritant une convention de vétérans, 1976), l'alerte sur le SIDA (1981), et bien d'autres (le virus Ebola, le West Nile Virus, le syndrome de choc toxique, les toxi-infections alimentaires, etc.). Alors qu'il était censé travailler sur un objet en déclin, les maladies infectieuses, le CDC montre son utilité avec le retour des pandémies grippales (1957, 1968), les nouveaux virus (Ebola, VIH), et les maladies émergentes ; il intervient à l'extérieur du pays dès 1958, lors d'une épidémie de choléra et de variole au Pakistan oriental. Il est aujourd'hui souvent présenté comme la plus grande agence fédérale hors Washington DC.

« 24/7, saving lives, protecting people » : le slogan des années 2010 du CDC rappelle de manière très juste l'impératif de protection que l'agence s'est très tôt imposé. Un tournant souvent présenté comme majeur est intervenu dès 1951 avec l'approbation par le Congrès américain de la création de l'*Epidemic Intelligence Service* (EIS) par Justin Andrews et Alexander Langmuir, en pleine guerre de Corée, et dans le contexte de la guerre froide et de craintes d'attaque biologique. Andrews, spécialiste du paludisme et scientifique issu du PHS est alors le directeur du CDC ; Langmuir, aujourd'hui considéré comme le père de l'épidémiologie « appliquée » (applied, AJE 2002) et/ou « de terrain » (« field », Gregg), est alors le chef de l'*Epidemiology branch* du CDC, renommé Bureau du programme épidémiologique (*Epidemiology Programme Office* EPO) jusqu'en 1970⁸⁰.

L'EIS est un dispositif de formation d'épidémiologistes appelés à servir comme officiers du Public Health Service et capables, dans un premier temps, d'intervenir en cas

⁸⁰ L'EPO est en 2015 le Center for Surveillance, Epidemiology and Laboratory Services (CSELS), dont les services incluent la formation EIS, la formation biologique, l'informatique, l'éducation et l'information scientifique). Le CSELS est l'une des deux divisions de l'Office of Public Health Scientific Services, la seconde étant le National Center for Health Statistics.

d'attaque biologique. La formation est longue et avant tout pratique : après trois semaines d'un cours introductif, les stagiaires passent deux ans sur le terrain, pour l'essentiel dans les départements de santé des États américains. Elle obéit au principe du « *learning by doing* » ou « *training through service* », sur le modèle du résidanat que Langmuir a vécu comme étudiant à l'hôpital de Boston, en vertu duquel l'étudiant apprend la médecine en exerçant (il prend en charge des patients) et en bénéficiant du compagnonnage d'un médecin expérimenté (et plus largement d'une équipe). Elle n'est pas destinée à former des professionnels de l'épidémiologie de terrain à temps complet (certains peuvent retourner à l'exercice de la médecine clinique ou faire une carrière universitaire), mais plutôt un corps de réservistes, mobilisables en cas d'événement exceptionnel (par exemple de guerre). L'un des arguments consiste à présenter l'enrôlement des médecins comme une mesure de rationalisation : ces derniers rechignant pour la plupart à partir au front en Asie, ils seront ainsi mobilisés au mieux de leurs compétences. La formation porte alors uniquement sur les épidémies, d'où son nom – ses fondateurs regretteront d'ailleurs ne pas l'avoir nommé *Epidemiologic Intelligence Service*⁸¹ –, car son objectif est de doter le système de santé publique américain de spécialistes capables d'assurer la défense du pays contre la menace biologique que constitue la manipulation intentionnelle des virus, donc de les détecter, les identifier et les éliminer. Contrairement à ce que bien des hagiographes laissent entendre, la création de l'EIS n'est pas tant une réaction d'adaptation de Langmuir à la situation nouvelle créée par la guerre de Corée, que la conséquence d'une nouvelle conception de la surveillance épidémiologique à l'aune des enjeux militaires de la défense civile défendue avec succès par Langmuir, un épidémiologiste au cœur de ces questions depuis la seconde guerre mondiale⁸².

À la fin des années 1940, l'administration fédérale fait l'objet de réformes importantes dont le *Civil Defense Act* signé en 1950 par le président Truman représente l'aboutissement. L'administration entend tirer les enseignements de la seconde guerre mondiale autour d'un concept, la « défense civile », qui prend acte des transformations de la guerre qu'impliquent les nouvelles armes aérienne, nucléaire et biologique. Il ne s'agit plus d'organiser seulement la protection des soldats et des bases militaires, mais bien celle du « pouvoir de production », la population, les usines, les infrastructures de transport, etc. Ce sont de nouvelles formes de préparation ou d'alerte préventive qui sont alors mises en œuvre afin de faire face à des attaques peu probables mais potentiellement dévastatrices (l'attaque nucléaire fait figure d'exemple paradigmatique) : détection précoce, cartographie des vulnérabilités, exercice de simulation, protection des sites « sensibles », etc.⁸³. La « détection précoce » *par la surveillance continue* est précisément ce que Langmuir prétend, et réussit à, apporter à la politique de défense civile contre la menace biologique.

⁸¹ LANGMUIR Alexander D. et ANDREWS Justin M., « Biological Warfare Defense », *American Journal of Public Health* 42, 1952, pp. 235-238.

⁸² FEARNLEY Lyle, « Epidemic Intelligence. Langmuir and the Birth of Disease Surveillance », *art. cit.*

⁸³ LAKOFF Andrew et COLLIER Stephen J. (éds), *Biosecurity interventions: global health & security in question*, New York, Columbia University Press, 2008.

Alexander Langmuir est bien placé pour ce faire, puisque non seulement il a servi en tant qu'épidémiologiste dans l'armée américaine pendant la deuxième guerre mondiale au sein de l'Armed Forces Epidemiological Board, mais il a aussi participé aux travaux du US Committee on Biological Warfare, un comité secret (« *highly classified* ») chargé du programme et de la stratégie en matière d'armes biologiques, et à ceux du conseil de l'Army Chemical Corps, où la recherche et la production des armes biologiques sont effectivement réalisées. Comme le souligne L. Fearnley, Langmuir possède ainsi en 1949, au moment où il est recruté par le CDC, un droit d'accès aux secrets militaires (*security clearance*) plus important que le premier fonctionnaire fédéral de la santé (le Surgeon general), dont il est censé dépendre hiérarchiquement. Langmuir sait que l'armée américaine est très avancée en matière d'attaque biologique (dix-huit virus ont été militarisés avec succès), mais beaucoup moins en matière de défense contre l'arme biologique. Afin de mieux parer la menace de contamination de l'air, de l'eau ou de la nourriture par des agents biologiques, contre l'armée américaine en Corée comme sur le sol américain, Langmuir « suggère » ainsi l'idée que des épidémiologistes peuvent améliorer de manière décisive la planification et l'organisation de la défense civile par leurs capacités à percevoir la menace, porter un diagnostic rapide en cas d'attaque, déterminer la réponse curative et préventive adaptée, et lutter contre la peur et les réactions irrationnelles de l'opinion publique. En fait de « suggestion », Langmuir réussit un coup exceptionnel en à peine deux ans après son entrée au CDC : faire reconnaître par le pouvoir politique et l'État-major le caractère indispensable de la « surveillance épidémiologique » dans la défense contre les armes biologiques. Quelques mois avant le lancement de la formation EIS, Langmuir a en effet contribué au document qui, signé de l'Executive Office de la Présidence, guide la politique de défense en matière de guerre biologique (*Health services and special weapons defense*) ; à partir des années 1950, une partie du budget du CDC est dédiée à la défense civile, et prise sur les crédits militaires. Pour convaincre, Langmuir élabore des scénarios quant à une menace dont il sait qu'elle est totalement fictive, puisque les Américains et les Britanniques sont à l'époque les seuls armées en mesure de produire des armes biologiques, et il exploite la peur y compris par des programmes télévisés (« *What you should know about biological warfare* ») dans lesquels il montre en personne au public américain la facilité d'usage de ces nouvelles « armes » (de destruction massive, sans le mot !) que sont par exemple les aérosols qui simplifient le quotidien de millions d'américains⁸⁴.

La définition de la surveillance épidémiologique par Langmuir met en cause radicalement la domination des biologistes dans l'enquête épidémiologique de type pastorien, où la statistique n'intervenait quasiment pas : l'enjeu, en effet, n'est pas tant de comprendre la *cause d'une épidémie* par l'enquête pour rompre la chaîne épidémique (la cause est connue) que de *détecter précocement sa survenue* afin d'agir rapidement. Pour cela, Langmuir définit le « renseignement épidémique » comme une *vigilance permanente* : une surveillance en continu, indispensable à une détection précoce sinon en temps réel, et à une réponse rapide. Jugeant pour cette raison

⁸⁴ FEE E et BROWN TM, « The unfulfilled promise of public health: Deja vu all over again », *HEALTH AFFAIRS* 21 (6), décembre 2002, pp. 31-43.

indispensable de *refondre le système de notification* des maladies dans les États américains en le standardisant au niveau national et en accélérant les signalements, il obtient des États fédérés rien moins que la rénovation des *vital statistics* et l'intensification de leur usage.

Faisant office de courtier entre le milieu (plutôt militaire) de la défense civile et le milieu (médico-administratif) des statistiques sanitaires, Langmuir contribue à infléchir les politiques de santé publique au détriment notamment de l'attention pour les maladies chroniques, sinon au détriment des progrès en matière d'hygiène environnementale⁸⁵. Il produit aussi un déplacement important dans l'usage des données de mortalité et de morbidité par rapport aux premiers statisticiens du 19^e siècle (Farr ou Villermé) : il ne s'agit plus de chercher les facteurs socio-économiques des maladies, mais de disposer d'une mesure actualisée en permanence de leur évolution. En raison des progrès dans la connaissance des virus et bactéries et des réponses thérapeutiques ou préventives apportées, les épidémies infectieuses ne sont plus considérées comme des mystères à comprendre – ce qu'elles seront à nouveau avec les nouvelles pathologies à partir des années 1970 et 1980. Elles sont reconstruites comme de simples événements à percevoir précocement, des menaces à maîtriser. Ce déplacement correspond à celui de Langmuir lui-même dans l'espace institutionnel et professionnel. Après une formation scientifique (en physique) et médicale dans les grandes universités de l'Ivy league (Harvard et Cornell), Langmuir s'est en effet converti dans les années 1930 à l'épidémiologie de santé publique sous l'influence de *commissionners of health* (responsables de santé publique dans les États) de la côte est (Massachusetts et New York State) et à l'hôpital de Boston ; après une formation complémentaire en santé publique à Johns Hopkins, où il apprend l'épidémiologie avec le successeur de W.H. Frost, il intègre le PHS. Mais la guerre a infléchi la trajectoire en le faisant accéder à l'institution militaire puis à l'espace de la défense civile.

Les EIS *officers* sont ainsi des spécialistes du renseignement. Ils doivent connaître les méthodes statistiques, mais aussi et surtout les réponses à apporter à des situations concrètes : collecter des données, les analyser et diffuser les résultats. De fait, Andrews et Langmuir justifient le recours à la notion d'« *intelligence* » pour désigner l'activité de renseignement épidémiologique par son adéquation à quatre sens différents, pas moins, du mot (ils se réfèrent au Webster dictionary). L'*intelligence* des épidémiologistes de l'EIS renvoie selon eux à la fois à la capacité de connaître et de comprendre (la raison), à la capacité d'adaptation à une situation nouvelle (le discernement), à la capacité de relier des phénomènes différents, et, *last but not least*, à la fonction constituant à obtenir et restituer des informations, des renseignements. La dimension militaire est assumée d'emblée : les épidémiologistes sont des officiers portant l'uniforme, et on les désigne couramment comme les « sentinelles de la santé » ou les « forces spéciales » d'un CDC élevé au rang de « Pentagone de la santé publique américaine ». Le cœur du métier est l'anticipation, la détection et l'intervention, grâce à un système de surveillance étendue et à la rapidité de la

⁸⁵ Il soutient par exemple le rejet de la fluoration de l'eau.

capacité de réaction (alerte et réponse) aux événements inconnus. D'abord appelés à servir sur le sol national, ces nouveaux experts sont aussi utiles à l'étranger dans le contexte de la guerre froide, dont la logique justifie par exemple l'intervention au Pakistan oriental dès 1958, où il s'agit de prouver la supériorité de l'organisation américaine sur la concurrence soviétique.

Les EIS *officers* sont aussi comparés aux enquêteurs du FBI. On les appelle les « *disease detectives* », « *epidemic detectives* » ou « *medical detectives* ». La dernière appellation rappelle que, au moins dans les années 1950, ils sont bien des médecins de formation et appelés à intervenir sur le terrain (« *on the field* »), donc à travailler avec des autorités locales et à communiquer avec les médias locaux. Les épidémiologistes sont à la fois des scientifiques, porteurs d'une vision spécifique de la science, et des hommes d'action. L'épidémiologie des CDC repose sur une conception très appliquée de la science, une « *shoe leather epidemiology* » (« épidémiologie en chaussures de cuir »), dont le travail consiste à aller dans le « vrai monde », à arpenter le territoire national (voire celui des autres pays), faire du porte-à-porte si cela est nécessaire, conduire des entretiens qui pourraient fournir des informations précieuses, bref détecter puis investiguer toute épidémie (« *outbreak* »). Cette conception suppose un profil particulier : Langmuir était réputé rechercher des gens non seulement « brillants », mais aussi « enthousiastes » et « agressifs » (dans le bon sens du terme) ; le *background* scientifique ne compte pas plus que l'énergie et l'ambition. C'est qu'elle suppose un rapport instrumental au savoir : il s'agit de répondre à des urgences, donc de procéder à un travail scientifique rapide et frustre, « *quick and dirty* », plutôt que long et sophistiqué. Ce type de tâches semble rapprocher la *field epidemiology* de l'enquête épidémiologique de type pastorien, mais elle s'en sépare en ce qu'elle est largement probabiliste. Il s'agit certes de remonter la chaîne, mais aussi de recenser les cas, et, par comparaison avec des témoins épargnés, et à l'aide de probabilités simples, de prendre une décision avant même d'avoir identifié biologiquement l'agent pathologique : le renseignement épidémique reprend à l'enquête pastorienne certains éléments (qui ne lui appartiennent d'ailleurs pas en propre), mais il en ajoute d'autres, plus décisifs.

Le « renseignement épidémiologique » s'oppose ainsi complètement à la recherche épidémiologique réalisée dans les National Institutes of Health. D'après un « bon mot » (parmi beaucoup) de Langmuir, le CDC avait pour devoir de répondre à toutes les demandes des services de santé là où leurs collègues du NIH ne répondaient qu'aux demandes qu'ils jugeaient « intéressantes » (i.e. scientifiquement). Le clivage n'est pas seulement institutionnel. Dans les années 1950 et 1960, les biologistes du CDC regrettent eux aussi la montée en puissance des épidémiologistes : le chef de l'unité de biologie rechigne à envoyer systématiquement ses biologistes sur le terrain, et qualifie Langmuir de « *showman* » qui cherche la publicité. C'est tout l'intérêt de la disponibilité et la réactivité (« *instant availability* ») qui est en jeu. Le fait est qu'elles sont érigées d'emblée en devoirs incontournables de l'épidémiologie appliquée : Langmuir fait en sorte que « ses » EIS *officers* sautent dans le premier avion et soient sur place dans les 24 heures qui suivent la demande d'un État – et on en compte plus

de 200 dès 1952, souvent de fausses alarmes. L'esprit commando plaît au chef : Langmuir déclare à plusieurs reprises apprécier bien davantage les enjeux de gestion de son équipe, qu'il envoie le plus possible sur le terrain, aux petites affaires universitaires.

L'intervention épidémiologique, et de manière liée la surveillance, n'est pas la seule activité de l'épidémiologie aux CDC. Le cadre plus général de l'épidémiologie « appliquée » comprend aussi l'évaluation des politiques de santé⁸⁶. Mais elles en sont le cœur, comme l'atteste l'ouvrage de référence des CDC, *Field epidemiology*, dirigé en 1996 par Michael Gregg, le successeur de Langmuir à la tête de l'EPO. L'ouvrage, deux fois réédité, est tout entier consacré à « l'investigation de terrain » (« *the field investigation* »), qui correspond à l'intervention⁸⁷. Quant à la surveillance, la définition proposée par Langmuir dans le *New England Journal of Medicine* en 1963 est toujours citée comme la définition de référence :

« the continued watchfulness over the distribution and trends of incidence through the systematic collection, consolidation and evaluation of morbidity and mortality reports and other relevant data »⁸⁸.

Cette définition est reprise par Stephen B. Thacker, un autre successeur de Langmuir :

the « ongoing and systematic collection, analysis, and interprétation of outcome-specific data essential to the planning, implementation, and evaluation of public health practice closely integrated with the timely dissemination of these data to those who need to know. The final link of the surveillance chain is the application of these data to the control and prevention of human disease and injury »⁸⁹.

Ce que des spécialistes de l'INVS traduisent et résumant ainsi en 2012 :

Un « processus continu et systématique de collecte, d'analyse et d'interprétation de données pertinentes, diffusée en temps opportun à ceux qui en ont besoin en vue d'une action de santé publique »⁹⁰.

Deux dimensions fondent ainsi la surveillance : la *continuité et la permanence* de l'activité de collecte des données, d'analyse (donc de fabrication et de suivi d'indicateurs), et de diffusion des résultats, d'une part – qui constitue une mutation des statistiques sanitaires traditionnelles ; *l'information, la détection et l'anticipation*, bref l'action de santé publique comme finalités de cette activité, d'autre part. Ces deux dimensions, que l'on retrouve évidemment dans l'épidémiologie « de terrain »,

⁸⁶ BROWNSON R. C. et PETITTI Diana B., *Applied Epidemiology*, *op. cit.*

⁸⁷ GREGG Michael B., DICKER Richard C. et GOODMAN Richard A., *Field Epidemiology*, New York, Oxford University Press Inc, 1996.

⁸⁸ LANGMUIR Alexander D., « The surveillance of communicable diseases of national importance », *The New England Journal of Medicine* 268, janvier 1963, pp. 182-192.

⁸⁹ THACKER S. B. *et al.*, « Surveillance in environmental public health: issues, systems, and sources », *American Journal of Public Health* 86 (5), mai 1996, pp. 633-638.

⁹⁰ EILSTEIN D., SALINES G. et DESENCLOS J.-C., « Veille sanitaire », *art. cit.* : 403.

signalent le caractère *appliqué* de la surveillance, par opposition (systématiquement soulignée) à la recherche. Il ne s'agit pas d'améliorer les méthodes statistiques, mais d'appliquer les méthodes existantes aux enjeux « réels » de santé publique (ou de services médicaux) ; il ne s'agit pas de résoudre des questions de recherche, mais d'aider à l'action de santé publique.

Développements : la veille sanitaire en France depuis 1992

Quand ils font leur propre histoire, les épidémiologistes de la veille sanitaire soulignent d'abord, très classiquement, l'extension de la surveillance à « l'ensemble » des « risques sanitaires » ou « événements de santé », au-delà des maladies infectieuses. C'est largement ainsi que l'entend par exemple G. Brücker dans le *Traité de santé publique* qu'il co-dirige alors qu'il est directeur de l'INVS : autrefois consacrée aux seules maladies infectieuses, la surveillance est devenue un « processus » de maîtrise des « risques de santé ». Quant à l'épidémiologie d'intervention, elle reprend pour l'essentiel la définition américaine de la surveillance et de l'alerte⁹¹.

La première publication en français date de 1992, au moment où est créé le RNSP. Intitulé *Epidémiologie d'intervention*, l'ouvrage collectif reproduit assez fidèlement les différents cours donnés depuis 1984 dans l'IDEA (Institut pour le développement de l'épidémiologie d'intervention), une formation de trois semaines calquée sur le cours introductif de la formation EIS, et réalisée avec le concours des spécialistes américains des CDC, dont M. Gregg lui-même (cf. chapitre suivant). Dans un bref avant-propos à l'ouvrage, Gregg définit d'ailleurs la mission des « épidémiologistes qui pratiquent la santé publique » comme l'application quotidienne de l'épidémiologie à la « prévention de la mortalité évitable et de la mortalité prématurée » plutôt que l'intérêt très « théorique » pour les maladies « non infectieuses. Le plan de l'ouvrage voit se succéder la présentation rapide des outils de la statistique et la diversité des « problèmes épidémiologiques » (l'investigation vs la surveillance), avant des développements plus détaillés sur les étapes de la seule investigation. Dans leur définition préliminaire, où ils reprennent d'emblée la conception moderne de l'épidémiologie comme savoir statistique probabiliste, les directeurs de l'ouvrage insistent sur la « composante d'action essentielle » de l'épidémiologie d'intervention, « davantage outil de décision que méthode de recherche », et détaillent quatre tâches qui la composent, les trois déjà identifiées (surveillance, investigation et évaluation) auxquelles ils ajoutent la « communication » (notamment avec le public).

Au cours de la dernière décennie, les propositions de définition de la veille sanitaire convergent pour préciser l'articulation entre veille et surveillance. La veille sanitaire est structurée par la logique d'intervention, à défaut de s'y résumer. Ainsi, dans sa définition de la surveillance dans le *Traité de santé publique*, Gilles Brücker souligne que la maîtrise des risques de santé « passe par l'identification précoce des menaces pour la santé et par la définition des règles de protection des personnes »⁹². Au

⁹¹ Voir l'article de Gilles Brücker dans BOURDILLON François *et al.*, *Traité de santé publique*, *op. cit.*

⁹² *Ibid.*

demeurant, si le sous-ensemble consacré à la « veille sanitaire » dans le *Traité* comprend trois chapitres consacrés respectivement à « l'épidémiologie » (comme science de base), la « surveillance » et la « gestion d'une épidémie » (comme dimensions de l'action), il est significatif que le chapitre sur « l'épidémiologie » soit introduit par l'évocation de « deux événements sanitaires majeurs », la canicule et le SRAS, événements posant des problèmes à la fois de santé publique, donc politiques et médiatiques, et scientifiques⁹³. Jean-Claude Desenclos, directeur du Département des maladies infectieuses dès la création du RNSP en 1992, puis directeur scientifique de l'INVS, compte parmi les épidémiologistes qui ont le plus contribué au travail de clarification notionnelle. Dans une notice co-rédigée (avec Anne-Catherine Viso, également de l'INVS) dans un ouvrage de référence en 2010, il qualifiait la veille sanitaire en fonction de la sécurité sanitaire, elle-même définie comme « la protection de l'homme contre les risques pour la santé induits par le fonctionnement de la société »⁹⁴. D'une part, l'INVS « a une *mission universelle de surveillance* de l'état de santé de la population (...) et de veille sanitaire pour anticiper et détecter toutes les menaces pour la santé de la population »⁹⁵. D'autre part, la veille est distinguée de la surveillance, dont elle est une déclinaison ou une extension : elle « correspond à l'adaptation du concept de surveillance en santé publique à celui de sécurité sanitaire ». Dans la mesure où les systèmes de « surveillance en santé publique » (telle que définie *infra*) « n'assurent pas [n'assurent plus] une couverture exhaustive des risques sanitaires », une nouvelle stratégie leur adjoint « le signalement aux autorités sanitaires des situations ou événements susceptibles de menacer la santé, et la mise en œuvre de systèmes de surveillance non spécifiques mais très réactifs »⁹⁶. La veille est finalement « la collecte et l'analyse en continu par les structures de santé publique des *signaux* pouvant représenter un risque pour la santé publique *dans une perspective d'anticipation, d'alerte et d'action précoce* ». De manière frappante, cette définition situe la veille sanitaire au-delà de la surveillance de santé publique, qui ne permettrait plus de couvrir tous ces « risques sanitaires » que l'État entend maîtriser au nom de la sécurité sanitaire.

Dans un article plus récent co-écrit avec des collaborateurs de l'INVS (2012), Jean-Claude Desenclos a proposé une nouvelle approche conceptuelle de la veille sanitaire. Celle-ci est certes rapprochée de la notion d'*epidemic intelligence*, dans sa version reformulée par le CDC européen comme « processus de détection de vérification, d'analyse, d'évaluation et d'investigation de tout événement qui pourrait représenter un risque pour la santé publique » : à partir de systèmes de surveillance basés sur des indicateurs (classiquement) ou des événements, l'*epidemic intelligence* a pour fonction première de produire des alertes le plus tôt possible. Mais la veille sanitaire est aussi envisagée *plus largement que l'alerte*. Elle vise en effet à « rassembler et à analyser de manière précoce et permanente, dans une perspective d'action de santé publique, un

⁹³ Voir l'article de Thierry Ancelle dans BOURDILLON François *et al.*, *Traité de santé publique*, *op. cit.*

⁹⁴ DESENCLOS Jean-Claude et VISO Anne-Catherine, « Sécurité et veille sanitaires », in FASSIN Didier et HAURAY Boris (éds), *Santé publique. L'état des savoirs*, Paris, La découverte, 2010, pp. 341-350. (p. 342)

⁹⁵ *Ibid* : p. 344-345.

⁹⁶ *Ibid.* : p. 347.

ensemble d'informations sur les risques sanitaires connus ou inconnus ». Dans cette version, la veille sanitaire est placée dans une position d'expertise très stricte. C'est au « décideur » de gérer et maîtriser les risques sanitaires, et notamment de communiquer avec le public (contrairement à la définition de 1992). Les spécialistes de la veille ont pour seule tâche la « gestion de l'information sanitaire par de multiples approches », qui ne se réduisent pas aux seuls systèmes de surveillance. La veille est redéfinie comme un processus qui comprend trois étapes, la « réception » (percevoir le signal), l'« intégration » (l'analyser et de l'interpréter) et l'« effectuation » (informer, voire alerter). Dans la première étape, la veille est dite « pré-formatée » quand elle s'appuie sur des dispositifs de surveillance « classique », une « collecte structurée et préétablie de données » sur des « événements pré-définis », le plus souvent la surveillance épidémiologique, mais également d'autres formes de surveillance (« scientifique, médiatique, populationnelle »). Elle est dite non pré-formatée quand aucune collecte n'est pré-établie, que les événements ne sont pas encore connus : c'est notamment le rôle des formes de « vigilance » organisée et encadrée juridiquement, les activités de pharmaco-, hémo-, bio-, matérieo-, réacto-, cosméto-, toxico-, addicto-, ou encore radio-vigilances, ainsi que la vigilance alimentaire ou celle relative à l'assistance médicale à la procréation, prévues dans le Code de la santé publique. Si la proximité avec la définition de la surveillance est évidente, deux éléments nouveaux apparaissent. D'une part, la notion d'« information » sur des risques qui regroupe les données collectées par la surveillance mais aussi des événements observés par les systèmes de vigilance hors circuit ordinaire de collecte; le cœur de la démarche consiste à percevoir le « signal » de l'« information ». D'autre part les risques « non connus » occupent une place centrale, bien que la notion confine à l'oxymore si l'on s'en tient à la définition classique du risque comme aléa mesurable et calculable.

Cette nouvelle approche de la veille sanitaire a évidemment beaucoup à voir avec l'épisode de la canicule en 2003 ou avec l'épidémie de SRAS, événements en partie non prévus. L'enjeu est aujourd'hui d'anticiper les nouvelles menaces, sinon de « prévoir l'imprévisible », du moins de détecter les nouvelles maladies émergentes. Mais cette réorientation, qui n'est pas spécifiquement française, mais contemporaine d'une transformation profonde de la surveillance aux États-Unis en partie indépendante des « crises » sanitaires.

Dans ses travaux parus au début des années 2000, l'historien Nicholas B. King a montré en effet que le tournant de la « *preparedness* », nouveau paradigme de la défense civile américaine, n'était pas le résultat des nouvelles menaces de bioterrorisme (attaque à l'anthrax en octobre 2001), mais le produit d'un nouvel objet pour la biodéfense constitué dès les années 1990, les « maladies (infectieuses) émergentes »⁹⁷.

⁹⁷ KING Nicholas B., « Security, Disease, Commerce: Ideologies of Postcolonial Global Health », *Social Studies of Science* 32 (5)-(6), décembre 2002, pp. 763-789 ; KING Nicholas B., « The influence of anxiety: September 11, bioterrorism, and American public health », *Journal of the history of medicine and allied sciences* 58 (4), 2003, pp. 433-441 ; KING Nicholas B., « The Scale Politics of Emerging Diseases », *Osiris* 19, janvier 2004, pp. 62-76.

La pandémie de VIH-sida, la découverte d'autres virus nouveaux (Ebola dans les années 1970 au le coronavirus du SRAS dans les années 2000) ou mutants (grippe H5N1 et H1N1), ou de bactéries résistantes aux traitements (comme le bacille de la tuberculose) ont considérablement modifié l'horizon d'attente des pays développés à l'égard des maladies infectieuses : à l'espoir d'éradication des maladies a succédé la menace de l'émergence et de la réémergence des virus. Ce « retour », a fait l'objet d'un travail cognitif et institutionnel considérable, mené au début des années 1990 par des virologues comme Stephen Morse et des microbiologistes comme Joshua Lederberg, puis par des journalistes, tout particulièrement Richard Preston, du *Newyorker*, auteur de *The Hot Zone*, et Laurie Garrett, de *Newsday*, auteur de *The Coming Plague*, deux ouvrages à succès parus en 1994⁹⁸. Sur le plan institutionnel, après le rapport consacré aux *Emerging Infections. Microbial Threats to Health in the United States* par une commission de l'Institute of medicine (IOM) de la National Academy of Science, dans laquelle Morse et Lederberg ont joué un rôle de premier plan, ce sont les CDC qui prennent en charge le « nouveau problème » notamment via la revue *Emerging infectious diseases*, créée en 1996, et l'élaboration de plusieurs plans de prévention contre les maladies émergentes. Au tournant des années 2000, avant même l'attaque à l'anthrax d'octobre 2001, une nouvelle sous-discipline en santé publique se constitue, les « biodefense studies », dont le principal représentant est Donald A. Henderson, l'un des premiers EIS *officers* formés par Langmuir dans les années 1950, et l'un de ses plus proches collaborateurs.

King montre que la force de l'analyse promue par l'IOM et les CDC, mais aussi par l'OMS, réside dans les jeux sur les échelles micro et macro, l'échelle microbienne (le nouveau virus qui passe la barrière des espèces, ou mute pour s'adapter aux traitements) et l'échelle « globale » du changement lié à l'activité humaine et au progrès (transformations des politiques agricoles, intensification des échanges, etc.). L'idée centrale est celle de l'hyper actualité du poncif selon lequel « les virus ne connaissent pas de frontières » : la globalisation et la modernité favorisent la circulation, éventuellement intentionnelle, des virus, même si la menace peut tout aussi bien être venir de l'« intérieur » (le bioterroriste n'a pas forcément le même profil que le porteur des épidémies classiques qu'était l'immigrant, puis le touriste). King souligne que, jusqu'à ce jour, l'utilisation d'armes biologiques ou chimiques, dont l'interdiction remonte à un protocole international signé à Genève en 1925, est demeurée largement théorique hors situation de guerre civile ou de conflit armé : les actes de bioterrorisme sont en fait rarissimes (anthrax aux EU en 2001, gaz sarin au Japon en 1995), et la préparation contre de tels actes fondée presque exclusivement sur des simulations et des scénarios. En revanche, les virus émergents constituent une menace d'autant plus réelle qu'elle est largement médiatisée, comme dans les cas des épidémies de SRAS en 2003 ou d'Ebola en 2014.

Dans tous les cas, c'est le triptyque recherche fondamentale-surveillance-médicaments qui est construit comme le cœur de la lutte contre les maladies émergentes. Ces trois

⁹⁸ PRESTON Richard, *The hot zone*, New York, Anchor Books, 1995 ; GARRETT Laurie, *The coming plague: newly emerging diseases in a world out of balance*, New York, Penguin, 1995.

activités fondent en effet les plans de « *preparedness* », à la fois d'anticipation et de mise en alerte, qui se multiplient tout au long des années 2000 avec le soutien de l'OMS, et dont un exemple emblématique, car « global », est le « Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie » (ou *Global Outbreak Alert and Response Network*, GOARN) créé en 2000. Le premier pilier, la recherche fondamentale en virologie, biologie moléculaires ou écologie, vise à mieux comprendre les virus. Le deuxième, la surveillance épidémiologie, doit permettre de détecter et suivre les épidémies. Le troisième, thérapeutique, exige de développer la production de traitements, et tout particulièrement de vaccins, réputés les plus efficaces, afin de stocker en amont des crises. Le dispositif reconfigure la surveillance épidémiologique en la rapprochant de la sécurité nationale sur les plans institutionnel (dans le travail des agences et des administrations) et cognitif (dans l'approche des problèmes). Plusieurs savoirs nourrissent cette approche. Les espoirs sont par exemple placés dans la biologie moléculaire et la génétique (sur le plan de la recherche fondamentale) et les biotechnologies (sur le plan thérapeutique). Dans le cas de la surveillance, c'est une forme « renouvelée » par les technologies de l'information et de la communication qui autorise l'espoir de la détection précoce, sinon en temps réel, et d'un suivi le plus fin et précis de tout « événement » à l'échelle mondiale. L'accent est ainsi mis sur la surveillance en permanence à des fins (notamment) de détection de *l'inconnu*, et non plus (seulement) de la détection d'un problème sanitaire déjà identifié. Ajoutons que les « données » en cause vont aujourd'hui bien au-delà des maladies infectieuses : tout « événement de santé » (health event) est concerné.

La veille sanitaire comme savoir de gouvernement

Sur le plan cognitif, la veille sanitaire se donne donc à voir comme une version fortement améliorée de l'activité ancienne de surveillance de santé publique. Elle se définit par opposition à la recherche épidémiologique, et aux enjeux du monde scientifique. Elle s'appuie sur les « vieilles » statistiques sanitaires, mais en plaçant la priorité sur la continuité de la surveillance et sur l'appui qu'elle offre à la détection précoce des épidémies et à l'intervention rapide pour les endiguer, dans la logique de *l'epidemic intelligence*. Elle reprend certains principes de l'enquête pastorienne, mais donne la priorité à l'action (arrêter l'épidémie) sur la connaissance (en comprendre la cause), et fait primer le savoir statistique, et plus précisément probabiliste (aussi élémentaire soit-il) sur le savoir biologique. Elle ne s'attaque plus aux épidémies infectieuses, mais bien à tous les risques de santé, et doit mobiliser tout ce qui permet d'identifier des risques encore non connus.

Cette auto-définition soulève bien des questions, notamment sur le rôle respectif des dynamiques propres aux champs académique et étatique dans le développement de la veille sanitaire, ou sur les savoirs professionnels qu'elle mobilise. La place des médecins dans le développement de la statistique en (bio)médecine est ainsi un enjeu crucial. Si les premiers utilisateurs de statistiques descriptives n'étaient pas nécessairement médecins, certains médecins comptent parmi les précurseurs les plus célèbres, tels Pierre Louis ou William Farr : ils ont échoué à transformer la pratique de

la médecine (y compris en France, durant la première moitié du 20^e siècle). Ce sont au contraire des non médecins, à commencer par Louis Pasteur, qui ont infléchi le savoir « épidémiologique ». Principale figure de la statistique probabiliste en médecine au 20^e siècle, Daniel Schwartz n'est pas médecin, mais polytechnicien, comme certains de ses élèves de l'école de Villejuif (Philippe Lazar, Pierre Ducimetière ou Alain-Jacques Valleron, par exemple). Certains élèves de François Grémy, autre figure majeure du développement de la statistique et de l'informatique médicales à partir des années 1970, sont en revanche, comme lui, à la fois médecins et scientifiques de formation (c'est le cas de Marcel Goldberg, par exemple). Quant aux responsables déjà évoqués de la veille sanitaire, Jacques Drucker, Gilles Brücker, Jean-Claude Desenclos ou François Bourdillon, ils sont tous médecins, et pour la plupart formés à l'épidémiologie de terrain ou d'intervention – c'est aussi le cas des américains des CDC. Il semble donc, en première approximation, que l'épidémiologie de santé publique ou veille sanitaire est une activité portée et dirigée par des médecins, une forme d'expertise médicale dans l'action publique. Cette caractéristique différencierait l'épidémiologie de santé publique de la recherche épidémiologique, où la part des épidémiologistes non formés à la pratique médicale est tout sauf négligeable, et où la sophistication des outils et l'intérêt pour la théorie poussent même à démedicaliser les recrutements d'épidémiologistes ; à lire le rapport de l'Académie des sciences, ce n'est pas de médecins dont l'épidémiologie humaine a besoin.

Il faut combattre « l'illusion qu'il suffit d'un peu de bonne volonté et d'une brève formation complémentaire à un médecin pour un scientifique d'une autre discipline pour se transformer en épidémiologistes ». L'épidémiologie est une « spécialisation » après une première formation, en médecine, autres professions de santé, statistique, biologie ou sciences sociales⁹⁹. Dans la 8^e recommandation finale (le rapport en contient 12), qui porte sur le recrutement universitaire et scientifique, ce sont des postes de « probabilistes, statisticiens, mathématiciens, informaticiens » qui sont demandés.

Une inflexion de la dernière définition présentée, en apparence mineure, concerne le rejet de la responsabilité en matière de communication avec le public. Celle-ci faisait partie du bagage de base du *field epidemiologist*, expert le mieux à même de fournir des éléments d'information objectifs et formé à la communication. Il est possible que les spécialistes de la veille sanitaire aient appris au fil des années que la « communication de crise » était trop délicate et devait être laissée aux seuls responsables politiques. Dans tous les cas, cette inflexion ne perturbe que très marginalement la conception que se font d'eux-mêmes les spécialistes de veille sanitaire : ils se considèrent, et sont largement considérés, comme des experts. Cette conception n'est pourtant guère satisfaisante si l'on regarde d'un peu près ce qu'est l'institution en charge de cette activité¹⁰⁰.

⁹⁹ VALLERON Alain-Jacques *et al.*, *L'épidémiologie humaine*, *op. cit.* : p. 39.

¹⁰⁰ Dans les paragraphes qui suivent, je reprends en partie BUTON François, « De l'expertise scientifique à l'intelligence épidémiologique : l'activité de veille sanitaire », *Genèses* (65), 2006, pp. 71-91.

L'Institut national de Veille sanitaire a été pensé, vécu, décrit comme une agence « d'expertise ». L'expertise est une catégorie de classement tout à fait commune dans l'administration de la santé publique. Pour l'un des grands défenseurs de la santé publique en France, Claude Got, la création de l'INVS a ainsi marqué une évolution dans la relation entre les pouvoirs publics et ses structures d'expertise » : « il ne s'agit plus de faire confiance à des experts isolés ou à des commissions, mais de se doter d'un établissement capable de prévenir à temps les pouvoirs publics de l'émergence en cours ou probable d'un risque sanitaire et de suivre l'évolution des maladies »¹⁰¹. Catégorie indigène dans le monde de l'administration de la santé, l'expertise permet-elle pour autant de rendre compte de l'activité de veille sanitaire ?

Autonomes, les agences sanitaires fonctionnent dans le cadre de « lettres de mission », sur la base d'un « contrat négocié d'objectifs et de moyens », sous la contrainte d'un « contrôle de gestion » transparent et régulier, et des contrôles ponctuels, et fréquents, des corps d'inspection. Autant dire que l'INVS demeure dépendant du champ politico-administratif, notamment de ses besoins d'informations : établissement public administratif placé « de façon non ambiguë au sein de l'appareil d'État »¹⁰², l'INVS a, par exemple, vu certaines priorités de santé publique en matière de maladies chroniques ne pas être retenues par le ministère de la Santé, au motif qu'elles ne correspondaient pas aux besoins d'information de ce dernier. La catégorie d'expertise est-elle la plus pertinente pour rendre compte d'une activité consistant à traiter scientifiquement des informations d'abord définies par leur utilité pour la décision politique ? La réponse positive est possible, et même fréquente. Si l'on définit *a minima* l'expertise comme une relation sociale dans laquelle un acteur en mobilise un autre pour sa compétence à la fois spécifique, éventuellement attestée, et nécessaire ou utile à l'action qu'il entend mener¹⁰³, alors la relation qui unit les épidémiologistes de l'INVS aux décideurs politico-administratifs est bien de type « experte » : il y a bien mobilisation de connaissances scientifiques ou techniques utiles à la décision politique ou administrative, et, plus généralement, à la bonne administration et au bon gouvernement.

Pourtant, la veille sanitaire n'est pas seulement une activité scientifique, donc politiquement orientée dans son questionnement et son choix d'un objet (la rationalité en valeur chez Weber), mais bien, comme le soulignait Claude Got, une activité *indexée de manière continue*, et non pas ponctuelle, sur les préoccupations du politique. Cette disponibilité permanente, spécifiquement administrative, signale les dimensions politiques de l'activité de « veille sanitaire ». Celle-ci défend d'abord, de manière explicite, une cause autre que la seule production de connaissances

¹⁰¹ GOT Claude, *L'expertise en santé publique*, Paris, Presses universitaires de France, 2005 (Que sais-je ? 3747). : p. 70

¹⁰² ISNARD Hubert et POMAREDE René, « Les relations entre les agences et l'administration », *Actualités et dossier en santé publique* (37), 2001, pp. 30-32. : p. 32

¹⁰³ Sur l'expertise, voir notamment ROQUEPLO Philippe, *Entre savoir et décision, l'expertise scientifique*, Paris, Editions Quae, 1997 ; TREPOS Jean-Yves, *La sociologie de l'expertise*, Paris, Presses Universitaires de France, 1996 ; LASCOUMES Pierre, *Expertise et action publique*, Paris, La documentation française, 2005 ; DELMAS Corinne, *Sociologie politique de l'expertise*, Paris, La Découverte, 2011.

scientifiques : là où d'autres Instituts nationaux servent la cause nataliste (INED) ou la richesse de la nation (INSEE), l'INVS est au service de la santé des populations, une cause légitime. Mieux, afin de protéger la population contre tous les risques sanitaires, l'INVS a redéfini ses missions en durcissant les exigences de la surveillance de santé publique (exigence de continuité) tout en la complétant par l'attention à toutes les formes instituées de vigilance (les « autres » signaux). Dans cette acception, la veille sanitaire est au service du politique.

Les connaissances produites par l'activité de veille sanitaire ne sont pas seulement des données « scientifiques », c'est-à-dire établies selon une démarche scientifique, celle de la statistique probabiliste, mais aussi, et surtout, des informations utiles au politique. L'épidémiologie de la veille sanitaire prétend soumettre ses données à trois types de validité : scientifique, certes, mais aussi « décisionnelle » et de type « organisationnel »¹⁰⁴. La validité décisionnelle est définie comme la « capacité d'une information à éclairer un décideur du point de vue de son système de valeur et de ses critères de satisfaction ». Pour être construite « dans le dialogue entre épidémiologistes et décideurs », la « pertinence » d'une information scientifique n'en dépend pas moins avant tout des attentes de ces derniers. La validité de type organisationnel, de même, mesure la valeur d'une donnée épidémiologique à son traitement possible par l'organisation administrative de la santé publique. De nombreux exemples illustrent cette logique typique de la statistique publique, où la quantification est un « outil de gouvernement » avant d'être un « outil de preuve », pour reprendre l'opposition mise en évidence par Alain Desrosières. Dans cette logique, des données régionales sur un problème de santé seront jugées « invalides » dès lors que le niveau régional n'a pas de pouvoir de décision sur ce problème. De même, dans la définition des « objectifs de santé publique » définis par la loi de 2004, les plus détaillés de ces objectifs ne sont pas ceux pour lesquels des priorités ont été réfléchies et définies, mais ceux pour lesquels on dispose déjà d'indicateurs quantitatifs susceptibles d'appuyer une mesure ultérieure¹⁰⁵. Une manière de compenser les effets réducteurs de cette logique consiste à présenter toute information produite par la veille sanitaire comme porteuse en soi de la démocratisation des enjeux de santé publique : généreusement mise à disposition, notamment via les sites internet, l'information est susceptible d'être reprise par toutes les parties du débat public, à commencer par les associations de représentants des malades. On sait pourtant qu'il y a de loin de la mise à disposition à l'usage, *a fortiori* quand les informations abondent, comme les technologies de l'information et de la communication le permettent aujourd'hui.

L'opposition de la veille sanitaire à la recherche épidémiologique, en outre, n'a rien de fortuit. Positivement, elle souligne que les spécialistes de la veille sanitaire sont des hommes d'action dans le « vrai monde » (et non des chercheurs dans leur tour

¹⁰⁴ DAB William, « Observation, surveillance et décision. De la contemplation à l'action », *Actualités et dossier en santé publique* (8), 1994.

¹⁰⁵ BUTON François, « Sous l'empire des risques sanitaires: les métamorphoses de la santé publique », *Savopir.agir* (5), 2008, pp. 75-82.

d'ivoire) qui entendent participer à la décision politique en s'appuyant sur des méthodes bien établies pour résoudre des problèmes souvent urgents. Le manuel français d'épidémiologie « d'intervention » soutenait déjà que la veille sanitaire devait « apporter des réponses rapides et concrètes aux problèmes de santé des collectivités, afin d'éclairer les décisions dans le domaine de la santé publique »¹⁰⁶. Dix ans plus tard, afin de rendre compte de son expérience à la tête du RNSP puis de l'INVS, Jacques Drucker choisit de construire son livre sous la forme d'une série de « dossiers » valorisant l'investigation et l'intervention – chaque cas est « une aventure, une véritable enquête *policière*, un travail d'investigation pour traquer le microbe, chasser le toxique et suivre leurs pérégrinations, comprendre leurs ruses, trouver les moyens de les neutraliser »¹⁰⁷. Ses collaborateurs, les « détectives de la santé », sont des scientifiques : ils effectuent « un travail scientifique méconnu » qui « repose sur une expertise et des méthodes rigoureuses permettant [par exemple] d'enrayer en quelques jours une contamination bactérienne alimentaire qui aurait fait naguère des centaines de victimes en se propageant sans entraves pendant des mois »¹⁰⁸. Mais placés au service d'une cause supérieure, la santé, ils sont engagés dans un travail policier voire guerrier, l'investigation, où les actes héroïques abondent. Et où, bien souvent, il s'agit d'« agir sans savoir ».

Chaque « dossier » est introduit par la présentation d'un lanceur d'alerte particulièrement *vigilant* (médecin généraliste, de préférence), se poursuit avec l'identification plus ou moins confuse du problème par l'administration et par la mobilisation du RNSP-INVS, et s'achève par la découverte de la solution grâce au savoir-faire des épidémiologistes de la veille sanitaire, spécialistes cumulant compétences scientifico-techniques et qualités morales (dynamisme, débrouillardise, ténacité, volonté de réussir). Un épilogue pointe les responsabilités et tire des enseignements. De tous ces dossiers, c'est sans doute le premier qui est plus significatif : la victoire contre la listériose en août 1993 a fait office de baptême du feu pour le RNSP, qui ne compte alors qu'une dizaine de personnes. Parce qu'un épisode de listériose en 1992 avait contribué à la décision de créer le RNSP, J. Drucker attendait avec impatience un nouvel épisode de cette infection alimentaire (« Je dois l'avouer, nous espérons une flambée de listériose. Nous l'attendions de pied ferme, impatients de mettre à l'épreuve notre nouveau dispositif »). La *Listeria*, bactérie devenue « redoutable avec le développement du confort moderne », s'avère un « adversaire fascinant » qui combine « incubation longue, diagnostic difficile, gravité [soixante-trois morts et vingt-deux avortements en 1992], résistance ». C'est aussi, à l'évidence, un adversaire sournois, puisqu'il revient en scène « au pire moment, pendant le week-end du 15 août, le plus léthargique de l'année », celui où – l'épisode de la canicule de 2003 le mettra cruellement en évidence – la plupart des administrations sont en service restreint. En 1993, « l'opération » du RNSP se déroule parfaitement : en quatre jours, l'aliment présumé coupable est identifié. Mais le RNSP doit alors soumettre ses recommandations à une cellule d'urgence réunissant les administrations concernées

¹⁰⁶ DABIS François, DRUCKER Jacques et MOREN Alain (éds), *Epidémiologie d'intervention*, Paris, Arnette, 1992.

¹⁰⁷ DRUCKER Jacques, *Les détectives de la santé: virus, bactéries, toxiques, enquêtes sur les nouveaux risques*, Paris, Nil éd, 2002. : p. 17 (c'est moi qui souligne).

¹⁰⁸ Ibid.

(la DGS, mais aussi les puissantes Direction générale de l'alimentation, DGAL – ministère de l'Agriculture – et Direction générale de la consommation, de la concurrence et de la répression des fraudes, DGCCRF – ministère de l'Économie) et les agents économiques identifiés (patron de la chaîne de distribution, directeur de l'usine). Ces derniers étant acquis au principe de précaution, les produits sont retirés de la vente. Reste à attendre, trois semaines durant, que les résultats de l'analyse bactériologique confirment la justesse de la prévision des épidémiologistes : ce qu'ils feront, attestant que l'épidémiologie peut fonder des décisions justes en cas de crise et en situation d'incertitude.

Exemplaire, le récit réactive le mythe de John Snow qui, lors de l'épidémie de choléra à Londres en 1849-1854, fut le premier à mettre en évidence l'association purement statistique entre la maladie et la contamination de l'eau, et qui, face à l'incrédulité générale, aurait saboté lui-même la pompe que ses calculs avaient identifiée comme source de la contamination de l'eau, et ainsi enrayé l'épidémie. Mais agir comme John Snow sans savoir n'est évidemment ni possible ni pensable aujourd'hui : parce qu'ils ne peuvent retirer eux-mêmes un produit de la vente en grande surface, les épidémiologistes doivent convaincre les décideurs que leurs informations, à défaut d'être « certaines » (des données fondées sur le calcul de probabilités ne sauraient l'être), sont suffisantes pour agir, en attendant la confirmation scientifique (ici bactériologique) de la relation de causalité. Leur travail est de faire une hypothèse scientifique, mais aussi de la défendre et la rendre crédible dans le cercle de la décision publique : de faire admettre, en bref, qu'il n'est pas besoin de « comprendre pour agir »¹⁰⁹. Cet axiome de l'épidémiologie probabiliste est central pour l'épidémiologie de la veille sanitaire, pour laquelle l'action prime sur la recherche, et la prévision sur la compréhension. Mais il fait aussi écho à l'une des capacités les plus souvent soulignées (et critiquées) de l'analyse statistique, celle d'appréhender efficacement la réalité sociale sans jamais la connaître, et d'autant moins la connaître que les ordinateurs, les bases de données, et les techniques de traitement de l'information numérique se sont développés¹¹⁰.

La dimension politique de l'activité épidémiologique justifie ainsi, autant qu'elle le fonde, le positionnement institutionnel de l'INVS, sans doute extérieur à l'administration centrale, tout en étant proche d'elle, mais dans tous les cas *dans l'État*. Marcel Goldberg a montré que l'INVS se distingue d'un établissement scientifique comme l'INSERM ou le CNRS par son statut juridique (ce n'est pas un établissement public « scientifique et technique », ou EPST, mais un « administratif » ou EAP), ses modes d'évaluation (hiérarchique plutôt que par les pairs), le statut des épidémiologistes (non propriétaires de leur poste, disposant d'une moindre liberté de publication)¹¹¹. Même si les transformations des institutions de l'enseignement supérieur et de la recherche tendent à atténuer ces différences, tout indique le primat

¹⁰⁹ ABENHAÏM Lucien, *Canicules*, Paris, Fayard, 2003. : p. 27

¹¹⁰ BARDET Fabrice, *La contre-révolution comptable: ces chiffres qui (nous) gouvernent*, Paris, Les Belles Lettres, 2014. : p. 52.

¹¹¹ Lors du Séminaire du Groupe d'intérêt scientifique « Risques collectifs », « Expériences et pratiques de l'expertise scientifique. 28 juin 2002.

du politique, sinon l'intérêt de l'État, sur le scientifique dans l'activité de veille sanitaire, laquelle contribue au processus général de rationalisation de l'action publique, contribution fragile, dans la mesure où son épistémologie probabiliste la contraint à pondérer la production de la connaissance pour l'action (« connaître permet de prévoir et d'agir ») en proposition d'une connaissance pour l'action (« connaître sans comprendre permet d'agir »).

C'est d'ailleurs en tant qu'agence d'État que l'INVS peut bénéficier de tout le crédit de l'État pour réaliser des enquêtes, établir de grandes bases de données et/ou obtenir des informations sur les individus, comme dans le cas emblématique des notifications obligatoires de maladie, certes soumises à la législation sur la confidentialité des données individuelles, mais collectées par l'État au nom de sa capacité légitime à assurer l'intérêt général (cf. infra, chapitre 6). On a rappelé que la révolution biomédicale avait entraîné le déclin des réseaux médico-administratifs d'hygiène au niveau local. La greffe des agences sanitaires « prend » ainsi sur une administration centrale très peu pourvue en moyens (au centre comme au niveau déconcentré). On aura l'occasion de rappeler les facteurs, notamment budgétaires, qui ont contribué à « l'agencification » de l'État sanitaire, mais on peut insister à ce stade sur le rôle des « nouvelles technologies de l'information et de la communication » dans le réarmement de l'État via ses agences. Comme l'a montré Fabrice Bardet, une contre-révolution comptable a contrecarré l'expansion de la pensée probabiliste dans l'action publique et imposé ses indicateurs¹¹². Fabrice Bardet distingue en effet deux types de chiffrage ou de quantification, les dénombrements ou comptabilités d'une part, et les mesures d'autre part ; aux premiers correspondent les vieilles statistiques, mais aussi les mesures nouvelles d'efficience, les classements, etc. ; aux secondes, la statistique née de la révolution probabiliste. Il montre que, au contraire de l'avènement de la mathématique probabiliste, qui constituait une révolution scientifique, la contre-révolution comptable s'appuie sur une alliance très politique, sans aucune recherche de scientificité, de l'activité comptable avec les systèmes (de gestion) d'informations, alliance rendue plus efficace par le développement des technologies de l'information et les capacités quasi infinies de stockage sous forme numérique. Il souligne aussi que, contrairement au raisonnement probabiliste, cette « nouvelle pensée comptable » travaille par enregistrement quotidien et continu de données (plutôt que des enquêtes ponctuelles), selon une logique de surveillance individualisée (plutôt que par échantillon). Cette grille de lecture est assez stimulante pour interroger l'activité de veille sanitaire telle qu'elle est définie par ses acteurs. D'un côté, elle insiste sur son attachement au raisonnement probabiliste ; de l'autre, elle se rapproche de plus en plus de l'activité comptable par son ambition de surveillance en permanence, et son intérêt pour tous les événements, sinon, à ce stade, pour les individus.

La pertinence heuristique de la notion indigène d'expertise pour décrire la veille sanitaire apparaît finalement discutable. Si l'on examine par exemple la *temporalité* de l'expertise, on constate que la veille sanitaire ne respecte pas la séquence entre un « avant » (l'acquisition d'un savoir scientifique) et un « pendant » (la mise à l'épreuve

¹¹² BARDET Fabrice, *La contre-révolution comptable*, op. cit.

politique du savoir) de l'expertise. Elle se situe dans une autre temporalité, un « pendant » permanent. La veille sanitaire n'est pas une science mobilisée ponctuellement, comme dans le cas des « expertises collectives » de l'Inserm¹¹³ : elle fournit un renseignement scientifique à disposition permanente du politique. Cette différence dans la temporalité de l'activité est solidaire de toute une série d'autres. Ainsi, là où l'expertise scientifique négocie son rythme (car le temps de la recherche n'est pas celui du monde), la veille sanitaire se réfère au rythme du (vrai) monde ; là où l'expertise privilégie l'articulation entre des théories scientifiques et la situation problématique (il faut agir en connaissance de cause), la veille sanitaire vise la production d'une réponse, même imparfaite, à une situation politique problématique (il faut agir, souvent en situation d'incertitude).

La leçon tirée de la crise de la canicule de l'été 2003 par Lucien Abenhaïm – épidémiologiste ayant longtemps travaillé au Canada, nommé Directeur général de la santé en 1999, et démissionnaire au cœur de la crise – est significative de cette primauté accordée à l'utilité. L'action future face à un nouvel épisode de canicule, explique-t-il, pourra notamment s'appuyer sur une étude des CDC ayant identifié et hiérarchisé différentes solutions à ces crises, des « clés ». C'est qu'« on n'arrête pas les tremblements de terre avec des mots », mais avec « ce qu'on appelle “une analyse de santé publique” » : une analyse « scientifique », (« rigoureuse, systématique et austère »), sans être théorique (« dans l'absolu ») ; mais aussi et surtout une analyse ancrée dans la pratique, faite en fonction de « ce qui peut être fait concrètement, [de] ce qui fonctionne dans la pratique ». Les recommandations se caractérisent par leur caractère *ad hoc*, circonstancié, ajusté au contexte : « leur action est centrée sur le problème à résoudre – la chaleur –, et ne porte pas sur l'ensemble du système ». C'est pourquoi, plutôt qu'augmenter le personnel de soins ou d'aide aux personnes âgées (« l'augmentation des capacités de service » n'arrive qu'en sixième position des recommandations), il est préférable, et prioritaire, de multiplier les systèmes de climatisation, puis de déterminer des seuils d'alerte pertinents au niveau local¹¹⁴.

L'expertise scientifique ne saurait certes oublier d'anticiper sur les logiques d'usage de ses productions (l'expert est même censé dépasser son propre savoir), mais elle ne les définit pas prioritairement en fonction de leur utilité. Au contraire, la veille sanitaire est une activité de *prévision* plutôt que de *constatation* : porteuse d'une « volonté du savoir/prévoir »¹¹⁵, elle s'apparente à une forme d'*ingénierie*. Ken Alder a montré, dans son étude sur les manufacturiers sous la Révolution française, que les ingénieurs, loin de chercher la vérité, construisaient sciemment des artefacts : par principe, l'ingénierie « opère à partir d'une assomption simple, mais radicale : que le présent n'est rien d'autre que le matériau brut à partir duquel construire un futur meilleur »¹¹⁶. Dotée de

¹¹³ Pour un exemple récent : INSTITUT NATIONAL DE LA SANTE ET DE LA RECHERCHE MEDICALE, *Pesticides: effets sur la santé*, Paris, INSERM, Instituts thématiques, 2013 (Expertise collective).

¹¹⁴ ABENHAÏM Lucien, *Canicules*, *op. cit.* : p. 143 et suiv.

¹¹⁵ RETIERE Jean-Noël *et al.*, « L'ingénieur et le préfet. Prévoir la crue de la Loire (1846-1936) », in *Les sciences de gouvernement*, Paris, Economica, 2003, pp. 169-180.

¹¹⁶ ALDER Ken, *Engineering the Revolution - Arms and Enlightenment in France, 1763-1815*, Chicago ; London, University of Chicago Press, 1999. : p. 15 (ma traduction).

même d'une finalité pratique, la veille sanitaire s'intéresse non pas au monde tel qu'il est, sur le mode constatif, mais au monde tel qu'il devrait être, sur le mode prescriptif ; la transformation de ses artefacts en boîtes noires ne l'embarrasse pas outre mesure.

Service scientifique, ingénierie politique, la veille sanitaire se distingue encore de l'expertise scientifique par la priorité qu'elle accorde à la *circulation* des informations par rapport à leur *problématisation*. Elle recueille, traite et diffuse des informations sanitaires davantage qu'elle ne les problématise, opération utile mais non nécessaire. On pourrait dire que l'INVS ne produit pas tant « ses » propres productions scientifiques qu'il ne fournit « des » informations, ou des analyses de ceux qu'il parvient à faire remonter. Une telle position n'est pas sans créer, parmi les épidémiologistes rencontrés, une frustration assez comparable à celle que des statisticiens de l'Insee peuvent exprimer vis-à-vis des « tableaux de bords », outils d'évaluation de la politique de la ville qui les enferment dans un rôle d'intermédiaire chargé d'un traitement secondaire de données, plutôt que de les définir comme des producteurs de connaissances scientifiques¹¹⁷.

La tension entre fourniture d'informations et problématisation de données permet de souligner l'intérêt de la catégorie, indigène et scientifique, « d'intelligence ». L'intelligence est d'abord une activité de renseignement en situation de concurrence ou de compétition. Son usage s'est généralisé dans trois domaines, technologique (« intelligence artificielle »), militaire (« l'intelligence avec l'ennemi ») et économique (la lutte contre la « cybercriminalité » et l'espionnage industriel). Dans les deux derniers cas, sa finalité, clairement normative, est d'assurer la sécurité et de contribuer au maintien de l'ordre social et politique. L'intelligence économique, en particulier, généralement définie comme « l'ensemble des actions de recherche, de traitement et de diffusion de l'information utile aux acteurs »¹¹⁸, propose une logique d'action qui convient à la veille sanitaire. Celle-ci se situe d'abord dans une situation concrète (un danger), préexistante même quand elle est théorique, qui appelle une action. Elle est ensuite chargée de fournir une information jugée utile aux responsables politiques et administratifs, quant à l'action à mener. Elle doit dès lors rechercher cette information (déjà disponible ou non), la traiter (en l'occurrence de manière scientifique) et la transmettre aux décideurs. Dans la logique de « l'intelligence », l'utilité est première, l'information centrale, et son traitement scientifique secondaire. De ce point de vue, la veille sanitaire est une intelligence épidémiologique.

Savoir pratique intégrant, autant que faire se peut, la connaissance scientifique, la veille sanitaire relève de la « police » comme art de gouverner possédant sa normativité propre¹¹⁹. Émanation de l'État, la veille sanitaire peut être comprise comme un avatar contemporain de l'activité de protection du corps social et de

¹¹⁷ TISSOT Sylvie, « Identifier ou décrire les « quartiers sensibles » ? », *Genèses* 54, 2004, pp. 90-111.

¹¹⁸ MARTINET Bruno et MARTI Yves-Michel, *L'intelligence économique: comment donner de la valeur concurrentielle à l'information*, Paris, Editions d'organisation, 2002.

¹¹⁹ NAPOLI Paolo, *Naissance de la police moderne: pouvoir, normes, société*, Paris, La découverte, 2003.

prévention des maux qui l'affectent, et les épidémiologistes de l'INVS comme les héritiers des conseils de salubrité créés en 1848 afin de « répondre aux questions qui leur sont transmises par les préfets et sous-préfets » et « préparer un cadre topographique et statistique de la salubrité publique »¹²⁰. Elle participe de l'édification de cette norme particulière qu'est la « mesure de police », dont la constante historique réside dans sa « capacité d'adaptation réactive aux urgences de la réalité, selon la technique typiquement médicale de l'antidote, du remède contre l'état de morbidité (aussi bien concret que figuré) », constante qui inscrit l'activité de police dans une normativité propre, celle de l'art de gouverner, comme « synthèse conjoncturelle entre une situation donnée et sa modification possible »¹²¹. La veille sanitaire est une forme scientifique de police sanitaire. C'est d'ailleurs pour cette raison, on l'a vu, que la notion anglo-saxonne d'« intelligence » a été utilisée aux États-Unis pour désigner l'épidémiologie pratiquée au CDC dans les années 1950, une activité scientifique au service de fins politiques.

Définir la veille sanitaire non pas comme une expertise mais comme une activité de renseignement scientifique qui, pour et depuis l'État, produit des connaissances et des analyses en apportant des renseignements ou des informations pour la décision politique, souligne à la fois sa position institutionnelle, au service de l'État, et la tension qui constitue, entre science et politique. L'intelligence épidémiologique conserve en effet une dimension scientifique, et peut prétendre apporter à la recherche épidémiologique. Paul-André Rosental a utilisé le même terme d'intelligence pour montrer comment les démographes de l'INED, dans les années 1950, étaient parvenus dans le même temps à produire des connaissances utiles politiquement et à innover sur le plan scientifique, notamment en inventant la démographie historique comme savoir¹²². Comme l'INED, l'INVS gagne à être décrit comme « un organisme scientifique directement placé au service d'une finalité pratique, et, au sens large, politique »¹²³ : un établissement soumis à de fortes contraintes (financières, hiérarchiques, politiques), et sommé de donner la preuve de son utilité politique tout en apportant des gages de scientificité.

¹²⁰ Ibid. : p. 291.

¹²¹ Ibid. : p. 299-300.

¹²² ROSENTAL Paul-André, *L'Intelligence démographique*, op. cit. : p. 159-166

¹²³ Ibid.: p. 141.

Partie 1. Faire institution. Genèses d'une agence sanitaire.

Le 19 novembre 2009, Mme Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports, donne une conférence de presse sur la grippe A (H1N1). Dans le dossier de presse, on lit ce passage :

« *Au-delà du territoire national, nous portons une attention particulière aux États-Unis. (...) La dernière estimation des « Centers for disease control » (CDC), l'équivalent de l'Institut de veille sanitaire, fait état de 22 millions de personnes infectées depuis avril et de plus de 4000 décès. C'est considérable* »¹²⁴.

N'était la gravité du sujet, la comparaison aurait de quoi faire sourire. Dire des CDC qu'ils sont « l'équivalent » de l'Institut national de veille sanitaire (INVS), c'est d'abord supposer que le second est aussi connu des Français que le premier l'est des États-Uniens ; ce qui est très douteux, l'agence fédérale et ses « medical detectives » ayant à plusieurs reprises attiré l'attention des médias au cours de son histoire, et été l'objet de plusieurs œuvres de fiction récentes¹²⁵. C'est ensuite et surtout rapporter une institution disposant d'un budget de plus de 9 milliards de dollars et de 15 000 employés environ à un institut doté d'un budget de 55 millions d'euros et de 400 employés environ (chiffres de 2008). La date de naissance des deux institutions, 1946 pour la structure américaine, 1992 pour le Réseau national de santé publique (RNSP) qui précède l'INVS, témoigne enfin de la grande antériorité des américains et appellerait à renverser l'équivalence. Nul besoin, pourtant, de soupçonner les services de communication du ministère de la Santé d'avoir voulu récrire l'histoire : il s'agissait sans doute tout simplement pour Mme Bachelot de renforcer la légitimité de l'Institut par une comparaison exagérément flatteuse avec son prestigieux prédécesseur. Au demeurant, toute l'histoire indigène de la surveillance épidémiologique explique la naissance du RNSP sur le mode de l'imitation institutionnelle du « modèle américain » des CDC. Ainsi, d'après Didier Tabuteau, directeur de cabinet du ministre Bernard Kouchner en 1992, le ministère de la santé se donne pour objectif « de doter la France d'un dispositif de surveillance épidémiologique dont l'ambition implicite est de se rapprocher des CDC d'Atlanta »¹²⁶. L'évidence de *l'équivalence* constituera un premier fil rouge de l'analyse dans cette partie, où l'on soutiendra que la notion de « modèle américain » signale des processus qu'elle ne permet pas de comprendre.

La notion de « modèle » est d'usage fréquent dans les sciences sociales et dans le sens commun. On la retrouve par exemple dans des travaux comparatistes sinon typologistes qui tendent à durcir des expériences nationalement circonscrites en modèles prêts-à-circuler. Elle nourrit, parfois au simple titre de métaphore commode,

¹²⁴ Souligné dans le dossier de presse.

¹²⁵ Par exemple, récemment le film *Contagion* (Réalisation Steven Soderbergh, 2011) ou la série *The Strain* (2014).

¹²⁶ TABUTEAU Didier, *Les contes de Ségur: les coulisses de la politique de santé, 1988-2006*, Paris, Editions OPHRYS, 2006. : p. 133.

le discours des acteurs eux-mêmes. Jean-François Girard, Directeur général de la santé de 1986 à 1998, une longévité exceptionnelle à ce poste, écrit ainsi que « la création du RNSP, spécialisé dans la veille et la gestion du risque sanitaire, *sur le modèle du CDC américain*, s'imposait en effet comme une évidence pour répondre aux besoins de la France dans ce domaine »¹²⁷. Jacques Drucker, premier directeur du RNSP puis de l'INVS de 1992 à 2002, intitule l'ouvrage dans laquelle il raconte son expérience *Les détectives de la santé* en référence aux « medical detectives » américains¹²⁸. Les deux hommes connaissent les CDC d'Atlanta : J. Drucker y a suivi une formation à l'épidémiologie de terrain ; J.-F. Girard les a visités en 1987, un an à peine après sa nomination à la DGS. Leurs témoignages soulèvent pourtant davantage de questions qu'ils n'apportent de réponse. Les Centers for Disease Control sont en effet une organisation fédérale qui a connu beaucoup de changements au cours de son existence, qui s'appuie sur un grand nombre de savoirs, dont la surveillance et l'alerte épidémiologiques, emploie des spécialistes de disciplines très variées, propose des formations professionnelles et les exporte dans le monde, conseille l'exécutif américain, assiste les États fédérés et intervient au niveau international, pour l'essentiel. Quels éléments le modeste Réseau monté en 1992 emprunte-t-il à ce « modèle » ? L'un des objets de cette partie est de saisir et de décrire ce que, concrètement, la notion de « modèle » désigne dans l'histoire de la surveillance épidémiologique en France.

Les deux chapitres qui suivent s'intéressent en effet aux processus historiques ayant mené dans les années 1980 et 1990 à la création d'une agence dédiée à la « veille sanitaire » en France, à partir de différentes sources : une quarantaine d'entretiens à caractère rétrospectif et informatif avec la plupart des acteurs impliqués dans cette histoire, quelques fonds d'archives et sources privées, et une abondante littérature grise, française et américaine, sur la surveillance épidémiologique. On l'a déjà dit dans le premier chapitre, l'institutionnalisation de la veille sanitaire en France s'est opérée en deux temps. Dans un premier temps, est créé en juin 1992 le Réseau National de Santé Publique (ou RNSP), un groupement d'intérêt public, bientôt rejoint en 1995 par des Cellules interrégionales d'épidémiologie (CIRE), qui relaient son action de veille au niveau régional. Dans un second temps, l'Institut national de veille sanitaire (INVS), établissement public administratif, se substitue au RNSP aux termes de la loi du 1^{er} juillet 1998 sur la sécurité sanitaire, et voit ses modalités de fonctionnement définies par décret en mars 1999. C'est principalement la socio-genèse du RNSP qui sera analysée ici au travers de l'analyse de deux mobilisations différentes et partiellement opposées, à l'intersection du champ administratif et du champ de la biomédecine, et en partie transnationales (notamment transatlantiques). Les mobilisations pour la cause de la surveillance épidémiologique portent à la fois sur la modernisation d'une activité, sur sa mise en forme institutionnelle, et sur la définition de ses domaines d'action.

¹²⁷ GIRARD Jean-François, *Quand la santé devient publique*, Paris, Hachette littératures, 1998. : p.148 (souligné par moi).

¹²⁸ DRUCKER Jacques, *Les détectives de la santé*, op. cit.

La forme « agence » qui est celle du RNSP et de l'INVS – et celle évidemment des CDC – a beaucoup intéressé la science politique¹²⁹. On s'accorde généralement pour analyser le processus d'« agencification » (ou « mise en agence ») sanitaire de l'État comme produisant non pas un démantèlement de l'État, mais au contraire son *renforcement* au travers d'opérateurs qui assurent des missions de service public, souvent des missions d'expertise, sous la tutelle de l'État central, et qui reçoivent pour ce faire des moyens dont l'administration ne disposait pas. Dans le domaine de la santé, le paysage des agences, qui a beaucoup changé dans les années 2000 et 2010, a émergé à la fin des années 1980. Après les premières expérimentations dans le cadre du plan de lutte contre le sida (Agence nationale de recherche sur le sida et Agence française de lutte contre le sida¹³⁰) et de l'évaluation médicale (Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale)¹³¹, en 1989, sont créées le Réseau national de santé publique (1992), l'Agence française du sang et l'Agence du médicament (1993), l'Établissement français des greffes (1994), avant que la loi du 1^{er} juillet 1998 sur la sécurité sanitaire ne crée l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (AFSSA), et transforme l'Agence du médicament en Agence de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS), et le RNSP en INVS – en 2015, presque toutes ces agences ont changé de nom et/ou de périmètre. La notion de « sécurité sanitaire », née en 1992 pour désigner l'activité visant à maîtriser les risques créés par les produits de santé ou la système de santé, s'est progressivement étendue à tous les « risques » (liés à l'alimentation, à l'environnement, au travail, à l'exposition à des maladies, etc.) ; la loi de sécurité sanitaire a justifié la division administrative en distinguant l'évaluation des risques, une fonction « expertise » confiée aux agences, et la gestion des risques, une fonction « décision » du ressort de l'administration centrale et du pouvoir politique¹³².

L'analyse portée par les acteurs tend à privilégier une explication crisologique de la politique de développement des agences sanitaires¹³³. De même que les affaires de la thalidomide et du distilbène avaient « conduit » à réorganiser l'administration centrale (création de la Direction de la pharmacie et du médicament), de même chaque création institutionnelle répondrait à une « crise » : l'affaire du sang contaminé¹³⁴ est

¹²⁹ BESANÇON Julien et GROUPEMENT D'INTERET SCIENTIFIQUE RISQUES COLLECTIFS ET SITUATIONS DE CRISE, *Les agences de sécurité sanitaire en France: revue de littérature commentée*, [s. l.], Publications de la MSH-Alpes, 2004 ; BENAMOUZIG Daniel et BESANÇON Julien, « Administrer un monde incertain : les nouvelles bureaucraties techniques. Le cas des agences sanitaires en France », *Sociologie du Travail* 47 (3), juillet 2005, pp. 301-322 ; BORRAZ Olivier, *Les politiques du risque*, Paris, Sciences Po, les presses, 2008.

¹³⁰ Sur ces agences, PINELL Patrice *et al.*, *Une épidémie politique, op. cit.*

¹³¹ Sur l'ANDEM, voir les travaux de Magali Robelet, notamment ROBELET Magali et HASSENTEUFEL Patrick, « Les médecins placés sous observation. Mobilisations autour du développement de l'évaluation médicale en France », *Politix* 12 (46), 1999, pp. 71-97.

¹³² TABUTEAU Didier, HERAIL Élisabeth et LE SAULNIER Carole, *La sécurité sanitaire*, Paris, Berger-Levrault, 2002 ; ALAM Thomas, « Les mises en forme savante d'un mythe d'action publique: la sécurité sanitaire », *Genèses* (78), 2010, pp. 48-66.

¹³³ Voir le tableau p. 36 dans GIRARD Jean-François *et al.*, « Rapport de la mission d'évaluation et d'expertise de la veille sanitaire en France », *La Documentation française*, 2006.

¹³⁴ Sur cette affaire, HERMITTE Marie-Angèle, *Le sang et le droit: essai sur la transfusion sanguine*, Paris, Éd. du Seuil, 1996 (Science ouverte) ; FILLION Emmanuelle, *À l'épreuve du sang contaminé: pour une sociologie des affaires médicales*, Paris, Éd. de l'École des hautes études en sciences sociales, 2009 (En temps & lieux 4) ; MARCHETTI Dominique, *Quand la santé devient médiatique: les logiques de production*

l'événement qui conduit à l'Agence du sang, le scandale des hormones de croissance à l'Agence du médicament, la crise de la vache folle à l'Agence des aliments, l'amiante mène à l'Agence de l'environnement, etc. J. Drucker met en relation le RNSP avec deux événements dramatiques, l'affaire du sang contaminé et une épidémie de listériose :

« En 1992, Bernard Kouchner () me confia le soin de porter sur les fonts baptismaux le Réseau national de santé publique. Deux événements dramatiques avaient poussé le ministre à prendre cette initiative. Tout d'abord l'affaire du sang contaminé avait mis en lumière, parmi d'autres dysfonctionnements, les lacunes de l'information et de la communication scientifiques. () Le second événement moins médiatisé, fut l'épidémie de listériose qui touche au printemps (1992) 300 personnes et fit 60 morts. Une nouvelle fois, les autorités s'étaient trouvées dépourvues des outils épidémiologiques indispensables à la gestion d'une telle crise »¹³⁵.

On doit dire du schéma explicatif qui voit dans la création des agences la réponse de l'État à une demande urgente de la société qu'il n'est « même pas faux ». Rien de neuf en effet ici : il est bien connu que la législation et les institutions sanitaires résultent de l'empilement des réponses successives apportées aux « fléaux » infectieux ayant frappé la société française (peste, choléra, tuberculose, variole, sida). Mais un tel raisonnement est évidemment simpliste en ce qu'il repose sur l'idée que les problèmes appelleraient mécaniquement des réponses. Or, le constructivisme le plus primaire ne peut manquer de souligner les raccourcis d'un tel raisonnement en rappelant que les problèmes doivent être cadrés, définis, avant d'être traités, que tous les problèmes ne rencontrent pas de réponses, et que les réponses préexistent bien souvent à l'irruption des problèmes. C'est précisément cette perspective qui sera développée ici, au-delà du contexte étroit des années 1991 et 1992, et de la place décisive qu'y occupent l'immense scandale du sang contaminé ou l'épidémie bien plus discrète de listériose. Les mobilisations en faveur de la rénovation de la santé publique ou du développement de l'épidémiologie de terrain qui se déploient dans les années 1980 ne sauraient sans doute être comprises sans tenir compte de l'épidémie de sida, mais elles possèdent leurs dynamiques propres, et contribuent à la construction des « insuffisances de la surveillance épidémiologique en France » comme problème politique.

L'explication crisologique est également trop courte parce qu'elle oublie le « souci de soi » de l'État comme moteur du changement institutionnel, selon l'expression de Philippe Bezès¹³⁶. De manière générale, les agences sont aussi l'un des produits du processus de « modernisation » de l'État réalisé en France depuis les années 1980, un ensemble de politiques réformatrices adossées à une approche néo-managériale, le *New Public Management*. Ces politiques confient aux ministères centraux les fonctions de pilotage et de définitions stratégiques des politiques, et à des établissements

de l'information dans la presse, Grenoble, Presses universitaires de Grenoble, 2010 (Communication, médias et sociétés).

¹³⁵ DRUCKER Jacques, *Les détectives de la santé*, op. cit. : p. 14.

¹³⁶ BEZES Philippe, « Réinventer l'État. Les réformes de l'administration française », *Presses Universitaires de France*, Paris, France, 2009.

autonomes celles de la production de l'expertise ou de la mise en œuvre. Loin d'être réservées au domaine de la santé, et obéissant à un agenda largement indépendant des crises de santé publique, les agences se développent dans plusieurs domaines d'action de l'État (par exemple dans l'enseignement supérieur et la recherche), au nom de principes comme l'efficacité, la réactivité, la flexibilité, l'indépendance, l'ouverture, et la transparence.

Dans le paysage des agences sanitaires, le RNSP/INVS est pourtant présenté comme un cas à part. D'abord, parce qu'il a longtemps été remarquablement stable dans un paysage mouvant : la même institution persiste dans son « être » depuis 1998 (pour le nom) et 1992 (pour le cœur de compétences) – et ce n'est qu'en 2016 qu'elle est censée entrer à son tour dans la valse des fusions et regroupements. Ensuite parce qu'il n'a pas pour mission de gérer une activité et d'organiser une production (comme les « Etablissements » du sang ou des greffes), ni d'exercer des missions de police sanitaire (i.e. d'évaluation, de contrôle et d'autorisation de produits) comme les « Agences » (« Françaises » hier, « Nationales » aujourd'hui), mais de produire de la connaissance et du conseil sur « l'état de santé de la population ». C'est un « Institut », formule qui, dans la langue française, ne peut manquer d'évoquer sa fonction savante voire scientifique¹³⁷, mais souligne surtout sa fonction d'expertise pour le politique¹³⁸. Dernière spécificité remarquable : bien que liée aux crises sanitaires, le RNSP est aussi souvent présenté comme le produit d'un travail *propre* à l'administration centrale. Selon les termes de J.-F. Girard lui-même, la nouvelle structure spécialisée dans la « veille et la gestion du risque sanitaire » est aussi une création « ex nihilo », « à froid », « sur la base d'une réflexion interne de la DGS, qui a voulu et porté le projet jusqu'à la décision de B. Kouchner »¹³⁹. L'affirmation est juste, mais partielle : la nouvelle structure ne vient pas seulement de la DGS.

Processus d'agencification, réponse(s) aux crises, « souci de soi » de l'État, « fonction connaissance » et « réflexion interne » de l'administration centrale de la santé : la *place de l'État* constitue le second fil rouge de l'analyse présentée ici. Didier Tabuteau, pour lequel l'enjeu majeur était en 1992 la sécurité des produits de santé, sanguins ou pharmaceutiques, identifiait deux origines à la « transformation majeure » que sont les nouvelles agences, le RNSP sans doute, mais aussi surtout l'Agence du sang et l'Agence du médicament : « les crises de santé publique », entendues comme un phénomène général, et « la prise de conscience des conséquences dramatiques de l'indigence, de l'incohérence et de l'imprudence » de l'organisation administrative »¹⁴⁰, catégorie fourre-tout dans laquelle entrent aussi bien des réflexions internes à l'administration que l'affaire du sang contaminé. Dans les deux chapitres suivants, il s'agit d'examiner très concrètement les mobilisations engagées dans la création d'une structure spécialisée dans la veille sanitaire : sont-elles toutes « internes » à l'État ? Si non, quel

¹³⁷ Le premier des Instituts est « l'Institut » de France, siège des Académies ; un Institut est dédié à santé et à la recherche médicale, etc.

¹³⁸ Comme ceux consacrés aux études démographiques (INED), aux statistiques et aux études économiques (INSEE), ou encore spécialisés dans certaines causes, comme le cancer (INCA).

¹³⁹ GIRARD Jean-François, *Quand la santé devient publique*, op. cit. : p. 148.

¹⁴⁰ TABUTEAU Didier, *Les contes de Ségur*, op. cit. : p. 132.

rapport entretiennent-elles à l'État, ou plutôt à ses différentes fractions ?

Il suffit de se pencher sur les institutions impliquées dans le « Groupement d'intérêt public » (GIP) RNSP en 1992 pour identifier quelles fractions de l'État sont impliquées ici : l'administration centrale (au travers de deux directions, Direction générale de la santé et Direction des hôpitaux), l'institut de recherche (INSERM, qui a succédé à l'INH en 1964), et l'école d'administration (ENSP située à Rennes, refondée en 1962). Mais aussi pour noter quelques absences, d'État ou non : les spécialistes du Service de Santé des Armées ne sont pas conviés, pas plus que des structures importantes de la santé publique française, comme les producteurs de vaccins et leurs laboratoires biologiques, l'Institut Pasteur et l'Institut Mérieux ; les hautes instances consultatives (le Conseil Supérieur d'Hygiène Publique ou le tout neuf Haut Comité de Santé publique) n'apparaissent pas non plus. Le RNSP est ainsi créé à l'intersection du champ administratif (directions centrales et école chargée de sa reproduction) et du champ scientifique (spécialisé en « santé et recherche médicale »). Présentons rapidement le dispositif administratif et scientifique dans lequel le RNSP prend place.

Avant les années 1980, la surveillance épidémiologique concerne presque exclusivement les maladies transmissibles, au travers de la notification des maladies à déclaration obligatoire à l'administration centrale, et plus précisément au *bureau chargé des maladies transmissibles* au sein de la « Direction générale de la santé », direction chargée de la mise en œuvre des politiques de santé publique depuis les années 1960. Ce même bureau était également chargé de la publication d'un bulletin épidémiologique hebdomadaire, dont l'essentiel des informations consistait dans la compilation des cas notifiés dans le cadre de la procédure de déclaration officiellement obligatoire. La création du RNSP constitue dès lors une transformation majeure : le Réseau récupère d'emblée à la fois les missions de surveillance du bureau des maladies transmissibles, qui se sont fortement accrues au cours des années 1980 en raison de la lutte contre l'épidémie de VIH/sida, et celles de l'équipe d'épidémiologie du Laboratoire national de santé, dont les spécialistes en microbiologie ont été transférés au sein de l'Agence du médicament (1992). La forme institutionnelle octroyée au RNSP est par définition provisoire : sur le plan juridique, le « groupement d'intérêt public » est une personne morale de droit public dotée d'une structure de fonctionnement légère et de règles de gestion souples, qui a vocation à disparaître ou à se transformer puisque sa durée d'existence est prédéterminée¹⁴¹.

Dans le domaine de la santé, de la recherche comme de l'administration, les évolutions institutionnelles ont été considérables depuis les années 1980, période d'étude des deux prochains chapitres. L'INSERM, un établissement public à caractère scientifique et technologique (EPST) placé sous la double tutelle du ministère de la santé et du ministère de la recherche, est aujourd'hui, depuis 2009, organisé en 10 instituts thématiques, consacrés par exemple au cancer, aux maladies infectieuses, à la biologie

¹⁴¹ Instituée par la loi d'orientation et de programmation pour la recherche de juillet 1982, la forme GIP a été utilisée plusieurs fois dans le domaine de la santé dans les années 1990 (Samu social en 1994, Agences régionales de l'hospitalisation en 1996).

cellulaire ou à la santé publique. L'épidémiologie y demeure une discipline à la fois peu représentée par des spécialistes, et pratiquée dans un très grand nombre de recherches. Début 2015, une quinzaine d'« unités » ou de « centres de recherches » (réunissant plusieurs unités dans le cadre des nouvelles communautés universitaires issues de la réorganisation de l'université) utilisaient le terme d'épidémiologie dans leur intitulé même, et une autre quinzaine le classaient dans les mots-clés de leur activité scientifique. Les postes d'épidémiologistes y étaient encore rarissimes dans les années 2000. L'ENSP est devenue en 2008 l'École des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) : à ses missions habituelles de formation des cadres de santé (directeurs d'hôpitaux ou d'établissement sanitaire, social et médico-social, médecins inspecteurs de santé publique, inspecteurs de l'action sanitaire et sociale, ingénieurs du génie sanitaire, etc.), elle ajoute désormais un enseignement supérieur de « haut niveau » de type master et doctorat, dispensés dans des départements et des laboratoires sur le modèle des Schools of Public Health américaines. Au sein de l'administration de la santé, la Direction des hôpitaux est connue sous le titre de Direction générale de l'offre de soins (DGOS, depuis 2010), qui signale une transformation importante de son activité : avec la création d'Agences régionales de santé (ARS) dotées de larges prérogatives (les directeurs font office de préfets sanitaires en région), la DGOS s'oriente désormais vers un rôle de pilotage stratégique, de contrôle, d'évaluation et d'animation. La DGS, enfin, n'a pas changé de nom mais a vu ses missions redéfinies selon la même logique après trois décennies de réformes. Elle est chargée de préparer la politique de santé publique mise en œuvre au niveau régional (dans les ARS), de produire des analyses stratégiques et prospectives, d'élaborer des plans de santé publique et des programmes nationaux de santé, et contribuer à toute une série de politiques (relatives aux droits des usages du système de santé, à la prévention et la gestion du risque infectieux), tout en veillant à la qualité et à la sécurité des soins ou en centralisant les alertes sanitaires.

L'actualisation des missions dévolues aux partenaires réunis en 1992 dans le GIP RNSP donne une idée du vaste chantier qu'a été, depuis les années 1980, l'organisation de l'État sanitaire. Elle doit servir de garde-fou contre le risque d'anachronisme et de « liste de suggestions » sur le « moment RNSP ». Garde-fou : la création d'un « réseau de surveillance épidémiologique » puis d'une agence « sur le modèle des CDC » demeure dans les années 1980 un *projet modeste*, politiquement moins sensible que la sécurité des produits sanguins, et qui intervient dans un contexte où l'épidémiologie n'a pas acquis le statut dont elle jouit aujourd'hui. Recherches et enseignements sont notamment bien moins développés que dans les années 2010. Pour dire les choses assez simplement, la DGS est le principal porteur du groupement, bien davantage que ses partenaires (qui n'en demeurent pas moins incontournables). « Liste de suggestions » : par exemple, quant aux intérêts respectifs de la DGS et de l'INSERM à la réforme. Parent pauvre de l'administration centrale, symbole de l'état d'abandon de la santé publique et de l'approche préventive de la santé en raison du triomphe contre les grandes maladies infectieuses et des succès de l'antibiothérapie, « tigre de papier »¹⁴² démonétisé au regard des directions concurrentes en charge des hôpitaux

¹⁴² L'expression est de Morelle dans MORELLE Aquilino, *La défaite de la santé publique*, Paris,

et de la sécurité sociale, qui bénéficiaient pour leur part de la montée en puissance de l'offre et de la demande de soins¹⁴³, la DGS avait tout à gagner à la création d'agences qui, comme le RNSP, la plaçait dans une position « noble » de stratège et de contrôleur. Quant à l'INSERM, la création du RNSP remettait en question non seulement l'équilibre entre ses missions de recherche et d'expertise, mais aussi celui entre ses deux objets, « la santé (publique) » (aujourd'hui attribuée à un Institut thématique) et la « recherche (bio)médicale ».

L'enquête décrite dans cette partie entend montrer que la création d'une agence dédiée à la surveillance épidémiologique, le RNSP, est le produit de deux mobilisations à 12 fois distinctes, relativement indépendantes des crises sanitaires, et interdépendantes, qu'on ne peut comprendre sans les inscrire dans les logiques internes à l'administration de la santé et à la recherche biomédicale entendues comme des espaces spécialisés et assez peu autonomes. La première mobilisation est extérieure à l'administration centrale et à l'espace de la recherche, réunit des enseignants en épidémiologie, des médecins spécialistes de santé publique formés aux États-Unis, des représentants des CDC et la Fondation Mérieux ; elle défend l'importation de l'épidémiologie « appliquée » ou « de terrain » américaine, notamment via un organisme de formation continue (chapitre 2). La seconde mobilisation, interne à l'État, est menée par des médecins en poste dans l'administration centrale de la santé après l'alternance politique de 1981, alliés à quelques épidémiologistes de l'INSERM, qui entendent rénover les pratiques de surveillance épidémiologique des maladies transmissibles, notamment face à l'épidémie inédite de VIH/sida. Ces deux mobilisations poussent à l'externalisation de la surveillance, laquelle se concrétise lorsque J.-F. Girard prépare avec l'aide des « rénovateurs d'État » la création d'un RNSP concrètement réalisé par les « importateurs de l'épidémiologie américaine » (chapitre 3).

Flammarion, 1996 (Forum).

¹⁴³ PIERRU Frédéric, *Hippocrate malade de ses réformes*, Bellecombe-en-Bauges, Éd. du Croquant, 2007 (Savoir-agir).

Chapitre 2. Importer un savoir. La mobilisation en faveur de la *field epidemiology*.

La première mobilisation, qui devient visible au début des années 1980, présente à l'analyse quelques traits spécifiques. Elle est d'abord le fait d'acteurs, presque tous médecins, relativement marginaux en ce qu'ils sont situés en dehors ou aux marges de l'État (i.e. du ministère de la santé) et du champ scientifique (i.e. de l'enseignement supérieur et de la recherche). Elle est ensuite transatlantique à un double titre : nombre de ces acteurs, formés en partie aux États-Unis, se pensent comme des importateurs de l'épidémiologie américaine (*field epidemiology*) ; des épidémiologistes américains sont aussi directement impliqués. Fondée sur la diffusion de ce savoir-faire d'origine américaine par le biais principalement d'un dispositif de formation continue, elle contribue progressivement à la constitution d'une « communauté » convaincue des mérites de l'épidémiologie appliquée¹⁴⁴.

La réalisation principale de cette mobilisation est en effet l'Institut pour le développement de l'épidémiologie appliquée (IDEA), dont l'essentiel de l'activité consiste, à partir de 1984, à assurer une formation de trois semaines, le « cours IDEA », qui est une réplique du cours introductif de la formation des épidémiologistes de terrain par les CDC aux États-Unis. Financé par la Fondation Mérieux, le cours IDEA bénéficie du soutien logistique et humain des CDC et de l'Agence de coopération internationale pour la médecine préventive (AMP), créée dans les années 1970 par la Fondation Mérieux et l'Institut Pasteur. Il vise les professionnels de santé publique au sens large (médecins, pharmaciens, biologistes, vétérinaires, mais aussi infirmières, nutritionnistes, statisticiens, économistes, démographes), français ou francophones, désireux d'approfondir leurs connaissances en épidémiologie appliquée ou « de terrain ». Le cours IDEA, qui n'est pas sanctionné par un diplôme mais par la délivrance d'un certificat de participation, comble un manque : il n'existe à l'époque aucune formation intensive du même type, ni à l'université ni dans les écoles spécialisées comme l'Ecole nationale de santé publique.

L'histoire indigène, rédigée ou narrée par ses promoteurs¹⁴⁵, identifie trois « fées » censées s'être penché sur le berceau du « cours IDEA ». La première fée se nomme

¹⁴⁴ Pour une première présentation, BERLIVET Luc, *Une santé à risques. L'action publique de lutte contre l'alcoolisme et le tabagisme en France (1954-1999)*, op. cit. ; BERLIVET Luc, « Exigence scientifique et isolement institutionnel : l'essor contrarié de l'épidémiologie française dans la seconde moitié du XXe siècle », art. cit. ; BUTON François, « De l'expertise scientifique à l'intelligence épidémiologique », art. cit. BUTON François et PIERRU Frédéric, « Instituer la police des risques sanitaires », *Gouvernement et action publique* (4), novembre 2012, pp. 67-90 ; BUTON François et al., « Médecins français et épidémiologie américaine. Trois générations d'échanges transatlantiques au XXe siècle », in *Savoirs de gouvernement*, Paris, Economica, 2013, pp. 38-53.

¹⁴⁵ Outre de nombreux témoignages récoltés par entretien rétrospectif, voir MALFAIT P. et HELYNCK B., « Seventeen years of intervention epidemiology training at Veyrier-du-Lac, 1984-2000 », *Euro Surveillance: Bulletin Européen Sur Les Maladies Transmissibles = European Communicable Disease*

Louis Massé, médecin et démographe, docteur en santé publique de Harvard, professeur d'épidémiologie à l'ENSP, l'école de formation des cadres administratifs de santé. Très inséré dans les réseaux internationaux, principalement anglo-saxons, d'épidémiologie, L. Massé a l'initiative de la mobilisation en mettant sur pied, au tournant des années 1980, des Séminaires franco-américains dans un prieuré médiéval à Talloires, sur les bords du lac d'Annecy, propriété du Centre Européen de la Tufts University, une université de la banlieue de Boston située à quelques kilomètres de Harvard. Baptisés « Séminaires Yves Biraud » en hommage à son ancien collègue à l'ENSP, ces manifestations sont consacrées en 1982 et 1983 aux enjeux de la surveillance épidémiologique et de son enseignement. Il existe, on le verra, une relation directe entre les Séminaires Biraud et le cours IDEA : une « recommandation finale » du Séminaire de 1983 concerne la mise en place d'un « cours international d'épidémiologie appliquée de trois semaines inspiré du modèle du CDC et organisé chaque année »¹⁴⁶. La deuxième fée n'est autre que Michael Gregg, l'un des principaux dirigeants des CDC, longtemps directeur de l'Epidemiology Program Office (EPO), bureau en charge de la formation des EIS *officers*, la formation phare des épidémiologistes américains de terrain depuis les années 1950 présentée au chapitre précédent. M. Gregg fait office de *maître*, de patron : il présente la formation EIS à ses interlocuteurs français à Talloires, supervise avec d'autres collègues la mise en place des premiers cours IDEA, auxquels il participe un temps en tant que formateur. Le rôle de la troisième fée est jouée par l'industriel Charles Mérieux, qui dirige la Fondation Marcel Mérieux depuis qu'il a transmis la direction de l'Institut – la firme pharmaceutique proprement dite – à son fils Alain. Intéressé par le développement des capacités de santé publique (programmes de vaccination, donc épidémiologie) dans les pays en voie de développement, Mérieux soutient l'initiative de Louis Massé et apporte l'essentiel du financement du futur cours IDEA, qu'il préside, ainsi que son hébergement dans un Centre de réception bâti sur une de ses propriétés à Veyrier-du-Lac. Il est ainsi le *mécène* de la mobilisation. Comme il arrive souvent, la fable oublie de mentionner l'existence d'une autre fée, plus discrète, en la personne de Philippe Stoeckel, vétérinaire de formation, directeur de l'Association pour l'aide à la médecine préventive (AMP) précitée, une organisation que la Fondation Mérieux a conçu, avec le soutien de l'Institut Pasteur, afin qu'elle aide au développement de la vaccination dans les pays en voie de développement. Ph. Stoeckel fait office de *cheville ouvrière* de la mobilisation : il se rend à Atlanta avec Massé pour négocier le soutien des CDC, organise et anime le « cours IDEA » pendant 25 ans en tant que secrétaire général de l'Institut¹⁴⁷.

Bulletin 6 (3), mars 2001, pp. 36-37.). Voir aussi le document publié par Nova 7 pour le Centre Ressources Prospectives pour le Grand Lyon, *Le biopôle lyonnais : récits d'une dynamique d'excellence* (septembre 2008, p. 25).

¹⁴⁶ Actes du 6^e Séminaire Yves Biraud, *Enseignement de l'épidémiologie pour les pays en voie de développement*, Collection Fondation Marcel Mérieux, 1983, 234 pages

¹⁴⁷ Dans un discours écrit pour les 20 ans de l'IDEA, Ph. Stoeckel se redonne la place qu'il mérite au sein d'un « état-major » composé de Mérieux, Massé et lui-même, déplaçant M. Gregg dans une « légion étrangère » emmenée par le directeur de l'EPO avec lequel il a lui-même négocié, Carl Tyler. « Le cours IDEA : évolution sur 20 ans, discours prononcé par J. Drucker et Ph. Stoeckel en 2004. (document AMP transmis par Ph. Stoeckel)

Trois temps marquent cette mobilisation. Le premier correspond aux Séminaires Biraud, qui initient la collaboration franco-américaine à partir de 1979, et où l'insuffisance de la surveillance épidémiologique est construite comme un problème. Le dernier temps est marqué par la création de l'IDEA et l'association d'anciens élèves, qui, à partir de 1984 mettent en valeur un savoir-faire auprès d'un milieu très large de professionnels de santé publique. Entre ces deux moments, un « deal » informel a été négocié entre la Fondation Mérieux et les CDC afin de former à l'épidémiologie de terrain un certain nombre de médecins français, dont une partie contribueront au cours IDEA et, plus généralement, à l'acclimatation en France de l'épidémiologie « d'intervention ». Ce sont ces différents moments qu'on décrira en détail dans les pages qui suivent. Mais il faut dire un mot, au préalable, des termes de cette mobilisation, d'une part de la configuration transatlantique qui la porte, d'autre part de la logique de son ressort, qui n'est pas sans rappeler le modèle bien connu de l'action philanthropique des grandes Fondations américaines.

La configuration transatlantique joue un rôle si décisif dans l'histoire de la médecine et des politiques de santé dans la France du XXe siècle que le cas de l'épidémiologie d'intervention semble bien peu original. On sait que la Fondation Rockefeller a fortement contribué à la lutte contre la tuberculose à partir de la Première guerre mondiale¹⁴⁸, qu'elle a soutenu dans les années 1920 et 1930, avec un succès bien moindre que dans d'autres pays européens, la modernisation de l'enseignement médical, notamment grâce à un grand nombre de *fellowships* pour quelques médecins prometteurs¹⁴⁹, mais aussi l'alliance de la médecine avec les sciences fondamentales, principalement biologiques, à Strasbourg et à Lyon (où elle finance le nouvel hôpital des Granges Blanches), ainsi que Marseille. La Fondation agit encore pendant les premiers mois de la guerre, en soutenant jusqu'en juin 1941 les projets à Marseille du nutritionniste André Chevallier, nommé directeur de l'INH la même année¹⁵⁰, et se poursuit après 1945, notamment par l'intermédiaire d'anciens *fellows* tels Louis Bugnard, professeur de physique biologique et médicale à Toulouse, successeur de Chevallier à la direction de l'INH à la Libération¹⁵¹. Plus largement, le complexe « bio-médicalo-industriel » américain, réunissant l'administration fédérale, l'industrie pharmaceutique et les organisations philanthropiques, a fortement contribué à

¹⁴⁸ MURARD Lion, ZYLBERMAN Patrick et ZILBERMANN Patrick, « La Mission Rockefeller en France et la création du Comité National de Défense contre la tuberculose (1917-1923) », *Revue d'histoire moderne et contemporaine* (1954-) 34 (2), 1987, pp. 257–281 ; DESSERTINE Dominique et FAURE Olivier, *Combattre la tuberculose: 1900-1940*, Lyon, PUL, 1988.

¹⁴⁹ PICARD Jean-François, « La Fondation Rockefeller et la recherche médicale », *Science, histoire et société*, 1999 ; SCHNEIDER William H., *Rockefeller philanthropy and modern biomedicine: International initiatives from World War I to the Cold War*, Bloomington, Indiana University Press, 2002. SAUNIER P.-Y. et TOURNES L., « Philanthropies croisées: a joint venture in public health at Lyon (1917-1940) », *French History* 23 (2), avril 2009, pp. 216-240.

¹⁵⁰ SCHNEIDER William H., « War, philanthropy, and the National Institute of Hygiene in France », *Minerva* 41 (1), 2003, pp. 1–23 ; PICARD Jean-François, « Aux origines de l'Inserm : André Chevallier et l'Institut national d'hygiène », *Sciences sociales et santé* 21 (1), mai 2003, pp. 5-26.

¹⁵¹ TOURNES Ludovic, « Le réseau des boursiers Rockefeller et la recomposition des savoirs biomédicaux en France (1920-1970) », *French Historical Studies* 29 (1), 2006, pp. 77–107.

l'avènement de la biomédecine comme nouvelle forme d'articulation entre sciences fondamentales et sciences médicales (les « médecins-chercheurs ») indissociable d'une reconfiguration des relations entre l'État, les scientifiques, les médecins, et l'industrie, dans la France de la deuxième moitié du 20^e siècle¹⁵². Plus récemment, le tournant gestionnaire dans l'approche des questions de santé à partir des années 1980 doit également beaucoup au « modèle » américain, véritable laboratoire de la réforme des systèmes de santé : les raisonnements, les organisations et les outils inventés sous l'égide de l'économie de la santé¹⁵³ et du « *managed care* » ont été inventés en grande partie aux États-Unis avant d'être l'objet de stratégies d'exportation et d'importation¹⁵⁴.

On retrouvera largement, dans le processus étudié ici, l'importance du « miroir américain » pour les réformateurs français, c'est-à-dire d'un modèle sans doute inatteignable tant il est déjà développé, mais qui fait office de point de comparaison soulignant les insuffisances françaises voire d'horizon à atteindre, et offre par conséquent un point d'appui pour la réforme. Il n'est jamais envisagé d'imiter les CDC – ne serait-ce qu'en raison de son statut d'agence fédérale et de l'importance de son budget et de ses personnels –, ni de dupliquer la formation EIS – ne serait-ce qu'en raison de son coût (elle le sera plus tard, mais au niveau européen). Cependant, la configuration atlantique de la surveillance épidémiologique se distingue des précédentes en ce qu'elle ne comprend ni les fondations américaines (sauf marginalement au moment des Séminaires Biraud), ni les réseaux universitaires états-uniens, mais une agence fédérale (les CDC) et une fondation française (la Fondation Mérieux). Tout se passe ainsi comme si, sur le cas d'espèce, les CDC prenaient la suite de la *Rockefeller Fondation* dans la transformation de la santé publique en France. Il est à cet égard plus qu'anecdotique que Michael Gregg, le « medical detective » des CDC, directeur de l'EPO donc de la formation EIS, soit le fils, né en France en 1930, d'Alan Gregg, l'un des principaux « médecine men » de la *Rockefeller*, successivement adjoint de la Medical Education Division puis directeur de la Medical Sciences Division et pressenti comme possible candidat à la présidence. Alan Gregg (1890-1957) est en effet en charge du programme européen de la Fondation à partir de 1924, où il soutient le développement des sciences « pré-cliniques », biologiques et de santé publique, mais aussi la psychiatrie et la clinique (il est lui-même clinicien de formation), et où il se heurte au conservatisme des mandarins parisiens peu convaincus de l'intérêt de rapprocher laboratoire et clinique à l'hôpital et d'instaurer l'emploi à plein temps de praticiens hospitaliers. Profondément convaincu que l'action philanthropique n'est efficace qu'à condition de cibler des chercheurs de qualité exceptionnelle plutôt que des programmes scientifiques (selon sa formule, il s'agit de « parier sur des chevaux plutôt que sur des écuries »), conformément à la logique très libérale du *fellowship program*, Alan Gregg regrette à l'orée des années 1950 que les nouvelles institutions fédérales comme les National Institutes for Health (NIH) aient « exproprié » les philanthropes de la Fondation du domaine du soutien à la médecine

¹⁵² GAUDILLIERE Jean-Paul, *Inventer la biomédecine*, op. cit.

¹⁵³ BENAMOUZIG Daniel, *La santé au miroir de l'économie*, Paris, Presses Universitaires de France, 2005.

¹⁵⁴ PIERRU Frédéric, *Hippocrate malade de ses réformes*, op. cit.

et la recherche biomédicale¹⁵⁵. De manière évidemment fortuite, ces regrets sont exprimés au moment de son départ à la retraite en 1951, soit l'année même où Alexander Langmuir crée l'Epidemic Intelligence Service, formation d'épidémiologistes de terrain de haut niveau au sein du CDC, que Michael Gregg, lui aussi médecin, dirige à son tour dans les années 1970 et 1980. Peut-on dire pour autant Alan Gregg a vu si juste que son propre fils a prolongé son action au sein de l'institution de son temps ? Peut-on considérer, autrement dit, que les CDC, institution créée pendant la Seconde guerre mondiale et devenue fédérale, ont pris le relais de la Fondation Rockefeller en matière de développement de la santé publique en France ?

Plusieurs arguments plaident en faveur de cette manière forcément réductrice de décrire l'intervention américaine. Le principal réside dans la logique même de cette intervention : les CDC semblent bien avoir emprunté à la *Rockefeller* sa conception très libérale du soutien à quelques hommes, éventuellement marginaux, plutôt qu'aux représentants officiels et/ou reconnus de la science, de la médecine et de l'État. Mais plus nombreux et décisifs semblent être les arguments qui restreignent fortement la portée de l'hypothèse continuiste. À l'évidence, les CDC, contrairement à la *Rockefeller*, n'ont pas pour mission première de transformer les politiques de santé dans le monde, et ne disposeront pas de bureaux à l'étranger. Certes, comme on le verra, les CDC ont mis sur pied à partir des années 1970 une politique d'exportation de « leur » manière de faire de l'épidémiologie, mais celle-ci ne cible pas la France, et ne relève pas du bureau de Gregg (l'EPO). En outre, si la formation EIS s'ouvre rarement aux non américains, c'est qu'elle est destinée à former des épidémiologistes du service public américain de santé : l'accueil de médecins français est d'emblée envisagé par les responsables de l'EPO comme exceptionnel, quantitativement (c'est une faveur rare) et dans le temps (c'est une faveur provisoire). Enfin, la continuité se situe sans doute davantage du côté français que du côté américain : la valorisation de l'épidémiologie « à l'américaine », ici comme dans des cas analogues dans les années 1920 ou 1950, une stratégie d'outsiders intéressés par la promotion d'une ressource rare, sinon inédite, en France.

L'un des grands mérites des nombreux travaux qui, de l'histoire croisée ou connectée à la sociologie de la mondialisation en passant par l'histoire sociale des sciences, se sont penchés ces dernières années sur la circulation des savoirs savants et des savoirs de gouvernement, est sans doute celui d'avoir renouvelé, en le complexifiant et en l'historicisant, le comparatisme surplombant, vide de toute donnée empirique de première main, qui fonde bien des analyses paresseuses sur « les systèmes et les politiques de » santé (ou d'éducation, ou de l'environnement, etc.), et d'avoir du même coup largement (sinon définitivement) discrédité la notion commode de « modèle » comme principe explicatif des transformations des politiques ou des modes de gouvernements. Plusieurs enseignements ont ainsi guidé l'enquête

¹⁵⁵ Sur Alan Gregg, PICARD Jean-François, « La Fondation Rockefeller et la recherche médicale », *art. cit.* ; SCHNEIDER William H., « War, philanthropy, and the National Institute of Hygiene in France », *art. cit.* ; SCHNEIDER William H., « The Model American Foundation Officer: Alan Gregg and the Rockefeller Foundation Medical Divisions », *Minerva* 41 (2), juin 2003, pp. 155-166.

empirique sur la configuration transatlantique ici à l'œuvre¹⁵⁶. Le premier concerne l'impératif de description, indissociable du rejet des explications déjà prêtes à l'emploi. Plutôt que poser *a priori* un diagnostic clair et brutal quant aux similitudes et différences des « systèmes nationaux », rechercher dans les échanges une structure universelle (la « domination » d'un modèle) ou lire dans leurs évolutions une loi tendancielle (de « diffusion » ou de « convergence »), il est apparu de saine méthode d'observer d'abord les contenus des circulations, leurs porteurs et leurs usages. Le second enseignement concerne précisément les contenus des circulations – qui peuvent être les porteurs eux-mêmes. Les historiens des sciences sociales ont montré que les hommes (les voyages, les séjours) et les œuvres (les traductions, les recensions, les achats) circulaient, et que les modalités des rencontres étaient variées (colloques, cours, formations, etc.)¹⁵⁷ ; les historiens et sociologues des sciences « exactes » (dont les sciences biomédicales) ont ajouté à cette liste les objets, instruments et autres « actants » non-humains (isotopes, bactéries et virus, etc.)¹⁵⁸. Le troisième enseignement concerne la force sociale des circulations : celles-ci ont sans doute un pouvoir structurant sur les catégories de perception des acteurs, leurs réseaux, les modalités d'organisation ou les lieux de production des savoirs, mais ce pouvoir dépend aussi, et d'abord, des contextes de production et surtout de réception des savoirs. Pierre Bourdieu aimait rappeler la formule de Karl Marx selon laquelle les textes circulent sans leur contexte, afin d'insister sur le fait que marteler que « le sens et la fonction d'une œuvre étrangère sont déterminés au moins autant par le champ d'accueil que par le champ d'origine » et que tout transfert se traduit par des opérations sociales de sélection, de marquage et d'appropriation¹⁵⁹. Ces préalables posés, il est temps de décrire la configuration atlantique à l'œuvre.

Signaler une cause : les Séminaires Yves Biraud (1982-1983)

Le premier moment décisif de la mobilisation peut être situé lors des deux Séminaires Biraud organisés à Talloires par Louis Massé en septembre 1982 et septembre 1983. Le premier, consacré à « l'épidémiologie des maladies transmissibles » constitue les insuffisances de la surveillance épidémiologique en France en problème, auquel le second, qui porte sur « l'enseignement de l'épidémiologie pour les pays en voie de développement », propose des solutions. Ces deux manifestations sont utilisées par Louis Massé, Charles Mérioux et Alan Gregg afin de sensibiliser toute une série de spécialistes de santé publique en France à l'utilité de l'épidémiologie « appliquée », « de terrain » ou « opérationnelle » - tous ces termes sont employés. Elles contribuent ainsi à la convergence des intérêts préalablement constitués de ces acteurs.

¹⁵⁶ SAUNIER Pierre-Yves, « Circulations, connexions et espaces transnationaux », *Genèses* (57), 2004, pp. 110–126.

¹⁵⁷ MARTIN Olivier et KECK Frédéric, « Revue d'histoire des sciences humaines », *art. cit.*

¹⁵⁸ SCHAFFER Simon *et al.*, *The Brokered World*, *op. cit.* ; GAUDILLIERE Jean-Paul, *Inventer la biomédecine*, *op. cit.*

¹⁵⁹ BOURDIEU Pierre, « Les conditions sociales de la circulation internationale des idées », *art. cit.*

On aura l'occasion de revenir longuement sur les trajectoires de Louis Massé et d'Yves Biraud dans la suite de cet ouvrage (cf. la deuxième partie), mais il faut situer sommairement la place des Séminaires Biraud dans l'activité de Louis Massé au début des années 1980. Ce dernier, né en 1925, est comme on le verra une figure originale : médecin formé à Paris mais n'ayant jamais exercé, il devient sociologue et démographe à l'Institut Français d'Afrique Noire (IFAN) de Dakar, avant d'être nommé enseignant de statistiques au moment de la refondation de l'École nationale de Santé Publique (ENSP), en 1962, où il assiste Yves Biraud (né en 1900), ancien épidémiologiste en chef de l'Organisation d'Hygiène de la Société des Nations puis de l'Organisation Mondiale de la Santé. Ce dernier meurt prématurément en 1965, laissant la charge de l'enseignement de l'épidémiologie à Massé. Pour des raisons en partie biographiques, L. Massé s'insère à partir des années 1960 et 1970 dans des réseaux internationaux d'épidémiologistes principalement anglo-saxons. Il valide son *PhD* en santé publique à Harvard, est nommé expert auprès de l'OMS, et compte parmi les premiers français de l'International Epidemiological Association (IEA), où il occupe des fonctions élevées, avant de contribuer à la création de l'Association des épidémiologistes de langue française (ADELF), le pendant francophone de l'IEA. Il met également sur pied des rencontres scientifiques franco-britanniques avec la Society for Social Medicine dès 1972, puis, à partir de 1979, des rencontres franco-américaines, intitulées « Séminaires Yves Biraud ».

Organisés dans un cadre enchanteur, aux bords du lac d'Annecy, dans le prieuré médiéval de Talloires appartenant à la Tufts University, ces séminaires s'inscrivent dans le prolongement des relations nouées dans l'IEA et à l'OMS avec des spécialistes américains, au premier chef desquels Kerr White et Paul Leaverton.

Né en 1917 au Canada, médecin interniste, diplômé de sciences sociales (économie et science politique) de McGill et de Yale, épidémiologiste formé en Angleterre par Bradford Hill et Richard Doll à la London School for Hygiene and Tropical Medicine, Kerr L. White est un spécialiste des services de santé (« *Health care organization* », HCO), professeur à la North Carolina University, puis à la Johns Hopkins University (où il fonde le département de HCO), avant d'achever sa carrière comme Deputy Director for Health Sciences à la Fondation *Rockefeller* (1978-1984). Chercheur prolifique (225 publications, dont une dizaine d'ouvrages), considéré comme le fondateur de la « *Health Care Research* », White a également collaboré avec le National Center for Health Statistics, l'un des CDC, et occupe successivement les postes de membre du Conseil, trésorier puis président de l'IEA, dont les premières réunions ont été financées par la Fondation *Rockefeller*¹⁶⁰.

Paul Leaverton (né en 1934) compte parmi la première génération d'EIS *officers*, dont il suit la formation avant d'obtenir un doctorat de statistiques. Sa carrière est moins prestigieuse que celle de White, entre postes universitaires secondaires (assistant professeur à Denver, professeur à Iowa City, puis en 1985 à University of South Florida) et positions dans les CDC ou les NIH. Au moment des Séminaires Biraud, il est en effet

¹⁶⁰ Voir l'interview donnée par White, « History of Health Services Research Project », sur le site de la National Library of medicine (« History of Medicine Division » du NICHSR).

« associate Director for Research », au National Center for Health Statistics, l'un des CDC, jusqu'en 1980, puis Deputy director for Epidemiology and Biometry au National Heart, Lung and Blood Institute, l'un des NIH, jusqu'en 1983. Il est aujourd'hui connu pour son manuel de *Biostatistics*, qui a connu plusieurs éditions, et pour des enquêtes de cohortes sur les maladies cardio-vasculaires dans la décennie 1974-1984¹⁶¹.

Les quatre premiers Séminaires Biraud réunissent surtout des acteurs intéressés par l'épidémiologie de l'environnement d'une part, c'est-à-dire les effets des changements environnementaux (pluies acides, fertilisants, pesticides, herbicides, adjuvants chimiques, énergie nucléaire) sur la santé des populations (pour les 3 premiers, en juin 1979, juin 1980 et septembre 1981), les systèmes d'information sanitaire d'autre part (pour le 4^e, en septembre 1982). La vingtaine de participants inscrits à chaque séminaire est hétéroclite. Des universitaires de différents pays (Irlande, Israël, Pays-Bas, Allemagne, États-Unis, Angleterre, Chine, etc.) côtoient des représentants de l'OMS (Genève est proche) et quelques membres éminents des NIH et du NCHS. Financés principalement par la Tufts University et par la *Rockefeller Fondation*, représentée par K. White, les Séminaires invitent aussi une petite minorité de Français : un représentant du Commissariat à l'Énergie Atomique participe aux trois Séminaires sur l'environnement, l'économiste Simone Sandier, du CREDOC, à celui sur les systèmes d'informations de santé, d'autres spécialistes moins connus viennent ponctuellement¹⁶². Si Jean-François Lacronique, pour le ministère de la santé, et Philippe Lazar, épidémiologiste à l'INSERM, sont invités au premier Séminaire, aucun autre représentant du ministère ou de l'Institut ne participent aux suivants. « Le docteur » Charles Mérieux est présent à trois Séminaires : président de la Fondation Mérieux, il promeut activement, notamment via l'AMP, le développement des capacités de santé publique dans le monde « sous-développé », essentielles pour le bon usage des produits vaccinaux humains et animaux de son entreprise familiale, l'Institut Mérieux, dont il est persuadé que leur distribution universelle est un bienfait pour l'humanité (vacciner tous les enfants du monde)¹⁶³.

Les premiers Séminaires donnent lieu à deux publications académiques, sous la forme d'ouvrages collectifs édités par les *co-chairmen* que sont Paul Leaverton et Louis Massé : *Environmental Epidemiology* paraît en 1982, *Health Information Systems* en 1984, tous deux édités chez Praeger. La publication des deux Séminaires suivants, en septembre 1982 et septembre 1983, est bien différente : elle prend la forme d'actes reproduisant le *verbatim* des Séminaires (interventions et débats), publiés sous forme de brochure dans la collection de la Fondation Mérieux. Le changement de publication signale un passage de relais entre la *Rockefeller Fondation* et la Fondation Mérieux, devenue le mécène unique des Séminaires. Relais qui est loin d'être anodin : de même que les systèmes d'information intéressaient d'abord White, de même l'amélioration de la surveillance épidémiologique en France et dans les pays en voie de développement préoccupent Mérieux. La continuité du nominal est ainsi trompeuse,

¹⁶¹ Voir par exemple : <http://www.epi.umn.edu/cvdepi/bio-sketch/leaverton-paul/>

¹⁶² Un professeur du CHU de Grenoble, un médecin-inspecteur de Bastia, un représentant du Centre international sur le Cancer de Lyon, etc..

¹⁶³ MERIEUX Charles, *Virus passion*, Paris, R. Laffont, 1997.

et tout indique que les 5^e et 6^e Séminaires diffèrent complètement des 4 premiers. L'enjeu n'est plus international mais surtout français : les participants aux deux derniers séminaires, nettement plus nombreux (on passe de 20 à 35 participants), est presque exclusivement française ; 5 ou 6 étrangers participent à chacun d'entre eux, et Mike Gregg est le seul à participer aux deux. Un détail intrigant réside dans les dates : le 5^e Séminaire est organisé les 6 et 7 septembre 1982, soit ... juste avant le 4^e Séminaire, qui se tient du 8 au 10 septembre. On peut supposer que les numéros ont été intervertis à des fins de cohérence : Paul Leaverton co-dirige avec Massé les quatre premiers, cependant que les 5^e et 6^e Séminaires répondent à une même préoccupation. De fait, Leaverton ne participe pas au 5^e Séminaire, mais seulement au 4^e. Mais il n'y a peut-être pas vraiment eu interversion des numéros : il est vraisemblable que le 4^e Séminaire était effectivement prévu et organisé avant que le 5^e Séminaire le soit, et que ce dernier s'est intercalé par simple commodité en début de semaine, juste avant le premier. Un autre détail peut sembler révélateur : seuls Charles Mérieux, Louis Massé et Mike Gregg participent à la fois aux 4^e et 5^e Séminaires de septembre 1982¹⁶⁴. Tout se passe comme si la présence du Directeur de l'EPO des CDC au 4^e Séminaire était une trop belle aubaine pour ne pas organiser une autre réunion, à destination cette fois des spécialistes français de l'épidémiologie.

De fait, les 5^e et 6^e Séminaires ne correspondent plus aux seuls intérêts de Louis Massé, mais aussi à ceux de Mérieux¹⁶⁵. Comme on le verra plus en détail dans un prochain chapitre, Louis Massé n'entend pas seulement rendre hommage à Biraud « premier épidémiologiste international » à la Société des Nations, mais aussi rendre justice à l'importance de la surveillance épidémiologique si décriée depuis le succès de la biomédecine. Enseignant de statistiques dans une école de formation de cadres administratifs de la santé, dans une position doublement marginale dans l'État et dans l'université, très peu productif sur le plan scientifique, il ne dispose guère de leviers pour défendre cette épidémiologie opérationnelle qui lui semble injustement discréditée. Il n'est pas pour autant isolé, car il a eu l'occasion d'enseigner la statistique appliquée dans des DU spécialisés de médecine (médecine tropicale à Marseille, médecine du travail à Rennes) et surtout à l'Institut Pasteur, à l'invitation des professeurs Baltazard et Mollaret, où ses élèves sont des biologistes, des médecins ou des vétérinaires. Une partie des invités des 5^e et 6^e séminaires sont ainsi considérés par lui comme des alliés : qu'ils soient infectiologues à l'Institut Pasteur (comme le Mollaret), médecins militaires (comme le directeur de l'Institut de médecine tropical du Service de Santé aux Armées, à Marseille), médecins vétérinaires (comme les professeurs Toma et Perreau de l'école de Maisons-Alfort), ou médecins de santé publique (comme le professeur Fabry, de l'Institut de médecine sociale de Lyon),

¹⁶⁴ Paul Leaverton est également présent, quoique non inscrit, au 5^e Séminaire (il intervient dans les débats) qui, rappelons-le, précède le 4^e.

¹⁶⁵ Massé le reconnaît explicitement en conclusion des débats du 5^e Séminaire : les rencontres n'auraient pas existé « si nous n'avions pas été invités ici, sur un sujet qu'il a décidé lui-même et qui est passionnant, et dans un cadre qu'il a aidé à restaurer, par M. Charles Mérieux », (Actes du 5^e Séminaire Yves Biraud, « La surveillance des maladies transmissibles », Collection Fondation Marcel Mérieux, 1982, p. 150).

nombre de ces invités sont convaincus de la pertinence d'une épidémiologie descriptive et opérationnelle avant même de se rendre à Talloires.

C'est d'ailleurs en partie par son réseau que Massé est mis en relation avec Charles Mérieux. Parmi ses anciens élèves figurent en effet Philippe Stoeckel, vétérinaire qui suit les cours de Mollaret et de Massé à Pasteur en 1972-1973, au moment où il est recruté par Charles Mérieux. Stoeckel a contribué à rapprocher les deux industriels français concurrents sinon ennemis, Pasteur et Mérieux, autour d'un enjeu commun, le développement de la bactériologie, donc du besoin en vaccins, dans les pays en voie de développement. L'AMP, dirigée par Stoeckel, est créée en 1972 avec le soutien des deux Instituts¹⁶⁶. Mais les circonstances favorisent également la rencontre entre Charles Mérieux et Louis Massé. Ce dernier possède une résidence secondaire en Savoie, les Séminaires ont lieu à Talloires sur le lac d'Annecy, cependant que Mérieux possède une maison familiale à Veyrier-du-Lac, à 15 minutes à peine de Talloires. C'est ainsi de manière très mondaine que les deux hommes se rencontrent et s'apprécient.

Selon Philippe Stoeckel, « C'est là que le Dr Mérieux est irremplaçable puisqu'il organisait dans sa maison familiale des petites rencontres, des repas, des réceptions, l'été sur la pelouse, etc. Massé y était convié. Donc ça s'est fait comme ça. On en a parlé et Massé voyait là un moyen de promouvoir ses idées sur l'épidémiologie de terrain. Il avait quand même cette idée, il faut lui reconnaître. Il a lancé le premier le pavé dans la mare. Et ça a été relevé par Charles Mérieux »¹⁶⁷.

Il semble clair que Louis Massé est tombé sous le charme de Charles Mérieux, qu'il décrit comme « un type sensationnel », « un brave type » pour lequel il aurait fait « n'importe quoi ». La générosité de Mérieux compte également. En entretien, L. Massé se récrit ainsi quand on lui demande pourquoi il n'organisait pas ces Séminaires à l'ENSP, son institution de rattachement : tout était beaucoup plus simple avec la Fondation Mérieux.

« Mais mon pauvre ami, j'avais essayé de faire ça pendant les quinze années précédentes, mais je m'étais heurté à chaque fois au contrôleur financier qui disait, ah mais non il vient de chez pas où, ça coûte trop cher. Alors qu'avec Mérieux, ça coûtait jamais trop cher (rires) ! C'est tout. Mais le contrôle financier, c'est une connerie monumentale, c'est un truc pour emmerder les gens, c'est tout »¹⁶⁸.

Pour sa part, « le docteur » assiste aux premiers Séminaires Biraud davantage qu'en simple voisin, en voisin intéressé par tout ce qui pourrait améliorer la surveillance épidémiologique. Une fois transmise à son fils l'entreprise familiale de vaccins et de sérums, Charles Mérieux a en effet fondé en 1967 la Fondation Marcel Mérieux (du nom de son père), qui lui permet de soutenir un certain nombre de projets « humanitaires », dont la création en France d'une expertise comparable à celle des

¹⁶⁶ Le rapprochement se prolongera dans les années 1980 avec la réunion des branches de production de vaccins de Pasteur et Mérieux.

¹⁶⁷ Entretien Philippe Stoeckel (mars 2010).

¹⁶⁸ Entretien Louis Massé (novembre 2005).

CDC n'est pas le moindre. Par l'intermédiaire de l'AMP, Charles Mérieux et Philippe Stoeckel ont en effet découvert depuis plusieurs années l'efficacité de l'épidémiologie de terrain « à l'américaine ».

« Une fois sur le terrain, à l'OCCGE¹⁶⁹, je suis immédiatement frappé et contrit de voir à quel point même dans les pays francophones, nous sommes tributaires des EIS *officers* des CDC. Les CDC avaient à l'époque des gens à l'OCCGE, et à chaque fois qu'il y avait des conférences techniques (...), il était extrêmement énervant pour moi de voir la différence de moyens et de niveau entre ce qu'apportaient les CDC d'Atlanta et nos moyens de gestion, qui étaient peu de chose. Et c'est là, au début des années 1980, que j'ai commencé à me soucier sérieusement de l'épidémiologie qu'on ne trouve pas vraiment dans le milieu français. C'est l'épidémiologie de Schwartz *and co* qui maîtrise un peu, et à l'époque l'épidémiologie de terrain est un sous-produit. (...) On était sur le terrain : il fallait faire de l'épidémiologie de la méningite, de la polio, etc. Il fallait le faire, mais ça nous rendait dépendant des CDC. On était très dépendant des CDC. D'où la réflexion qu'on va essayer de mener d'abord pour la France puis 6^{ème} SYB pour les PVD, avec Schwartz and Co, Salamon, et d'autres, à fleurets mouchetés toujours »¹⁷⁰.

Mais c'est surtout lors du coup d'éclat de la vaccination contre la méningite au Brésil, que Mérieux comprend tout l'intérêt de l'épidémiologie de terrain. Lorsque une épidémie de méningite cérébrospinale de sérotype A se déclare au printemps 1974, seul l'Institut Mérieux dispose d'un vaccin, qu'il vient tout juste de faire tester en Afrique. Charles Mérieux s'entend alors avec le gouvernement brésilien pour fournir entre 90 et 100 millions de doses de vaccins, sur un mode industriel, en faisant fonctionner l'Institut pendant tout l'été : 40 millions de Brésiliens sont vaccinés à partir de septembre. L'épisode consacre le principe de ce que Mérieux appelle la « vaccinologie », c'est-à-dire la vaccination pour tous. L'éradication des maladies infectieuses apparaît comme un objectif atteignable à condition de mettre à disposition du plus grand nombre des produits biologiques désormais élaborés à l'échelle industrielle en « vaccinant tous les enfants du monde ». Or, ce sont les épidémiologistes des CDC qui ont su démontrer après coup l'efficacité de la campagne de vaccination.

"Mérieux découvre les CDC en faisant sa première grande opération au Brésil, de vaccination à partir de 80 millions de doses, on a vacciné 80 millions d'individus et c'est là que seuls les épidémiologistes des CDC vont être capables de faire la démonstration que la vaccination a protégé – et le coût de la vaccination – les populations, et a sauvé ce qu'aurait coûté les 4 000 cas de Sao Paulo »¹⁷¹.

L'épidémiologie de terrain est ainsi identifiée dès le milieu des années 1970 par la Fondation Mérieux comme un savoir tout aussi indispensable à la « vaccinologie » que le sont le diagnostic biologique, la conduite de campagnes de prévention ou la

¹⁶⁹ Organisation de coordination et de coopération pour la lutte contre les grandes endémies, regroupant les États de l'ancienne Afrique occidentale française de 1960 à 1998.

¹⁷⁰ Entretien Philippe Stoeckel.

¹⁷¹ Entretien Philippe Stoeckel. Sur cet épisode, on peut aussi consulter MERIEUX Charles, *Virus passion*, *op. cit.*

logistique d'organisation¹⁷². L'intervention de la Fondation vise déjà la formation de biologistes et de spécialistes de santé publique dans les pays du Sud, et peut s'appuyer sur les réseaux constitués par les Instituts Pasteur, la médecine militaire française et les organismes de la coopération francophone ; elle a tout intérêt au développement de la surveillance épidémiologique. D'après Stoeckel, Mérieux envisage les Séminaires Biraud comme un outil pour promouvoir l'épidémiologie de terrain des CDC en France, une cause qui n'est pas évidente à porter.

« On n'avait pas encore vraiment fait le tour de la question et tout ça va se mettre en place entre le 4^{ème} et le 5^{ème}. Il va se cristalliser l'idée qu'autour du Centre européen de la Tuft University, où on peut faire venir des Américains, avec Gregg and co, on va pouvoir réunir des gens non plus sur des sujets un peu ésotériques ou folklo, mais vraiment sur des problèmes dont on sait ... qu'ils sont... enfin qu'il y aura des enjeux et que ça ne va pas passer comme ça. Et c'est d'ailleurs pour ça qu'on procède en deux temps. On ne voulait pas directement passer à l'international pour ne pas... On est encore à cette époque dans le pré carré... Il fallait quand même... Bon. Donc on n'allait pas envahir l'épidémiologie africaine avec les Américains. Il fallait le faire par étapes. Donc on va procéder en deux temps. D'abord, ça manquait dans les pays francophones africains mais ça manquait d'abord en France »¹⁷³.

On l'a dit, Mike Gregg est, avec L. Massé et Ch. Mérieux, le seul participant présent aux deux Séminaires Biraud de septembre 1982. Né en 1930, Gregg dirige alors, et jusqu'à sa retraite en 1990, le prestigieux Epidemic Programm Office (EPO), donc la formation des épidémiologistes de terrain (formation EIS), et la publication du bulletin hebdomadaire d'information des CDC, le *Morbidity and Mortality Weekly Report* (MMWR). En 1982, Gregg est surtout connu des spécialistes américains des CDC, puisqu'il est le premier intervenant et le mentor de la formation EIS. Mais sa renommée va au-delà. Comme directeur de publication du MMWR, c'est lui qui a décidé de la publication, dans le Weekly Report du 5 juin 1981, d'une étude sur un cluster de 5 cas à Los Angeles d'une maladie rare, la pneumonie *Pneumocystis carinii*, chez de jeunes hommes (mais d'autres cas avaient été repérés dans d'autres villes américaines), accompagnée d'un éditorial dans lequel il faisait l'hypothèse d'un dysfonctionnement de l'immunité cellulaire et d'une pathologie acquise par contact sexuel. Le même mois, les CDC mirent sur pied une équipe d'investigation dédiée à cette pathologie qui s'avèrera être le SIDA (recherche des facteurs de risques, définition des cas).

C'est précisément à propos du MMWR que Gregg est invité à intervenir lors du 4^e Séminaire Biraud ; il le présente comme un « système d'information de santé » majeur, aux États-Unis et au-delà. Lors du 5^e Séminaire, qui confronte l'ensemble des acteurs français concernés par la seule « surveillance des maladies transmissibles » à quelques spécialistes étrangers, Gregg se voit donner la parole en premier. Sa communication offre d'abord une présentation générale des CDC, à travers un historique de la distribution des compétences en santé aux États-Unis (naissance et

¹⁷² Que Mérieux développe via une autre organisation, Bioforce développement.

¹⁷³ Entretien Philippe Stoeckel.

développement du Public Health Service, et du CDC lui-même), puis une description plus approfondie de la formation EIS, enfin la description de la structure de l'organisation des CDC. Son exposé est longuement débattu – c'est une caractéristique très nette du 5^e Séminaire, les débats sont vifs. Chargé de présider la session, le patron de l'épidémiologie française, Daniel Schwartz, est surtout intéressé par les actions des CDC en matière de maladie non transmissibles, et par la proportion des épidémiologistes des CDC par rapport à l'ensemble des épidémiologistes américains. Un échange assez sec opposera plus tard dans la journée Schwartz et Gregg à propos de la méthodologie de l'épidémiologie : Schwartz ayant déclaré que l'épidémiologie « classique » (i.e. celle des facteurs de risque) ne marchait pas pour les maladies transmissibles, et demandé à Gregg si les CDC avaient un programme spécial pour ce type d'épidémiologie, l'américain se départit de son ton policé pour souligner qu'il n'y a pour les CDC « qu'une seule épidémiologie », consistant à la collection, la description et l'analyse des données¹⁷⁴. Gregg n'intervient plus avant la toute fin des débats, le lendemain. « À titre exceptionnel, et quoique ce n'était pas prévu, et parce qu'il vient de loin », Massé lui redonne en effet la parole. Gregg insiste alors sur ce qu'il identifie comme le véritable enjeu : non pas s'il faut un CDC en France ou non, mais bien les besoins et les objectifs de santé en France, et les acteurs qui seront concrètement chargés de collecter les données. Et il conclue par une histoire célèbre (car « *if you want to convince people, do not use logic, tell them stories* »), l'accident de Cutter en 1955, qui a vu les CDC identifier en quelques jours la marque de vaccins contre la poliomyélite responsable de la contamination de nombreux enfants (40 000 au total dont 10 morts : le processus de désactivation du virus n'avait pas fonctionné dans les lots du Laboratoire californien Cutter), et qui leur a permis de faire des « capacités d'intervention en cas d'urgence » une mission essentielle des politiques de santé, au-delà de l'évaluation des vaccins ou des politiques de prévention. Gregg fait ainsi office d'oncle américain, dont les histoires édifiantes peuvent éclairer des spécialistes français divisés. Gregg intervient également lors du 6^e Séminaire, dédié à « l'enseignement de l'épidémiologie dans les pays en voie de développement », où les exposés, beaucoup plus nombreux, sont en général très techniques (architecture et contenu pédagogiques, principes didactiques des différentes formations, etc.) et longs, au point que plusieurs participants regrettent le manque de temps pour débattre. Gregg dispose d'une session pour lui tout seul, le deuxième jour, qui lui permet d'explicitier la philosophie « pratique et appliquée » des CDC, avant de présenter en détail les différents cours offerts par les CDC à partir de la formation matricielle EIS. Comme l'année précédente, il est autorisé à faire une deuxième intervention en fin de Séminaire, afin de donner à ses hôtes une « idée » précise de la conception de l'enseignement aux CDC à travers la présentation du contenu détaillé des exercices effectués lors du cours introductif de la formation EIS.

Les interventions de Gregg consistent ainsi purement et simplement à promouvoir les CDC, en général (lors du 5^e Séminaire) ou au travers de la formation EIS et de l'enseignement (lors du 6^e séminaire). L'épidémiologiste américain n'a pas de gros efforts à faire pour produire ce discours d'institution, très hagiographique – c'est le

¹⁷⁴ Actes du 5^e Séminaire Yves Biraud, « La surveillance des maladies transmissibles » : p. 32.

cœur de son métier, et il a lui-même déjà enseigné pour le compte du CDC à l'étranger dans de nombreux pays en voie de développement¹⁷⁵. Bénéficie-t-il vraiment d'un traitement de faveur au motif que les responsables des Séminaires Biraud, Massé et Mérieux, entendent favoriser l'installation en France de l'épidémiologie à la manière des CDC ? Tout suggère en fait que la situation a évolué entre les deux séminaires, sinon dès le premier.

La présentation du CDC lors du 5^e Séminaire a soulevé une opposition quasi unanime, mais pour des raisons différentes, à l'idée même d'un « CDC à la française » – d'où la mise au point finale de Gregg. Mais la réorganisation de la surveillance des maladies transmissibles repose dans l'esprit des organisateurs sur trois piliers, présentés lors de la dernière session : la « collecte des données », le « dispositif d'intervention » et la « formation des épidémiologistes ». Or, il est très significatif que la première, plutôt scientifique, soit présentée par le professeur Mollaret, de l'Institut Pasteur (et non par un représentant de l'INSERM), le deuxième par le Docteur Roland Netter, directeur du Laboratoire national de Santé (et non par un représentant de la DGS), et la troisième par Massé lui-même (et non par un universitaire) ; il est tout aussi significatif que ce soient deux représentants patentés de l'État et du champ de la recherche, le docteur Elisabeth Bouvet (DGS) et le Professeur Alain-Jacques Valleron (université Paris 7), qui se montrent les plus critiques de ces interventions. L'enjeu du 5^e séminaire est en effet largement une question de territoires, comme on le verra plus en détail dans le chapitre suivant : les représentants de l'État dénie aux autres (Massé, Mérieux, mais aussi l'Institut Pasteur) toute légitimité pour *revendiquer* la réorganisation de la surveillance des maladies transmissibles.

Plus précisément, le 5^e Séminaire débouche sur un consensus général sur les besoins de la surveillance épidémiologique en France, mais révèle surtout plusieurs désaccords entre les participants. Désaccord sur la *manière d'organiser* les débats, en faisant comme si l'ensemble de l'épidémiologie française était défaillante : le patron de l'épidémiologie à l'INSERM, Daniel Schwartz, se montre très critique à l'égard d'un programme qui met en avant les exemples étrangers (américains, anglais, belge), avant de pointer les manques français, puis de proposer des solutions (« pour un dispositif français ») ; il estime en effet que la recherche épidémiologique (celle pratiquée à l'INSERM) n'a pas à rougir de la comparaison internationale. Désaccord (classique) sur la *définition de l'épidémiologie des maladies transmissibles* : de la vraie épidémiologie (Schwartz le réfute longuement) ? une épidémiologie fondée essentiellement, sinon exclusivement sur l'expertise biologique (les pastoriens le soutiennent, la représentante du ministère de la Santé le conteste) ? Désaccord sur la *définition de l'épidémiologie en général* : pour les chercheurs de l'INSERM, il n'existe plus qu'une seule définition, universellement acceptée sauf en France, celle des facteurs de risque. Désaccord sur l'*organisation* de la surveillance : si tout le monde reconnaît l'insuffisance de la coordination des différents acteurs impliqués dans la surveillance, les candidats à la coordination sont nombreux. Désaccord enfin sur

¹⁷⁵ Actes du 6^e Séminaire Yves Biraud, *Enseignement de l'épidémiologie pour les pays en voie de développement*, Collection Fondation Marcel Mérieux : p. 125

l'enseignement de l'épidémiologie : doit-il être fait par des universitaires ou ailleurs (position d'un Massé, à l'ENSP, mais aussi du CDC, dont la formation n'a rien d'universitaire).

Or, s'il réduit les enjeux *au seul problème de l'enseignement* tout en les élargissant aux PVD, le 6^e Séminaire est loin d'être aussi conflictuel, et ce pour une raison simple : les principaux représentants de l'État et du champ académique n'y participent pas (on ne sait pas s'ils ont été invités). Le Séminaire porte longuement sur des expériences d'enseignement dans les PVD ou à destination des spécialistes de ces pays, avec une alternative lancinante (faut-il former ces spécialistes sur place ou en France ?) et une autre moins explicitée (faut-il laisser les Américains intervenir dans le « pré carré » Français de l'ex-AOF comme ils le font déjà dans d'autres pays ?). Il concerne donc aussi très directement la situation française : il s'agit de poser la rénovation de la surveillance épidémiologique en termes d'enseignement, ou, pour le dire dans les termes de Ph. Stoeckel, « comment former ces épidémiologistes dont on a montré au 5^e Séminaire Yves Biraud que l'on en avait besoin ». Mais si le tour d'horizon des formations est large¹⁷⁶, il demeure incomplet puisque le cours le plus connu de France, le CESAM créé par D. Schwartz, n'est pas représenté, mais simplement cité lors de l'intervention liminaire de Stoeckel qui le décrit comme « surtout méthodologique », « orienté vers les besoins français » donc « assez peu (et de moins en moins) vers les maladies transmissibles et de plus en plus vers les maladies () non transmissibles »¹⁷⁷. La critique est pertinente en ce qu'elle signale un clivage fort entre « recherche épidémiologique » et « surveillance des maladies transmissibles » qui a été rendu évident lors du 5^e Séminaire par D. Schwartz ou M. Gregg ; mais elle néglige le fait qu'un autre épidémiologiste de l'INSERM issu de l'école Schwartz, A.-J. Valleron, a présenté une nouvelle offre de formation en épidémiologie des maladies transmissibles. Le fait est cependant que ni Schwartz, ni Valleron n'assistent au 6^e Séminaire, et que c'est surtout l'enseignement non académique des CDC qui est alors mis en valeur. Si les responsables des Séminaires Biraud n'ont pas pu ne pas conclure du 5^e Séminaire que l'organisation générale de la surveillance ne serait pas modifiée sur le modèle américain sans l'accord des représentants légitimes de l'État, et que cet accord était très loin d'être acquis, ils peuvent tirer comme leçon positive du 6^e Séminaire qu'une offre de formation à la manière des CDC, et précisément sur le modèle d'un cours de quelques semaines comme celui présenté en fin de séance par Gregg, peut déjà permettre d'acclimater l'épidémiologie de terrain en France et dans les PVD.

Alors que le 5^e Séminaire avait consacré sa dernière session à des « propositions », le 6^e Séminaire se conclue sur des « recommandations ». Au matin du deuxième jour, Massé a distribué aux participants du papier vierge afin que chacun propose des

¹⁷⁶ Sont présentés l'Institut de médecine et d'épidémiologie tropicales de Bichat, le Centre International de l'Enfance, le l'Institut de médecine tropicale du Service de santé des armées, deux départements de La Pitié et de la Faculté de médecine de Marseille, l'École nationale de santé publique et l'Institut Pasteur

¹⁷⁷ Actes du 6^e Séminaire Yves Biraud, *Enseignement de l'épidémiologie pour les pays en voie de développement* : p. 14

recommandations. En conclusion des travaux, il est ainsi en mesure de présenter une liste des 20 recommandations « synthétiques ». Le débat fait vite apparaître que, à l'issue de ces « riches » travaux, il serait bon qu'une recommandation soit « votée en assemblée générale » (selon l'expression de L. Massé), voire qu'un « secrétariat » soit créé pour coordonner la mise au point d'un programme d'enseignement¹⁷⁸. Trois séries de recommandations – ou plutôt des « vœux » comme le note un participant en rappelant que personne n'est mandaté par son institution... - sont finalement approuvées à l'unanimité. Une concerne le moyen terme : que le ministère des Relations Extérieures crée un « groupe d'étude » pour définir un enseignement national dans les pays en voie de développement. L'autre concerne le « prochain » Séminaire : il s'agirait d'inviter les ministres de la Santé « des pays francophones » à réfléchir à la formation à l'épidémiologie de leurs personnels de santé, mais aussi d'« étudier la possibilité de mettre en place, dans le cadre du système de santé français, un mécanisme de surveillance épidémiologique et de soutien informationnel à la décision » : en bref, de revenir sur la question d'un Centre de surveillance discutée lors du 5^e Séminaire. À ma connaissance, aucune de ces deux recommandations n'a donné de résultat. La première série de recommandations porte sur les actions à mener afin d'« introduire une compétence en épidémiologie dans le bagage du personnel de santé appelé à promouvoir la santé publique dans les pays en voie de développement », personnel éventuellement issu des pays en voie de développement, mais qui peut tout aussi bien être français. Il est encore précisé qu'il faut former des enseignants et des formateurs « permettant de satisfaire également les besoins français », mais aussi que ce sont d'abord des objectifs qu'il faut déterminer, ou que la méthode pédagogique doit être « participative et interactive ». Nulle mention n'est faite par ailleurs à la délivrance d'un diplôme, d'une reconnaissance par l'université, mais d'une simple attestation par les « structures de formation » existantes (présentes lors du Séminaire). Le modèle implicite est ici clairement la formation EIS des CDC¹⁷⁹.

Gregg avait décrit en 1982 les principaux traits de cette formation. C'est un programme de 2 ans qui ne confère aucun diplôme (« *degree* »), mais insiste sur la dimension pratique de l'épidémiologie de terrain. La formation est d'abord pratique en cela qu'après un cours introductif de trois à quatre semaines, les stagiaires sont envoyés sur le terrain, soit dans les Centres à Atlanta (s'ils veulent une spécialité), soit dans des départements de santé des États fédérés (s'ils veulent être généralistes). Dans ce dernier cas, ils apprennent à créer un dispositif de collecte des données et à les analyser (surveillance), à réaliser des investigations épidémiologiques (alerte), à écrire des rapports, et à utiliser l'épidémiologie dans une perspective opérationnelle de prévention et de contrôle. Mais la dimension pratique découle aussi de la temporalité propre de l'action des CDC, qui est bien souvent l'urgence : il faut travailler « *quick and dirty* », privilégier la rapidité sur la qualité des données et de l'analyse.

¹⁷⁸ La représentante du Ministère des Relations extérieures, de la Coopération et du Développement appuie avec force la proposition d'un secrétariat, suggérant même que son Ministère le finance.

¹⁷⁹ Sur tout cela, Actes du 6^e Séminaire Yves Biraud, *Enseignement de l'épidémiologie pour les pays en voie de développement*.

Dans les termes mêmes de Michael Gregg : « Nous ne sommes pas des théoriciens, même si nous aimons faire la meilleure épidémiologie possible. Nous insistons sur les aspects pratiques de la récolte rapide des données, de leur analyse rapide et de l'action de prévention et de contrôle »¹⁸⁰.

Cette dimension découle du statut même de l'agence fédérale, chargée d'assister les États fédérés et tous ceux qui le demandent (des villes américaines aux États étrangers) pour « prévenir et contrôler » les épidémies. Les EIS *officers* fournissent ainsi un service plutôt qu'ils ne font de la recherche : des besoins de service dépend la possibilité de faire de la recherche, mais le plus souvent une recherche « très appliquée, très directe, très simple », et presque pas de « science fondamentale » comme elle peut être faite dans les NIH¹⁸¹. Un trait particulier des EIS *officers* réside dans leur statut : on l'a dit, dès leur création en 1951 pendant la guerre de Corée, la formation a été pensée comme une possibilité offerte aux médecins de remplir leurs obligations militaires, une alternative à l'engagement sur le théâtre des opérations. Pour cette raison, le Public Health Service est une institution similaire à l'armée, et les EIS *officers*, de vrais officiers (« *commissioned officers* »), mobilisables en permanence (24 heures par jour, 365 jours par an).

L'épidémiologie de terrain et les biostatistiques enseignées pendant les trois à quatre semaines du cours introductif n'ont de sens que si elles peuvent être appliquées « en dehors du bureau, sur le terrain, là où sont les besoins ». La philosophie des CDC, donc celle de la formation, est bien d'être « *in the field* » : « se lever de sa chaise, monter dans sa voiture, prendre un avion et aller là où est le problème »¹⁸². Parce que l'objet est dans le « vrai monde de la maladie », c'est l'« exposition extensive » sur le terrain qui doit être expérimentée par le stagiaire, avec l'aide d'un superviseur, de préférence, ce un jeune récemment formé (par exemple deux ans plus tôt) plutôt qu'un professionnel expérimenté. Gregg insiste longuement sur ce rapport au terrain : non seulement, le meilleur moyen de connaître la qualité de données est de les récolter soi-même, mais l'épidémiologiste doit agir avec les données comme le clinicien avec le corps malade, c'est-à-dire en saisir la spécificité propre. Travailler sur les données récoltées par d'autres, au contraire, n'a rien de réel. Même dans le cours introductif, qui ne dure que quelques semaines afin de ne pas perdre « l'attention » des stagiaires, une petite expérience de « terrain » est organisée, cependant que les exercices réalisés en laboratoire ou par petits groupes sont préférés aux cours magistraux (« *lectures* »). Ces cours sont confiés à des épidémiologistes expérimentés, dont on attend surtout qu'ils sachent bien communiquer et faire naître la curiosité et le goût pour le sujet.

On comprend mieux pourquoi les épidémiologistes des CDC s'appellent eux-mêmes des « détectives médicaux » (« *medical detectives* »). Au-delà du terme, tout semble

¹⁸⁰ Actes du 5^e Séminaire Yves Biraud, « La surveillance des maladies transmissibles » : p. 14 (traduit par moi).

¹⁸¹ Actes du 6^e Séminaire Yves Biraud, *Enseignement de l'épidémiologie pour les pays en voie de développement* : p. 123.

¹⁸² *ibid.* : p. 124

opposer cette formation et le corps des EIS *officers* à la formation universitaire et aux chercheurs en épidémiologie : absence de diplôme, formation pratique plutôt que théorique, enseignants non universitaires. Cette opposition, constitutive de l'identité des CDC aux États-Unis, est en partie artificiellement construite, en ce qu'elle assimile de manière caricaturale grandeur scientifique et raffinement théorique, démarche scientifique et expérience de laboratoire. Mais elle n'en est pas moins très forte. Quand un épidémiologiste président de l'ADELF suggère à Gregg qu'il n'est pas évidemment que les épidémiologistes de terrain (« *service epidemiologists* ») soient toujours les formateurs les plus adaptés, et qu'une collaboration avec des universitaires pourrait aussi contribuer à ce type d'enseignement de « bons épidémiologistes principalement de terrain » (« *good mainly service epidemiologists* »), ce dernier raconte une nouvelle histoire, très récente (elle date de 1980), afin de mettre en valeur ce qu'est le « vrai monde » dans lequel les CDC vivent, celui où il faut prendre rapidement des mesures de santé publique, y compris contre les intérêts des industriels. Selon Gregg, un simple chi-deux, outil statistique fort basique, a permis de montrer que le syndrome de choc toxique qui frappait des milliers de femmes était fortement associé avec l'utilisation d'une marque spécifique de tampon hygiénique, et a ainsi conduit à demander le retrait de cette marque (100 millions d'exemplaires). Les analyses sont « très simples, très logiques, très faciles à expliquer, mais doivent déboucher sur une décision qui est absolument à prendre ».

La perspective correspond aux attentes de Massé et de la Fondation Mérieux. Dans la première intervention du 6^e Séminaire, Ph. Stoeckel a souligné que la question de la formation des épidémiologistes de terrain portait à la fois sur la compétence « technique » et sur la « reconnaissance » de cette compétence dans l'expertise par les décideurs. Et il a regretté que l'épidémiologie, qui n'est pas enseignée dans le cursus médical, ne puisse être apprise en France ailleurs qu'au CESAM (où elle est trop méthodologique) ou à l'Institut Pasteur (où l'enseignement est de trop courte durée). Or ce sont bien des « épidémiologistes opérationnels » qui doivent être formés, capables de maîtriser non seulement l'épidémiologie descriptive, analytique et expérimentale, mais aussi l'épidémiologie « opérationnelle », « celle qui décide des mesures à prendre, qui les applique, en évalue les conséquences, en chiffre les coûts, en démontre l'utilité pour, non seulement la santé, mais aussi le développement »¹⁸³. Quant à L. Massé, il avait preuve d'une certaine hostilité à l'égard de la logique même de l'épidémiologie scientifique dès la dernière session du 5^e Séminaire – dans une intervention tenue alors que D. Schwartz a vraisemblablement quitté Talloires la veille¹⁸⁴ : il est vain selon lui de penser que les chercheurs pourront contribuer à l'épidémiologie opérationnelle, au service épidémiologique.

« Si nous observons ce qui s'est passé en France et Outre-mer, en particulier, par exemple avec les médecins militaires, les médecins des troupes coloniales, qui ont si bien développé l'épidémiologie, on peut conclure que le dévouement au service public

¹⁸³ Actes du 6^e Séminaire Yves Biraud, *Enseignement de l'épidémiologie pour les pays en voie de développement* : p. 14

¹⁸⁴ Du moins, il n'apparaît plus dans les procès-verbaux de cette session.

est observé à ce niveau de responsabilité, chez des fonctionnaires disposant d'un traitement régulier et ne dépendant pas de leurs publications pour obtenir une progression de leur carrière ou le renouvellement de leurs crédits de recherche, ils peuvent se dévouer sans contrainte au service qu'ils ont pour mission de développer. C'est un peu ce que le Docteur Gregg a décrit au cours de la 1^{ère} séance : « des épidémiologistes disponibles 24 heures sur 24 pour répondre immédiatement à des problèmes urgents ».

Si le Centre d'épidémiologie est amené à recruter des épidémiologistes sur la base d'une carrière à profil académique où l'accent est mis sur le nombre de publications, la participation à des Congrès ou sous d'autres formes d'activités aussi respectables mais contraignantes, il est possible que les épidémiologistes astreints à de telles tâches par le profil de leur carrière ne soient pas disponibles lorsqu'il faut résoudre un problème urgent dans la collectivité, surtout si l'obligation de réserve ne permet pas nécessairement la publication du travail effectué. »¹⁸⁵.

La création des « cours IDEA » est une conséquence directe des recommandations du 6^e Séminaire Biraud. La Fondation Mérieux transforme en 1984 la maison de famille des Mérieux située à Veyrier-du-Lac, « Les pensières », en Centre de conférences, devenu trois décennies plus tard un centre majeur de formation et d'échange d'information scientifique, en particulier sur le thème des maladies infectieuses (plus de 10 000 scientifiques de 30 pays différents y auraient été accueillis)¹⁸⁶.

D'après Ph. Stoeckel : « Et le 6^{ème} a immédiatement débouché sur un premier cours, en 84, pendant que le Dr Mérieux décidait de construire un centre, le centre des Pensières, et on va faire la clôture du cours de 84 dans les locaux de l'IDEA, de ce qui va devenir le centre européen, les coffrages n'étaient même pas encore terminés mais symboliquement, et le Pr Roux, alors DGS, va venir à la clôture du 1^{er} cours et 6 Américains, et tout ça au milieu des fleurs, largement dispensées par le Dr Mérieux... »¹⁸⁷. Ce que confirme L. Massé : « D'ailleurs, si on a pu faire virer les séminaires Yves Biraud vers autre chose que je faisais moi dans ces séminaires, c'est grâce à Stoeckel. Stoeckel a joué un rôle fondamental. Et Mérieux, bien entendu.¹⁸⁸ ».

Le premier cours IDEA, en 1984, reprend essentiellement le cours introductif EIS, et est assuré largement par des membres de l'EPO emmenés par Gregg en personne. Parmi les premiers stagiaires, figure Jacques Drucker, qui devient « facilitateur » (c'est-à-dire formateur) en 1986, tout comme le sont, à partir de 1985, de jeunes médecins ayant la particularité d'avoir eux-mêmes suivi la formation EIS aux États-Unis. L'accord entre la Fondation Mérieux et les CDC est en effet plus large que l'assistance à la mise en place d'une formation à l'épidémiologie de terrain.

¹⁸⁵ Actes du 5^e Séminaire Yves Biraud, « La surveillance des maladies transmissibles » : p. 126.

¹⁸⁶ L'anecdote veut que cette maison de famille, dont les bâtiments anciens datent du 17^e siècle, ait été « à l'origine une dépendance de l'Abbaye de Talloires » (site internet), donc qu'elle ait un lien avec le prieuré où se tiennent les Séminaires Biraud.

¹⁸⁷ Entretien Philippe Stoeckel.

¹⁸⁸ Entretien Louis Massé.

L'accord américain. Un modèle philanthropique¹⁸⁹

Les échanges entre les porteurs de l'IDEA et les CDC incluent également la formation aux États-Unis de ce qu'on peut appeler une « élite » française de l'épidémiologie de terrain. Michael Gregg et Carl Tyler, son adjoint et successeur, ont en effet conclu un *deal* informel avec la Fondation Mérieux lors d'une négociation menée à Atlanta par L. Massé et Ph. Stoeckel, dans le but de favoriser la constitution d'une *task force* de médecins français formés aux CDC susceptibles de tenir le cours IDEA. Voici comment Ph. Stoeckel évoque le *deal* en question.

« Et je dois dire que les discussions avec Louis Massé étaient un peu vives avec les Américains. Les Américains étaient, comment dirais-je, contents d'avoir un interlocuteur français, qui les aime bien, parce que Massé était quand même américainophile, donc... Mais alors il y avait énormément de difficultés lorsqu'on rentrait dans les détails. Mais il faut aussi dire que Massé était handicapé par le fait qu'il n'avait pas un mandat précis de la part du Dr Mérieux ; le Dr Mérieux, il fallait quand même interpréter... Bon, Louis Massé était prudent. Mais alors, le fait qu'il n'ait pas eu les coudées franches, si je puis dire, a fait qu'il a tenu là-bas des propos qui manquaient de précisions du point de vue des Américains. Et donc j'y suis retourné une fois, seul, après avoir parlé avec le Dr Mérieux, pour voir Carl Tyler en tête à tête... Et Carl Tyler, d'emblée, avait été partant ; il était plus fonceur, quoique fonctionnaire, mais c'était quand même un tempérament prêt à prendre des risques. Il n'était pas typiquement un officier des CDC d'Atlanta. Il était prêt à dire banco. En plus, c'était à son niveau, il était le patron. (...)

Les CDC ont vu là une opportunité... Eux avaient une vision francophone, la France, d'accord, mais la zone francophone aussi. On se rencontrait aussi dans les conférences techniques à l'OCCGE, en Guinée... Donc il y avait quand même une convergence pour les CDC. Ils y ont vu l'intérêt pour développer leurs relations avec les Français »¹⁹⁰.

Le propos souligne « l'américanophilie » des deux Français tout en signalant ses limites (pas d'idolâtrie ici). Il comporte comme souvent une dimension héroïsante (les acteurs tendent à magnifier leur rôle personnel), mais aussi une dimension réaliste (par exemple, en attribuant au « partenaire » américain certains intérêts comme le marché de l'Afrique francophone, « pré carré » de la France). En entretien, Carl Tyler corrobore le schéma général des relations entre les CDC et la Fondation Mérieux, et précise les termes du *deal* : faire venir des médecins français à Atlanta.

« En fait, mon souvenir de l'origine de ce programme, c'est que le docteur Mérieux a invité le docteur Michael Gregg (...). Le père de Gregg était le 2e vice-président des affaires médicales à la Fondation Rockefeller à New York, et il plaçait l'argent de Rockefeller dans les écoles de santé publique. Mike et moi sommes allés à la même fac de médecine, il avait trois ans de plus que moi, et il a été un de mes superviseurs en laboratoire, et nous sommes tous les deux allés à ce qui était alors la Western Reserve University, où ils avaient radicalement réorganisé le cursus médical [plus par système

¹⁸⁹ Cette sous-partie et la suivante reprennent en partie BUTON François et PIERRU Frédéric, « Instituer la police des risques sanitaires », *art. cit.*

¹⁹⁰ Entretien Philippe Stoeckel.

que par spécialité]. Il a été le chef des EIS sous Langmuir pendant plusieurs années, ainsi que l'éditeur des MMWR. Et c'est le personnage clé qui a établi le lien et soutenu le développement entre le CDC et l'épidémiologie en France.

Charles Mérieux nous a invité, Mike et moi, au séminaire Yves Biraud, et nous y avons rencontré Mérieux, et Philippe Stoeckel, et Philippe était l'agent de change [« *change agent* »]. Il était le type qui organisait tout [« *made things happen* »]. Il est venu ici nous demander de les aider à enseigner l'épidémiologie là-bas, et il a aussi clairement indiqué qu'ils avaient envoyé des gens ici pour des masters de santé publique, dans des écoles américaines de santé publique, notamment à Johns Hopkins. (...) Et j'ai alors proposé que, s'ils voulaient sérieusement développer l'épidémiologie, ou une catégorie d'épidémiologistes qui deviendraient des praticiens en France, ce qu'ils devaient faire c'était laisser certains d'entre eux venir au CDC et servir dans l'EIS. Et j'ai dit à Philippe que je m'engageais à tenir deux places par an pour des épidémiologistes de France. Et c'est ce que nous avons fait. »¹⁹¹

La dimension philanthropique de cette politique mérite d'être soulignée, tout comme son caractère exceptionnel pour une institution comme les CDC. On a dit que la *Rockefeller* mettait en œuvre une politique fondée sur le soutien aux meilleurs plutôt qu'aux institutions ; un autre axe de sa politique exigeait la réimportation des savoirs appris aux États-Unis par ses *fellows* étrangers dans leurs pays d'origine, et on a rappelé que cette politique philanthropique s'était accompagnée dans le cas de la France d'une méfiance certaine envers les institutions centrales et les positions dominantes. Pour leur part, au début des années 1980 les CDC sont une agence fédérale (depuis les années 1970), dont la mission principale est de protéger le territoire américain, non de développer l'enseignement et la formation au niveau international, ni d'accueillir des non américains dans leurs propres formations. On comprend ainsi qu'ils se montrent avares en *fellowships* et, comme on va le voir, très exigeants avec les candidats. Pourtant, les *medical detectives* suivent de fait les principes par lesquels les *medicine men* définissaient leur politique philanthropique. Ils n'hésitent pas à mener des négociations en dehors des voies officielles, surtout quand les autorités ne daignent pas s'intéresser à ce qu'ils font : Carl Tyler conserve un souvenir cuisant de son passage au ministère de la Santé, comme le montre l'extrait d'entretien ci-après¹⁹². Ils se montrent totalement indifférents à la notoriété scientifique ou à la puissance académique, préférant travailler avec un Louis Massé plutôt qu'avec les mandarins parisiens (du sous-champ de l'épidémiologie) comme Daniel Schwartz ou Alain-Jacques Valleron. Ils soutiennent quelques individus qu'ils jugent prometteurs, des médecins suffisamment motivés pour avoir déjà fait le « choix » de partir en Amérique du nord passer un Master of Public Health, indépendamment de leurs titres (les profils sont variés), en exigeant leur retour en France à l'issue de la formation.

« Je suis allé trois ou quatre fois en France, au premier cours qui s'y est tenu sur le lac d'Annecy, et ensuite juste pour, vous savez, parce que c'est ce qu'un vieux militaire

¹⁹¹ Entretien Carl Tyler (juillet 2005), traduit par moi.

¹⁹² Entretien Carl Tyler, traduit par moi.

fait, inspecter les soldats sur le front [« *check the people in the field* »]. Et chaque fois je suis allé à Paris, au ministère de... je ne suis pas sûr que c'était le ministère de la santé, mais vraiment, j'étais reçu de manière très cordiale, mais le ministère ne pouvait faire aucune offre pour collaborer ou aider ce programme.(...)

Je n'ai jamais eu accès au directeur de la santé, j'ai eu accès à quelqu'un qui je crois était un directeur-adjoint, quelque chose comme ça, je ne me souviens pas de son nom. C'était un homme dans la trentaine... Les gens qui travaillent dans le gouvernement français n'agissaient pas comme les gens qui travaillent dans le gouvernement américain. »

Le deal entre l'EPO et la Fondation Mérieux semble assez exceptionnel pour le CDC. D'une part, il n'y a pas d'autre exemple d'exportation du seul « cours introductif » de la formation EIS, à ma connaissance. La politique d'exportation de cette formation, encore modeste au début des années 1980, concerne la totalité du programme. Sous le nom d'*Applied Epidemiology Training Programs* (AETP), elle a déjà été répliquée au Canada (1975), au Mexique (1984) et en Asie (Thaïlande en 1980, Indonésie en 1982), mais elle est loin d'avoir l'ampleur qu'elle aura vingt ans plus tard (White *et al.*, 2001)¹⁹³. La visée officielle de l'agence est indissociablement sanitaire et géopolitique : il s'agit autant d'assurer la présence américaine que de renforcer l'influence américaine dans les pays en voie de développement au détriment du bloc communiste, que d'exporter l'expertise américaine en santé publique en faisant fructifier les réseaux d'alliés qui, dans les organisations internationales et dans les administrations des pays « amis », ont été constitués lors de l'intervention des CDC dans la santé internationale, notamment à l'occasion de la campagne d'éradication de la variole, lancée en partenariat avec l'OMS à la fin des années 1950 et conclue en 1980¹⁹⁴. Cette politique est d'ailleurs mise en œuvre par une Division des relations internationales, et non par l'EPO de Gregg et Tyler, lesquels interviennent pour leur part seulement de manière ponctuelle comme enseignants dans des formations courtes (comme Gregg l'a rappelé lors du 6^e Séminaire). « L'emprunt » de la fondation Mérieux aux CDC est ainsi précoce et partiel à la fois. D'autre part, comme déjà dit, la formation EIS est financée par le budget fédéral, donc réservée aux Américains, lesquels une fois *officers* s'engagent à servir dans le Public Health Service, *a minima* comme réservistes pendant 20 ans du PHS Commissioned Corps. Si des étrangers sont depuis peu admis dans la formation en tant que *fellows* et non futur officiers, nationalité étrangère oblige¹⁹⁵, ils le sont surtout au cas par cas, et non dans le cadre d'une politique systématique. C'est ainsi que Pierre Claquin, un Français engagé dans l'action humanitaire (la Croix-Rouge Internationale) après avoir été médecin coopérant, puis avoir participé au Bangladesh et en Somalie à la grande campagne mondiale d'éradication de la variole pilotée par les CDC sous l'égide de l'OMS au milieu des années 1970, où il a l'occasion de

¹⁹³ Près de 1 400 « *public health leaders* » dans une trentaine de pays sont formés en un quart de siècle, en Asie, au Moyen-Orient, en Afrique et en Europe (Espagne 1994, Allemagne 1996, Italie et Norvège 2001).

¹⁹⁴ ETHERIDGE E., *Sentinel for Health*, *op. cit.* ; WRIGHT Russell O., *Chronology of public health in the United States.*, Jefferson, N.C, McFarland & Co Inc Publishers, 2005.

¹⁹⁵ D'après S. Thacker, le premier est un anglais en 1975 (Entretien Steven Thacker, juillet 2005).

collaborer avec des EIS Officers, est admis à suivre la formation EIS comme *fellow*. Si son cas est au sens propre exceptionnel, sa trajectoire professionnelle et géographique préfigure largement les Français qui bénéficient, quelques années plus tard, du deal entre les CDC et la Fondation Mérieux.

Ces Français sont au nombre de dix, neuf médecins et un vétérinaire. La troupe peut sembler de taille modeste, mais elle est remarquablement rassemblée dans le temps : huit EIS *fellows* sont formés à Atlanta entre 1984 et 1988, années des débuts de l'IDEA, où les places sont effectivement réservées par C. Tyler ; deux le sont plus tard, en 1991 et 1996. À partir de 1995, les Français candidats à l'épidémiologie de terrain peuvent profiter d'une formation de type EIS organisée au niveau européen, puis à partir de 2002 au niveau français¹⁹⁶. Les EIS *fellows* se nomment François Dabis (EIS 1984), Alain Moren (EIS 1985), Rachid Salmi, Philippe Duclos (vétérinaire) et Didier Sudre (EIS 1986), Bernard Morinière et Didier Richet (EIS 1987), Jean-Claude Desenclos (EIS 1988), Denis Coulombier (1991), Yann Hutin (1996)¹⁹⁷. Deux profils peuvent être dégagés : les universitaires (Dabis, Salmi, Richet), qui passent assez vite un doctorat après leurs études de médecine et font leur carrière à l'université plus ou moins tôt (Dabis est professeur de santé publique à Bordeaux en 1993, Salmi en 1996) ; les humanitaires, notamment à Médecins Sans Frontières (Moren, Desenclos, Coulombier), qui même quand ils passent le doctorat, plus tardivement, font carrière dans l'administration ou la formation plutôt qu'à l'université. Aux CDC, les Français apprennent le métier d'épidémiologiste de terrain pendant deux ans soit dans la spécialité de leur choix pour ceux qui restent à Atlanta – Centre sur les maladies infectieuses (Richet, formé en microbiologie, et Hutin, hépatologue), Bureau du programme de la santé internationale (Dabis), Centre de santé environnementale (Salmi), Division de la nutrition (Sudre), soit dans les départements de santé des États fédérés (Moren se rend en Pennsylvanie, Morinière en Louisiane, Desenclos en Floride et Coulombier dans le Delaware). Mais aucun ne peut faire valoir cette expérience à son retour en France, car il n'existe pas, avant la création du RNSP en 1993, de structure susceptible d'utiliser. Au regret du Directeur général de la Santé, Jean-François Girard, nommé en 1986, chacun doit revenir dans son institution d'origine (Dabis à l'Université, Moren à MSF), ou trouver une position d'attente (l'Institut Mérieux pour Salmi – comme pour J. Drucker, qui n'est pas EIS *fellow*) – c'est ce que raconte l'un d'entre eux :

« moi je me souviens de Girard en 86, venant aux CDC, et disant à plusieurs EIS français, (...), et il nous dit, c'est inacceptable que vous soyez venus aux États-Unis sans savoir ce que vous allez faire au retour. Et il dit, c'est pas vous, c'est nous qui sommes responsables des Français. Et on s'est dit, là tout bénéf, s'il y a les DGS qui commencent à avoir ce discours là... Bon bah on est tous rentrés par nos propres moyens. »¹⁹⁸

¹⁹⁶ À partir de 1995, les Français intéressés par l'épidémiologie de terrain peuvent suivre la formation EPIET (ils sont 13 entre 1996 et 2008), et à partir de 2002, par PROFET (5 places par promotion).

¹⁹⁷ Le chiffre indique le début de la formation. Source : « Liste des instructeurs du cours IDEA de 1984 à 1998 » (document transmis par Epiter).

¹⁹⁸ Entretien épidémiologiste anonymisé.

Ces Français partagent encore deux caractéristiques – outre le genre... Leur mode de recrutement, d'abord : tous (sauf un) ont effectué des études complémentaires en Amérique du Nord, dans les prestigieuses écoles de santé publique états-uniennes (Harvard, Johns Hopkins) ou canadiennes (Mc Gill), où ils ont été amenés à rencontrer des responsables des CDC qui leur ont proposé de suivre la formation EIS ; mais une partie d'entre eux avaient déjà croisé la route des CDC, au cours de missions humanitaires ou comme coopérants. Leur place dans le cours IDEA, ensuite: qu'ils soient encore en formation aux États-Unis (pour la moitié d'entre eux) ou qu'ils en aient tout juste terminé (pour l'autre moitié), les *fellows* sont mobilisés comme facilitateurs pendant plusieurs années. Mobilisés au sens fort : sept d'entre eux comptent parmi les vingt principaux facilitateurs dans l'histoire du cours (soit entre sept et quatorze années de présence au cours IDEA¹⁹⁹) ; les *EIS fellows* sont bien plus que des facilitateurs actifs, ce sont les chevilles ouvrières de l'IDEA. Or, ce rôle ne doit rien au hasard : la participation au cours IDEA fait office de contrepartie exigée par les CDC pour les intégrer à la formation EIS. Pour l'agence américaine, l'accueil d'étrangers dans la formation EIS suppose en effet que ceux-ci, de retour dans leur pays, œuvrent au développement de l'épidémiologie « à l'américaine » ; c'est aussi ce que souhaitent Mérieux et Stoeckel.

Un exemple permettra de décrire le mécanisme. Quand le jeune médecin bordelais François Dabis (né en 1957) « décide »²⁰⁰ de se spécialiser dans la santé internationale, il lui est conseillé de partir aux États-Unis afin de compléter une formation française nécessairement insuffisante. Il obtient en 1983-1984 une bourse du ministère des Affaires Étrangères (MAE) pour un Master of Public Health à Harvard, où il assiste à des interventions d'épidémiologistes des CDC qui l'incitent à déposer un dossier pour la formation EIS . Lors des entretiens de sélection à Atlanta, à l'été 1984, C. Tyler et son adjoint S. Thacker lui mettent ce marché en main :

« Ils m'ont annoncé qu'en fait ils étaient en contact avec les Français, depuis quelques mois, et que c'était dans ce cadre-là qu'ils étaient intéressés par ma candidature. (...) La Fondation Mérieux (...) était en train de bâtir son premier cours (...). Et donc, eux, ils m'avaient un peu repéré comme quelqu'un qui passait par là par hasard, et qui pourrait servir évidemment leurs intérêts dans un dispositif qu'ils étaient en train de construire en France, alors qu'ils ne savaient pas très bien ce qui se passait en France. (...) Ils m'ont appâté en me disant "bon, vous nous intéressez, donc on vous sélectionnerait bien pour ce programme, mais cette année – c'était la période Reagan où il y avait une nette diminution du budget – on prend pas d'étrangers, ou on en prendra peut-être un et ce n'est pas vous qu'on veut prendre. Donc si vous voulez venir, c'est en surnombre, et il faut que vous vous financiez". Ce qui était une proposition pas très... assez ambiguë. Donc ce que j'ai fait, c'est que j'ai essayé de discuter avec le MAE une prolongation. Jacques Drucker était encore à l'époque chez Mérieux, mais côté industriel, il m'a un petit peu aidé. Et, à ma grande surprise, j'ai

¹⁹⁹ « Liste des instructeurs du cours IDEA de 1984 à 1998 ».

²⁰⁰ Il s'agit bien sûr d'un propos rétrospectif, dont l'objectivité est sans doute relative.

obtenu un renouvellement de bourse du MAE pour rester un an de plus aux États-Unis et démarrer mon programme »²⁰¹.

F. Dabis précise encore avoir obtenu le financement de sa deuxième année par les CDC et son *assignment* dans le département de santé internationale en échange de son engagement à participer au cours IDEA comme facilitateur. De fait, il intervient dans le cours de 1985 à 1992. Cet investissement, encore une fois, n'a rien d'exceptionnel. D'après les données d'un rapport de 2012, sur les 506 facilitations réalisées par 174 facilitateurs (dont 85 ne font qu'une facilitation), non seulement les EIS *fellows* français participent au moment de leur formation EIS, mais 6 d'entre eux comptent parmi les 20 plus importants facilitateurs²⁰², aux côtés notamment de trois américains présents dès le premier cours de 1984 (dont Michael Gregg). L'exception est plutôt de ne pas contribuer au cours IDEA.

La structuration d'un milieu de l'épidémiologie appliquée

La France est ainsi un cas très particulier dans la politique américaine de valorisation de la formation des CDC, en ce qu'elle « importe » la formation EIS à la fois précocement et partiellement : le « cours IDEA » correspond en effet au seul cours introductif de trois semaines d'une formation de deux ans, c'est-à-dire bien peu. L'histoire de l'IDEA présente d'autres singularités. Le cours lui-même est répliqué dans le champ francophone, au Québec et en Afrique, avec le soutien de l'AMP, dans la continuité des projets développés lors du 6^e Séminaire Biraud²⁰³. L'IDEA est en outre la matrice intellectuelle de deux formations, l'une européenne, l'autre française, calquées, pour leur part, sur la version complète de la formation américaine.

En 1995 un programme européen dit EPIET (où l'épidémiologie n'est plus « appliquée » mais « d'intervention », « *interventional* ») est créé par des formateurs de l'IDEA, dont le *fellow* Alain Moren qui en est le premier directeur²⁰⁴. Financée par l'Union européenne et les États membres dans un premier temps, la formation fête en 2015 ses 20 ans ; accueillie à Stockholm à partir de 2008 au sein de la nouvelle agence européenne, le *European Center for Disease Control* (ECDC), et s'appuyant en France sur l'INVS, EPIET a connu deux autres directeurs issus de la cohorte des *fellows* Français, Denis Coulobier puis Yvan Hutin.

L'IDEA nourrit d'autre part en 2002 la mise en œuvre d'une formation complète au niveau national (intitulée PROFET), sous la double tutelle de l'INVS et de l'ENSP/EHESP, où l'épidémiologie n'est ni « appliquée » ni « d'intervention », mais, en toute fidélité

²⁰¹ Entretien François Dabis (octobre 2005).

²⁰² Il s'agit d'A. Moren (3^e avec 14 facilitations), J.-C. Desenclos, D. Coulobier, L.-R. Salmi et Y. Hutin.

²⁰³ Au Québec, via le Centre d'épidémiologie d'intervention du Québec, dont des représentants sont associés comme formateurs au cours IDEA dans les années 1990. En Afrique, un cours international d'épidémiologie et d'information appliquée en Afrique (IEIAA) est créé à l'initiative de l'AMP en 1998 au Sénégal (aujourd'hui accueilli au Bénin) DA SILVA Alfred et OTHERS, « Expérience d'une formation en épidémiologie de terrain en Afrique: le cours IEIAA », *Médecine tropicale* 64 (6), 2004, pp. 603-608.

²⁰⁴ EPIET signifie European Program for Interventional Epidemiology Training.

aux CDC, « de terrain » ; la formation participe d'ailleurs au réseau international des FETP (48 pays dans le monde, dont 9 pays européens)²⁰⁵. Le bilan réalisé pour les 10 ans du programme PROFET, au moment où il est remplacé par un système de tutorat, indique sans ambiguïtés que le programme a été construit sur le modèle de la formation EIS et (donc) de la formation EPIET. Comme pour la formation européenne, les places sont rares (6 par an le plus souvent), et la sélection sévère (selon les années, un poste pour 6 à 12 candidatures)²⁰⁶.

Le fait que la formation complète soit adoptée au niveau européen avant de l'être en France, constitue un indice parmi d'autres de la temporalité assez lente de l'institutionnalisation de l'épidémiologie appliquée en France. La Fondation Mérieux porte d'ailleurs le cours IDEA pendant 20 ans, avant de céder la main à l'INVS et l'ENSP en 2004. Si le développement institutionnel de la formation à l'épidémiologie de terrain apparaît singulier en France, les hommes qui portent ces différents projets font partie de la *task force* des EIS fellows français : l'IDEA, indiscutablement, a réuni et formé les porteurs d'une mobilisation réussie.

Introductifs ou non, tous ces cours partagent en effet une philosophie pratique marquée par ses origines américaines. Destiné à des professionnels appelés à utiliser l'épidémiologie au quotidien (« dont l'activité est orientée vers la pratique de l'épidémiologie »), le cours IDEA entend ainsi offrir une spécialisation moins théorique que pratique. En trois semaines, les « stagiaires » suivent à peine une trentaine d'heures de cours (« Principes de la statistique et de la surveillance sanitaire ») et passent l'essentiel de leur temps à réaliser, grâce à des « méthodes pédagogiques actives », une dizaine d'études de cas, conçues « à partir d'expériences réelles » (par exemple une épidémie de gastro-entérite en milieu scolaire, ou le dépistage de la toxoplasmose chez la femme enceinte). Ils doivent alors concevoir, réaliser et analyser leur propre enquête de terrain, avant de préparer une communication orale sur le sujet. Le principe du « *learning by doing* », marque de fabrique de la formation EIS, est ainsi reproduit à l'échelle du cours par une première confrontation au terrain et une première restitution d'analyse. L'implication des formateurs est encouragée par l'évaluation systématique et « à chaud », c'est-à-dire pendant la formation, des enseignements par les stagiaires²⁰⁷. Le taux d'encadrement est très élevé : le ratio formateurs/stagiaires est en moyenne de 0,5 pour l'ensemble de la session, entre 0,3 et 0,4 en termes de présence effective²⁰⁸ ; les premiers sont d'ailleurs appelés « facilitateurs » en référence à l'« accompagnement », bien plus qu'au simple enseignement, qu'ils sont censés offrir en tant que professionnels confirmés, cherchant à « partager » avec d'autres professionnels leurs savoirs et savoir-faire. La

²⁰⁵ PROFET signifie Programme de Formation à l'épidémiologie de terrain, placé sous la double tutelle de l'ENSP et de l'Institut de veille sanitaire, également chargés du cours IDEA après la défection de la Fondation Mérieux en 2004. FETP signifie Field Epidemiology Training Program.

²⁰⁶ « Dix ans de PROFET 2002-2012 », document INVS-EHESP.

²⁰⁷ LEAB, D. (1999), « Enquête sur les parcours professionnels des anciens stagiaires du Cours de l'Institut de développement de l'épidémiologie appliquée », *Séminaire Yves Biraud*, p. 73-88.

²⁰⁸ « Rapport du groupe de travail sur le cours international d'épidémiologie appliquée (IDEA) », EPITER-INVS-EHESP, 68 pages, mars 2010 : p. 7.

philosophie pédagogique revendiquée est ici celle du « compagnonnage ». Chaque session se conclut par les « Journées scientifiques » de l'association des anciens stagiaires, Epiter²⁰⁹, au cours desquelles les stagiaires, « épitériens » en devenir, doivent présenter les résultats de leur petite enquête. Occasion toute faite de tenir l'Assemblée générale de l'association, les Journées sont marquées à la fois par un choix de thèmes et de présentations associant culture commune de l'épidémiologie de terrain et rigueur scientifique et par une convivialité caractéristique de l'esprit épitérien et de la « magie » du site des Pensières²¹⁰.

Une autre caractéristique des formations de type EIS concerne ce que l'on pourrait appeler la « vocation de service ». L'on ne saurait, en effet, comprendre l'esprit du cours IDEA si l'on néglige le fait que la formation américaine a été pensée par opposition, voire par hostilité, à la recherche universitaire, et que ses agents ont toujours revendiqué la dimension pratique d'un enseignement dont l'excellence repose sur sa qualité intrinsèque plutôt que sur la valeur d'un titre²¹¹. En près de soixante ans, les CDC n'ont d'ailleurs jamais demandé une validation universitaire, les stagiaires EIS obtiennent généralement par ailleurs des titres élevés (masters toujours, parfois doctorats). Si après un cours introductif, lui aussi conclu par une conférence scientifique, les stagiaires EIS sont envoyés en mission pendant l'essentiel de leur formation, entrecoupée de rares modules de cours spécialisés, c'est en vertu d'un autre principe, à la fois corollaire du principe précédent et hérité de l'origine militaire des CDC et de leur engagement dans *US Public Health Service Commissioned Corps*: « *training through service* »²¹². Non transposable dans le contexte national français, le principe n'est pas pour autant absent de la pratique de l'IDEA. Les facilitateurs et stagiaires s'accordent en effet pour partager l'idéal d'engagement dans un service public d'intérêt général, chargé de protéger, par l'épidémiologie, la santé de la population : la plupart sont des fonctionnaires de la santé publique, dans l'administration, la coopération, la médecine militaire. En outre, ils reprennent à leur compte, y compris quand ils sont universitaires, le rejet d'une forme de sophistication propre à la recherche fondamentale telle qu'elle est reconnue à l'université, et valorisent au contraire l'utilité de l'épidémiologie appliquée. Rejet relatif sans doute, mais assez ferme. Quand en 2010, un groupe de réflexion largement interne à l'IDEA propose de donner enfin au cours « un caractère diplômant, par la valorisation d'ECTS et dans le cadre d'un Master d'épidémiologie ou de Santé publique »²¹³, la proposition

²⁰⁹ Association pour le développement de l'épidémiologie de terrain.

²¹⁰ Dans les mémoires de nos témoins, « Veyrier » est un lieu de séjour enchanteur, « mythique ».

²¹¹ GOODMAN R. A. *et al.*, « Epidemiologic field investigations by the Centers for Disease control and Epidemic Intelligence Service, 1946-87 », *Public Health Reports (Washington, D.C.: 1974)* 105 (6), décembre 1990, pp. 604-610 ; BROWNSON Ross C., SAMET Jonathan M. et THACKER Stephen B., « Commentary: What Contributes to a Successful Career in Epidemiology in the United States? », *American Journal of Epidemiology* 156 (1), janvier 2002, pp. 60-67.

²¹² Les CDC font partie du *Public Health Service*, comme les autres agences sanitaires (la *Food and Drug Administration* ou les *National Institutes for Health*). En tant qu'officiers non combattants, les *EIS officers* portent l'uniforme.

²¹³ Sans doute en raison de la transformation en 2008 de l'école d'administration (ENSP) en véritable école de santé publique (EHESP), *i.e.*, le passage d'une école chargée de former les cadres de la santé publique au niveau national et local (direction et contrôle des établissements de santé) à une école

arrive loin après une autre qui rappelle la primauté de sa dimension pratique : il faut « conserver au cours IDEA son objectif général de formation post-universitaire (*i.e.*, formation complémentaire) de professionnels de santé publique à la pratique de l'épidémiologie d'intervention (*i.e.*, pour l'analyse et la gestion des événements de santé indésirables, "*field epidemiology*") »²¹⁴.

Dès sa création, le cours IDEA s'appuie sur une *task force* qui comprend notamment les EIS fellows français, mais aussi étrangers. Le membre le plus connu de cette *task force* n'est *pourtant* pas lui-même EIS fellow, bien que passé par les CDC : il s'agit de Jacques Drucker, premier directeur de la veille sanitaire (au RNSP puis à l'INVS de 1992 à 2002, où il est nommé conseiller à l'ambassade de France aux États-Unis²¹⁵).

Interne en pédiatrie intéressé par la recherche biologique, J. Drucker participe à la recherche sur le vaccin contre l'hépatite B²¹⁶, avant d'obtenir en 1976 une bourse d'études dans les NIH (National Institutes of Health) américains pour prolonger ses travaux ; il y découvre l'existence des écoles de santé publique, des CDC et de l'épidémiologie d'intervention. De retour en France comme chef de clinique assistant, spécialisé dans les maladies infectieuses de l'enfant, il participe notamment à des programmes de vaccination en Afrique, ce qui renforce son intérêt pour la santé publique et le pousse à compléter sa formation aux États-Unis, où il obtient un master en épidémiologie à la Harvard School of Public Health, formation au cours de laquelle il suit des séminaires sur l'épidémiologie d'investigation organisés par les CDC. Faute d'obtenir dans le système hospitalo-universitaire le poste en santé publique qu'il souhaite, il est recruté en 1982 par l'Institut Mérieux, en charge du suivi de programmes de vaccination en Afrique, puis à la Fondation Mérieux. Il réintègre la médecine hospitalo-universitaire en obtenant un poste de professeur en 1988 dans sa spécialité de santé publique. À la Fondation Mérieux, Drucker est nommé directeur scientifique de l'AMP, puis dès 1985 responsable scientifique du cours IDEA (qu'il a suivi comme stagiaire la première année). Il intègre à ce titre, l'équipe des « facilitateurs » de 1986 à 1994.

La singularité de Drucker en 1989 est sans aucun doute de cumuler deux types de ressources que les *fellows* ne possèdent pas encore : la position universitaire et la formation aux CDC. Les universitaires parmi les EIS *fellows*, comme F. Dabis ou R. Salmi, sont plus jeunes et n'ont pas encore réintégré l'université. Les « humanitaires », quant à eux, sont plus intéressés par l'épidémiologie appliquée hors milieu universitaire, que ce soit dans la formation ou l'intervention (quand ils soutiennent des doctorats, c'est plus tardivement). Les deux premiers épidémiologistes passés par les CDC, F. Dabis et A. Moren incarnent bien ces deux profils, qui contribuent à l'académisation de l'épidémiologie de terrain ou à l'extension de son domaine.

également conçue pour la recherche (délivrant masters et doctorats) et au rayonnement international.

²¹⁴ « Rapport du groupe de travail sur le cours international d'épidémiologie appliquée (IDEA) » : p. 3.

²¹⁵ Ces éléments ont été réunis à partir de son livre (DRUCKER Jacques, *Les détectives de la santé*, *op. cit.*) et d'un entretien (juillet 2005).

²¹⁶ Sa thèse, soutenue en 1976 avec Alain Goudeau et Philippe Maupas, s'intitule « Virus de l'hépatite B et cancer primitif du foie ».

François Dabis est un universitaire formé à Bordeaux. Formateur au cours IDEA jusqu'en 1992 et président d'Epiter de 1986 à 1992, il occupe, à son retour en France, un poste d'assistant à l'université de Bordeaux que son « patron », Roger Salamon, a pu lui conserver : il y est recruté en 1989 comme maître de conférences puis, en 1993, comme professeur d'épidémiologie. Il a mené depuis sa carrière à l'Institut de Santé publique et d'épidémiologie du développement (ISPED) de Bordeaux, un des principaux centres universitaires de santé publique et d'épidémiologie en France, tout en occupant des positions prestigieuses dans la sécurité sanitaire (par exemple la présidence du conseil scientifique de l'INVS).

Alain Moren est un médecin humanitaire reconverti en pédagogue. Ancien coopérant et directeur médical de MSF, il fait partie de ceux qui ont plaidé au sein de MSF pour une vision plus préventive et une pratique plus professionnelle de l'action humanitaire²¹⁷. Ayant découvert l'épidémiologie de terrain des *medical detectives* lors d'une épidémie de scorbut dans un camp de réfugiés somalien, il s'inscrit en Master of Public Health à Johns Hopkins, où il est repéré et choisi par les CDC. À son retour (1987), il fonde Epicentre, une structure d'alerte et d'investigation épidémiologique au sein de MSF, puis EPIET avec des collègues européens, qu'il quitte lorsque celle-ci passe sous la direction de l'ECDC. Il est aujourd'hui associé dans Epiconcept, un cabinet de conseil, d'audit et de formation spécialisé dans la mise en œuvre de programmes de santé publique, où il dirige un département d'épidémiologie qui recrute notamment parmi les EPIET *fellows*.

Un élément décisif du cours IDEA réside dans la double ambition affichée d'emblée par ses fondateurs et responsables : promouvoir la cause de l'épidémiologie appliquée en sensibilisant le plus grand nombre possible de professionnels de santé publique et en professionnalisant une masse critique d'épidémiologistes. Avant même le deuxième cours, en février 1985, une quinzaine de stagiaires du premier cours, réunis dans la « prestigieuse salle du conseil de la Fondation Marcel Mérieux » à Lyon, donnent naissance à Epiter, « Association pour le développement de l'épidémiologie de terrain », dans le but de « partager leurs expériences professionnelles » et de « promouvoir l'épidémiologie d'intervention »²¹⁸. Les stagiaires déclarent avoir conscience de « l'importance fondamentale pour la France de ce nouveau cours » : « la thématique de l'épidémiologie de terrain [est] très novatrice en France, où (...) épidémiologie rimait avec recherche et où l'épidémiologie de terrain était absente »²¹⁹. Il est impossible de dissocier le cours IDEA du réseau des « épitériens » : la très grande majorité des facilitateurs et la moitié environ des stagiaires deviennent en effet membres de l'association, lui assurant un renouvellement régulier (l'étiage de 450 adhérents, atteint en 1994, est demeuré stable depuis). Ce sont des EIS *fellows* (P. Duclos puis F. Dabos) qui président aux destinées des premières années de l'association.

²¹⁷ Entretien Alain Moren (juillet 2005).

²¹⁸ MALFAIT P. et HELYNCK B., « Seventeen years of intervention epidemiology training at Veyrier-du-Lac, 1984-2000 », *art. cit.*

²¹⁹ Source : « L'histoire d'Epiter, février 1999 », note signée des 5 présidents d'Epiter de 1984 à 1999 : Philippe Duclos, François Dabis, Bernard Yvonne, Rosemary Ancelle-Park, Anne Mosnier-Mantel (document transmis par Epiter).

L'univers de référence d'Epiter est évidemment structuré par les CDC. Ce sont les oncles américains que l'on invite pour la « Conférence » annuelle organisée un temps lors des Journées scientifiques (« Mike » Gregg, le premier, en 1988 sur « *Pure politics and impure science* », Stephen Thacker en 1990 sur les « principes et perspectives pour le futur » de la « surveillance de santé publique ») ce sont eux qui sont nommés « membres d'honneur » (Nancy Binkin, Mike Gregg, Virgil Peavy, Stephen Thacker) aux côtés des pères fondateurs (les « fées » françaises, Massé, Stoeckel, Mérieux) et, à partir des années 1990 seulement, des alliés de la DGS (les directeurs eux-mêmes, J.-F. Girard et L. Abenhaïm notamment). Le seul universitaire membre d'honneur (en 2010) est Roger Salamon, fondateur de l'école de Bordeaux et « patron » de F. Dabis. Pourtant, Epiter a progressivement noué des liens avec les organisations représentatives de l'épidémiologie française, au premier plan desquelles, dès 1993, l'Association des épidémiologistes de langue française (ADELF) qui défend, depuis 1976, l'épidémiologie aussi bien en santé publique que dans la recherche biomédicale. À l'origine très éloignée du pôle académique, et très peu considérée par les membres les plus éminents de ce pôle, Epiter a ainsi su faire reconnaître sa capacité à représenter les intérêts de ce savoir dans sa dimension pratique ou politique tout en acquérant une légitimité scientifique. Si D. Schwartz, par ailleurs premier président de l'ADELF, pouvait ironiser lors du 5^e Séminaire de 1982 sur le désarroi du Comité de rédaction de la *Revue d'épidémiologie et de santé publique* devant les articles « descriptifs » sur les maladies transmissibles (« ce n'est pas de l'épidémiologie »²²⁰), les spécialistes de santé publique sont aujourd'hui très bien intégrés dans les instances les plus légitimes de la discipline. C'est une « épitérienne », Corinne Le Goaster, qui est co-rédacteur en chef de la RESP, cependant que Epiter et l'ADELF organisent depuis 2006 un Congrès commun bisannuel.

Au-delà de la reconnaissance des intérêts organisés de l'épidémiologie d'intervention, les données disponibles sur les facilitateurs et les stagiaires permettent d'analyser les conditions de l'ampleur du développement du cours IDEA sur plus de trois décennies. L'analyse statistique des cohortes de facilitateurs entre 1984 et 2010 montre que les principales institutions représentées sont l'agence de surveillance française (RNSP puis INVS, 22 facilitateurs), l'agence américaine (entre 1984 et 1994, les CDC, 18), l'administration déconcentrée de santé publique (DDASS et Cellule Interrégionale d'Épidémiologie (CIRE), 16) et l'École nationale de santé publique (ENSP, 8) ; parmi les autres pourvoyeurs occasionnels figurent la médecine des armées, l'université, le CEPIQ québécois, l'AMP ; en revanche, l'administration centrale (3) et l'INSERM (2, dont 1 recruté à l'INVS) contribuent très peu. Il n'y a rien d'étonnant à ce que l'ENSP et

²²⁰ « « On arrive à un divorce qui est très important, qui se manifeste quand je ne reconnais pas dans ce que vous faites ; il se manifeste aussi quand, par exemple, nous recevons des papiers pour la Revue d'épidémiologie. Nous recevons des papiers, quelquefois, qui s'intitulent : Epidémiologie, simplement parce qu'ils portent sur des maladies infectieuses mais n'ont rien d'autre qui soit vraiment épidémiologique, si la même chose était faite sur le cancer nous dirions : ce n'est pas de l'épidémiologie et nous ne le prendrions pas dans la revue. Mais quand il y a la connotation Maladies transmissibles, on dit : c'est épidémiologique. ». Actes du 5^e Séminaire Yves Biraud, « La surveillance des maladies transmissibles » : p. 103.

le RNSP-INVNS, responsables pédagogiques du cours à partir de 1995, puis institutionnels après 2004, fournissent les principaux effectifs. L'opposition entre l'administration centrale et la recherche et l'enseignement supérieur, d'une part, et l'administration déconcentrée, d'autre part, signale en outre que le cours IDEA a surtout recruté parmi la « main gauche » de l'État plutôt que chez les hauts responsables, universitaires ou chercheurs. L'historicité de l'enrôlement et du renouvellement des facilitateurs confirme et affine le constat : les CDC portent les débuts du cours IDEA, l'ENSP assure une présence régulière sur la période, le RNSP-INVNS fournit le gros des troupes à partir des années 1990, et constitue d'ailleurs avec les CIRE un employeur futur pour les facilitateurs des autres institutions (au total, 13 facilitateurs) ; en revanche, les tentatives précoces d'intéressement, entre 1984 et 1992, de représentants de la DGS ou de l'INSERM, ne débouchent sur aucun engagement durable. Ces représentants ne sont autres qu'Elisabeth Bouvet et Bruno Hubert, membres du bureau des maladies transmissibles et Alain-Jacques Valleron, présents pour deux d'entre eux au 5^e Séminaire Biraud et acteurs principaux de la deuxième mobilisation (cf. chapitre suivant).

D'autres données permettent de dégager des hypothèses sur le profil des stagiaires²²¹. Le cours fonctionne bel et bien comme une formation complémentaire pour des médecins exerçant dans l'administration ou engagés dans la coopération ou l'humanitaire, et déjà formés en santé publique et en épidémiologie²²². En effet, la variété des professionnels visés n'empêche pas un certain monolithisme des cursus : quatre stagiaires sur cinq sont docteurs en médecine au moment de leur stage, alors que les ingénieurs de génie sanitaire, infirmiers, pharmaciens ou vétérinaires ne représentent qu'entre 6 % et 3 % du total. Corrélativement, les fonctions les plus représentées sont les postes en coopération (19 %), les médecins-inspecteurs de santé publique (MISP, 17 %), les coordinateurs de programmes médicaux ou de santé (16 %), les épidémiologistes (13 %) et les cliniciens (13 %). 80 % des stagiaires relèvent d'un ministère (Santé, Coopération, Défense) et 15 % d'ONG ou d'associations ; 60 % exercent en France, 20 % en Afrique²²³. À partir des années 2000, le cours IDEA constitue cependant de plus en plus une formation de base, en raison de son intégration dans d'autres dispositifs²²⁴ qui recrutent de jeunes diplômés de Masters de santé publique en début de parcours professionnel. Dans ce cadre, les stagiaires PROFET, futures recrues du dispositif de surveillance épidémiologique (deux sur trois

²²¹ LEAB, D. (1999), « Enquête sur les parcours professionnels des anciens stagiaires du Cours de l'Institut de développement de l'épidémiologie appliquée », *art. cit.* L'enquête par questionnaire porte sur 300 des 614 stagiaires des cohortes 1 à 15. 228 ont pu recevoir un questionnaire écrit ; 167 y ont répondu au questionnaire (soit 56 % des contactés, et 27 % du total des stagiaires). Ce qui pose le problème de la représentativité de l'enquête.

²²² 88 % avaient bénéficié d'une formation antérieure en santé publique ou en épidémiologie, plus de la moitié ayant suivi le cours de biostatistique de l'INSERM, orienté vers la pratique de l'épidémiologie dans la recherche et la clinique (CESAM : Centre d'Enseignement de la Statistique Appliquée à la Médecine et à la Biologie Médicale).

²²³ Les MISP et les cliniciens sont nécessairement médecins ; les médecins forment sans doute l'essentiel des postes de coopération et des coordinateurs ; on peut en revanche être épidémiologiste et pharmacien ou vétérinaire de formation.

²²⁴ DIU de l'école de santé publique de Bordeaux et PROFET.

intègrent l'INVS ou une Cellule interrégionale d'épidémiologie (CIRE)), présentent un profil très différent des stagiaires du cours IDEA : y prédominent des femmes, jeunes et non-médecins²²⁵.

Le cours IDEA, on le voit, est bien davantage qu'un dispositif de formation continue. Sa légèreté et sa souplesse en font un outil de sensibilisation massive des acteurs de santé publique, par un travail de conversion à une culture de l'action. Le cours conserve en effet l'esprit de la formation EIS sans souffrir de sa lourdeur et de son coût. L'expérience de PROFET et EPIET montre d'ailleurs qu'une version complète de la formation EIS s'avère fort coûteuse et suppose (donc) une plus grande sélection (cinq à dix stagiaires par cohorte annuelle)²²⁶. Au contraire, la modestie du cours IDEA constitue sa force, une condition de sa pérennité et de sa reproductibilité. Peu onéreux (les stagiaires sont payés par leurs employeurs), le cours est mieux supporté par ses financeurs privés (la Fondation Mérieux au premier chef), qui se contentent de rémunérer certains facilitateurs et d'assurer la logistique. Moins sélectif (il recrute jusqu'à cinquante stagiaires par an), il peut satisfaire des demandes institutionnelles diverses au fur et à mesure de leur expression (les vétérinaires, les médecins militaires, etc.).

De fait, le cours IDEA est en mesure de s'adapter à des attentes différentes dans un monde de la santé publique que l'on sait structuré par la tension entre contestations du magistère médical et redéploiement de la profession médicale²²⁷ : il délivre un savoir qui vaut spécialisation pour un large spectre de professionnels de santé, des médecins aux infirmiers et aux ingénieurs sanitaires en passant par les pharmaciens et les vétérinaires, à une époque où les postes exigeant l'usage des compétences acquises sont rares (peu d'épidémiologistes avant le RNSP et les CIRE) ou non configurés comme tels (dans les DDASS, le travail est juridique plus que statistique). La souplesse de la formation autorise dès lors différentes formes d'intéressement, du côté des stagiaires (1 440 de 1984 à 2010) comme des facilitateurs (174 sur la même période) : l'intéressement d'individus qui s'engagent parfois malgré l'hostilité de leurs directions, mais aussi celui des institutions quand elles le veulent bien. La capacité de l'IDEA à essaimer et à s'intégrer dans des formations plus longues constitue un autre indicateur probant de sa grande adaptabilité.

²²⁵ Pour l'âge : 26 ans en moyenne, 33 ans au maximum (contre 33 en moyenne et 50 et 49 ans au maximum dans le FETP allemand et à EPIET). 82 % de femmes dans PROFET (contre 52 % et 64 %). 1 médecin sur 30 stagiaires PROFET KRAUSE G. *et al.*, « Differences and commonalities of national field epidemiology training programmes in Europe », *Euro Surveillace: Bulletin Européen Sur Les Maladies Transmissibles = European Communicable Disease Bulletin* 14 (43), 2009.

²²⁶ Le coût moyen d'une cohorte EPIET est estimé, en 2009, à 2,5 millions euros par an. Chiffres pour la période 2002-2005 (BOSMAN A., SCHIMMER B. et COULOMBIER D., « Contribution of EPIET to public health workforce in the EU, 1995-2008 », *Euro Surveillace: Bulletin Européen Sur Les Maladies Transmissibles = European Communicable Disease Bulletin* 14 (43), 2009.)

²²⁷ La santé publique est-elle l'affaire des médecins ? Le débat est ancien (*Les figures urbaines de la santé publique: enquête sur des expériences locales*, Paris, Éd. la Découverte, 1998 (Recherches).) et se pose dès lors que la sanitarisation du monde social se développe (BUTON François, « Sous l'empire des risques sanitaires », *art. cit.*).

Le cours tire encore sa force de sa cohérence : il forme *par la pratique* à la pratique du savoir qu'est l'épidémiologie de terrain. Incantation sur le terrain à l'action de terrain comme action scientifiquement armée mais définie par son utilité politique, le cours IDEA défend d'autant mieux l'épidémiologie appliquée qu'il la met lui-même en œuvre. La notion indigène de « communauté épitérienne », qui suggère l'existence d'une culture commune aux stagiaires, s'appuie sur la pratique pédagogique des facilitateurs, qui veillent à transmettre des savoirs et savoir-faire utilisables en situation concrète de travail (cf. l'encadré). Par sa diffusion large et variée, le cours vise davantage à altérer les pratiques des stagiaires en les sensibilisant à l'intérêt pratique des outils de l'épidémiologie d'intervention qu'à les reconverter en épidémiologistes professionnels. Le cours porte ainsi, dans son organisation et sa matérialité mêmes, la philosophie de l'épidémiologie appliquée comme savoir de gouvernement : il incarne la mise en activité d'une administration experte ou du moins technicienne, utile et armée. Les stagiaires apprennent les bases de l'épidémiologie de manière superficielle et rapide car l'essentiel est ailleurs, dans les études de cas et l'enquête de terrain. Ce partage du temps, parfois critiqué, correspond à l'esprit d'un savoir qui ne vise pas la reconnaissance académique et scientifique mais une traduction dans l'action administrative. En effet, fidèles sur ce point au modèle américain, les responsables du cours IDEA ne cherchent pas à faire à ce « nouveau » savoir une place au soleil des disciplines académiques²²⁸ ; ils entendent, au contraire, le poser (et le légitimer) en l'opposant aux savoirs académiques, l'inscrire dans l'action publique, à l'ombre d'un État dont ils pressent les responsables de l'adopter au nom de sa simplicité, de son caractère opérationnel et de son efficacité politique.

Un discours de conversion à la pédagogie du compagnonnage²²⁹

« je sais pas si vous savez ce que c'est, le principe, c'est du compagnonnage, au vrai sens du terme, c'est-à-dire qu'il y a un épidémiologiste junior, qui va bosser pendant deux, étroitement supervisé par un senior. Donc je te prends par la main, et je bosse avec toi, au quotidien, sur tes travaux. Donc c'est un complément, à l'enseignement universitaire de base, mais le principe de base, c'est du compagnonnage. C'est né aux États-Unis, en 51, c'est Alex Langmuir, un mec du CDC qui a créé ça, et il a dit, on a besoin d'un corps, d'un groupe d'épidémiologistes capables d'intervenir jour et nuit quand il y a des crises, et la meilleure manière de former ces gens-là, c'est de les former sur le terrain, par la pratique, l'apprentissage par la pratique, donc il avait cette idée là, je sais pas où il l'a choppé, mais c'est exactement le principe du compagnonnage, hein, c'est pas autre chose. Et donc, il a développé ça, et puis ça a fait un petit peu boule de neige à travers le monde, et quand on a démarré le premier cours IDEA, en 84, l'idée à cette époque-là, c'était de dire on va faire un EIS à la française. (...) L'idée c'est, on apprend par la pratique, c'est-à-dire qu'à l'Université on acquiert des bases théoriques, mais si on veut être opérationnel, il y a cet aspect, j'apprends avec un senior au quotidien. C'est difficile à décrire, enfin, ça apporte le savoir-faire. Comparativement à l'Université. Enfin, en complément, les deux sont

²²⁸ Il ne s'agit pas de monter des dispositifs de recherche appliquée susceptibles de s'autonomiser (selon le modèle des sciences sociales face à l'État (BEZES Philippe *et al.*, « L'État à l'épreuve des sciences sociales », *art. cit.*).

²²⁹ Entretien épidémiologiste anonymisé.

nécessaires. On peut pas apprendre par la pratique sans avoir la base théorique, on peut les instiller dans le programme, nous ce qu'on demande aux gens, il faut un MPh, un PhD, avant, après, peu importe, ça peut pas être pendant, parce qu'on peut pas faire les deux en même temps, mais il y a besoin des deux, quoi. Et donc je pense, l'idée, puisque vous vouliez qu'on parle formation, ... l'aspect investigation et intervention des CDC aux USA fonctionne. Qu'on soit d'accord avec la politique de santé publique ou non des USA, peu importe. Leur méthode de travail, elle est irréprochable. Ils ont vraiment créé une méthode de travail très opérationnelle, très orientée vers l'action, c'est-à-dire on fait avec des outils épidémios qui tiennent la route. Il faut reconnaître que, quand même, ils ont bossé.

Les profs de l'épidémio d'intervention – ça, c'est ma manière de voir les choses, tout le monde sera pas forcément d'accord – ce sont ceux qui pratiquent. (...) on veut former les gens à l'épidémiologie par la pratique, et on veut qu'ils soient supervisés par des épidémios, eh ben les profs, c'est les épidémios qui pratiquent. Qu'ils soient pour l'instant excellents profs ou pas, c'est pas mon problème. Ça va venir. (...) Et donc on a fait venir les gens qui étaient en pratique directe, qui pratiquaient au quotidien – bon on a choisi ceux qui avaient la pêche, qu'on sentait, ou qui étaient déjà des bons profs – et puis on a créé un cours comme ça. Ça change tout, ça change tout. C'est-à-dire, je viens vous parler de ce que je fais, et en vous parlant de ce que je fais, je vous fais découvrir la méthode. Et une méthode rigoureuse. C'est différent, c'est pas : je vais m'inscrire à l'université et je vais suivre un cours. »

Cette stratégie de promotion d'un savoir nouveau consiste finalement à fournir des services intellectuels susceptibles d'équiper les nouvelles institutions selon une logique qui semble puiser dans le registre ancien de l'action philanthropique. Tout se passe comme si le cours IDEA reprenait le *modus operandi* spécifique des fondations philanthropiques américaines qui, comme l'a montré P. Y Saunier, agissaient sur les savoirs et les catégories de l'action publique – *i.e.*, proposaient des produits intellectuels –, plutôt que sur les acteurs et les produits juridiques *légitimes* de la politique (législateurs et hauts fonctionnaires, législations et politiques publiques)²³⁰. Le cours IDEA rend possible la reconfiguration de champs existants par la production et la diffusion de nouveaux *services*, sous forme d'enseignement, d'information ou d'expertise : faute de pouvoir agir directement sur l'État, il propose et diffuse un nouveau service intellectuel en attendant que les conditions de félicité de sa réception et de son institutionnalisation soient réunies – elles seront réunies au début des années 1990, comme on le verra.

²³⁰ SAUNIER Pierre-Yves, « Administrer le monde? Les fondations philanthropiques et la Public Administration aux États-Unis (1930-1960) », *Revue française de science politique* 53 (2), 2003, pp. 237–255.

Chapitre 3. Rénover des dispositifs. Une réforme d'État.

Au début des années 1980, l'épidémie de sida a agi comme un puissant révélateur des insuffisances de l'organisation de la santé publique en France²³¹. Faute de traitements efficaces, et même, dans un premier temps, faute d'outils de diagnostics précis, la lutte contre le sida doit en effet s'appuyer sur la prévention. Or, l'administration de la santé publique fait la preuve de son incapacité à organiser la prévention et à protéger la population. « L'affaire du sang contaminé » (distribution de produits sanguins infectés par le VIH et non chauffés, retard dans l'accréditation des tests de dépistage) en constitue une preuve tristement éclatante en 1991. La surveillance de l'épidémie éclaire un autre aspect des insuffisances de la santé publique. L'administration fait pourtant preuve d'une certaine efficacité dans la surveillance de la maladie : c'est même là un de ses hauts faits d'arme. En 1982, l'une des urgences établies par les médecins ayant fondé le Groupe français de travail sur le sida (GFTS) réside dans la recension des cas, mais leurs efforts se heurtent aux refus des chefs de services de maladies infectieuses dans les hôpitaux de signaler les cas suspects de maladies comme les pneumocystoses ou les sarcomes de Kaposi. Un jeune médecin généraliste qui a réalisé des études pour le ministère de la santé, Jean-Baptiste Brunet, est alors contacté pour effectuer ce travail de surveillance depuis l'Institut de médecine et d'épidémiologie tropicale (IMET) situé à l'Hôpital Claude-Bernard ; les premiers résultats sont publiés en janvier 1983. Brunet est assez tôt « rapatrié » à la Direction Générale de la Santé (DGS), afin d'une part de neutraliser les conflits entre les deux équipes parisiennes d'infectiologie en concurrence, La Pitié et Bichat-Claude Bernard, d'autre part de « donner une dimension de santé publique plus importante » au phénomène sida, c'est-à-dire d'aider à la décision en matière de politique de prévention²³². Le système de surveillance se développe, est reconnu officiellement par la DGS à l'été 1985, et la maladie sida intègre dès 1986 la liste des maladies « à déclaration obligatoire ». L'efficacité de cette surveillance, couplée à la découverte du virus par l'équipe de l'Institut Pasteur, vaut même à la France d'être choisie comme centre coordinateur OMS pour l'Europe (CESES) en 1985. Grâce aux subventions européennes, Brunet peut alors étoffer son équipe en recrutant de jeunes femmes de formation diverses (médecine, pharmacie de santé publique, économie), mais spécialisées en épidémiologie, et faire feu de tout bois. Une des chevilles ouvrières de l'équipe se souvient de l'ambiance avenue de Ségur :

« Les gens qui travaillaient sur le sida à la DGS, quand on y était au début, même dans le bureau des maladies transmissibles avec Bouvet, il y avait le bureau d'Elisabeth Bouvet, c'était un bureau très très dynamique, puisqu'elle était là, qu'elle avait dépoussiéré tout, où il se passait des choses, où ça avançait, et ces bureaux,

²³¹ PINELL Patrice *et al.*, *Une épidémie politique*, *op. cit.*

²³² Selon ses propres termes (Entretien Jean-Baptiste Brunet (avril 2004).

effectivement, font peur aux autres. Il y a des gens assez compétents, un peu brillants, qui font des choses... »²³³.

Il faut bien sûr considérer avec prudence les témoignages recueillis auprès des acteurs de cette histoire. La plupart d'entre eux sont liés, voire très proches sur le plan affectif. Le fait est, pourtant, que le « dynamisme » du docteur Elisabeth Bouvet, chef du bureau 1C des maladies transmissibles, est vanté de manière quasi unanime par ses contemporains. L'extrait d'entretien semble ainsi éclairer avec justesse ce qu'a pu représenter l'arrivée de personnels jeunes et dévoués à la lutte contre une épidémie elle-même nouvelle et même inédite, au sein de la Direction générale de la Santé, une administration qui semble s'être accommodée du désintérêt croissant à l'égard des questions de santé publique dans la France de la seconde moitié du 20^e siècle, et donc de sa propre démonétisation relative : un décalage complet, la peur face au « changement ». Et le fait est, finalement, que ce n'est pas seulement un décalage créé par l'épidémie de sida qui est décrit ici, mais bien une transformation en partie indépendante de l'épidémie, au sein d'un bureau de la DGS, le bureau 1C des maladies transmissibles. Si le sida a contribué au « renouveau » de la surveillance épidémiologique dans les années 1980, il est loin d'être seul en cause.

D'abord parce que, si l'on veut vraiment envisager un processus de changement comme une « réponse » apportée à des problèmes nouveaux, d'autres « épisodes » que le sida, quoique de moindre ampleur, ont contribué à rendre « nécessaire » la rénovation de la santé publique, et en particulier de la surveillance épidémiologique. Mieux, certains de ces épisodes ont permis de mettre en valeur dans le même temps le retard français et l'expertise américaine. Ce sont par exemple les *medical detectives* des CDC d'Atlanta que l'Assistance publique des hôpitaux de Paris appelle à l'aide en 1981 quand une épidémie de légionellose se déclare dans les locaux flambants neufs de l'hôpital Bichat, à Paris. L'expertise clinique et biologique n'est pas en cause : les cas sont rapidement repérés sur le plan pathologique et le diagnostic de légionellose tout aussi rapidement établi. Même si la légionellose est une pathologie découverte depuis peu (1976, par les épidémiologistes des CDC), les compétences françaises n'étonnent guère, surtout dans un établissement qui vient d'être réuni avec l'hôpital Claude Bernard, spécialisé dans les maladies infectieuses. Le problème réside dans l'enquête épidémiologique, c'est-à-dire la recherche de l'origine de la contamination et la détermination de mesures immédiates et à moyen terme, pour laquelle on regrette l'absence de spécialistes français disposant de la méthodologie adéquate. L'assistance américaine s'avère en outre en partie inadéquate : il s'avère que les recommandations des épidémiologistes des CDC ne sont pas suivies dans des délais raisonnables par les structures de décision, la DDASS de Paris, l'administration hospitalière et le ministère. L'épisode marque fortement une jeune chef de clinique de Claude-Bernard en cours de reconversion à la santé publique, le docteur Elisabeth Bouvet, laquelle le rapportera dans son mémoire pour le diplôme de médecin-inspecteur en insistant sur l'importance des aspects « relationnels et diplomatiques », et non pas seulement

²³³ Entretien Anne Laporte (avril 2004).

techniques, de la surveillance épidémiologique²³⁴. Un autre épisode fréquemment rapporté par les acteurs de l'époque porte sur une affaire dite « de l'huile toxique », une épidémie ayant touché en Espagne, en 1981, plusieurs milliers de personnes, dont plusieurs centaines décéderont. Alors que les premières analyses laissaient penser à une origine infectieuse, c'est finalement une enquête épidémiologique conduite par les CDC élargissant le spectre de l'investigation qui permet d'incriminer l'ingestion d'une huile impropre à la consommation (une huile de colza dénaturée vendue frauduleusement comme huile d'olive sur les marchés). On sait que d'autres épisodes de ce qu'on appellera bientôt les TIAC (toxi infections alimentaires collectives) marqueront l'histoire de la surveillance épidémiologique dans les années 1980 et 1990 – donnant lieu à la création d'une agence dédiée à la sécurité sanitaire des aliments. L'affaire de l'huile espagnole signale dès 1981 que l'alerte et l'investigation doivent être équipées de plusieurs savoirs, en infectiologie, en toxicologie, et en statistiques.

Mais si le sida ne saurait être tenu pour le seul responsable du renouveau de la surveillance épidémiologique, c'est aussi, plus fondamentalement encore, parce que celui-ci ne saurait être compris comme la simple adaptation d'une administration à de nouveaux défis, mais doit être analysé comme la prise en main par des outsiders des enjeux de la lutte contre les maladies transmissibles. On peut en effet se demander s'il fallait des révélateurs aux insuffisances de la santé publique en France, tant celles-ci semblaient établies de longue date : à l'orée des années 1980, il est de notoriété publique, et au fond largement accepté, que l'administration de la santé en général, et les structures dédiées aux maladies transmissibles en particulier, sont mal dotées et peu efficaces.

Après avoir dressé le bilan de l'état des forces en matière de surveillance épidémiologique à l'orée des années 1980, au sein de l'administration et de la recherche de santé publique, on décrira les conditions de possibilité qui permettent à de jeunes médecins au sein de la DGS de procéder avec quelques alliés à une rénovation assez profonde voire innovante des dispositifs administratifs de surveillance. Le troisième temps de ce chapitre sera consacré au processus même de genèse du RNSP, qui s'inscrit dans une histoire plus longue de la rénovation de la santé publique sous la seconde présidence Mitterrand, mais consiste surtout en une proposition de réforme faite par les acteurs de la mobilisation d'État allié au directeur général de la santé.

La surveillance en déshérence

Après 1945, l'administration de la santé est organisée pour mettre en œuvre une conception principalement curative de la politique de santé, au nom des vertus de plus

²³⁴ Elizabeth Bouvet, « Observatoire épidémiologique national. Pour un centre de surveillance épidémiologique des maladies transmissibles », Mémoire, janvier 1983, ENSP (exemplaire transmis par l'auteur).

en plus honorées de la modernité biomédicale. L'État et les caisses d'assurance-maladie se contentent d'entériner les décisions prises par les acteurs dominants du monde médical que sont l'élite hospitalo-universitaire, les syndicats médicaux, et les industriels de la santé²³⁵. Au nom du droit de tous aux soins médicaux, l'État a institutionnalisé un marché de soins sur lequel la santé est conçue comme un bien privé dont la production et la consommation relèvent des décisions des individus, assurés sociaux et médecins ; la santé est en bref considérée comme une question technique relevant de la compétence exclusive du corps médical, et la décision politique dépend peu des avis de l'administration, structurellement dominée par les hospitalo-universitaires qui trustent les cabinets ministériels²³⁶. C'est précisément la place marginale accordée à l'État et le monopole de la profession médicale qu'une nouvelle génération de hauts fonctionnaires remet en question, à compter des années 1980, en s'employant à doter l'État de nouvelles capacités de pilotage et d'expertise du secteur des soins²³⁷. La démarche donne corps et consistance à l'idée de « système de santé »²³⁸ en s'appuyant notamment sur la promotion de nouveaux savoirs, largement importés des innovations américaines en matière d'analyse statistique, d'économie et de gestion²³⁹, mais aussi d'épidémiologie ou de sociologie. Ce processus d'étatisation de la santé, encore en cours dans les années 2010, en est à ses balbutiements au début des années 1980. Toutes proportions gardées, les acteurs qui, au sein de la DGS et en dehors, travaillent à la même époque à la rénovation de la surveillance épidémiologique par l'administration centrale, en partie, et en partie seulement, sous la pression de l'épidémie de sida, participent de ce mouvement général de réarmement de l'État dans le champ de la santé.

Dans un contexte favorable au modèle curatif, l'administration spécifiquement dédiée à la santé publique pèse peu, et d'autant moins qu'elle n'a jamais réussi à s'imposer dans ce secteur. Dans le droit fil de la politique des secours tranchée sous la Constituante, la République opportuniste puis radicale a délégué aux conseils généraux et aux municipalités les missions d'hygiène publique. Les questions d'hygiène publique (eau et assainissement, etc.) et d'hygiène sociale (lutte contre les fléaux, syphilis et autres maladies vénériennes, tuberculose) sont traitées hors de la médecine générale et de la Faculté, par des initiatives privées et locales, et avec le concours de l'administration préfectorale. La grande loi de 1902 institue certes la déclaration obligatoire des principales maladies contagieuses, mais le corps médical contribue à rendre le dispositif inutile en sous-déclarant les cas au nom du principe supérieur du secret médical. Passé le contexte exceptionnel de la Grande Guerre, où une politique sanitaire esquissée par Justin Godart permet de fournir aux armées et aux usines des populations sinon saines du moins protégées par des vaccinations systématiques

²³⁵ BRUNO Jobert, « Le social en plan », Paris, *Les Éditions ouvrières*, 1981.

²³⁶ PIERRU Frédéric, *Hippocrate malade de ses réformes*, op. cit.

²³⁷ HASSENTEUFEL Patrick et al., « L'émergence d'une «élite du Welfare»? Le cas des politiques de protection maladie et de prestations familiales (1981-1997) », *Cahiers de recherches de la MIRE* (6), 1999, pp. 30–33.

²³⁸ PIERRU Frédéric, *Hippocrate malade de ses réformes*, op. cit.

²³⁹ BENAMOUZIG Daniel, *La santé au miroir de l'économie*, op. cit.

(variole, fièvre typhoïde)²⁴⁰, la situation de santé publique demeure inchangée dans les années 1920 et 1930, quand elle ne s'aggrave pas. Alors que la lutte des syndicats de médecins contre les assurances et tout ce qui peut être collectif, social ou étatique, débouche sur la charte libérale de 1928, ce sont des initiatives privées et locales qui sont prises en matière de santé publique : ainsi l'Office national d'hygiène social, chargé de coordonner l'action en matière sanitaire et de mener des campagnes de prévention est-il financé par la Fondation *Rockefeller*, cependant que l'une des rares grandes figures médicales de l'hygiène, le doyen de la Faculté Nancy Jacques Parisot, met en œuvre une politique modèle en Lorraine contre la tuberculose, fléau majeur de l'époque²⁴¹. Après la Libération et dans les années 1950, les succès de la vaccination et de l'antibiothérapie contribuent à mettre à mal les dispositifs spécifiques de lutte contre les maladies infectieuses (dispensaires) en les privant de leurs adversaires, vaincus, sinon éradiqués, et en rendant caduque leur organisation même : les institutions de l'hygiène sociale n'ont plus de raison d'être, dès lors que la médecine libérale assure la vaccination et délivre les antibiotiques. De manière générale, la santé publique ou la médecine sociale est encore plus considérée une discipline de second rang par les médecins, et singulièrement par les cliniciens hospitaliers qui dominent le champ médical ; c'est le cas de toutes les médecines salariées et placées sous la tutelle d'autres ministères, donc parmi les pôles les moins autonomes du champ médical (médecines militaire, du travail, scolaire, pénitentiaire). Dans le même temps, les principes mêmes de l'action sanitaire sont profondément transformés : à partir de la fin des années 1960, les techniques coercitives exercées sur des populations (déclaration voire dépistage obligatoires, injonctions thérapeutiques, placement) sont dévaluées au profit de techniques sollicitant la « rationalité » des individus face aux risques ; l'éducation pour la santé prend le pas sur les mesures d'obligation²⁴².

Dans l'administration française, la structure chargée de la politique de santé publique a connu plusieurs évolutions²⁴³. En 1956, une Direction générale de la santé publique (DGSP) avait réuni les Directions précédentes, de l'hygiène publique et des hôpitaux d'une part, de l'Hygiène sociale d'autre part. En 1966, la DGSP perd les hôpitaux, confiés à une direction générale autonome dans la continuité de la politique générale de modernisation de l'offre hospitalière engagée par la grande réforme Debré de 1958 fusionnant l'hôpital, le laboratoire et la faculté²⁴⁴. En 1970, une direction de l'action sociale retire le champ de l'assistance à la DG, désormais rebaptisée Direction générale de la santé (DGS), à laquelle reviennent les missions de contrôle des professions de

²⁴⁰ VIET Vincent, *La santé en guerre, 1914-1918: une politique pionnière en univers incertain*, Paris, Sciences po, les presses, 2015. Ainsi que la thèse en cours de Sylvain Bertschy.

²⁴¹ Sur Parisot, voir THEVENIN Étienne, *Jacques Parisot: 1882-1967 un créateur de l'action sanitaire et sociale*, Nancy, Presses universitaires de Nancy, 2002 (Domaine sanitaire et social).

²⁴² BERLIVET Luc, *Une santé à risques. L'action publique de lutte contre l'alcoolisme et le tabagisme en France (1954-1999)*, op. cit.

²⁴³ FRIOT Bernard, « Les ministères sociaux et leurs services centraux depuis 1946 », *Revue française des affaires sociales* 50, 1996, pp. 141–172. Et FRANÇOISE BOSMAN, *Patrimoine archivistique contemporain des ministères sociaux*, Paris, Ministère du travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle, 1991.

²⁴⁴ JAMOUS Haroun avec la Collaboration de J. Commaille et B. Pons-Vignon, *Sociologie de la décision*, op. cit.

santé, de protection de la maternité et de l'enfance, et de prévention des risques. Dix ans plus tard, en 1981, la DGS est organisée en quatre sous-directions, dont une, issue de « l'hygiène publique » (version 1966) et de la « protection sanitaire » (version 1970), se consacre à la « prévention générale et de l'environnement », c'est-à-dire à la santé publique redéfinie à l'aune d'une approche épidémiologique centrée sur les risques. La promotion de la prévention comme alternative crédible à des soins de plus en plus coûteux, au moment où s'est imposé l'impératif gestionnaire de maîtrise des dépenses de santé, est cependant un discours sans grands effets sur l'administration : les nouveaux budgets, votés malgré les récriminations des grands patrons de la recherche biomédicale, qui n'en voient pas l'intérêt, vont aux grandes campagnes nationales, notamment anti-tabac, organisées sous la responsabilité du CFES (Comité français d'éducation pour la santé) créé en 1972. Très concrètement, les effectifs de la DGS et les moyens alloués à la prévention demeurent faibles, quand ils ne baissent pas au cours des années 1980 (le budget de la prévention diminue de plus de 25 % entre 1983 et 1986) ; la DGS demeure ainsi en situation de faiblesse structurelle tout au long des années 1980²⁴⁵. Comme pour les autres ministères « sociaux », les directions de la santé ne sont pas convoitées par les énarques les mieux classés (mais par de « simples » administrateurs civils), la féminisation est importante, le turn-over élevé, les vacances de postes nombreuses, et le recours à des contractuels massif²⁴⁶. C'est dans ce contexte que, au sein de la sous-direction « prévention générale et de l'environnement », le bureau 1C dit des maladies transmissibles, dont les attributions exactes, « maladies transmissibles, vaccination, contrôle sanitaire aux frontières et actions spécifiques de santé dans les DOM-TOM et parmi les populations migrantes » sont parmi les plus traditionnelles et les moins riches de perspectives, engage la rénovation de la surveillance épidémiologique.

« C'était rien du tout » : la surveillance dans l'administration centrale.

Les jugements rétrospectifs portés sur la DGS par ceux qui l'ont fréquentée sont significatifs du caractère *a priori* peu excitant de l'arrivée dans un bureau de l'administration de l'avenue de Ségur, et tout particulièrement de la DGS elle-même. Jean-François Lacronique, radiologiste de formation, l'un des principaux porteurs et importateurs en France de l'évaluation médicale, qu'il a découvert aux États-Unis, occupe des positions élevées dans les cabinets et la haute fonction publique au tournant des années 1980 ; conseiller au cabinet du ministre Jacques Barrot puis directeur adjoint lors de l'éphémère réunion de la DGS avec la Direction des hôpitaux (en 1980), il est chargé d'assurer la transition au ministère comme conseiller de Jack Ralite en 1981²⁴⁷. En entretien, il juge ainsi de manière très sévère les directeurs généraux des années 1970, « de vieux médecins assez traditionalistes », et regrette que le poste ait trop souvent servi de « bâton de maréchal pour un vieux médecin général qui avait fait les colonies ». L'un d'entre eux est décrit comme le

²⁴⁵ ALAM Thomas, *Quand la vache folle retrouve son champ. Une comparaison transnationale de la remise en ordre d'un secteur d'action publique.*, Université du Droit et de la Santé-Lille II, 2007. : p. 274.

²⁴⁶ Ibid.

²⁴⁷ Notice *Who's who* (édition 2014), p. 1272. Il revient au cabinet de la santé en 1990-1992 (Durieux, puis Kouchner, après un passage à Pasteur Production et l'Institut Curie

« prototype du directeur de la santé » en ces termes : « pas la moindre imagination, pas le moindre courage » et « frileux »²⁴⁸.

L'alternance politique de 1981 modifie la donne. La nomination du communiste Jacques Ralite à la Santé oblige à une répartition équilibrée des postes de direction en fonction des sympathies politiques. Alors que la Direction des Hôpitaux revient au sympathisant socialiste Jean de Kervasdoué, économiste de la santé longtemps en poste à l'Ecole Polytechnique et membre de Santé et Socialisme dans les années 1970, c'est à Jacques Roux, professeur de microbiologie à Montpellier, directeur d'une unité INSERM sur les brucelloses, et membre du PCF, qu'est confiée la DGS. Tous les témoignages recueillis soulignent que Ralite et Roux, avec le concours de Lacronique, ont favorisé un renouvellement des cadres du ministère et de la DGS, en augmentant le nombre de postes au concours de médecin-inspecteur, et cherchant à recruter de jeunes médecins au sein de l'administration centrale.

« Ce qu'on a fait, mais je ne suis pas le seul, on a été un certain nombre à souhaiter rajeunir la DGS – je vous ai dit qu'il y avait des vieux directeurs, des vieux chefs de bureau, c'était vraiment une administration épouvantablement vieillote – et un des gestes les plus positifs je crois a été d'inviter les chefs de clinique à rejoindre le ministère en gardant leur salaire de chef de clinique alors que dans la fonction publique c'est bcp plus bas. On a incité des gens comme Bouvet... On a beaucoup aidé ces gens qui avaient des diplômes... certains étaient passés aux USA. On essayé de faire venir des gens et des idées neuves. »²⁴⁹

Le cas d'Elisabeth Bouvet confirme l'opportunité qu'a été pour certains médecins l'arrivée de la gauche au pouvoir – et l'arrivée d'un ministre qui, connu comme un spécialiste des questions culturelles, espérait obtenir la rue de Valois, et que son incompétence en matière de santé engage à recruter de manière la plus large possible.

« et puis en fait, Ralite, qui était ministre de la santé, qui venait d'arriver, a ouvert, enfin a augmenté le nombre de postes de gens pris au concours, parce qu'il a voulu donner un input important à la santé publique, et du coup moi j'ai été... enfin j'ai été prise sur la liste des gens qu'ils ont pris cette année-là, et donc je suis partie à Rennes, et j'ai fait pendant un an à Rennes une formation. Alors je suis pas restée un an à Rennes, c'était un mois, et puis on revenait, et pratiquement dans la foulée, puisque moi je suis tombée très bien, d'une certaine manière, dans la foulée, au ministère, ils commençaient un petit peu à mettre à plat, à dépoussiérer tout ça, et donc ils étaient perçus, et c'était notamment Jacques Roux, DGS de l'époque, et Lacronique, qu'il y avait réellement besoin de faire quelque chose pour les maladies transmissibles »²⁵⁰.

Les discours des acteurs rencontrés désignent sans équivoque les docteurs Elisabeth Bouvet, Bruno Hubert, Jean-Baptiste Brunet, au sein du bureau 1C des maladies

²⁴⁸ Entretien Jean-François Lacronique (décembre 2005).

²⁴⁹ Comme souvent, le discours est largement tenu à des fins d'auto-justification – J.-F. Lacronique s'est montré un enquêté extrêmement disert, ravi d'avoir à raconter sa carrière en détail et de rappeler le grand rôle qu'a été le sien en de multiples occasions.

²⁵⁰ Entretien Elisabeth Bouvet (juin 2005).

transmissibles, et les professeurs Alain-Jacques Valleron ou (plus tard) Alfred Spira, comme les acteurs centraux de l'entreprise de « rénovation » de la surveillance épidémiologique. Avant de les présenter, précisons que les témoins partagent aussi de manière frappant certains silences. Le premier porte sur le rôle du DGS Jacques Roux, très peu mis en valeur, au contraire de celui de son successeur Jean-François Girard (de 1986 à 1998) : tout au plus J. Roux aurait-t-il laissé agir ses subordonnés. La raison en est peut-être, comme le rapportent certains témoins, que J. Roux ne « croyait pas » au sida et autres maladies qu'il jugeait « à la mode » (légionellose, fièvre hémorragique), ou surtout que, en bon pastorien, il considérait que la surveillance consistait dans la reconstitution de la chaîne épidémique et la recherche du patient zéro, et non dans une approche statistique des « groupes à risques ». Un autre silence concerne les préférences politiques des acteurs, rarement exprimées de manière explicite en situation d'entretien, mais maintenues au mieux dans l'ordre du tacite²⁵¹ ; cependant, la plupart se pensent à gauche.

Les trois figures principales de la rénovation de la surveillance au sein de la DGS partagent le même sentiment négatif sur l'état de la surveillance à leur arrivée dans l'administration. Nommée en 1981, la chef du bureau des maladies transmissibles est le docteur Elisabeth Bouvet. Après un internat en hématologie, E. Bouvet se spécialise dans les maladies infectieuses à l'hôpital Claude Bernard, où elle obtient un clinicat au service de réanimation. Faute de débouchés immédiats comme praticien hospitalier dans sa spécialité, elle profite (avec d'autres) de la possibilité pour les chefs de clinique de passer sur titre le concours de MISP, et obtient un poste grâce à l'augmentation du nombre des postes – le jury, en effet, a considéré qu'elle avait un profil de recherche et l'a classée sur liste complémentaire. Elle devient ainsi « l'épidémiologiste du ministère » sans aucune formation préalable : son pedigree d'infectiologue lui vaut sa nomination à la tête du bureau 1C, poste qu'elle occupe jusqu'en 1987, lorsqu'avec sa supérieur hiérarchique, elles sont contraintes à la démission par la ministre de la Santé Michelle Barzach, en raison de plaintes portées par l'épiscopat contre un dispositif pilote de prévention des MST en milieu scolaire réalisé par l'équipe d'A. Spira et validé par la DGS. Elle réintègre alors sa spécialité d'origine dans son hôpital d'origine, où elle effectue le reste de sa carrière comme PU-PH en infectiologie, tout en restant jusqu'en 1999 rédactrice en chef du *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* (BEH cf. *infra*). Le récit rétrospectif de son arrivée à la DGS insiste sur les insuffisances de la pratique de la surveillance dans l'administration.

« - moi je suis tombée très bien, d'une certaine manière, dans la foulée, au ministère, ils commençaient un petit peu à mettre à plat, à dépoussiérer tout ça, et donc ils étaient perçus, et c'était notamment Jacques Roux, DGS de l'époque, et Lacronique, qu'il y avait réellement besoin de faire quelque chose pour les maladies transmissibles, parce que vraiment c'était... c'était vraiment...
- Rien, quoi...

²⁵¹ Pour une exception, Alfred Spira : SPIRA Alfred, « Santé publique, statistique et renouveau de la médecine », *Savoir/Agir* (3), septembre 2008, pp. 89-105.

- C'était rien. C'était complètement ringard, mais alors vraiment, c'était hallucinant, poussiéreux, c'était...
- *Mais il y avait quoi, un bureau...*
- Il y avait un bureau, avec une dame, une demoiselle, mademoiselle C., je m'en rappellerai toujours, que j'ai vu à ce moment-là... parce qu'en fait, moi ce qu'on m'a dit, c'est « écoutez, hein, une fille qui est infectiologue, qui est chef de clinique... »
- *MISP [médecin inspecteur de santé publique]...*
- Qui bon, a son truc, « moi je vous prends au ministère, et vous avez la responsabilité du bureau des maladies transmissibles ». Ah ! J'étais... Bon. Mais ils m'ont pris comme ça, hein ! J'ai vu Lacronique une fois, et Roux m'a dit, il m'a eu à la bonne tout de suite. Voilà, allez-y ! Et moi, ç'a été pendant trois ans, allez-y, faites ce que vous voulez, allez-y !
- *Donc vous aviez carte blanche !*
- Carte blanche ! C'était incroyable. J'avais pas les moyens, mais j'avais carte blanche. Alors c'était une situation où les gens, ils seraient étonnés maintenant s'ils voyaient ce que c'était : c'était porte ouverte, allez-y quoi. Donc moi j'ai vu C., on m'a présentée à la personne que j'allais remplacer, effectivement moi j'ai mis quelques semaines à comprendre ce qu'elle faisait, parce que je ne comprenais pas à quoi ça servait, c'était hallucinant.
- *Et vous avez toujours pas compris...*
- Non (rires)
- *Mais elle avait quoi comme données ?*
- Alors il y avait la déclaration obligatoire, c'est tout. La déclaration obligatoire avec des papiers... toutes les semaines il y avait des tas, et puis il y avait une dame dans un bureau qui classait tout ça, qui prenait un grand tableau, et puis qui faisait les sommes, à la main, de toutes les déclarations obligatoires, de France. () Elle faisait des grands paquets avec tout ça, c'était archivé. Puis après c'était rapporté sur le BEH, le BEH de l'époque...
- *Ça existait ?*
- Oui, enfin ça n'avait rien à voir, c'était un truc qui était un tableau, qui faisait 4 pages, en fait, avec toutes les maladies à DO, et il y en avait 60 à l'époque, et tous les départements, et donc dans la case, je sais pas, il y avait « fièvre typhoïde », et 1... Il y avait essentiellement des trous, enfin des zéros, et puis la dernière case c'était le total. Par semaine. Je sais même pas si c'était cumulé. Et c'était envoyé aux médecins de la santé publique, aux MISP, aux DDASS. Au ministère. Ça partait. On savait pas ce qu'ils en faisaient, personne n'en faisait grand chose. Il y avait quelque chose d'extraordinaire, il y avait une autre dame, qui allait à Pasteur, une fois par semaine, au laboratoire des salmonelles, elle prenait le cahier sur lequel était inscrit toutes les identifications de salmonelles qui avaient été envoyées au laboratoire (...). Elle recopiait ça sur son cahier du ministère, elle le rapportait au ministère, elle le rangeait. Et toutes les semaines, elle repartait, elle revenait. Personne ne regardait, c'est ça qui est extraordinaire, c'est que c'était copié, mais personne ne regardait ce qu'il y avait sur ce cahier. Il était rangé. »²⁵²

En 1982, le bureau accueille également Jean-Baptiste Brunet, qui, en raison de l'importance de l'épidémie de sida et des bases de données à gérer, constitue

²⁵² Entretien Elisabeth Bouvet.

progressivement une équipe pluridisciplinaire dirigée par Anne Laporte, médecin-inspecteur en santé publique formée à l'épidémiologie dans l'unité INSERM d'Alfred Spira²⁵³. Les mots employés par J.-B. Brunet sont les mêmes que ceux d'E. Bouvet : la surveillance, « c'était rien ».

« - Comme par ailleurs à la DGS il y avait quelqu'un qui était un nouveau chef de bureau des maladies transmissibles qui justement cherchait à mettre un peu de sang neuf là—dedans, tout ça tombait très bien.

- *C'était Elisabeth Bouvet [oui]. Mais c'était quoi, la surveillance des maladies transmissibles à la DGS à l'époque, en 82 ?*

- Avant Elisabeth Bouvet, c'était... des données dont personne ne savait ce qu'elles pouvaient signifier, qui s'accumulaient dans des bureaux, qui permettaient de sortir des tableaux avec des bâtons dans des cases, dont personne ne savait ce qu'ils pouvaient signifier...

- *de la vieille statistique, quoi...*

- Oui, c'était rien, en fait. C'était rien du tout. »²⁵⁴

Enfin, arrivé quelques années tard, Bruno Hubert est médecin de santé publique. Après des études de médecine générale, il effectue sa coopération au Maroc en tant que médecin-chef de circonscription sanitaire, et choisit de se spécialiser en santé publique en passant le certificat d'études spécialisées correspondant, puis le concours de MISP en 1981. En entretien, B. Hubert insiste sur cette bifurcation dans la trajectoire professionnelle : l'expérience marocaine est d'abord une expérience clinique, avec des journées à « plus de 100 consultations », mais elle offre une dimension « différente », « toute une activité en plus », qu'il ne qualifie pas précisément, mais illustre en évoquant le suivi cas à cas d'une petite épidémie de typhoïde, la gestion d'une campagne de vaccination, ou encore la collaboration avec une équipe de protection maternelle et infantile. Dans tous les cas, B. Hubert regrette avoir dû renoncer à l'activité de soins pour exercer cette activité « en plus » de prise en charge de la santé d'une population²⁵⁵. Il rapporte également sa candidature pour le concours de MISP à l'espoir que la gauche au pouvoir mette en place les centres de santé intégrés auxquels elle a réfléchi dans les années 1970. Tout en exerçant en DDASS, B. Hubert complète sa formation par une maîtrise d'épidémiologie puis par un DEA de Statistiques sanitaires à Villejuif en 1984-1985. Pour son mémoire, il conçoit un logiciel informatique permettant de réaliser des études cas-témoins afin d'analyser les TIAC en collaboration avec l'équipe du bureau 1C à partir de 1984. La collaboration lui ouvre les portes de la DGS en 1986 : recruté par E. Bouvet pour assister J.-B. Brunet, il oriente rapidement son activité vers les TIAC et la surveillance en général – et il écrit un nombre considérable d'articles dans le BEH. Il quitte la DGS après avoir réussi le concours de praticien hospitalier en santé publique en décembre 1991, où il est nommé à Tours auprès de J. Drucker. Il participe à la création du RNSP dès septembre

²⁵³ Entretien Anne Laporte.

²⁵⁴ Entretien Jean-Baptiste Brunet.

²⁵⁵ Entretien Bruno Hubert (octobre 2005).

1992. Sa découverte de l'état de la DGS, trois ans après E. Bouvet, montre que les choses évoluent lentement.

« - [la surveillance] était dans un état désastreux, c'était vraiment quelque chose d'incroyable, c'est-à-dire qu'il y avait le système de maladies à déclaration obligatoire, où il y avait des fiches, et puis les analyses, c'était un petit peu compter les fiches, hommes, femmes (), mais c'est vrai que l'informatique était pas très développée, donc... et puis surtout les questionnaires n'étaient pas standardisés, il y avait des tas de choses différentes selon les départements, et puis la tuberculose, ça arrivait nulle part, ça arrivait avant dans une unité INSERM qui avait disparu () et donc tout était entassé au Vézinet dans un coin. Mais pas du tout exploité. Donc j'ai commencé à travailler là-dessus, à re-standardiser les questionnaires. C'est l'époque où on avait revu les maladies à déclaration obligatoire, la liste. On a revu les modalités. Et puis on a commencé un peu à impulser quelque chose d'un peu plus systématique. »²⁵⁶

Malgré des trajectoires différentes, ces trois médecins ont en commun, au moment de leur arrivée à la DGS, leur jeunesse (autour de la trentaine, ils ont fait leurs études dans les années 1970), un sentiment de relative précarité ou de provisoire, et la conscience d'avoir l'opportunité de changer les choses dans l'organisation de la santé publique, et d'être protégés par leurs supérieurs hiérarchiques successifs à la tête de la DGS – Jacques Roux jusqu'en 1986, Jean-François Girard ensuite²⁵⁷. Leurs constats accablés traduisent bien une perception partagée, un sentiment commun : la lutte contre les maladies transmissibles est à repenser, et puisqu'il y a carte blanche, le chantier doit être mené à bien. Ces rénovateurs peuvent pour cela s'appuyer sur quelques épidémiologistes intéressés par les maladies transmissibles, un domaine pourtant délaissé et peu légitime dans le milieu de la recherche médicale.

*Décadences de la surveillance, « de la santé publique à la recherche médicale »*²⁵⁸

Au début des années 1980, une partie de la surveillance épidémiologique revient à l'INSERM, dont les services traitent notamment les données des maladies à déclaration obligatoire ou les certificats de décès. La sévérité du jugement porté par la jeune chef du bureau des maladies transmissibles n'a rien d'exceptionnel pour l'époque, car la recherche en santé publique à l'INSERM a été l'objet d'un long processus de déclassement. Les travaux de Luc Berlivet ont montré que, au sein de l'Institut national d'hygiène (INH), créé en 1941, des enquêtes ont pendant longtemps produit des données de surveillance en « épidémiologie », mais que cette tradition a souffert de la concurrence de la nouvelle biostatistique portée à partir des années 1960 par l'école de Villejuif, menée par Daniel Schwartz, avant d'être discréditée dans les années 1970 dans la nouvelle configuration institutionnelle, tout entière orientée vers la recherche biomédicale, de l'Institut – renommé INSERM en 1964 en ajoutant ainsi à la « Santé »,

²⁵⁶ Entretien Bruno Hubert.

²⁵⁷ Même si J.-F. Girard ne soutiendra pas E. Bouvet au moment de son renvoi.

²⁵⁸ Slogan de l'INSERM.

traduction du désuet « Hygiène », la toute puissante « Recherche Médicale »²⁵⁹.

Les difficultés à établir fermement la recherche en santé publique dans les facultés de médecine remontent au moins à l'entre-deux-guerres, quand échoue le projet de la Fondation *Rockefeller* de créer en France un Institut de santé publique mêlant recherche et enseignement, sous la responsabilité de Léon Bernard, professeur titulaire de la chaire d'hygiène de la Faculté de médecine de Paris. L'INH, dirigé pendant l'Occupation par André Chevallier, spécialiste marseillais de la nutrition, travaille principalement sur des enjeux de santé publique (au premier plan desquels les fléaux sociaux, cancer, alcoolisme et syphilis), qui mobilisent les deux tiers de son budget²⁶⁰. De la Libération aux années 1960, l'INH est pour l'essentiel une institution de santé publique, qui produit des enquêtes pour l'administration, malgré la volonté de son directeur Louis Bugnard, professeur de physique biologique et médicale, de développer la recherche médicale dans les facultés de médecine sur le modèle anglo-saxon. Une raison majeure de cette continuité réside dans le manque d'attractivité des positions de recherche pour les jeunes médecins attachés à l'exercice libéral de leur activité. L'analyse quantitative des données occupe ainsi différentes « Sections » (cancer, tuberculose, etc.), dont l'une, dénommée « Épidémiologie » puis « Maladies transmissibles », est dédiée aux maladies infectieuses. Au début des années 1960, l'INH est de plus en plus critiqué pour ne pas avoir réussi à développer la recherche biomédicale – c'est en effet par le biais de l'Association Claude Bernard que des laboratoires scientifiques (principalement biologiques) s'installent dans les hôpitaux parisiens. La modernisation scientifique est à l'agenda de la Cinquième république, et une dislocation de l'INH est envisagée : les activités de recherche seraient transférées au CNRS, et ses activités de santé publique au ministère. L'INH est finalement maintenu, mais profondément transformé sous le nom d'INSERM en un organisme orienté vers les sciences fondamentales. L'entrée dans la modernité biomédicale va s'avérer fatale aux Sections, réunies dans une même Division dite de la « recherche médico-sociale » (DRMS) sur le site du Vésinet, en banlieue parisienne.

Placées sous la direction de Lucie Laporte, médecin ayant longtemps assisté l'indéboulonnable directeur de l'Hygiène sociale Eugène Aujaleu et l'ayant suivi à sa nomination comme directeur général de l'INSERM en 1964, les sections du Vésinet produisent principalement des enquêtes de statistique descriptive, publiées sous la forme de monographies, pensées comme utiles à l'administration, et pour certaines longues à valoriser en raison de leur ampleur. Elles emploient un personnel composé de très peu de titulaires (19 sur 237 en 1976), mais féminisé (7 sections sur 11 sont dirigées par des femmes en 1974), ainsi que de nombreux contractuels, d'une part de jeunes docteurs ou étudiants, boursiers faisant office d'enquêteurs, d'autre part des techniciens chargés des machines à calculer (perforateurs, mécanographes, etc.), dont le turn-over est important. Le projet porté par Constant Burg, spécialiste de médecine

²⁵⁹ Pour les lignes suivants, BERLIVET Luc, « Between expertise and biomedicine », *art. cit.*

²⁶⁰ PICARD Jean-François, « Aux origines de l'Inserm », *art. cit.* ; PICARD Jean-François, « Poussée scientifique ou demande de médecins? La recherche médicale en France de l'Institut national d'hygiène à l'INSERM », *Sciences sociales et santé* 10 (4), 1992, pp. 47–106.

nucléaire qui succède à Aujaleu à la tête de l'INSERM de 1968 à 1978, consiste à développer la recherche en sciences fondamentales (biologie, radiologie, etc.) en l'articulant avec la clinique dans des unités situées au cœur des Centre hospitalo-universitaires, et à valoriser les résultats dans des revues internationales en langue anglaise. Selon les propres termes de Burg, les travaux de la DRMS relèvent « du contrôle et de la routine » plutôt que de la « recherche »²⁶¹. Au contraire, la « biostatistique » développée depuis deux décennies à partir de l'unité de recherche statistiques (U21) de Daniel Schwartz créée en 1956 au sein de l'Institut Gustave Roussy, satisfait tous les canons de la modernité scientifique biomédicale, même si elle est encore loin d'être reconnue par l'ensemble des acteurs de l'INSERM : elle propose des enquêtes cas-témoins sur l'étiologie du cancer ou des maladies cardiovasculaires, rend possible les essais randomisés, et se rapproche des sciences du laboratoires, cependant que ses promoteurs, plus souvent de formation scientifique que médicale, publient dans les revues anglo-saxonnes.

Comme le souligne Luc Berlivet, les deux écoles statistiques ne s'opposent pourtant pas l'une à l'autre. On ne sait si les statisticiens de l'unité 21 auraient défendu la dimension scientifique des enquêtes des sections médico-sociales qui échappait à C. Burg, par exemple l'importance des données produites par de grands enquêtes de cohortes comme l'Enquête permanente cancer (initiée en 1943) ou l'Enquête Boulogne (sur les inégalités de santé à Boulogne-Billancourt). Mais le fait est que certains parmi eux contribuaient à des enquêtes de la DRMS dans les années 1960, et que les sections du Vésinet accueillaient des collaborateurs de Schwartz, et non des moindres. Ainsi Claude Rumeau-Rouquette, le co-auteur du *Manuel d'épidémiologie*, a t-elle dirigé la Section de pédiatrie, avant de fonder en 1974 une unité de recherche située dans une maternité hospitalière, selon une configuration institutionnelle plus conforme aux exigences de la modernité biomédicale. C'est précisément l'unité de Cl. Rumeau-Rouquette que Constant Burg érige en modèle lorsqu'il entreprend, au cours de l'été 1976, et au lendemain du départ à la retraite de Lucie Laporte, de mettre un terme à la DRMS et d'exiger des Sections qu'elles se transforment soit en « Services communs », moins couteux en personnel et en financements, soit en véritables « Unités de recherche » (une décision à laquelle la quasi-totalité des membres de l'école 21 s'opposèrent). Il est remarquable que Philippe Lazar, l'un des plus proches collaborateurs de Daniel Schwartz, polytechnicien entré à l'U21 en 1960, ait alors proposé comme alternative au projet de Burg la création au Vésinet d'un grand campus de santé publique, sur le modèle de la Harvard School of Public Health qu'il avait fréquentée un an plus tôt, en 1975 : il y a là la trace d'un rendez-vous manqué entre l'INSERM et une recherche en santé publique intégrant la surveillance épidémiologique.

Mais le plus important pour notre propos réside dans le fait que les vestiges de la DRMS sont non seulement rares mais surtout très déconsidérés au sein de l'INSERM au début des années 1980. Si les Services communs, comme celui en charge des

²⁶¹ L'expression est employée dans une note en date du 22 avril 1976, citée par BERLIVET LUC, « Between expertise and biomedicine », *art. cit.*: p. 478, note 34.

certificats de décès, sont maintenus (mais à un rang inférieur aux vraies unités de recherche), la plupart des unités créées à partir de la DRMS ne sont pas renouvelées au-delà de quelques années. L'unité sur la tuberculose dirigée par le Dr Alice Lotte (jusqu'en 1981) est fermée en 1988. Quant à l'unité (U165) des « maladies transmissibles et accidents toxiques » dirigée par le Dr Georges Martin-Bouyer, son activité est arrêtée dès 1983, dans des circonstances loin d'être anecdotiques. En effet, certains témoignages soutiennent non seulement que l'épidémiologiste Philippe Lazar, nommé Directeur général de l'INSERM en 1982, soutient la fermeture de l'unité, mais aussi que la DGS, avec le plein accord de J. Roux, participe à l'évaluation négative en dénonçant la mauvaise qualité des données récoltées et les insuffisances en matière de mesure de leur représentativité. L'histoire est d'autant plus porteuse de sens que c'est également Ph. Lazar qui aurait présenté à E. Bouvet et à la DGS Alain-Jacques Valleron, un biostatisticien issu de Villejuif, très intéressé par les maladies transmissibles et tout juste nommé professeur à Paris 7. Or, c'est précisément avec A.-J. Valleron que E. Bouvet « rénove » la surveillance en donnant une place décisive à un nouveau réseau, dit des « médecins (généralistes) sentinelles », qui reprend et améliore un dispositif de « médecins correspondants » attachés à la surveillance des syndromes grippaux en vigueur ... dans l'unité de G. Martin-Bouyer.

En d'autres termes, l'arrivée d'outsiders à la DGS contribue incidemment au remplacement assez brutal, au sein de l'INSERM, de l'épidémiologie descriptive par une biostatistique plus modélisatrice, remplacement qui repose par ailleurs davantage sur l'idée qu'on se fait de la science que sur la réalité des pratiques. Les propos recueillis en entretien sur l'unité 165 de Martin-Bouyer sont en effet loin d'être tous négatifs. Si certains considèrent que les membres de l'unité ne font pas de la « bonne recherche », d'autres soutiennent qu'ils possèdent pourtant une vraie « culture de santé publique » et font des « choses intéressantes », à la fois dans la surveillance (comme le réseau de médecins « correspondants »...), et dans l'alerte. Un haut fait d'armes, souvent évoqué, y compris par C. Burg (qui ne va pas jusqu'à citer Martin-Bouyer²⁶²), consiste dans l'identification du talc Morhange comme l'agent responsable de la mort de plusieurs nourrissons en 1972²⁶³. A.-J. Valleron lui-même reconnaît certains mérites à G. Martin-Bouyer.

« Il se trouve que, en effet cette unité de Martin-Bouyer a été dissoute, et alors moi je savais ce qu'ils faisaient à peu près, et il y avait plein de monde là-dedans (). En fait, ils

²⁶² Sans le citer : « Autre exemple, l'affaire du talc Morhange : un certain nombre de pédiatres, parisiens et provinciaux - et il faut rendre hommage à la qualité médicale de ces hommes - avaient découvert des accidents mortels chez des nourrissons, sans pouvoir en définir la cause. Des chercheurs de l'Inserm, avec le concours du service central de la pharmacie et du laboratoire de santé, ont pu établir en huit jours que les morts observées étaient dues au talc Morhange et à la présence dans celui-ci d'hexachlorophène en concentration anormale. Je crois que ce délai de huit jours est une chose tout à fait remarquable et l'obtention d'une information dans un délai aussi rapide a fait l'admiration de la Food and Drug Administration américaine. » (Entretien Constant Burg, disponible à la page http://www.histrecmed.fr/index.php?option=com_content&view=article&id=15:burg-constant&catid=8:entretiens).

²⁶³ À la suite d'une erreur de manipulation, des boîtes contenaient en effet une teneur excessive en hexachlorophène, un bactéricide puissant.

faisaient beaucoup de choses intéressantes, par exemple le talc Morhange, c'est Martin-Bouyer qui a trouvé ce truc. Ç'a été un scandale sanitaire des années 75-80, c'était un talc et il y a eu je crois quelques morts, et la personne qui a trouvé, qui a fait, finalement, de l'épidémiologie d'investigation, et qui a trouvé la cause, qui était le talc Morhange, qui a fait le retrait ensuite, c'est Martin-Bouyer. Et je pense que, c'est vrai que l'ensemble des épidémiologistes au pouvoir, on va dire, ne considéraient pas ces choses comme peut-être assez importantes, ils avaient pas la culture, vraiment, et puis c'est vrai que Martin-Bouyer et son équipe ne faisaient peut-être pas les choses de façon... suffisamment carrée pour que ce soit apprécié, je ne sais pas, je ne me rappelle pas de ça. Mais donc ce n'était pas des gens qui faisaient que des statistiques sanitaires, et ils avaient un réseau de médecins correspondants qui surveillaient la grippe, et qui est l'ancêtre du réseau sentinelles. »²⁶⁴

Rien d'étonnant, dans ces conditions, si certains épidémiologistes de l'INSERM établissent rétrospectivement une certaine ressemblance entre les missions de la DRMS et celles qui seront confiés au RNSP, puis à l'INVS, voire regrettent que « l'épidémiologie descriptive au service de la décisions de santé » ou « l'épidémiologie d'intervention » n'ait pas été reconnue à l'INSERM après les années 1980, donc lui aient échappé²⁶⁵. L'analyse est cependant un peu courte, car la rénovation de la santé publique a bien impliqué des spécialistes de l'INSERM, tels que A.-J. Valleron, et du coup affecté en retour le champ de la recherche biomédicale. Si Daniel Schwartz a presque continûment dénié le moindre intérêt à ce type d'épidémiologie, beaucoup de ses collaborateurs avaient montré un intérêt précoce pour l'articulation entre recherche et décision politique (Claude Rumeau-Rouquette), et de nombreux épidémiologistes, formés à l'INSERM ou attachés à des laboratoires de l'INSERM, de l'école Schwartz ou de l'équipe Grémy²⁶⁶, ont participé au processus (Alfred Spira ou William Dab), ou collaboré avec le RNSP puis l'INVS (Marcel Goldberg, France Lert, Dominique Costagliola, etc.).

Rénover la lutte contre les maladies transmissibles

Fondée sur une réflexion collective²⁶⁷, la « rénovation » de la politique de lutte contre les maladies transmissibles et notamment de leur surveillance est très large : elle porte sur la politique vaccinale, la notification obligatoire, la diffusion des informations, et la promotion de nouveaux systèmes de surveillance – sans oublier ici le cas très

²⁶⁴ Entretien Alain-Jacques Valleron (octobre 2005).

²⁶⁵ Tels Pierre Ducimetière (interrogé par J.-F. Picard sur le site de l'histoire de la recherche médicale) ou Alain-Jacques Valleron : « le résultat c'est que, () c'est que l'épidémiologie d'intervention se fait, mais elle ne se fait pas à l'INSERM, elle est découpée du monde de la recherche, elle se fait à l'INVS » (Entretien Alain-Jacques Valleron).

²⁶⁶ Le paysage de l'épidémiologie à l'INSERM dessiné au cours de cette histoire est incomplet, puisqu'il néglige l'équipe d'épidémiologie sociale – intéressée par l'évaluation des pratiques médicales et par les déterminants sociaux de santé – constituée autour de François Grémy au sein de l'Unité d'informatique médicale créée en 1968 (U 88) (cf. supra).

²⁶⁷ D'après E. Bouvet, une réflexion collective et multidisciplinaire (infectiologues hospitaliers, médecins de santé publique et épidémiologistes, non identifiés) est menée à son initiative par la DGS en 1982 sur l'ensemble de ces aspects (entretien Elisabeth Bouvet).

particulier de la surveillance de l'épidémie de sida, objet d'un grand nombre d'enquêtes originales grâce au financement de l'Agence nationale de recherche dédiée au sida à partir de 1989.

La nouvelle politique de vaccination est conçue en réaction à la logique en vigueur, qui consistait dans des « échanges » (une « collusion », selon un enquêté) entre le Conseil supérieur d'hygiène et les producteurs français de vaccins, les Instituts Pasteur et Mérieux, industriels dont la nouvelle administration considérait qu'ils devaient d'autant moins être juges et parties que la qualité de leurs produits étaient jugée *a minima* douteuse (origine des plasmas, procédés d'inactivation, etc.). Elle consiste, d'une part à sortir du cadre obligatoire pour privilégier celui de la recommandation, d'autre part à actualiser les pathologies concernées. La politique de vaccination est d'abord repensée hors du seul cadre obligatoire, mais dans le cadre d'un « calendrier » (vaccinal) assorti de fortes recommandations, sur la base de données épidémiologiques. Elle procède du même coup à l'actualisation des pathologies (suppression de la vaccination contre la variole, officiellement éradiquée dans le monde en 1977, mais encore « obligatoire » en 1983 ; inscription de la vaccination contre la rougeole et la rubéole, etc.). Enfin, elle met en place un Comité technique de vaccination qui supplée le Conseil supérieur où « c'était finalement Mérieux qui décidait » (selon l'expression du même acteur). Un autre axe de travail réside dans la reprise en main des maladies à déclaration obligatoire, dispositif ancien et peu efficace faute d'une collaboration suffisante des médecins libéraux. Il faut attendre 1986 pour que soit signé le décret révisant la liste établie en 1960, et divisé par trois le nombre des pathologies concernées par l'obligation. Deux catégories sont distinguées selon que les maladies sont justiciables de mesures exceptionnelles au niveau national et international (choléra, peste, fièvre jaune, etc.), ou de mesures au niveau local mais exigeant un suivi régulier (tuberculose, polyomyélite, diphtérie, etc., dont le sida)²⁶⁸.

L'une des tâches les plus chronophages consiste à transformer le « *Bulletin hebdomadaire d'information épidémiologique* », où sont simplement reportées les nombres de cas de maladies à déclaration obligatoire par départements dans d'immenses tableaux aux cases souvent vides (faute de cas) en un véritable bulletin d'information, un *Bulletin épidémiologique Hebdomadaire* (« le » BEH) faisant office d'outil de circulation des données et des enquêtes statistiques²⁶⁹. À partir de 1983, sans augmenter la taille du 4 pages (sauf numéros exceptionnels), les médecins du

²⁶⁸ Aux termes du décret n°86-770 du 10 juin 1986, les « maladies justiciables de mesures exceptionnelles au niveau national ou internationale » sont le choléra, la peste, la variole, la fièvre jaune, la rage, le typhus exanthématique, et les fièvres hémorragiques africaines. Les « maladies justiciables de mesures à prendre à l'échelon local et faisant l'objet d'un rapport périodique au ministère chargé de la santé » sont la fièvre typhoïde et les fièvres paratyphoïdes, la tuberculose, le tétanos, la poliomyélite antérieure aiguë, la diphtérie, la méningite cérébrospinale à méningocoque, les toxi-infections alimentaires collectives, le botulisme, le paludisme autochtone, le syndrome immuno-déficitaire acquis avéré, les brucelloses.

²⁶⁹ BOUVET Elisabeth, « Le Bulletin épidémiologique hebdomadaire, son histoire et son rôle dans le partage et la diffusion de données épidémiologiques. Numéro hors-série. 1998-2008 : dix ans de renforcement de la veille sanitaire en France », *BEH*, 2008.

bureau des maladies transmissibles, aidés par des internes en santé publique²⁷⁰ ou effectuant leur service militaire, traduisent des travaux étrangers²⁷¹, présentent les synthèses de rapports français sur des questions de santé, effectuent eux-mêmes (Bruno Hubert en est le spécialiste) des synthèses sur la connaissance épidémiologique des maladies à partir des données produites par les Centres nationaux de référence (centres hospitaliers ou de l'Institut Pasteur spécialisés dans une pathologie, voire une bactérie). Le BEH diffuse aussi plus marginalement des travaux non issus de la surveillance (DO, centres de référence, cas étrangers), mais d'enquêtes de terrain. Plus classiquement, le Bulletin reproduit les recommandations et informations administratives et épidémiologiques utiles pour la pratique médicale et la santé publique. Une version européenne (*Eurosurveillance*) est créée dans les années 1990, qui présente essentiellement les données de l'épidémie de sida rassemblées par le CESES. Les médecins plaident enfin pour une refonte générale de la surveillance des maladies transmissibles²⁷². Dans un article récent, E. Bouvet juge que l'évolution du BEH n'a été possible qu'« à la faveur de la reconnaissance de l'épidémiologie comme support de l'action de santé publique »²⁷³. De fait, le succès croissant du BEH est sans doute largement celui de son contenu, et de la capacité de l'équipe de rédaction à restituer les résultats produits par la transformation de la surveillance des maladies transmissibles, à partir d'un bilan très sombre établi dès 1982. Deux sources écrites permettent en effet de dater le moment d'établissement de ce bilan : les séances, aux débats très nourris, du 5^e Séminaire Biraud en septembre 1982, et le mémoire de fin d'études d'E. Bouvet à l'ENSP, soutenu en janvier 1983. Ces deux documents doivent être lus en miroir : au-delà des faits rapportés, le mémoire apporte en effet la réponse de la DGS aux propositions faites lors du Séminaire par les promoteurs d'une épidémiologie à l'américaine, mais aussi par des acteurs de la surveillance.

Dans son mémoire, E. Bouvet pointe les défauts d'une surveillance épidémiologique où les acteurs sont pléthore, mais inefficaces. Les déclarations obligatoires et les certificats de décès ou les certificats du carnet de santé sont simplement transmis par les DDASS au bureau des maladies transmissibles, et exploités très lentement par les services communs et les unités de l'INSERM, qui ne remplissent pas leur mission d'information sur l'état sanitaire du pays ; il faut par exemple des années pour qu'une analyse des données de mortalité soit publiée. Un trop petit nombre d'hôpitaux produisent des données de morbidité, et ceux qui le font ne les transmettent pas au ministère ; quant aux infections « hospitalières », qu'on appellera plus tard

²⁷⁰ Dont certains seront appelés à faire carrière comme Antoine Flahault. Médecin de santé publique et docteur en biomathématiques avec A.-J. Valleron, A. Flahault est nommé PH puis PU-PH (à Tenon puis Descartes) et directeur de la nouvelle EHESP en 2008.

²⁷¹ Entre autres ceux du MMWR, devenu célèbre en France après la révélation de l'épidémie de sida, cf. OPPENHEIMER Gerald M., « Causes, cases, and cohorts: The role of epidemiology in the historical construction of AIDS », in FEE Elizabeth et FOX Daniel M. (éds), *AIDS: The making of a chronic disease*, Berkeley, University of California Press, 1992, pp. 49–83.

²⁷² Cf. « Mise en place à titre expérimental d'un réseau de médecins sentinelles généralistes pour la surveillance des maladies transmissibles », BEH n° 50, 1984.

²⁷³ BOUVET Elisabeth, « Le Bulletin épidémiologique hebdomadaire, son histoire et son rôle dans le partage et la diffusion de données épidémiologiques. Numéro hors-série. 1998-2008 », *art. cit.*

« nosocomiales », elles échappent à toute surveillance²⁷⁴. Le Laboratoire National de Santé (LNS), une direction technique du ministère dotée de plusieurs laboratoires d'analyses biologiques spécialisés, se contente de données biologiques et collabore peu avec le bureau des maladies transmissibles. L'Institut Pasteur demeure attaché à une approche très biologique de l'épidémiologie. Sur les 34 centres de références spécialisés dans la surveillance d'un microorganisme ou d'une infection, rattachés à Pasteur, au LNS, à l'armée, ou à l'université, seule une infime minorité fournit un rapport au ministère, dont celui consacré à la grippe. Enfin deux dispositifs sont prometteurs mais encore très récents : d'une part, un réseau propre à l'armée (1980), qui permet le recueil exhaustif des données de morbidité ambulatoire et hospitalière, et de mortalité, de l'ensemble des conscrits (REDEA) ; d'autre part, les Observatoires régionaux de santé (1982), censés rassembler les données épidémiologiques au niveau régional, impulser et coordonner des études.

La rénovation passe par la refonte des maladies à DO, le développement d'enquêtes *ad hoc*, et surtout par l'élaboration d'un « nouveau » dispositif, le réseau Sentinelles, conçu en réaction aux insuffisances du système de la déclaration obligatoire, qu'il vient compléter. Ce réseau se donne en effet pour but de saisir les cas relativement peu graves de maladies fréquentes (par exemple, la rougeole) et de compléter ainsi le système de déclaration obligatoire chargé de la surveillance des cas graves de maladies rares. Le réseau évite la mauvaise volonté de la grande masse des médecins libéraux en confiant la surveillance des maladies à déclaration obligatoire (redéfinies, donc en nombre bien inférieur) aux médecins hospitaliers, supposés plus sensibles aux enjeux de santé publique, et la surveillance des autres maladies à quelques centaines de médecins volontaires. Le dispositif connaît au moins deux précédents : il reprend pour partie le réseau déjà évoqué des « médecins correspondants » pour la grippe, ou plus exactement aux syndromes grippaux, qu'avait élaboré l'équipe de Martin-Bouyer, cependant qu'un réseau de « médecins-vigies » surveillant plusieurs pathologies avait été mis sur pied en Belgique (et présenté au Séminaire Biraud). La nouveauté du réseau Français réside ainsi moins dans l'élargissement du nombre des pathologies surveillées (grippe, rougeole, hépatite virale et urétrites masculines dans un premier temps), que dans le recours à une nouvelle technologie, le poste minitel. Le projet de « Réseau national téléinformatique des maladies transmissibles » (RNTMT), sous la forme du réseau des médecins sentinelles à partir de 1984, constitue dès lors la vitrine de l'action de la DGS : la réalisation fait figure d'avancée majeure dans l'activité de surveillance, y compris aux yeux des spécialistes du CDC, dans la mesure où, pour la première fois, elle permet de suivre en temps réel une épidémie nationale de manière statistiquement fondée (la significativité statistique de l'échantillon est garantie)²⁷⁵. De fait, sa notoriété est rapidement internationale, grâce à une publication (« *The French experiment* ») dans le prestigieux *American journal of public health* en novembre 1986,

²⁷⁴ Un échec assumé par E. Bouvet en entretien.

²⁷⁵ « Mise en place à titre expérimental d'un réseau de médecins sentinelles généralistes pour la surveillance des maladies transmissibles », BEH n° 50, 1984. Ainsi que le mémoire de A.-J. Valleron « Projet de développement pour l'information et la recherche épidémiologique sur les maladies transmissibles » (document transmis par l'auteur).

introduite sous le titre « *The French Connection* » par deux épidémiologistes des CDC Philip Graitcer et Stephen Thacke, le successeur de Gregg à la tête de la formation EIS, qui en reprendront le principe aux États-Unis²⁷⁶. Le réseau Sentinelles n'est cependant qu'une partie du projet du RNTMT, lequel, beaucoup plus ambitieux, entendait également mobiliser les centres de référence et les DDASS.

Le responsable de ce saut qualitatif est A.-J. Valleron, lequel travaille depuis le milieu des années 1970 avec des collègues américains sur Arpanet, le réseau de la défense américaine précurseur d'internet, et emprunte à ce réseau à la fois l'idée de travail collaboratif et de suivi en temps réel.

« donc l'idée qu'on avait sur ces réseaux, c'était que vraiment, ça allait changer la science, que ça allait changer vraiment la science, et là on voyait ce qu'était le travail collaboratif, vraiment très bien, on voyait ce que ça voulait dire que de partager des fichiers, d'avoir du temps réel, d'avoir des logiciels puissants à un endroit qu'on utilise à l'autre, ça c'était quelque chose qui était agrippé dans ma culture, alors j'avais un terminal pourri, etc. à Jussieu, mais on était tout le temps en contact, on était tout le temps en temps réel, et donc c'est ces deux choses-là qui ont collapsé pour se dire () bon, on va faire de l'observation, mais on va la faire à un niveau (rire)... on va pas envoyer des questionnaires machin, on va () essayer de faire du temps réel, sur les maladies infectieuses, on va essayer de pouvoir détecter une épidémie quand elle arrive, on va essayer de pouvoir décrire son chemin, et aussi – alors ça c'était la partie scientifique – c'est vrai qu'on avait une discussion organisationnelle où je me suis largement planté... »²⁷⁷.

A.-J. Valleron (né en 1943), que l'on a déjà rencontré dans le premier chapitre, est un proche collègue de Ph. Lazar, au cursus assez proche, mais qui se distingue en cela qu'il se considère moins comme un épidémiologiste que comme un mathématicien. Polytechnicien et docteur ès sciences, Valleron est formé à l'épidémiologie de l'école Schwartz via son activité d'enseignant plutôt que par ses travaux de recherches. Chargé puis maître de recherches dans l'U21 de l'INSERM de 1966 à 1981, il enseigne en effet toutes ces années au CESAM, tout en faisant porter l'essentiel de ses recherches sur la cinétique cellulaire au sein de l'équipe de Maurice Tubiana, en réfléchissant à la modélisation mathématique de la croissance des cancers (cancer du sein), avec un objectif de santé publique (dépistage) plutôt que strictement épidémiologique (mais il travaille en parallèle sur l'épidémiologie du diabète).

Lorsqu'il est nommé en 1981 professeur d'épidémiologie à Paris 7 et directeur d'une unité de biomathématique et biostatistiques à l'INSERM, A.-J. Valleron s'oriente vers l'épidémiologie des maladies transmissibles pour deux raisons. D'une part, il s'agit d'un domaine en déshérence ou plutôt à reprendre (l'unité de Martin-Bouyer vient d'être fermée, des techniciens sont disponibles), qui plus est susceptible d'offrir des sujets de

²⁷⁶ VALLERON A. J. *et al.*, « A computer network for the surveillance of communicable diseases: the French experiment », *American Journal of Public Health* 76 (11), novembre 1986, pp. 1289-1292. « Je peux vous dire qu'aux CDC d'Atlanta, alors là quand les mecs ont vu, ils m'ont invité et quand on leur a projeté les images d'épidémie en temps réel, les cartes de France en temps réel, de l'épidémie qui progressait, les types ont () vraiment aimé. » (Entretien Alain-Jacques Valleron).

²⁷⁷ Entretien Alain-Jacques Valleron.

recherche pour les étudiants en master et doctorat : la logique, classique dans le champ biomédical, est celle de la spécialisation distinctive (la télésurveillance des maladies transmissibles est plus prometteuse à terme que la cinétique cellulaire). D'autre part, la dynamique des maladies infectieuses lui semble relever des mêmes modélisations mathématiques que celle des populations cellulaires²⁷⁸.

Une spécificité remarquable du dispositif réside dans son articulation avec le monde de la recherche. Si les résultats sont régulièrement présentés dans le BEH à partir de novembre 1984, le réseau Sentinelles constitue un « investissement de forme » susceptible de produire de nombreux résultats scientifiques²⁷⁹. Visant dans son intitulé « l'information et la recherche épidémiologique sur les maladies transmissibles », le premier projet de « système téléinformatique de surveillance » présenté par A.-J. Valleron insiste sur l'articulation étroite entre recherche et alerte. Dans le cas des maladies transmissibles, et contrairement aux maladies non transmissibles, la recherche ne porte pas sur les causes ou les facteurs de risque, souvent connus, mais sur l'identification de nouvelles maladies ou sur la modélisation de la poussée épidémique de maladies connues (et en général fréquentes mais rarement graves, comme la grippe). Dans un article en forme de bilan publié en 1997, A.-J. Valleron et A. Flahault soulignent ainsi que ce « système d'information en médecine générale » est aussi, voire avant tout, une « banque de données pour la recherche en épidémiologie », qui a permis des « avancées dans le domaine de la représentation spatio-temporelle des données », le développement d'une « méthodologie de l'alerte » quant à l'arrivée d'une épidémie, la mise au point de modèles mathématiques de la dynamique et la diffusion des épidémies, mais aussi des recherches en épidémiologie clinique (grippe, rougeole, diarrhées aiguës)²⁸⁰. Les résultats produits permettent dès lors de publier massivement dans les plus grandes revues scientifiques spécialisées ou généralistes. Ce travail est pourtant faiblement reconnu par la plupart des épidémiologistes de l'INSERM, convaincus de la supériorité scientifique de l'expérimentation sur l'observation, et peu sensibles, au contraire d'autres disciplines scientifiques à l'intérêt d'avoir des observations « les plus nombreuses, complètes, profondes possibles »²⁸¹. Si A.-J. Valleron force le trait quand il se présente comme « le seul avocat universitaire de l'épidémiologie d'intervention »²⁸², force est de reconnaître le caractère précurseur de son association avec l'administration pour surveiller par observation les maladies transmissibles.

²⁷⁸ Même s'il ne l'évoque pas, il est possible que sa fréquentation précoce des universités américaines ait sensibilisé assez tôt A.-J. Valleron à la nouvelle épidémie de sida, dont l'épidémiologie exigeait dans un premier temps l'élaboration d'outils de suivi de syndromes (comme dans le cas de la grippe) plutôt que de marqueurs biologiques.

²⁷⁹ Au sens de THEVENOT Laurent, « Les investissements de forme », *Conventions économiques* 29, 1986, pp. 21-71.

²⁸⁰ FLAHAULT Antoine et VALLERON Alain-Jacques, « Le réseau Sentinelles. Douze années de recherche et de surveillance sur les maladies transmissibles en France. », *Actualités et dossier en santé publique* (18), 1997, pp. 22-26.

²⁸¹ L'expression est de A.-J. Valleron (entretien).

²⁸² Ibid.

Externaliser et centraliser.

Dans cette entreprise de rénovation de la surveillance, les enjeux institutionnels ou organisationnels ne sont pas délaissés par l'équipe de la DGS. Pour E. Bouvet, il est évident que le Centre français « dont tout le monde parle » doit être installée très près du centre administratif. Autrement dit, le bureau des transmissibles peut envisager la création d'une structure spécifiquement chargée de coordonner les institutions de surveillance des maladies transmissibles, donc d'externaliser la surveillance, à condition que cette structure soit rattachée au ministère. Confrontés à l'offensive des promoteurs de l'épidémiologie américaine, les représentants de l'État entendent délimiter les prétentions de l'ensemble des acteurs du champ. Aux débats du 5^e Séminaire Biraud répond ainsi le mémoire d'E. Bouvet soutenu en janvier 1983, « *Observatoire épidémiologique national. Pour un centre de surveillance épidémiologique des maladies transmissibles* », dont l'introduction signale l'actualité du sujet et les appétits qu'il suscite.

« L'inscription d'un centre de surveillance épidémiologique au niveau national en France est un sujet à l'ordre du jour. De nombreuses réunions scientifiques ont été en 1982 le terrain de discussions à ce sujet. Nombreux sont les intervenants, médecins ou non, qui se considèrent comme devant prendre la responsabilité de la création et du fonctionnement de cette structure. Chacun des représentants des domaines concernés (épidémiologie, pathologie infectieuse, microbiologie, parasitologie, administration de la santé publique, recherche..) considère que sa propre compétence est indispensable pour le futur centre et qu'il doit assurer la gestion de cette structure. Avant même d'être créé cet observatoire suscite des débats passionnés configurant le symbole d'une lutte de pouvoir entre les partenaires nationaux de la santé publique : cliniciens, universitaires, biologistes, épidémiologistes, industrie pharmaceutique, administration, chercheurs »²⁸³.

L'analyse s'appuie sans le dire sur les débats du Séminaire Biraud de septembre 1982, auquel E. Bouvet et J.-F. Lacronique au nom de la DGS participent – invité, J. Roux n'a pu se libérer. Comme D. Schwartz le relève à la fin de la première des trois sessions, le programme du Séminaire - où la présentation des expériences étrangères précède celle des moyens français « mobilisables » - suggère, d'une part qu'en France « il n'y a rien, il y a une lacune, il faut faire quelque chose », d'autre part que le modèle à suivre est le premier présenté, celui des CDC américains. Or, l'universitaire réfute absolument qu'il y ait un « scandale du manque d'épidémiologie en France » : au contraire, dans le domaine de la recherche, et notamment de la cancérologie, des maladies cardiovasculaires, et de la reproduction, le niveau des français est « tout à fait égal » à celui des pays anglo-saxons. L'épidémiologie se heurte sans doute en France à des difficultés qui tiennent à l'esprit français, individualiste, rétif à la pensée collective, donc à la statistique. Mais ses carences se situent surtout dans le domaine de « l'enregistrement et de l'information », qui n'est pas vraiment de l'épidémiologie dans son esprit²⁸⁴. E. Bouvet, pour sa part, ne fait pas partie des intervenants, mais elle

²⁸³ Mémoire communiqué par l'auteur.

²⁸⁴ Actes du 5^e Séminaire Yves Biraud, « La surveillance des maladies transmissibles » : p. 65-66.

prend la parole à deux reprises, si l'on en croit le compte-rendu officiel²⁸⁵. Elle critique de manière très « véhémente » (selon sa propre expression) la « part fabuleuse » faite aux laboratoires dans la session consacrée aux « moyens mobilisables en France », au cours de laquelle ont été entendus le Dr Roland Netter, directeur du LNS, ainsi que des biologistes lyonnais. E. Bouvet dénonce ce qu'elle tient pour un « amalgame » : l'épidémiologie se situe en amont du laboratoire (avec le recueil de l'information) et en aval (avec les actions de prévention), et la connaissance biologique importe moins que l'analyse statistique et l'action de santé publique (« le problème de savoir si les maladies sont bactériennes ou virales, on ne le saura parfois pas, peu importe »). Le principal enjeu est donc selon elle organisationnel et non scientifique : ce n'est pas « de savoir si on sait bien reconnaître la sensibilité de telle ou telle bactérie », mais de coordonner l'ensemble des acteurs concernés, les « cliniciens », comme les « universitaires », dont l'INSERM. Les représentants de l'Institut de recherche sont divisés sur leur possible contribution. Alors que A.-J. Valleron évoque les missions d'information auxquels sont soumis les chercheurs, D. Schwartz persiste à rejeter la définition étroite de l'épidémiologie comme « science des maladies transmissibles » au profit de l'approche « classique » de l'épidémiologie comme « biostatistique » de toutes les maladies²⁸⁶.

Si les chercheurs de l'INSERM semblent se désintéresser des enjeux organisationnels, la principale ambition vient de l'Institut Pasteur, dont le représentant, le professeur Mollaret, premier intervenant de la troisième session consacrée aux « propositions », défend l'idée, émise par Netter, de la mise sur pied d'un réseau de laboratoires et des centres de référence, dont les moyens doivent être accrus, et d'une alliance avec les médecins libéraux. Après avoir insisté sur l'importance de la sous-déclaration par les médecins, Mollaret déplore l'état « d'abandon », de « désert complet » des centres de référence (il en dirige un lui-même), et soutient que les « grands décideurs de la santé publique » doivent sans doute être les destinataires de la collecte des données, mais autant, et même moins à tout prendre, que les « praticiens » ; c'est en effet le « praticien perdu dans son petit village », qui, « en définitive, a besoin de savoir, les malades sont directement entre ses mains ». Il suggère finalement une formation plus poussée des médecins à la santé publique, dont il craint que les effets demandent une voire deux générations, mais s'oppose très fortement à la création « d'un CDC en France » (« prétendre en faire même une copie falote » serait délirant).

L'un des contradicteurs de Mollaret est un médecin militaire, le médecin-général Lapeyssonnie, spécialiste de médecine tropicale. S'il est d'accord pour refuser un « CDC à la Française », c'est surtout en raison d'un scepticisme teinté d'ironie sur les résistances qu'une telle création susciterait²⁸⁷. Afin de répondre aux besoins de

²⁸⁵ Actes du 5^e Séminaire Yves Biraud, « La surveillance des maladies transmissibles » : p. 99-100 et 122-124.

²⁸⁶ La première est sans doute « très utile, mais « ce n'est pas la même chose » que ce que lui-même fait, car la « partie action » y est si prédominante qu'on ne voit plus les enjeux de production des informations et d'enquête, qui sont les seuls qui vailent pour un scientifique.

²⁸⁷ Si un tel établissement était construit et équipé, aussitôt « l'action conjuguée de tous les organismes actuellement existants consisterait 1) à l'empêcher de naître 2) s'il est né à l'empêcher de

coordination et de centralisation des renseignements et du retour d'information, Lapeyssonnie imagine autre chose qu'un réseau de laboratoires : « un organisme central, un institut plutôt qu'une branche du ministère de la santé () physiquement situé dans () aucune ville importante pour ne susciter aucune jalousie, et qui serait une sorte de *dispatcher* ». E. Bouvet reprend alors la balle au bond, se réjouissant d'une proposition qui correspond « exactement » à la vision de la DGS, celle d'un « organisme centralisateur », une « structure un peu marginale par rapport au ministère » mais lié à lui « puisque bien évidemment, sa fonction serait quand même d'aider les décideurs à décider correctement »²⁸⁸. Deux éléments structurent les propositions qu'elle fait à l'Assemblée. D'une part, la surveillance doit être variable selon les « problèmes » (les pathologies considérées au « cas par cas »), les possibilités de prévention et les niveaux d'action. Ensuite, les éléments de base de la surveillance sont les DDASS, « structures multidisciplinaires d'intervention épidémiologique du futur », pourvues de médecins d'action sanitaire auxquels l'ENSP doit fournir une « base épidémiologique solide ». Le mémoire qu'elle soutient comme élève inspecteur défend la même logique. Un « Observatoire national » s'impose, qui doit remplir quatre fonctions (surveillance en continu et par enquête ; intervention sur le terrain ; formation; information utile et concrète pour les praticiens), faire preuve de souplesse et réactivité, d'ouverture, d'impartialité et de neutralité, mobiliser les compétences de plusieurs disciplines, et, *last but not least*, être placé en lien « étroit » avec son premier utilisateur, la DGS, et avec les DDASS, structures épidémiologique de base²⁸⁹.

La ligne d'E. Bouvet est donc clairement celle d'un renforcement de l'État, auquel revient naturellement toute une série de tâches à l'échelon central (décider, réviser, coordonner) et à l'échelon déconcentré (alerter, gérer localement). Après une « première phase où chacun revendique sa place », E. Bouvet espère que « succèdera une période de mise en route d'une coordination positive entre les différents partenaires ». On comprend mieux pourquoi le tour d'horizon des producteurs de données et d'analyse présenté dans le mémoire recense autant d'insuffisances, et pourquoi les expériences étrangères y sont étudiées si tardivement. En représentant l'intérêt général, la chef de Bureau entend rappeler à chacun quelle est sa place : à l'INSERM, qu'il doit collaborer avec le ministère, car la recherche épidémiologique a tout à gagner au rapprochement avec « l'épidémiologie opérationnelle » ; à l'Institut Pasteur et aux biologistes, qu'ils ne sauraient pas plus se faire les porte-parole des médecins libéraux que prétendre coordonner la surveillance, compétence régalienne exigeant une « vision globale », une « capacité de décision », et de mise en circulation de « l'information épidémiologique » au niveau national et international ; aux Américains et à leurs défenseurs, que le CDC, remarquable à bien des égards (efficacité dans l'alerte, multidisciplinarité, étendue des maladies couvertes, formation EIS, ouverture vers l'extérieur), mais aussi redondant, lourd, et propre à un système fédéral, ne saurait être « calqué » en France. Quant à la place

fonctionner »).

²⁸⁸ Actes du 5^e Séminaire Yves Biraud, « La surveillance des maladies transmissibles » : p. 122-124.

²⁸⁹ Elizabeth Bouvet, « Observatoire épidémiologique national. Pour un centre de surveillance épidémiologique des maladies transmissibles », Mémoire cité.

accordée respectivement aux médecins libéraux et aux médecins de santé publique des DDASS, elle est particulièrement révélatrice de la pensée étatiste au cœur du projet de la DGS : si les premiers méritent sans doute un retour d'informations, ce sont bien des seconds, agents de l'État, que l'on doit attendre une surveillance efficace des maladies transmissibles. Ce n'est pas seulement la biologie, mais aussi la clinique qui perd ainsi son rang dans ce projet de surveillance épidémiologique.

La création du RNSP

Les deux mobilisations étudiées dans ce chapitre et le précédent ont préparé la création du RNSP en juin 1992, sans en être à l'origine. La première mobilisation a formé des hommes à l'épidémiologie opérationnelle, et sensibilisé tout un secteur à son intérêt, mais ses porteurs n'étaient pas en mesure de modifier les règles du jeu. La deuxième mobilisation a rénové les outils de la surveillance depuis le cœur de l'État, mais ses porteurs ne restent pas en poste. La création d'un Réseau repose ainsi d'abord sur un nouveau contexte réformateur en santé publique, celui des années 1988-1993 porté par des responsables politiques comme Claude Evin, Bruno Durieux et Bernard Kouchner, ensuite sur un projet repris au sommet du ministère mais préparé en secret par un groupe dont font partie les rénovateurs des années 1980, mais pas les importateurs de l'épidémiologie de terrain. Mais la mise en œuvre de la réforme s'appuie ensuite – en partie faute d'alternatives – non sur les universitaires mais bien sur les hommes d'action engagés dans l'IDEA.

Les deux mobilisations étudiées ne doivent pas être considérées comme étrangères l'une à l'autre, mais au contraire comme en partie interdépendantes, comme un certain nombre d'éléments déjà évoqués le prouvent. E. Bouvet et A.-J. Valleron participent au 5^e Séminaire Biraud au moment même où la première réfléchit à la réorganisation de la surveillance et le second à la création du Réseau Sentinelles. Tous deux font partie des intervenants invités comme « facilitateurs » dans les premières années du cours IDEA (en 1985, 1986 – et en 1987 dans le cas de Valleron), ce qui est aussi le cas de B. Hubert de 1987 à 1990 ; ils croisent sans doute à Veyrier-du-Lac J. Drucker, responsable scientifique, F. Dabis ou A. Moren. D'après E. Bouvet, c'est une collaboratrice d'A.-J. Valleron qui assiste les experts américains lors de l'investigation de l'épidémie de légionellose à Bichat²⁹⁰. Ce dernier s'est rendu à Atlanta pour présenter la « *French experiment* » du réseau Sentinelles. Les rénovateurs qui ont passé le concours de médecins-inspecteurs de santé publique (E. Bouvet, B. Hubert, et certains membres de l'équipe de J.-B. Brunet) ont suivi des cours avec Louis Massé à l'ENSP, certains rapportant même être venus à l'épidémiologie en lisant sa préface de la version française du manuel de Lilienfeld.

Mais ces deux mobilisations demeurent aussi structurellement antagonistes, sinon hostiles. La confrontation lors du 5^e Séminaire est frontale, l'invitation des médecins de la DGS au cours IDEA est tout sauf pérenne, et dans certaines confidences en

²⁹⁰ Entretien Elisabeth Bouvet.

situation d'entretien, les jugements peuvent être sévères. E. Bouvet reconnaît par exemple une certaine irritation à l'égard des intérêts « privés » représentés par l'Institut Mérieux : « en gros, Mérieux proposait ses services pour organiser l'épidémiologie d'intervention en France. Et c'est vrai que moi ça m'agaçait un petit peu »²⁹¹. Les acteurs des deux mobilisations se connaissent, se croisent parfois, mais sont surtout indifférents les uns aux autres, pour des raisons positionnelles ou structurelles, plutôt que personnelles. Pour les rénovateurs d'État, le cours IDEA est la création d'une fondation privée et des américains qui a échappé à son lieu naturel de développement, l'ENSP ; c'est aux représentants de l'État, et à eux seuls, de conduire la réforme. Pour les importateurs du modèle américain, l'État, dû côté de l'administration ou du côté de l'université et de la recherche, ne comprennent pas et ne soutiennent pas leur combat. Les choses changent pourtant avec l'arrivée d'un Directeur à la DGS, Jean-François Girard, qui endosse le rôle de *go-between* entre les deux mobilisations, notamment en poussant les médecins-inspecteurs à s'inscrire au cours IDEA, au moment où, par ailleurs, B. Hubert y intervient.

En 1986, Jean-François Girard, professeur de néphrologie, sort tout juste de trois ans de cabinet au ministère de l'éducation où il a pu prendre la mesure des luttes internes aux facultés de médecine. Une partie du métier, tel qu'il le décrit, consiste en effet à arbitrer les ouvertures et affectations de postes universitaires, donc à recevoir les grands mandarins venant défendre leur discipline et leurs « poulains ». J.-F. Girard a notamment soutenu le développement de la santé publique, dont l'internat est créé en 1984, et pris conscience, grâce à D. Schwartz, du manque de spécialistes en épidémiologie en France. S'il ne peut pas « sauver » E. Bouvet quand celle-ci est mise en cause par la ministre de la Santé M. Barzach, J.-F. Girard connaît le travail mené par l'équipe du bureau des maladies transmissibles (il la soutient afin qu'elle conserve la direction de la rédaction du BEH). Il prend également connaissance dès 1987 du cours IDEA et des EIS fellows français – qu'il rencontre à Atlanta, comme on l'a déjà dit. J.-F. Girard n'a aucune prévention contre l'IDEA et l'école d'épidémiologie « décisionnelle » (« la meilleure expression qu'il faut retenir »²⁹²) qu'il appelle en entretien « la maison Mérieux ». Dans sa reconstruction de sa vision de l'époque, l'ancien DGS oppose en effet nettement l'épidémiologie « analytique » « des schwartziens » et celle plus opérationnelle de la « maison Mérieux », dont est plus proche un troisième ensemble, l'autre « maison » de l'INSERM, celle des « grémystes » de la Salpêtrière (autour de F. Grémy : W. Dab, M. Goldberg), moins orientée vers la recherche et davantage intéressée par les politiques de santé et la politisation des enjeux de santé. En loyal serviteur de l'intérêt général, il reconnaît que la « maison Mérieux » a le mérite d'apporter davantage à la santé publique et à la « vie quotidienne », que les « schwartziens », « théoriciens » et « rigides », même si « respectables ». J.-F. Girard se rend ainsi régulièrement à Veyrier-du-Lac (il sera membre d'honneur d'Epiter), et nourrit une affection et une admiration grandissantes pour Charles Mérieux – dont il dit en entretien qu'il est l'un des trois monstres du 20e siècle par ailleurs nés en 1907, avec Pierre Laroque et Jean Bernard : « un visionnaire, un type qui se projetait, avec un

²⁹¹ Entretien Elisabeth Bouvet.

²⁹² Entretien Jean-François Girard (décembre 2005).

altruisme dont j'étais pas dupe, mais qui avait quand même une vision de l'intérêt collectif, même si ça servait l'industrie, les intérêts de son industrie »²⁹³.

Après la réélection de François Mitterrand en 1988 s'ouvre une période d'opportunités pour la santé publique, préparée notamment par l'initiative des « cinq sages » (dont François Grémy) de la santé publique engagée en 1987 contre la publicité pour la bière à la télévision²⁹⁴. Ces « sages », emmenés par le professeur Claude Got, médecin devenu expert de la sécurité routière et de la lutte contre l'alcoolisme²⁹⁵, réussissent l'exploit médiatique d'inscrire la question de la publicité pour l'alcool, sinon la santé publique en général, sur l'agenda des élections présidentielles de 1988. Claude Evin, nouveau ministre en charge de la solidarité et de la protection sociale, donc de la santé dans le gouvernement Rocard, commande deux rapports à Claude Got, l'un sur le sida, l'autre – avec les « sages » – sur l'état de la santé publique en France. Les deux rapports vont conduire à des innovations non négligeables.

Le rapport sur le sida, rendu en octobre 1988²⁹⁶, aide le gouvernement à faire adopter en 1989 un plan de lutte contre le sida innovant sur le plan institutionnel. Trois instances sont créées et l'organisation générale de l'État en lutte contre le sida est profondément modifiée. Sur le modèle du Comité d'éthique dans son fonctionnement (saisine et auto-saisine) et dans sa composition²⁹⁷, un Conseil national du sida est appelé à réfléchir encore à « tous les problèmes », éthiques mais aussi sociaux, que l'épidémie « peut poser à la société ». Une agence de financement de la recherche, l'ANRS, est dédiée au sida afin de mobiliser largement la communauté scientifique et de pallier le manque d'engagements de l'INSERM. Une troisième agence chargée de la prévention (Agence française de lutte contre le sida, AFLS), se voit confier les missions les plus délicates et conflictuelles de la prévention générale, et remplace dans l'exercice de cette mission, la DGS et le CFES, durement critiqués par les associations²⁹⁸. Les directions administratives ne sont pas oubliées. La Direction des hôpitaux se voit dotée d'une « Mission sida », cependant qu'une « Division sida » indépendante, où J.-B. Brunet est « conseiller scientifique », est créée au sein de la DGS afin de mener la politique de santé publique en matière de lutte contre le sida (épidémiologie, gestion du dispositif de dépistage, prise en charge extrahospitalière,

²⁹³ Entretien Jean-François Girard.

²⁹⁴ Déjà étudiés par L. Berlivet et F. Pierru dans leurs thèses.

²⁹⁵ Né en 1936, il n'est ni épidémiologiste, ni médecin de santé publique mais agrégé d'anatomopathologie, médecin des hôpitaux, chef de service à l'hôpital de Garches puis à l'hôpital Ambroise Paré. De fait, la spécialité de Claude Got ne fait pas de lui un représentant de l'élite hospitalo-universitaire, ce qu'il compense par sa proximité avec la haute administration : il est conseiller de Simone Veil au ministère de la Santé entre 1972 et 1976, membre de commissions sur la sécurité routière et, surtout, depuis 1977, membre du Haut comité d'études et d'information sur l'alcoolisme (d'après PIERRU Frédéric, *Hippocrate malade de ses réformes*, op. cit.).

²⁹⁶ GOT Claude, *Rapport sur le sida*, Paris, Flammarion, 1989.

²⁹⁷ Sur le CCNE, MEMMI Dominique, *Les gardiens du corps: dix ans de magistère bioéthique*, Paris, Éd. de l'École des hautes études en sciences sociales, 1996 (Recherches d'histoire et de sciences sociales).

²⁹⁸ Elle fera office de cheval de Troie de l'État dans la prévention et l'action sociale, en enclenchant une dépendance financière des associations que l'administration centrale peut récupérer en 1994 quand elle est supprimée (PINELL Patrice et al., *Une épidémie politique*, op. cit.).

prévention ciblée, aspects juridiques et éthiques). La logique générale de la réforme consiste d'abord à confier à des structures indépendantes, de forme « agence », des tâches mal réalisées par les structures existantes qui sont contournées (INSERM, CFES) ou réorganisées (administration centrale), et dans tous les cas partiellement dépossédées de leurs missions.

Le second rapport, rendu en mai 1989, porte sur « l'action publique dans le domaine de la santé publique et de la prévention »²⁹⁹. Il est au principe de la loi de santé publique interdisant la publicité pour l'alcool et le tabac (dite « Loi Evin ») adoptée non sans difficultés en janvier 1991, mais aussi de la création du Haut Comité de Santé Publique, en décembre 1991, dans lequel les cinq « sages » sont nommés. L'héritage est ici ambigu. La « loi Evin » a permis de soulever dans l'espace public des débats nouveaux sur les effets du tabac et de l'alcool et malgré une mise en œuvre contrariée, elle a durablement réorientée les politiques publiques des décennies suivantes. Le Haut Comité, rebaptisé Haut Conseil de la santé publique par la loi du 9 août 2004, prend le relais du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, première institution nationale de santé publique créée en 1848, mais est rapidement remis en cause par certains de ses « pères » mêmes, les « sages » Claude Got et Gérard Dubois, qui regrettent son caractère purement consultatif. C'est dans ce contexte de (relativement) haute mobilisation sur les enjeux de santé publique qu'éclate le scandale du sang contaminé, révélé par la presse en avril 1991. Ce scandale porte sur trois fautes : le retard dans la généralisation du dépistage, l'absence de sélection des donneurs de sang et l'interdiction tardive des produits sanguins non chauffés. Il constitue une déflagration pour l'administration de la santé et les responsables politiques, bien au-delà des responsables de la transfusion sanguine : le DGS Jacques Roux et le directeur du LNS Roland Netter font partie des accusés lors du procès qui se tient en première instance en octobre 1992 et en appel en juillet 1993 ; ils seront condamnés à des peines d'emprisonnement avec sursis. L'urgence est à la refonte compétente de la transfusion sanguine, qui sera réalisée par la loi du 4 janvier 1993 relative à la sécurité en matière de transfusion sanguine et de médicament. En mars 1993, quelques jours avant la fin de la législature, est créée l'Agence du médicament à la direction de laquelle est nommé Didier Tabuteau, l'un des porteurs de la réforme en tant que directeur de cabinet de Bernard Kouchner, ministre de la santé et de l'action humanitaire du gouvernement Bérégovoy depuis à peine un an.

Il ne fait guère de doute que la création du RNSP par un arrêté ministériel signé de Bernard Kouchner le 17 juin 1992 prend place exactement dans cette séquence historique spécifique, c'est-à-dire sous la pression d'un scandale d'une gravité exceptionnelle, mettant en cause des hommes et une organisation de la santé publique qui, au nom de la protection de l'industrie nationale et des intérêts mercantiles, ont sciemment distribué des produits sanguins contaminés. Le témoignage de Didier Tabuteau est sur ce point tout à fait clair : « Nous nous attelons donc en 1992 à la réforme de l'organisation de la santé publique. La priorité est de

²⁹⁹ « L'action publique dans le domaine de la santé publique et de la prévention ». Les auteurs sont les professeurs Claude Got, Albert Hirsch, Maurice Tubiana, François Grémy et Gérard Dubois.

concevoir un dispositif permettant aux pouvoirs publics de garantir dans les meilleures conditions possibles la sécurité des produits de santé, à commencer bien sûr par celle des produits sanguins »³⁰⁰. C'est en raison de cette impératif de garantie que la notion de « sécurité » s'impose, et que l'adjectif « sanitaire » lui est préféré à ceux de « médicale » ou « thérapeutique », trop restreints (c'est tout le système de santé qui est visé) sinon contradictoires avec l'esprit de la réforme (les risques iatrogènes, créés par l'activité médicale, sont évidemment visés comme prioritaires). Plus largement,

« L'année 1992 me semble avoir marqué une rupture dans les politiques de santé. La place de la santé publique se redessine sous le coup de l'affaire du sang contaminé. Les effets de cette métamorphose se font sentir progressivement. Des lois, des agences, des plans symbolisent au cours de la décennie suivante la transformation de la chenille en papillon. D'une discipline laborieuse, parfois même poussiéreuse, toujours regardée avec commisération, va émerger une préoccupation politique majeure »³⁰¹.

C'est une « nouvelle santé publique », fondée sur la notion de risque sanitaire, en bref la « sécurité sanitaire » qui « fait irruption en 1992 dans le champ de la santé publique »³⁰².

L'annonce de la création du RNSP est ainsi faite par B. Kouchner le lendemain de la signature de l'arrêté, 18 juin 1992, lors d'une conférence de presse consacrée à « l'organisation du système de santé publique », au cours de laquelle le ministre présente la réponse du gouvernement au scandale du sang contaminé, en redéfinissant les cinq fonctions de la santé publique (« surveiller, contrôler, expertiser, évaluer et recommander »), et en refondant l'organigramme du ministère et la distribution des compétences entre l'administration et de nouvelles institutions dédiées à chaque fonction. Le contrôle échoit ainsi à la nouvelle Agence du médicament et des produits sanguins, l'évaluation à l'ANDEM, une agence créée en 1989 (Agence pour le développement de l'évaluation médicale) aux missions redéfinies, et ainsi de suite. La surveillance est évidemment confiée au nouveau GIP, avec pour objectif, d'après Didier Tabuteau, « de doter la France d'un dispositif de surveillance épidémiologique dont l'ambition implicite est de se rapprocher des CDC d'Atlanta »³⁰³.

S'il ne le précise pas dans son ouvrage sur ses années au ministère, D. Tabuteau sait bien, pour avoir été pendant trois ans dans le cabinet de Claude Evin avant de diriger celui de Bernard Kouchner, que le nouveau ministre n'a pas eu à inventer un nouveau dispositif de surveillance épidémiologique en à peine deux mois, dans l'urgence de la réponse à la mise en cause des pouvoirs publics. B. Kouchner et son équipe ont le mérite de mener à bien le projet, très peu de temps après leur arrivée (ils ont « vu » l'intérêt du projet, pour reprendre une expression souvent employée), mais celui-ci a en fait été préparé par l'équipe de son prédécesseur avenue de Ségur, Bruno Durieux,

³⁰⁰ TABUTEAU Didier, *Les contes de Ségur, op. cit.* : p. 17 et suiv.

³⁰¹ Ibid. : p. 133.

³⁰² Ibid. : p. 132.

³⁰³ Ibid.

ministre délégué à la Santé depuis octobre 1990.

Polytechnicien, ancien élève de l'ENSAE, économiste à l'INSEE où il est le rédacteur en chef de la revue *Economie et statistiques*, B. Durieux entre en politique comme membre de cabinet du premier ministre Raymond Barre (1976-1981), avant de gagner le ministère de l'économie de 1981 à 1986 en tant que sous-directeur à la Direction de la concurrence, puis d'être élu député centriste du Nord. Il fait partie des ministres du rassemblement voulu par François Mitterrand, avec d'autres élus du CDS ou des radicaux comme Michel Durafour, Jean-Pierre Soisson ou Lionel Stoléru.

Au cabinet de B. Durieux, Jean-François Lacronique porte trois projets, la loi Evin, la création du HCSP, et celle du RNSP. Si on l'en croit, c'est lui qui, avant la fin mars 1992, fait signer l'accord pour le GIP aux responsables des institutions partenaires, qui défendent tous leur « pré carré ». J.-F. Lacronique qualifie de geste « élégant » le fait que Bruno Durieux ait laissé son successeur signer l'arrêté déjà prêt de création du RNSP. La paternité de Durieux semble ignorée de la plupart des acteurs de la surveillance épidémiologique que nous avons rencontrés. Mais elle est tout à fait connue de Jean-François Girard, pour qui Bruno Durieux a été le premier à « percuter » sur l'intérêt de la surveillance épidémiologique, alors que le cabinet Evin était surtout composé d'hospitalo-universitaires davantage intéressés par la politique hospitalière que par les questions de surveillance.

« le premier qui a percuté, à mon avis parce que c'était un polytechnicien INSEE, c'est Durieux. C'est ça qui est intéressant. Durieux a compris ce que voulait dire l'aide que fournissait cette épidémiologie, et la statistique, à la décision publique. »³⁰⁴

J.-F. Girard, lui-même cofondateur du GIP en tant que Directeur général de la Santé, confirme encore que « l'arrêté RNSP était boutique à la fin de l'année de Durieux », en mars 1992, et affirme qu'il en a lui-même retenu la signature au dernier moment, la veille du changement de gouvernement, parce qu'il s'opposait à une disposition prévoyant l'installation de la tête de Réseau à Rennes, auprès de l'ENSP. Le DGS était d'autant mieux placé pour (presque) tout savoir des rapports de force et des tractations entre les institutions concernées qu'il avait lui-même œuvré de longue date à la préparation d'une structure dédiée à la surveillance épidémiologique en France. Il avait ainsi eu à repousser le lobbying intensif de l'Institut Pasteur que sa direction estimait le plus légitime pour accueillir le Centre (ce que Mollaret avait d'ailleurs déclaré au Séminaire Biraud), ou les prétentions moins péremptoires du directeur de l'INSERM Philippe Lazar, qui craignait que des laboratoires de l'INSERM soient soumis à la tutelle de l'État. Plus fondamentalement, les tractations réglées par le cabinet Durieux au début de l'année 1992 opposent des acteurs dont la marge de manœuvre a été en partie prédéfinie par le projet qu'un petit groupe a préparé sous la houlette de J.-F. Girard.

La création de structures externes à l'administration centrale, qu'elles épousent d'emblée la forme agence (ANDEM et AFLS en 1989, Agence du médicament en 1993)

³⁰⁴ Entretien Jean-François Girard.

ou non (RNSP en 1992) satisfait à la fois la vision des réformateurs de l'État marqués par le New Public Management et le souci des financiers de Bercy, peu enclins à augmenter le budget d'une administration centrale qu'ils jugent dépassée et inadaptée. Mais elle ne va pas sans générer des conflits internes à l'administration centrale, où elle est perçue comme une perte de compétence et de pouvoir de l'État central. Dans l'administration de la santé, et notamment dans le corps des médecins-inspecteurs de santé publique et chez leurs représentants syndicaux, jusqu'au sein du bureau des maladies transmissibles lui-même (renouvelé au début des années 1990), le projet d'une externalisation de la surveillance des maladies transmissibles inquiète et déplaît : la création d'une agence suppose pour l'administration centrale à la fois une perte de compétence (moins d'action directe), donc le risque d'une perte d'effectifs, et la redéfinition de ses missions (« tutelle » des nouvelles entités dont les modalités sont floues, conception d'un rôle de stratégie, extension du domaine de la coordination), donc le recrutement d'administrateurs capables de discuter avec les nouveaux experts des agences. Mais les inquiétudes concernent aussi le risque d'abandon par l'administration d'État à de compétences régaliennes – enregistrement de données sensibles, intervention dans des crises sanitaires, respect des procédures légales – à des personnels légitimes sur le plan scientifique mais dont le statut au regard de la puissance publique n'est pas clair et dont la culture juridique est jugée insuffisante.

C'est en raison de la méfiance de sa propre administration et de certains de ses propres adjoints que, d'après plusieurs témoignages³⁰⁵, J.-F. Girard réunit de manière secrète un petit groupe de « spécialistes » dans la maison de ses parents, à Paris, afin de réfléchir à la manière de créer ce centre, à ses missions, son statut, ses effectifs, ses responsables, etc. Ces quelques réunions, au début des années 1990, formalisent les « bases » du projet de RNSP que Girard portera ensuite à l'attention des ministres – raison pour laquelle dans son administration, on considère rétrospectivement que le Directeur général a une « paternité particulière dans le RNSP », que le RNSP, « c'est lui », et que ce sera d'ailleurs ensuite « sa chose chérie », « son “affaire réservée” comme le Président de la République »³⁰⁶. Selon Alfred Spira, l'un des participants de ce groupe, et le seul à en avoir parlé publiquement à ce jour, à ma connaissance (précisons qu'en fait de réunion « un peu secrète », il s'agit d'une discrétion toute relative : tout le monde sait que quelque chose se trame) :

« nous étions en train d'imaginer un système pour évaluer l'état de santé de la population qui sorte du cadre de l'administration, c'est-à-dire de la Direction générale de la Santé, pour acquérir une réelle autonomie. Ce qui revenait à dessaisir celle-ci d'une partie de ses missions. D'où ces modalités un peu hors normes, surtout pour le directeur en titre ! Nous nous réunissons donc effectivement de façon un peu secrète dans une maison inoccupée. C'est là que nous avons jeté les bases du [RNSP] »³⁰⁷.

³⁰⁵ Les entretiens convergent sur l'existence de ce groupe, ainsi, globalement, que sur leurs membres ; défaut de mémoire ou intentions propres à chaque locuteur, il leur arrive aussi de diverger.

³⁰⁶ Entretien Annick Morel (décembre 2005, recueilli par Claude Thiaudière).

³⁰⁷ SPIRA Alfred, « Santé publique, statistique et renouveau de la médecine », *art. cit.* : p. 97.

Participent à ce groupe des représentants de l'ENSP, de l'INSERM et de la DGS. Le directeur en poste de l'ENSP, Christian Rollet, entend être associé au futur Centre, sans pour autant revendiquer quoi que ce soit. L'INSERM n'est pas représentée par A.-J. Valleron, mais par A. Spira, un proche de J.-F. Girard, professeur de santé publique et d'épidémiologie et directeur d'une unité de l'INSERM très investie dans l'épidémiologie du sida. L'absence de A.-J. Valleron peut étonner rétrospectivement ; certains témoins assurent qu'il était redouté pour son caractère difficile, d'autres qu'il était identifié comme l'un des directeurs potentiels du Centre à créer.

Médecin formé à l'école Schwartz, spécialiste de méthodologie des expérimentations animales et des essais thérapeutiques, Alfred Spira était tout à fait légitime pour intervenir dans les questions de surveillance épidémiologique. Spécialiste des questions de reproduction et de la sexualité humaine dans les années 1980, il co-dirige notamment, avec Nathalie Bajos, une importante série d'enquêtes sur le comportement sexuel des Français et les risques d'infection par le VIH et devient un expert des politiques de santé publique. Il est par ailleurs notoirement engagé à gauche, proche du Parti socialiste. Sa position est relativement inconfortable : en tant qu'élève et intime de D. Schwartz, il n'est pas facile de soutenir un désaisissement de l'INSERM au moment même où le Directeur Général de l'INSERM, Ph. Lazar, l'un des premiers collaborateurs de Schwartz, revendique auprès de J.-F. Girard le futur Centre de surveillance en arguant de l'existence des Sections du Vésinet.

Participent également deux universitaires informaticiens, issus du laboratoire Citi-2, (l'un d'eux aurait travaillé à Bicêtre dans l'unité de F. Grémy), dont le rôle semble avoir été mineur (certains témoins oublient de mentionner leur présence) ; de même certains témoins, mais pas tous, assurent que William Dab, épidémiologiste également formé chez F. Grémy, passé par l'ENSP (cf. *supra*), participe également à quelques réunions. Décisive en revanche est la présence des rénovateurs de la santé publique, les trois médecins issus de l'unité des maladies transmissibles de la DGS, E. Bouvet (retournée à Bichat), B. Hubert (nommé praticien hospitalier à Tours) et J.-B. Brunet (au CESES), car ils peuvent plaider pour l'externalisation en insistant sur la surcharge de travail croissante du bureau des maladies transmissibles (des moyens seront nécessaires) et en rappelant l'exaspération face aux pressions du politique des acteurs de la surveillance qu'ils ont été. L'enjeu, d'emblée, est de donner à la surveillance épidémiologique les moyens dont elle a besoin, mais aussi de l'éloigner des interventions intempestives des responsables politiques.

« j'avais fait déjà plusieurs fois des notes à la DGS, où je disais, le bureau des maladies transmissibles, on peut pas continuer comme ça. On n'est pas assez nombreux, et puis () il y a eu toutes les histoires avec Elisabeth Bouvet »³⁰⁸.

En fait, tout le monde ne sait pas que ce petit groupe se réunit. Dans les entretiens que nous avons réalisés, presque tous les épidémiologistes du cours IDEA en ignorent l'existence. Seul J. Drucker, intime avec J.-F. Girard et collègue depuis peu à Tours avec B. Hubert (lequel lui en parle), déclare ne pas ignorer ce qui se trame. D'après certains

³⁰⁸ Entretien Bruno Hubert.

témoignages, l'exclusion des représentants de la « maison Mérieux » aurait été le résultat d'une décision collective : les participants, représentant l'administration centrale, l'institut national de recherche et un établissement public, auraient jugé que des intérêts privés, que par ailleurs ils connaissent bien (tous sauf A. Spira sont allés à Veyrier-du-lac) et qu'ils estiment éventuellement (c'est le cas de J.-F. Girard) ne sauraient être partie prenante des discussions préalables comme du projet lui-même.

C'est donc ce groupe qui conçoit le principe d'un groupement d'intérêt public, associant la DGS, la Direction des hopitaux, l'ENSP et l'INSERM, et qui discute des moyens à lui attribuer. J.-B. Brunet plaide pour que l'équipe de surveillance du sida quitte la Division Sida pour le nouveau Réseau le plus tôt possible, ce qui sera fait avec l'entier accord de la responsable de la Division, Catherine Patris. Le choix de la personnalité appelée à diriger le Réseau est décisif. D'après A. Spira : « une fois que le projet avait pris forme, nous avons eu la chance de trouver une personne disponible pour le mettre en œuvre, qui soit *en dehors du sérail*. Sans cela, on nous aurait accusés de prise de pouvoir au bénéfice soit de l'INSERM, soit de l'université, soit de l'Inspection générale de santé, selon l'origine de la personne que nous aurions choisie »³⁰⁹. L'un des marqueurs principaux des candidats potentiels est effectivement leur appartenance institutionnelle : les profils trop universitaires ou trop administratif sont à éviter. Plusieurs noms ont circulé, dont au moins ceux de A.-J. Valleron, W. Dab et J. Drucker – sans qu'on sache toujours s'ils sont vraiment candidats. L'ironie veut que ces trois personnalités pressenties pour le RNSP, au-delà de leurs ambitions personnelles, soient issus des trois « équipes » d'épidémiologie identifiées par Girard. A.-J. Valleron est un « schwartzien » très atypique, un épidémiologiste rompu à la collaboration avec l'administration, au « profil » pas si universitaire, donc. Mais il est, on l'a dit jugé par beaucoup pas assez accommodant pour une fonction qui exigera le sens de la diplomatie dans les relations avec les nombreuses tutelles. « Grémyste », W. Dab – « toujours candidat à tout » selon le bon mot d'un de nos témoins – a un profil tout à fait adéquat.

Il a travaillé sur le sida et la pollution atmosphérique, et prépare en 1992 une thèse sur la séparation de l'évaluation scientifique et de la décision politique en matière de risques sanitaires, qu'il soutiendra devant un jury présidé par F. Grémy et comptant parmi ses membres J.-F. Girard, J.-F. Lacronique et J. Drucker ! En poste à l'ENSP, il co-écrit également l'année suivante, avec Marcel Goldberg (INSERM), Christian Rollet (directeur de l'ENSP) et Catherine Mengual (chef de service à la DGS, qui succèdera à C. Rollet à la tête de l'ENSP) un ouvrage intitulé *Décideurs tous risques. Du bon usage de l'épidémiologie*³¹⁰. Il a par ailleurs déjà eu l'occasion de découvrir l'action publique lors d'un bref passage au cabinet de Brice Lalonde, secrétaire d'État chargé de l'environnement, en 1988-1989. Il est possible qu'il soit perçu encore trop proche de l'INSERM ; c'est en tous cas quelques années plus tard, d'abord au cabinet du DGS Lucien Abenhaïm, ensuite à celui du ministre de la santé Jean-François Mattéi, enfin

³⁰⁹ SPIRA Alfred, « Santé publique, statistique et renouveau de la médecine », *art. cit.* : p. 97. Souligné par moi.

³¹⁰ DAB William, *Décideurs tous risques: du bon usage de l'épidémiologie*, Rennes Paris, Ecole nationale de la santé publique Frison-Roche, 1993.

comme DGS lui-même (2003-2005), qu'il aura l'occasion de participer directement à la « décision en santé publique ».

La « personne disponible hors du sérail » est ainsi trouvée en la personne de J. Drucker, un « épitérien ». Ce dernier vient d'être nommé professeur de santé publique à Tours, mais il est surtout le responsable scientifique du cours IDEA, donc largement « hors sérail », certainement pas marqué par un « profil » universitaire. S'il existe bien des versions différentes des raisons du choix de J. Drucker (plusieurs témoins s'en attribuent la paternité), les avis sont presque unanimes *a posteriori* sur sa pertinence. Pour Ph. Stoeckel, c'est l'aboutissement d'une stratégie consciente de Mérieux, qui avait « parié » sur J. Drucker dès 1984.

« Et il se trouve que Jacques Drucker a fait un parcours extrêmement intéressant : il est passé par l'industrie, par l'AMP – pendant deux ans il a été directeur scientifique de l'AMP -, il a monté le cours IDEA. Il avait une légitimité... Je ne pense pas que l'agrégation ait joué un rôle. Il était vraiment dans la ligne. Il était le meilleur des candidats pour s'occuper du réseau. Il avait fait tout le parcours. Il avait aussi une souplesse de caractère. Jacques était quelqu'un d'assez politique au bon sens du terme, il s'adaptait aux circonstances. Non, vraiment, c'était un parcours sans faute. Il était forcément soutenu par Charles Mérieux. Il était forcément soutenu par nous. Il était soutenu par Girard. Et personne d'autres n'avait les mêmes atouts. Il était absolument évident pour tout le monde que ce serait lui. »

La nouvelle institution, où tout est à faire et la confiance des tutelles encore à gagner (seule celle de la DGS est acquise), s'appuie sur quelques forces du courant des rénovateurs : B. Hubert est recruté comme adjoint, l'équipe chargée de la surveillance du sida autour de Anne Laporte est transférée dès l'été 1992, et A.-J. Valleron préside le Conseil scientifique. Mais elle « profite » d'abord aux facilitateurs et les élèves du cours IDEA.

« Quand moi j'ai mis en place le Réseau de santé publique, c'est dans ce vivier là que j'ai puisé l'expertise. C'est-à-dire des médecins inspecteurs de santé publique... qui avaient fait le cours et qui étaient en poste. C'était des relais intéressants. () Mais aussi d'autres personnes ayant suivi ce cours, comme Jean-Claude Desenclos, Alain Moren, etc., qui ont constitué le noyau dur du RNSP et ultérieurement de l'INVS. Et en 1999, quand l'INVS est devenu opérationnel, il y avait environ 300 ou 400 professionnels qui étaient passés par ce cours... »³¹¹

De fait, la création est une aubaine pour les épitériens. Elle offre d'abord un point de chute aux EIS *fellows*. Jean-Claude Desenclos, médecin généraliste, passé par la coopération et MSF, incarne en effet un troisième type de carrière des *fellows* de l'IDEA, ni universitaire ni humanitaire mais *opérationnel*. À son retour d'Atlanta, après un passage à Epicentre, la structure d'épidémiologie montée par Alain Moren au sein de MSF, Jean-Claude Desenclos intègre le CESES (Centre européen de surveillance du

³¹¹ Entretien Jacques Drucker.

sida) puis le RNSP dès 1992, où il est recruté par Jacques Drucker et où il mènera toute sa carrière aux postes de directeur du Département des maladies infectieuses, directeur scientifique, et directeur scientifique adjoint au Directeur général. Au-delà des quelques French *fellows*, la création du RNSP et des CIRE, et leur transformation en Institut de veille sanitaire en 1998 offrent un débouché non seulement adéquat mais massif (des dizaines de postes) pour les professionnels de la santé publique qui, devenus « épitériens » après avoir suivi le cours IDEA, souhaitent se réorienter vers la pratique de la surveillance épidémiologique. Comme le souligne l'un des EIS Français :

« C'est vrai aussi qu'on a été très chanceux en France. Parce qu'on aurait pu créer tous ces épidémiologistes, (...) si le RNSP et l'INVS n'avaient pas été créés, qu'est-ce qu'on en faisait ? En 1992, il y avait quatre personnes à l'INVS, maintenant [en 2005] ils doivent être 300, quelque chose comme ça. Il n'y a pas une boîte, pas un organisme d'État en France, qui ne se soit accru à cette vitesse-là. C'est phénoménal comme croissance. »³¹²

Le RNSP est, de fait, une aubaine pour les épitériens, une opportunité heureuse qu'ils ont su saisir et valoriser par leur savoir épidémiologique. Opportunité encore modeste, un dispositif expérimental, donc provisoire, peu gourmand en moyens (une quarantaine de personnes), et dont la mission de « tête de réseau » consiste seulement à « coordonner et renforcer les activités d'épidémiologie d'intervention en France : investigation d'épidémies, surveillance, évaluation, formation et recherche appliquée dans les [seuls] domaines des maladies transmissibles et des pathologies liées à l'environnement »³¹³. La légitimité acquise en retour par l'IDEA est à la fois institutionnelle et intellectuelle : d'un côté, le RNSP contribue à l'encadrement du cours IDEA dès 1995 ; de l'autre, l'épidémiologie d'intervention est validée comme un savoir de gouvernement utile, qui peut faire l'objet non plus seulement de discours prescriptif (comme dans le *Manuel* de 1992), mais de retours d'expérience (comme dans l'ouvrage de Drucker de 2002).

La nouvelle agence de surveillance épidémiologique est finalement le produit de deux mobilisations concurrentes et d'une fenêtre d'opportunité politique. La première mobilisation, fondée sur l'alliance de médecins en position marginale (intéressés par la santé publique), la Fondation Mérieux et les CDC, défend la cause de l'épidémiologie de terrain d'origine américaine, savoir de gouvernement qui permet de renouveler les dispositifs classiques de surveillance en leur donnant les risques de santé pour nouvel objet, la continuité et la réactivité pour impératif axiologique, et la mathématique probabiliste pour principe méthodologique. La seconde mobilisation, portée au sein de la haute administration par des médecins de santé publique également outsiders, (plutôt sans postes) mais soutenus par leur hiérarchie, intègre dans son objectif général de rénovation de la politique de surveillance l'idée d'externaliser les missions de surveillance hors de l'administration centrale. Ce sont ces outsiders internes à l'État

³¹² Entretien épidémiologiste anonymisé.

³¹³ DRUCKER Jacques, « Le réseau national de santé publique: un nouveau dispositif d'épidémiologie d'intervention », *Revue d'épidémiologie et de santé publique* 41 (5), 1993, pp. 349–351.

qui, soutenus par le Directeur général, préparent en petit groupe, avec quelques alliés, le projet de création du RNSP, préfiguration (pensée comme telle) de l'agence de surveillance, et qui parviennent à « convaincre » de l'opportunité de la réforme les responsables politiques empêtrés dans les affaires de santé publique.

Les analogies sont frappantes avec la « réforme Debré » sur le temps plein hospitalier de 1958 analysée par Haroun Jamous³¹⁴. Certes, les enjeux sont bien moindres qu'en 1958, où est visée explicitement une étatisation de la médecine hospitalière contre le pouvoir « d'auto-réglementation » très localisé d'une profession libérale. On ne saurait considérer sur le même plan l'ordonnance de 1958 et le décret de 1992, même si dans les deux cas il s'agit d'une décision « autoritaire » (de type réglementaire) et « globale » (en ce qu'elle vaut au niveau national). Certes, le cadre problématique de l'étude de « sociologie de la décision » menée par H. Jamous est largement informé par le modèle crozérien du changement « à la française », une explication assez culturaliste dans laquelle la « crise » constitue le principal facteur à la possibilité d'un changement en France, et que Jamous démonte point par point sur son terrain. Certes, enfin, on ne trouve pas d'équivalent, dans le processus étudié ici, de la « personnalité réformatrice », cristallisant les volontés de changement, qu'est en 1958 le professeur Robert Debré³¹⁵ - même si Bernard Kouchner, sur l'ensemble de la double séquence (1992-1993 puis 1997-1999), peut incarner le changement en matière de politique générale de sécurité sanitaire, il n'est pas dans la position d'un Robert Debré³¹⁶. Mais l'on peut pointer quelques résultats communs aux deux analyses. Ainsi, les réformes ne sont pas des solutions apportées à des problèmes nouveaux, mais le produit de mobilisations concernant des enjeux connus et débattus depuis longtemps, qu'il s'agisse des insuffisances de l'organisation de l'enseignement médical et du poids exagéré des statuts sur la carrière des médecins hospitaliers, ou de la faiblesse de la politique de santé publique ou de la surveillance épidémiologique. En outre, l'une des conditions socio-historiques de la réforme réside dans la volonté politique du pouvoir de soutenir les réformateurs ; il n'est évidemment pas indifférent que la création du RNSP puis celle de l'INVS interviennent dans des configurations politiques propices à la « réforme » où dominent les forces de gauche.

Enfin, et surtout, les réformateurs en question partagent bien des traits. En 1958 – ou plutôt dans les années 1950 -, des médecins à la fois jeunes, marginaux dans le champ médical (car n'ayant pas passé les concours hospitaliers), et politiquement de gauche sans être trop « marqués » (pour partie proches de la SFIO pour une autre des radicaux mendésistes), se réunissent en petit groupe pour élaborer leur projet de réforme et

³¹⁴ JAMOUS Haroun avec la Collaboration de J. Commaille et B. Pons-Vignon, *Sociologie de la décision*, *op. cit.*

³¹⁵ Ibid. : p. 150-157.

³¹⁶ Le ministre de la santé connaît sans doute le milieu à réformer tout en étant à l'extérieur (donc « à l'abri des répercussions du changement »), et il est sans doute un partisan « farouche » de la réforme. Mais B. Kouchner jouit-il vraiment d'une « large audience » dans le gouvernement, possède-t-il vraiment la « compétence technique », « l'autorité » et le « charisme » lui donnant un « ascendant » sur le milieu à réformer ? C'est peu probable tant le « *French doctor* » est devenu un acteur du champ politique, capable des coups les plus politiques pour l'obtention de postes de pouvoir politique.

acquièrent la conviction qu'il faut agir par la voie la décision politique, s'engagent en politique (cabinet) puis sollicitent le soutien du professeur Debré³¹⁷. Or, la jeunesse relative caractérise également les deux mobilisations des années 1980 et 1990 (la quasi totalité des médecins concernés n'a pas 40 ans) : il s'agit d'une génération socialisée dans les années 1970, donc familiarisée avec la critique du modèle clinique dominant et avec l'élaboration de pratiques alternatives en santé publique et en médecine d'urgence et humanitaire ; il y a sans doute là une « génération » sociologique semblable à celle de la Résistance, dont P. Pinell a montré qu'elle avait transformé l'espace du cancer dans les années 1950³¹⁸ ; et une génération plutôt à gauche, portée par la volonté de lutter contre les inégalités sociales de santé, sans pour autant revendiquer une proximité partisane. Plus largement, tous ceux qui portent le projet de rénovation de la surveillance épidémiologique sont à la fois des marginaux dans le champ médical et des acteurs résolument inscrits dans le sous-champ de la santé publique (hospitaliers en attente de poste ou spécialisés en santé publique, médecins d'État ou contractuels), qui ont tout à gagner à la rénovation des politiques de santé publique. Dans cette configuration réformatrice où l'offre de projet réformateur, d'abord interne à l'État, est « activée » et rendue efficiente par l'épidémie de sida et la mise en scandale des insuffisances de la santé publique, la ressource américaine joue un rôle important. Au travers de l'IDEA, elle diffuse auprès de nombreux spécialistes français de santé publique (entre 40 et 50 par an) l'idée d'un besoin d'épidémiologie de terrain, et soude un groupe de spécialistes, qui possèdent avec leur formation américaine aux CDC une autre ressource potentiellement importante, car rare, dans le champ médical. Sans doute, pour la plupart d'entre eux, cette ressource ne s'avère t-elle pas pertinente, car sans valeur dans le champ nationale, avant la création du RNSP. Mais elle constitue un des principaux atouts de Jacques Drucker dans la compétition pour la direction du Réseau, donc dans la légitimation de la nouvelle surveillance épidémiologique française dont il va être l'incarnation et le moteur pendant une décennie³¹⁹. Force est ainsi de reconnaître le succès de la stratégie des CDC et de Charles Mérieux dans leur entreprise d'importation en France de l'épidémiologie de terrain.

³¹⁷ Le long témoignage rapporté (Ibid., p. 133-137).

³¹⁸ PINELL Patrice, « Héritiers et novateurs », *art. cit.*

³¹⁹ Ibid.

Partie 2. La surveillance avant l'agence. Portrait sociologique de deux outsiders.

En présentant la vie de deux acteurs à la fois majeurs et peu connus de l'histoire de la surveillance épidémiologique en France au 20^{ème} siècle, je ne souhaite évidemment pas revenir aux fondamentaux de l'histoire héroïsante, ni goûter aux joies de l'anecdote biographique ou « réhabiliter » des acteurs injustement oubliés. Les trajectoires individuelles reconstruites par et pour l'analyse valent ici d'abord pour les espaces sociaux et institutionnels qu'elles donnent à voir en les traversant, voire en les connectant. Le point de vue essaie d'être double et symétrique : essayer de saisir ce que les institutions ont pu faire aux individus, et inversement ce que les individus disent des institutions. C'est particulièrement vrai pour les deux acteurs considérés ici, qui sont des *hommes d'institutions*, des hommes attachés à « leurs » institutions, et enclins à participer au montage de projets institutionnels ou à des institutions neuves. L'intérêt est évidemment de produire cette analyse à partir de sources variées, pour une large part de première main.

Yves Biraud (1900-1965) et Louis Massé (né en 1925) ont joué un rôle important dans les événements qui ont mené au renouveau de la surveillance épidémiologique en France à partir des années 1980. Louis Massé, on l'a vu, est l'un des fondateurs de l'IDEA, l'institut créé en 1984 pour former des professionnels de santé en France à l'épidémiologie « appliquée » ou de « de terrain » telle qu'elle est pratiquée aux États-Unis. L. Massé est alors à la fin de sa carrière de professeur à l'Ecole nationale de santé publique (ENSP) de Rennes. Auparavant, il a mis sur pied une série de manifestations, les « Séminaires Yves Biraud », dont il faut évidemment prendre au sérieux le nom qu'il leur donné : L. Massé a voulu rendre hommage à son aîné, mort en 1965, qu'il a bien connu et profondément admiré, et dont il est convaincu que sa trajectoire professionnelle d'épidémiologiste international a été exceptionnelle.

Les deux hommes se rencontrent en Afrique à la fin des années 1950, lorsqu'ils sont conviés par le professeur Jean Sèneçal à donner ensemble à Dakar un cours de statistiques au Centre international de l'enfance (CIE). Biraud est encore haut fonctionnaire à l'OMS, Massé sociologue à l'Institut Français d'Afrique Noire (IFAN) à Dakar. Les cours donnent suffisamment satisfaction à Sèneçal pour que celui-ci, nommé à la tête de la nouvelle ENSP à Rennes au début des années 1960, sollicite aussitôt les deux hommes pour l'enseignement de statistiques, et leur entente est suffisamment bonne pour qu'ils acceptent la proposition et donnent leurs premiers cours au cours de l'hiver 1962. Biraud est désormais retraité de l'OMS, cependant que Massé profite de l'opportunité pour quitter la défunte AOF et rentrer en métropole. Il semble que les deux hommes s'apprécient beaucoup – c'est du moins ce que Massé déclare en entretien. Si la collaboration à Rennes est brutalement interrompue par la mort accidentelle de Biraud en 1965, quelque chose semble avoir « pris » entre les deux hommes au cours de leur expérience pédagogique partagée au sein de la jeune et

faible institution : Massé reprend à son compte l'enjeu de la surveillance épidémiologique auquel Biraud a consacré sa carrière au niveau international, à la SDN puis à l'OMS, enjeu dont on a vu qu'il était argement oublié ou négligé dans le champ scientifique et le champ du pouvoir en France jusque dans les années 1980.

Yves Biraud et Louis Massé jouent donc des partitions différentes mais liées dans le développement de la surveillance épidémiologique en France : le premier (grâce aux efforts du second) fait figure d'*inspireur* par sa carrière internationale, le second (au nom du premier) en est l'un des premiers *promoteurs*. Leur « influence » n'est pas sans susciter l'interrogation, car s'ils possèdent d'importantes ressources accumulées dans le champ international, notamment aux États-Unis, leur position de professeurs à l'ENSP dans les années 1960 et 1970 les cantonne dans une position très marginale dans le champ de la santé en France. L'une des énigmes porte ainsi sur la capacité de Massé à contribuer à l'alliance entre des épidémiologistes américains et français à mobiliser en faveur du renouveau de la surveillance en France, en s'appuyant entre autres sur l'héritage de Biraud : comment le « simple » professeur d'une école d'administration aussi peu considérée dans le champ du pouvoir que dans celui de la biomédecine, a-t-il pu orienter ainsi l'histoire de ce savoir de gouvernement ?

L'ENSP a été créée à la Libération au sein de l'Institut National d'Hygiène (INH) afin de former les médecins, pharmaciens et techniciens de santé publique, qui, au sein de l'État, sont chargés de la mise en œuvre des politiques de santé. Elle devient indépendante de l'INH au début des années 1960, peu de temps avant la transformation de ce dernier en INSERM (1964). La nouvelle ENSP est alors décentralisée à Rennes, ville choisie, selon une légende maintes fois racontée, en raison de sa localisation exactement symétrique de Nancy par rapport à Paris : les grands mandarins parisiens, Robert Debré en tête, auraient rejeté la candidature de la faculté de médecine de Nancy, où, sous l'impulsion de Jacques Parizot, la santé publique avait acquis une grande notoriété, au point de concurrencer Paris, dans le paysage universitaire français. Dès sa (re)naissance, l'ENSP se trouve ainsi coupée non seulement de l'administration centrale et des élites hospitalo-universitaires parisiennes, mais aussi très éloignée du principal lieu où la santé publique se pratique en France. Avant les années 1980, sinon jusqu'à sa transformation en Ecole des hautes études en santé publique (EHESP) en 2005, l'ENSP souffre d'être une école d'administration chargée de former les fonctionnaires d'une administration de la santé déconsidérée dans le champ médical et dans l'État, et sans grands moyens.

L'ENSP est pourtant le lieu adéquat pour Yves Biraud et Louis Massé, qui tiennent à une épidémiologie utile pour l'action publique, une épidémiologie administrative. Mais c'est aussi une institution jeune à la croissance lente. Massé lui-même a écrit une histoire de l'ENSP, dans laquelle il souligne la lenteur des travaux (les locaux définitifs sont ouverts en 1966) et de la prise en charge (34 élèves en janvier 1962, 450 en 1972), l'isolement de l'Ecole à l'écart de la ville, la pauvreté relative des moyens (il faut attendre 1966 pour avoir un atelier mécanographique comportant des perforatrices,

des vérificatrices, une trieuse, une interclasseuse)³²⁰. L'histoire même de l'école est en outre marquée par une offre pédagogique de plus en plus administrative et de moins en moins médicale : les ingénieurs, médecins et directeurs d'hôpitaux sont rapidement rejoints par des pharmaciens et des inspecteurs de l'action sanitaire et sociale, faisant de l'ENSP, à compter du milieu des années 1970, une école des affaires sanitaires et sociales dont la santé publique n'est qu'une composante.

Au cours des années 1950 à 1970, les statisticiens de l'ENSP s'inscrivent dans un espace français de la statistique où dominant deux pôles de recherche, ceux que J.-F. Girard (et pas seulement lui) appelait les « schwartziens » et les « grémystes »³²¹. Le premier, et le plus important, est l'unité de recherches statistiques créée dans le pôle de recherches sur le cancer de l'INSERM à Villejuif (U21), où sous la direction de Daniel Schwartz, la statistique inférentielle se développe à partir de l'étude matricielle de Schwartz ayant confirmé les travaux anglo-saxons sur les liens entre tabac et cancer du poumon. Les pionniers de l'équipe sont pour la plupart polytechniciens, quelques-uns médecins. Se définissant comme de purs scientifiques dans un environnement de la recherche biomédicale encore très réticent à la pensée statistique, ces chercheurs travaillent à étendre la statistique probabiliste à l'étiologie des maladies non transmissibles comme aux essais thérapeutiques ; on a vu dans le chapitre précédent que leurs travaux se distinguent très nettement des statistiques descriptives pratiquées depuis les années 1940 par les sections de l'INH. En outre, D. Schwartz a commencé dès 1954 à enseigner la statistique médicale par des cours du soir au sein de l'Institut de statistique de l'Université de Paris. Alors que, en 1963, L. Massé et Y. Biraud achèvent leur première année d'enseignement à Rennes, D. Schwartz décide de transformer ces cours du soir en un Centre d'enseignement de la statistique appliquée à la médecine (CESAM), dont le succès ne sera pas démenti au cours des décennies suivantes, et qui convertira à la cause statistique des centaines de biologistes et de médecins. L'unité 21 devient enfin la matrice au sein de l'INSERM de nouvelles unités de recherches spécialisées sur différents objets (santé des femmes et des enfants, environnement), dans lesquelles, à l'initiative de collaborateurs de D. Schwartz, les biostatistiques et l'épidémiologie occupent une position centrale.

Ce pôle de la recherche statistique en médecine est globalement assez éloigné des préoccupations de surveillance épidémiologique et de statistiques de santé publique, malgré des exceptions notables comme celle de Claude Rumeau-Rouquette, qui travaille sur la santé des mères et des jeunes enfants. Le deuxième pôle de la recherche est formé par de jeunes médecins, engagés à gauche, qui ont appris les statistiques et l'informatique auprès du médecin et polytechnicien François Grémy à La Pitié-Salpêtrière, et qui critiquent l'enfermement dans la tour d'ivoire universitaire et de la recherche de l'école Schwartz au détriment, dénoncent-ils, des vrais enjeux de

³²⁰ Voir « Histoire de l'enseignement à l'École Nationale de Santé Publique. Tome 1 : jusqu'en 1976 », *Cahiers de l'ENSP*, n° 0, janvier 1987, préparé par Louis Massé.

³²¹ BERLIVET LUC, *Une santé à risques. L'action publique de lutte contre l'alcoolisme et le tabagisme en France (1954-1999)*, *op. cit.* ; BERLIVET LUC, « Exigence scientifique et isolement institutionnel : l'essor contrarié de l'épidémiologie française dans la seconde moitié du XXe siècle », *art. cit.*

santé. Ils peinent cependant à développer des travaux utiles à la bonne administration de systèmes de santé, en raison de leur éloignement des institutions de santé publique. Parmi eux figurent notamment Marcel Goldberg ou, plus tard, William Dab. Mais ce pôle ne fait pas vraiment école, sans doute en raison du départ de François Grémy pour la province, à Montpellier, où il échoue à fonder une école de santé publique, peut-être aussi en raison de l'investissement très coûteux dans les projets d'informatisation médicale (très en phase avec le nouvel impératif gestionnaire de maîtrise des dépenses de santé et de soins).

Y. Biraud et L. Massé sont ainsi amenés à enseigner et défendre une épidémiologie administrative, de surveillance, où l'information statistique doit être utile à la décision politique, au moment même, les années 1960, où ce savoir est sinon complètement démonétisé, du moins en cours accéléré de démonétisation, du fait de la transition épidémiologique : les maladies infectieuses sont en voie de résorption (et la variole bientôt éradiquée), les inégalités sociales devant la maladie semblent reculer cependant que les enjeux de santé sont déportés vers les maladies non transmissibles, maladies dites chroniques en nombre croissant en raison du vieillissement de la population. Administrer la santé, c'est désormais accompagner les progrès de la révolution biomédicale. Malgré leurs titres et leurs expériences, Y. Biraud et L. Massé ne parviennent guère à valoriser l'utilité de la surveillance épidémiologique en France ; ce n'est que dans les années 1980 que Massé parvient, grâce à l'IDEA d'abord, à faire reconnaître la pertinence de ce savoir. L'analyse de leurs trajectoires permet ainsi de décrire les conditions de possibilité et d'impossibilité de cette épidémiologie en France, dès années 1920 aux années 1980.

Y. Biraud et L. Massé présentent des points communs, malgré une différence d'âge (25 ans) qui pourrait les faire père et fils. L. Berlivet avait souligné que les deux « médecins [présentaient] la particularité rarissime à cette époque d'être diplômés d'une école de santé publique américaine »³²². De fait, Y. Biraud et L. Massé sont passés par les États-Unis, où ils ont obtenu des diplômes de santé publique, très précocement pour l'aîné, en milieu de carrière pour le cadet. Ce sont en outre des médecins qui n'ont jamais exercé comme cliniciens, s'orientant d'emblée vers d'autres savoirs (la statistique pour l'aîné, la sociologie pour le cadet). Leur carrière s'est déroulée très loin des lieux du pouvoir médical et hospitalier en France, dans des organisations internationales pour Biraud, en Afrique pour Massé : ils sont en ce sens des outsiders. Certaines caractéristiques personnelles semblent même les rapprocher : quoique d'un milieu social différent (Biraud est lui-même fils d'un professeur de médecine à l'Université de Poitiers, Massé se déclare de milieu modeste et rural), tous deux sont très tôt orphelins de père (Biraud à 19 ans, Massé à 13 ans) et font un « beau » mariage en épousant la fille d'un professeur d'université. Pourtant, leurs trajectoires, si elles se croisent à Dakar puis à Rennes, sont suffisamment différentes pour justifier une analyse spécifique. Celle de Biraud semble préfigurer celle des défenseurs de la cause de l'épidémiologie appliquée dans les années 1980 et 1990,

³²² BERLIVET LUC, « Exigence scientifique et isolement institutionnel : l'essor contrarié de l'épidémiologie française dans la seconde moitié du XXe siècle », *art. cit.* : p. 347.

dont il est un précurseur en tant qu'« épidémiologiste international ». Celle de Massé semble se ressembler à aucune autre, c'est celle d'un passeur, un promoteur, de la surveillance épidémiologique (et de bien d'autres choses).

Chapitre 4. Yves Biraud, précurseur du renseignement épidémiologique.

« Vous savez bien qu'une Commission ça veut des détails.
Voyez-vous, il faut qu'ils puissent discuter ».
Louis-Ferdinand Céline, *L'Eglise*, Gallimard, 1952 (1926)

Yves Biraud est presque un inconnu dans l'histoire de l'épidémiologie. C'est là quelque chose qui scandalisait Louis Massé, au point de motiver son projet de *Séminaires* en hommage à son défunt collègue. Biraud présente pourtant une carrière assez exceptionnelle pour un médecin français, à la fois par la spécialité qu'il « choisit » et par les postes qu'il a occupés. Né en 1900, il s'oriente en effet très tôt vers la santé publique, ou plus exactement vers les statistiques sanitaires, et exerce de hautes responsabilités comme chef des statistiques sanitaires à l'Organisation d'Hygiène (OH, ou *Health Organization*) de la Société des nations d'abord (SDN, 1930-1945), à l'Organisation Mondiale de la Santé ensuite (OMS, 1945-1960), avant de rejoindre l'ENSP comme professeur en 1960. La méconnaissance de Biraud tient sans doute au rôle de l'ombre qui est le sien dans des organisations internationales : l'historiographie l'ignore³²³ parce qu'il est un « second couteau ». À la SDN, son travail de compilation et d'harmonisation des informations épidémiologiques au niveau international afin d'aider les autorités nationales à prendre des décisions était largement déterminé par l'habitus bureaucratique du respect de la règle et de l'anonymat. Les sources dont je dispose, archives professionnelles conservées dans le fonds ENSP des archives départementales d'une part³²⁴, bibliothèque personnelle conservée dans un fonds spécifique à l'EHESP d'autre part³²⁵, écrits de L. Massé enfin, permettent de décrire très finement la trajectoire de Biraud, et, à travers elle, de prendre la mesure des transformations du champ de la surveillance épidémiologique des années 1920 aux années 1960.

Vers les statistiques sanitaires

Les débouchés professionnels intéressants pour un jeune médecin versé dans l'hygiénisme et la statistique étaient presque nuls en France dans les années 1920 : le

³²³ Borowy, ou Martin D. Dubin dans Weindling 1995 (International health movements and organizations) ne le citent qu'à deux ou trois reprises, Deveaud et Lemennecier ne le citent que rapidement dans leur étude sur l'OMS (p. 27-28) alors que le biographe de Chisholm ne le cite qu'une fois, et sous le nom de Birard « from France » !

³²⁴ Les archives départementales d'Ille-et-Vilaine conservent les papiers de Biraud dans une vingtaine de cartons, sous les cotes 1258 W 584 à 605. Le dépouillement de ces cartons a été réalisé en juin 2006 avec Frédéric Pierru et Claude Thiaudière.

³²⁵ La bibliothèque de l'EHESP a inventorié en 2011 un « Fonds Biraud » que j'ai consulté en avril 2011. Il contient près de 1200 volumes, dont les publications de Biraud lui-même, et de nombreux ouvrages annotés de sa main, cotés YB/numéro.

choix de la carrière à l'international et de l'Organisation d'Hygiène était sans doute largement contraint pour Biraud, pionnier de l'exil américain dans sa discipline, et protégé du grand hygiéniste Léon Bernard, très engagé dans l'OH.

Biraud est un jeune médecin brillant et un héritier³²⁶. Issu d'une « famille d'universitaires », il est le fils d'un professeur de physique à l'École de médecine de Poitiers, Francis Biraud, lequel compte parmi les premiers médecins intéressés par la radiation appliquée à la médecine (il se réclame de la spécialité dès 1901), mais meurt pour la France en 1919³²⁷. Il épouse l'une des filles de Louis Arnould, professeur à la faculté des Lettres de Poitiers, correspondant de l'Institut, et auteur de plusieurs ouvrages, dont le plus fameux, plusieurs fois réédités, *Âmes en prison*, est consacré aux jeunes filles sourdes-muettes et aveugles (Arnould fait partie du conseil d'administration de l'école spécialisée de Poitiers). Bachelier ès lettres à 15 ans, licencié ès sciences à 19 ans, Biraud fait sa médecine à Paris dont il sort docteur à 22 ans, obtenant pour sa thèse le 1^{er} prix de l'université et une médaille d'or. Son patron de thèse n'est autre que Gaston Calmette : élève boursier de l'Institut Pasteur, où il se spécialise en microbiologie, Biraud a été formé dans le cadre pastorien. Le président du jury de thèse est le professeur Léon Bernard (1872-1934), titulaire de la chaire d'hygiène et de médecine préventive de la faculté de Paris, membre de l'Académie de médecine, chef de file de l'hygiène publique en France, et, en tant que figure centrale de la lutte contre la tuberculose, rompu aux collaborations avec les *medicine men* de la *Rockefeller Foundation*, engagées au cours de la Grande Guerre³²⁸. Le fait d'avoir un père intéressé par la radiologie naissante et (donc ?) le fait d'être de ceux qui rencontrent la microbiologie pastorienne au cours de ses études contribuent sans doute à pousser le jeune médecin vers les « sciences auxiliaires » de la médecine, loin du pôle dominant de la clinique. C'est pourtant sur la santé publique, ou plutôt dans les termes de l'époque, l'hygiène publique, que le choix de Biraud se porte.

Même si Massé rapporte que l'ancien pilote américain Douglas Mac Jannet s'attribue le conseil donné à Yves Biraud d'aller compléter sa formation en santé publique à la School of Hygiene de Johns Hopkins³²⁹, il est très vraisemblable que Léon Bernard ait donné l'impulsion décisive à la carrière de Biraud entre 1923 et 1926. Tout juste docteur en médecine, Biraud visite les écoles de santé publique américaines avec Léon

³²⁶ 1258 W 584 contient plusieurs notes biographiques, sur lesquelles je m'appuie ici.

³²⁷ Yves Biraud lui dédie son ouvrage de 1923 sur l'enseignement de la santé publique aux États-Unis (YB/477) : « À la mémoire de mon père, le docteur Francis Biraud, professeur de physique à l'école de médecine de Poitiers, médecin major de 1^{ère} classe, Chevalier de la Légion d'honneur, Décoré de la Croix de guerre, Mort pour la France ». La position très périphérique de l'école de Poitiers (par rapport à d'autres écoles ou facultés de province) et encore très dominée de l'usage des radiations dans le champ médical explique sans doute que Francis Biraud soit lui aussi peu visible dans les histoires de la médecine.

³²⁸ MURARD Lion, ZYLBERMAN Patrick et ZILBERMANN Patrick, « La Mission Rockefeller en France et la création du Comité National de Défense contre la tuberculose (1917-1923) », *art. cit.* ; PINELL Patrice, « Champ médical et processus de spécialisation », *art. cit.*

³²⁹ Louis Massé raconte plusieurs fois l'anecdote en ouverture des Séminaires Biraud. Après la Grande Guerre, Mac Jannett crée et dirige l'école américaine de Saint-Cloud, où Yves Biraud donne bénévolement de son temps au cours des mois d'été.

Bernard grâce à un financement de la Fondation *Rockefeller* : il en tire un ouvrage en 1923. Il obtient ensuite une bourse de la *Rockefeller* pour étudier les statistiques de santé publique à Johns Hopkins, où il décroche un *Certificate of Public health* en 1924. Il est recruté à son retour en France comme chef du service statistique de l'Institut d'Hygiène, dirigé à Paris par Bernard, lequel lui confie également la partie de son cours consacrée aux statistiques sanitaires ; Biraud rédige d'ailleurs le chapitre consacré aux statistiques dans le *Cours d'hygiène* paru en 1927 sous la co-direction de Léon Bernard et Robert Debré. Il intègre enfin, en 1925, la section d'Hygiène de la SDN, c'est-à-dire l'organe exécutif de l'Organisation d'Hygiène, où il fait d'abord office de secrétaire de plusieurs comités d'experts ; or Léon Bernard est, depuis les premières réunions du Comité provisoire d'hygiène en mai 1921, le représentant de la France en matière d'hygiène publique au sein de la Société des Nations, où il est rejoint plus tard au sein du Comité d'hygiène (créé en 1923) par ... Gaston Calmette.

En à peine trois ans, le jeune pastorien devient un spécialiste des statistiques et de l'épidémiologie au sein d'une organisation internationale (naissante), position qu'il ne quittera plus jusqu'en 1960. C'est un homme de bureau, une sorte de haut-fonctionnaire. Comme il l'explique dans un écrit de 1931³³⁰, l'Organisation d'Hygiène est alors principalement composée de deux instances, le Comité et la Section : le premier, composé de savants reconnus, prépare le programme de travail, donne des avis, nomme des commissions ou des conférences d'experts ; la seconde, formée de quelques médecins hygiénistes, épidémiologistes et statisticiens (une quinzaine en 1931), exécute les travaux prescrits par le premier. Avant de décrire le travail de Biraud au sein de l'Organisation d'Hygiène, il faut présenter davantage son parcours américain, qu'il complètera en 1934 par un Master of Public Health obtenu à Harvard, pour en souligner le caractère exceptionnel en santé publique, et dégager ce qu'il a en retiré.

La bourse de la *Rockefeller Foundation* pour se rendre à Baltimore constitue une faveur qui distingue nettement Biraud. Le *Fellowship Program* de la fondation américaine est un phénomène massif du XXe siècle, puisqu'on compte 9500 *Fellows*, toutes disciplines confondues, entre 1917 et 1970, dont 291 Français (soit 3 % du total). Il est vrai que la grande majorité des *fellowships* concernaient les biologistes, les médecins ou les infirmiers et infirmières ; le programme visait en effet à transformer l'exercice même de la médecine en complétant la clinique par les sciences expérimentales et la médecine sociale (d'où le soutien aux infirmiers)³³¹. Mais les *fellowships* sont rares en santé publique, où Biraud fait office de précurseur : il est le premier *fellow* français à passer un an aux États-Unis et le seul à travailler ensuite dans une organisation internationale. Un rapide portrait de groupe, élaboré à partir des quelques variables

³³⁰ YB/422. Il s'agit d'un chapitre d'un ouvrage de la SDN, *10 ans de coopération internationale*. L'un des tirés à part est dédié par Biraud à sa femme, « en hommage affectueux, pour qu'elle connaisse mieux l'œuvre à laquelle j'ai consacré ces six dernières années ».

³³¹ Ce modèle apparaît clairement dans le cas soutien massif de la RF à l'école d'infirmières et l'hôpital de Grande Blanche à Lyon dans les années 1920 (Saunier et Tournès).

de la base de données constituée par l'historien Ludovic Tournès, permettra de mieux distinguer la particularité de Biraud³³².

Ce n'est pas vraiment par son université d'origine et par l'endroit précis de sa destination aux États-Unis que Biraud se distingue des treize *fellows* Français en santé publique, petit groupe qui, fait remarquable, compte deux femmes, Marthe Valensi et Jeanne Roux. À l'exception des Montpelliérains Robert Bataillon et George Fraissinet, et du Bordelais Edouard Mazères, les fellows sont docteurs de la Faculté de médecine de Paris, et pour trois d'entre eux, - Biraud, Georges Stefanopoulo et Henri Limousin - à l'Institut Pasteur au moment de leur départ. D'autre part, sur onze destinations connues, la School of Hygiene de Johns Hopkins concerne sept *fellows*³³³. Biraud ne se distingue pas non plus par l'âge (il est en position médiane : sept sont plus âgés que lui, cinq plus jeunes), mais en revanche, il se différencie nettement par la précocité : il est le seul du groupe à être docteur dès l'âge de 23 ans, et à partir au même âge³³⁴. Biraud est également le deuxième dans l'ordre chronologique à rejoindre les États-Unis, précédé du seul Henri Limousin (né en 1893), son aîné à l'Institut Pasteur, parti en 1921, mais pour une durée de 6 mois seulement ; les neuf autres médecins traversent l'Atlantique entre 1926 et 1932. Enfin et surtout, si les données sont fiables, Biraud est le seul du groupe des *fellows* français en santé publique de l'entre-deux-guerre à pratiquer ensuite la santé publique au niveau international. Le *fellowship* tend à éloigner de l'université ou de la recherche : seuls Henri Limousin et Maurice Lamy obtiennent un poste en faculté, cependant que Georges Stefanopoulo retourne à l'Institut Pasteur (où il effectue toute sa carrière sur la fièvre jaune, objet de son *fellowship*³³⁵) ; les autres fellows travaillent ensuite dans l'administration de la santé, dans les services locaux (Robert Bataillon dans le Gard, Marthe Valensi dans les Bouches-du-Rhône), municipaux (George Fraissinet dans le bureau municipal d'hygiène d'Antibes) ou au niveau national (Jacques-Pierre Godard est affecté – on ne sait quand - à une commission nationale sur l'alcoolisme, Robert Hazemann au ministère), voire dans les colonies (Edouard Mazères rejoint le contrôle sanitaire aux frontières à Tunis).

Toute extrapolation supplémentaire serait hasardeuse, les données étant fragiles, mais on peut concevoir qu'un portrait plus approfondi de cet ensemble de *fellows*, qui *a priori* n'a rien d'un groupe mobilisé (on peut douter qu'il existe des liens entre eux), permettrait peut-être de saisir plus finement ce que le séjour américain a pu faire à ces

³³² SAUNIER P.-Y. et TOURNES L., « Philanthropies croisées », *art. cit.* TOURNES Ludovic, « Le réseau des boursiers Rockefeller et la recomposition des savoirs biomédicaux en France (1920-1970) », *art. cit.* Ludovic Tournès a bien voulu nous transmettre sa base de données sur les *Rockefeller fellows* français en 2011. Celle-ci est, début juillet 2014, en ligne à l'adresse suivante : <http://www.pasteur.fr/infosci/archives/f-rock.html> (une entrée par individu).

³³³ Robert Bataillon et Marthe Valensi partent à la School of Public Health d'Harvard en 1929, Stefanopoulo rejoint le Rockefeller Institute de New York, et Maurice Lamy, l'université de Chicago

³³⁴ Sur la précocité du départ, il faut signaler que les médecins les plus vieux de l'échantillon ont eu 20 ans pendant la Grande Guerre, ce qui a pu retarder leurs études médicales. C'est le cas de Robert-Henri Hazemann.

³³⁵ <http://www.pasteur.fr/infosci/archives/stf0.html> (juillet 2014).

jeunes médecins français (presque tous dans leur vingtaine au moment du voyage américain), comme les sources permettent de le faire dans le cas de Biraud. On ne peut en l'état n'avoir quelques idées que pour ceux ayant acquis par la suite une certaine notoriété, comme Stefanopoulo dans sa spécialité, ou Hazemann pour son engagement communiste et son action d'hygiéniste à Vitry, puis à l'Office de la Seine, enfin au cabinet de Henri Sellier au ministère de la Santé du Front populaire³³⁶. Dans le cas de ce dernier, l'expérience américaine semble détourner de l'action purement locale : parti à Johns Hopkins en 1928, après une expérience reconnue trois ans à la tête du bureau d'hygiène et du dispensaire de Vitry, il est en fait quelque temps médecin topographe puis épidémiologiste au Centre de recherches sur la fièvre ondulante à Montpellier³³⁷, avant d'entrer, le 1er février 1932, à l'Office public d'hygiène de la Seine.

La brochure de 78 pages que publie Yves Biraud à son retour des États-Unis en 1923, offre de précieux indices de la vision de Biraud sur « l'enseignement de l'hygiène » en Amérique du nord (les États-Unis pour l'essentiel, même si Biraud évoque également Toronto)³³⁸. Elle a également une valeur informative non négligeable – on apprend que Biraud n'est pas seulement passé par Johns Hopkins, mais a été *Chapman scholar* à Harvard³³⁹, et surtout qu'il a pu composer sa brochure en partie grâce à l'aide de Léon Bernard, lequel a visité les principales « institutions relatives à l'hygiène » en Amérique du Nord, et complété le tour réalisé pendant deux mois par Biraud à l'issue de sa formation à Baltimore. L'ouvrage s'intéresse à la mise en pratique de l'enseignement de l'hygiène aux États-Unis au travers de chapitres successifs sur la formation des ingénieurs sanitaires et des techniciens de laboratoires, l'enseignement dans les écoles de médecine, l'enseignement spécialisé, la formation des infirmières-visiteuses, et l'enseignement de l'hygiène individuelle. L'ouvrage vaut ici surtout par la conception de la santé publique que Biraud y défend. L'importance de la « préoccupation de la Santé publique » aux États-Unis a en effet fortement marqué le jeune médecin français, lui désignant par défaut les faiblesses françaises en la matière.

« Aux États-Unis, en effet, la préoccupation de la Santé publique, constamment traduite dans la littérature quotidienne des journaux et des revues, mais qui se montre encore d'une façon plus évidente encore dans les institutions et les faits de la vie courante, ne peut manquer de frapper le visiteur Français le plus superficiel » (p. 10).

³³⁶ Lion Murard et Patrick Zylberman, « Robert-Henri Hazemann urbaniste social », URBI, X, 1987 ; et <http://maitron-en-ligne.univ-paris1.fr/spip.php?article74510>, notice HAZEMANN Robert-Henri, dit HACHERE, version mise en ligne le 6 octobre 2009.

³³⁷ Liens entre fellows ? Le Centre sur la fièvre ondulante (i.e., la brucellose, une anthroponose) publie un bilan de ses travaux en 1935 dont l'un des auteurs est un « L.-F. Vidal » ; or, l'un des 13 fellows s'appelle Louis-François Vidal.

³³⁸ YB/477.

³³⁹ il s'agit d'une bourse réservée à partir de 1917 à des étudiants Français en hommage à Victor Emmanuel Chapman, diplômé de Harvard mort pendant la Grande Guerre.

En matière d'enseignement spécialisé, Biraud place au-dessus des autres l'école de Baltimore où il a suivi son *fellowship*. L'une des plus récentes (1918) après Harvard (1910), recevant de plus en plus d'étudiants, favorisant l'enseignement en petit groupe, l'école de Johns Hopkins a pour particularité d'être financée par la Fondation *Rockefeller* et de bénéficier de l'appui actif des services de salubrité fédéraux et de ceux de l'État du Maryland³⁴⁰. Elle joint ainsi l'enseignement scientifique fondamental à l'instruction pratique, et entend servir de centre de recherches scientifiques pour les autorités sanitaires. La formation jusqu'au doctorat de santé publique marie sciences fondamentales (bactériologie, immunologie, chimie appliquée, zoologie, physiologie appliquée) et savoirs statistiques et administratifs (génie sanitaire, démographie et statistiques vitales, épidémiologie et administration sanitaire)³⁴¹. De manière très significative, Biraud accorde également plusieurs pages à un « essai pédagogique » du Professeur Milton J. Roseneau, lequel demande aux étudiants qui suivent son cours d'« épidémiologie » (en études d'hygiène ou en 2^e année de médecine) de réaliser une « enquête sanitaire très complète d'une localité des environs ». Le rapport final doit aborder toute une série de problèmes de salubrité (« eau potable ; égouts, ordures ; lait ; marchés ; abattoirs ; cuisines et restaurants ; obstacles à la salubrité ; mouches, moustiques ; poussières, fumées ; mauvaises odeurs : fumiers, porcheries, étables »), d'hygiène « industrielle » (« s'il y a lieu ») et « scolaire » (« inspection des écoles et des écoliers »), et présenter les « statistiques vitales » et celles relatives aux maladies contagieuses, en mettant tout particulièrement l'accent sur les mesures prises contre la tuberculose. Le rapport doit déboucher sur une « appréciation critique du fonctionnement des services d'hygiène » et un « avis pour l'amélioration des conditions existantes ». On le voit, l'épidémiologie selon Roseneau³⁴², comme la santé publique à Johns Hopkins, n'est pas seulement « pastorienne », en ce qu'elle vise les maladies infectieuses, mais aussi administrative, en ce qu'elle mobilise les statistiques de mortalité et de morbidité, les données démographiques, et les données légales et d'administration de l'hygiène, dans une visée d'intervention.

À Johns Hopkins, Yves Biraud a suivi le cours de Wade Hampton Frost (1880-1938), dont on a vu qu'il était considéré aujourd'hui, à la fois pour ses propres travaux et en raison de sa pratique de l'enseignement, comme l'une des figures tutélaires de l'épidémiologie de terrain par les spécialistes des CDC, mais relativement peu connu au-delà³⁴³. Après avoir travaillé comme *US Officer* au sein du *Public Health Service*, où il a mené des investigations sur plusieurs épidémies, notamment de fièvre jaune à la Nouvelle-Orléans en 1906 (qu'il aide à maîtriser par des mesures d'élimination des moustiques et de quarantaine) et de fièvre typhoïde en Ohio (où il utilise des analyses

³⁴⁰ FEE Elizabeth, *Disease & Discovery: A History of the Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health 1916-1939*, Baltimore and London, Johns Hopkins University Press, 1987.

³⁴¹ Ibid. : p. 38 et suiv.

³⁴² Dont Biraud possède une édition de l'ouvrage *Preventive medicine and hygiene*, paru en 1922.

³⁴³ Cf. chapitre 1. Son biographe Daniel le décrit comme a « little known...major academic medical figure » (DANIEL Thomas M., *Wade Hampton Frost, Pioneer Epidemiologist 1880-1938: Up to the Mountain*, Rochester, University of Rochester Press, 2006 ; FEE Elizabeth, « Wade Hampton Frost, Pioneer Epidemiologist 1880-1938: Up to the Mountain (review) », *Bulletin of the History of Medicine* 80 (2), 2006, pp. 382-384.

microbiologiques dans le cours de l'investigation), et engagé des analyses rétrospectives des données d'incidence de la pandémie grippale de 1918, Frost est recruté sur le premier poste de professeur consacré à l'« épidémiologie » aux États-Unis, et dirige le premier département « d'épidémiologie et de santé publique ». Biraud a donc accès à un enseignement neuf, original. D'après l'un de ses élèves, l'épidémiologiste A. Lilienfeld, W.H. Frost avait pour particularité de toujours chercher à placer les étudiants en situation effective d'enquête, investigation épidémiologique sur le terrain ou au moins analyse de données issues de ces investigations, et il tenait à ce que les données soient toujours validées biologiquement³⁴⁴. Frost est également honoré pour l'inventivité méthodologique de ses travaux, tout particulièrement pour son insistance en faveur des études longitudinales ou de cohorte, le plus souvent sur des données passées (par l'analyse par cohortes d'âge des données de mortalité, par exemple), mais pas nécessairement³⁴⁵. Un autre épidémiologiste passé par Johns Hopkins, P. Sartwell, insiste sur l'importance de la *collecte* des données chez Frost, qui profite de sa nouvelle position universitaire à Baltimore pour choisir ses études, enrôler des étudiants, et prendre le temps nécessaire pour ses enquêtes – selon Sartwell, les démonstrations de Frost sont produites avec un esprit de minutie (« painstakingly »), de systématisme (« systematically »), au point d'en être assommant (« tediously »). Frost a publié par exemple, en 1913, un article de 100 pages à partir d'une étude menée dans l'Iowa en 1910, nourrie de dossiers médicaux, de résultats d'examen clinique ou d'autopsie, qui anticipe de quarante ans certains résultats de la recherche sur la polio, notamment sur l'immunisation des adultes par infection préalable inaperçue. Il consacra également plusieurs années à l'épidémie de grippe et aux maladies respiratoires, en menant notamment des enquêtes dans les maisons par des interviews régulières avec des familles volontaires à l'occasion d'une étude en communauté qui précède de beaucoup l'étude de Framingham, généralement considérée comme fondatrice des études prospectives de cohorte³⁴⁶.

Biraud est-il marqué par ce séjour américain ? On ne peut pas ne pas remarquer la forte congruence entre l'expérience du jeune hygiéniste en Amérique et sa pratique ultérieure de l'épidémiologie. Au cours des 35 années qu'il passe en effet au sein de l'organisation d'hygiène puis de l'OMS, Biraud défend de manière constante dans ses écrits, une statistique « sanitaire » ou « de santé publique » qui fournit des données fiables en routine ou par investigation, construit des analyses statistiques robustes,

³⁴⁴ Sur Frost, SARTWELL Philip. E., « The contributions of Wade Hampton Frost », *art. cit.* ; LILIENFELD Abraham M., « Wade Hampton Frost : contributions to epidemiology and public health », *art. cit.*

³⁴⁵ L'article le plus souvent cité et discuté est : « Risk of persons in familial contact with pulmonary tuberculosis ». *American Journal of Public Health and the Nation's Health*. 1933; 23:426–32. Voir par exemple, LIDDELL Francis Douglas K., « The development of cohort studies in epidemiology: a review », *Journal of clinical epidemiology* 41 (12), 1988, pp. 1217–1237 ; COMSTOCK George W., « Cohort analysis », *art. cit.*

³⁴⁶ GIROUX Élodie, « Origines de l'étude prospective de cohorte : Épidémiologie cardio-vasculaire américaine et étude de Framingham », *Revue d'histoire des sciences* 64 (2), 2011, p. 297 ; GIROUX E., « The Framingham Study and the Constitution of a Restrictive Concept of Risk Factor », *Social History of Medicine* 26 (1), juillet 2012, pp. 94-112.

informées démographiquement ; constamment préoccupé par l'utilité de ses analyses, il se pose les questions que les administrations publiques des organisations internationales ou des États nationaux se posent elles-mêmes. Le « renseignement épidémiologique » auquel Biraud voue sa carrière est une forme d'épidémiologie administrative tout à fait compatible avec les préceptes d'un Roseneau ou d'un Frost : un savoir scientifique (rigoureux), un savoir par l'État (qui utilise les données produites par les administrations) et pour l'État (qui répond aux questions que se pose l'État). Mais au-delà de cette congruence, la carrière de Biraud présente un caractère exceptionnel pour un jeune hygiéniste français dès les années 1920 en ce qu'elle se déroule dans une organisation internationale, l'Organisation d'hygiène de la SDN, à la fois profondément novatrice dans le champ de la santé et en concurrence avec d'autres dans l'espace international de l'entre-deux-guerres. Or, il faut garder à l'esprit d'une part que cet espace est avant tout trans-nord-atlantique, en ce qu'il réunit principalement des acteurs de l'Europe et l'Amérique du Nord, tout en développant la vigilance sanitaire au niveau mondial (les épidémies viennent d'orient), d'autre part que l'Organisation d'Hygiène est très proche de la Fondation *Rockefeller*, qui assure une partie de son financement (de l'ordre du quart des recettes), et soutient la politique définie par son Directeur, le bactériologiste polonais Rajchman, qui entend en faire non pas une énième institution intergouvernementale, dépendante des visées des représentants des gouvernements et des diplomates de la SDN, mais bien une institution indépendante, s'appuyant sur un secrétariat permanent .

L'échappée internationale de Biraud n'avait rien d'évident. On l'a vu, Biraud est recruté à son retour des États-Unis comme chef du service statistique de l'Institut d'Hygiène auprès du professeur Léon Bernard, et chargé du cours de « statistiques sanitaires »³⁴⁷. Biraud signera à ce titre le chapitre consacré aux statistiques du monumental *Cours d'hygiène* publié en 1927 sous la direction de Léon Bernard et Robert Debré, et qui réunit en 2 tomes plus de 40 auteurs et 2000 pages. Ce cours distingue l'épidémiologie et la prophylaxie (générales ou propres aux maladies infectieuses), et quatre types d'hygiènes, sociale (les grands fléaux : tuberculose, syphilis, alcoolisme, cancer et les hygiènes scolaire, industrielle et professionnelle), publique, individuelle et urbaine. Les statistiques concluent la partie consacrée à l'hygiène « publique », dans lequel l'étudiant a pu lire les principales données sur l'administration sanitaire et sa place dans l'organisation politique et administrative de la France, sur la défense sanitaire des frontières, et sur la réglementation internationale ; les 40 pages écrites par Biraud présentent des notions techniques de base de la statistique démographique (taux, probabilités et corrélations). Reste que, vraisemblablement, les perspectives de carrière étaient peu attrayantes en France. La spécialisation dans le travail statistique pour l'hygiène et la médecine préventive n'offrait sans doute pas de débouchés sur le territoire national, et constituait au demeurant une régression par rapport aux connaissances, plus vastes, acquises aux États-Unis. Le recrutement à Genève au sein de l'OH, d'abord comme secrétaire (de commissions et de conférences internationales), offre une opportunité de travailler à une autre échelle, d'exercer des fonctions beaucoup plus vastes, bien qu'obscuras,

³⁴⁷ YB/479 et 480.

tout en fréquentant les plus éminents hygiénistes internationaux, dont son protecteur français Léon Bernard ou plus tard Jacques Parisot, et en bénéficiant de perspectives de carrière propres au monde administratif - il est d'ailleurs nommé dès 1930 chef du « service de renseignement épidémiologique », dont le nom anglais, de manière assez amusante, est Epidemiological Intelligence Service, soit le nom que A. Langmuir aurait aimé donner à « son » EIS...

Epidémiologiste international

Y. Biraud va ainsi incarner à la SDN le profil du « technicien instruit » que défend Léon Bernard dans l'introduction au *Cours d'hygiène*. Médecin de formation, son passage par la microbiologie pastorienne et l'épidémiologie américaine lui a donné les compétences pour cette activité de renseignement international indispensable à la protection des populations.

Sans entrer dans les détails de l'histoire de l'action sanitaire internationale, quelques brefs rappels s'imposent sur le contexte de la création de l'OH, actée en septembre 1923. L'organisation a d'abord pris la forme d'un Comité provisoire d'hygiène, mis sur pied au printemps 1920 pour lutter contre l'épidémie de typhus et de choléra en Russie, puis d'une Commission temporaire des épidémies, chargée de coordonner les efforts en Pologne, en Russie et dans les États baltes. Mais la coopération internationale en matière sanitaire est bien plus ancienne. Dès le milieu du 19^e siècle, des conférences sanitaires sont réunies à l'initiative des pays européens afin de lutter plus efficacement contre les grandes maladies que leurs armées ont rencontrées dans le cadre de la conquête coloniale (l'Expédition d'Égypte est confrontée à la peste, l'armée britannique au choléra en Inde). Fondées sur des considérations de cordon sanitaire bien plus que sur les progrès de la bactériologie, ces conférences conduisent notamment à l'établissement d'un dispositif de contrôle sanitaire autour de la mer Rouge, le danger de propagation étant alors concentré autour du pèlerinage à La Mecque, cependant que la navigation et les autres flux commerciaux sont au contraire progressivement de toute entrave sanitaire³⁴⁸. Les conférences sanitaires apparaissant trop lentes et trop peu informées par les progrès scientifiques pour agir efficacement, deux organisations intergouvernementales sont créées, le Bureau sanitaire panaméricain en 1902 à Washington, afin de diffuser les moyens de lutte contre la fièvre jaune, puis l'Office international d'hygiène publique (OIHP) en 1907. L'OIHP qui réunit à ses débuts 12 États, en majorité européens (avec les États-Unis, le Brésil et l'Égypte), mais connaît une forte croissance (ils sont 51 en 1933), se donne pour mission de recueillir et de porter à la connaissance des États les faits et documents d'un caractère général qui concernent les maladies infectieuses et les mesures prises pour les combattre, avant tout le choléra et peste, obsessions des grandes puissances coloniales européennes, mais aussi la fièvre jaune (à la demande des américains, dès 1912), le paludisme ou la fièvre typhoïde. Autrement dit, l'OIHP ne fournit pas de

³⁴⁸ CHIFFOLEAU Sylvia, *Genèse de la Santé Publique Internationale. De la peste d'Orient à l'OMS*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes et Ifpo, 2012.

données statistiques : c'est un lieu d'échange de connaissances scientifiques et d'informations sur les mesures administratives.

Dans ce contexte concurrentiel, la création de l'OH est prioritairement dictée par la menace que les épidémies héritées de la Grande guerre (typhus dans les Balkans dès 1915, pandémie de grippe espagnole en 1918 puis nouveaux épisodes de typhus et de choléra à l'Est) constituent pour la paix à laquelle la Société des nations entend se consacrer : l'article 23 du pacte de la SDN indique que les États doivent prendre des « mesures d'ordre international pour prévenir et combattre les maladies ». Mais dans le même temps, ses promoteurs, au nombre desquels Léon Bernard (seul universitaire dans le premier Comité provisoire, qui réunit plutôt des responsables politico-administratifs), n'entendent pas seulement lutter encore plus efficacement contre les maladies infectieuses ou « pestilentielles », mais aussi promouvoir la santé individuelle selon les préceptes d'une hygiène sociale fortement teintée d'eugénisme. La pensée sanitaire internationale connaît en effet une nouvelle orientation après, et en partie à cause de, la Grande guerre : à la logique du cordon sanitaire, qui circonscrit les épidémies par des mesures de quarantaine et de désinfection, s'ajoute une logique plus positive de médecine préventive, qui considère l'éducation à la santé comme une condition nécessaire à une existence décente ; à l'obsession pour les maladies pestilentielles, s'ajoute un intérêt marqué pour les maladies « sociales » comme la tuberculose ; au rejet de l'autre, caractéristique d'une médecine coloniale d'abord intéressée par la santé des colons, s'ajoute un souci de l'autre, dans le cadre du « *brave new world* » pacifique qu'il s'agit de construire après les horreurs de la guerre³⁴⁹. Or, cette extension des perspectives de la pensée sanitaire est solidaire d'une conception nouvelle pour l'OH, qui ne doit plus être seulement le lieu d'échanges entre représentants des gouvernements nationaux, mais bien une agence réunissant de manière permanente de vrais spécialistes de santé publique, une *agence d'experts*, de professionnels et de scientifiques au service de la santé publique internationale.

Ces perspectives nouvelles sont défendues contre les gouvernements des grandes puissances européennes par des hygiénistes proches de la Fondation *Rockefeller*, au premier rang desquels le bactériologiste polonais Rajchman. Ce dernier a mis en place en Pologne entre 1921 et 1923 une politique ambitieuse de médecine préventive, avec la création d'un Institut d'hygiène où médecine clinique, médecine sociale et sciences fondamentales se complètent pour former des personnels médicaux et infirmiers. Rajchman a obtenu le soutien financier et logistique de l'*International Health Board (IHB)* et la *Medical Sciences Division* de la Fondation *Rockefeller*³⁵⁰ ; l'un des axes majeurs de la politique de la Fondation, décliné dans plusieurs pays européens de l'Est

³⁴⁹ Sur la médecine coloniale, WORBOYS Michael, « The colonial world as mission and mandate: Leprosy and empire, 1900-1940 », *Osiris*, 2000, pp. 207–218.

³⁵⁰ WEINDLING Paul, « Public health and political stabilisation: The Rockefeller Foundation in Central and Eastern Europe between the two world wars », *Minerva* 31 (3), 1993, pp. 253–267 ; BALINSKA Marta Aleksandra, « The Rockefeller Foundation and the National Institute of Hygiene, Poland, 1918–45 », *Studies in History and Philosophy of Science Part C: Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences* 31 (3), 2000, pp. 419–432.

mais aussi du Sud (Grèce par exemple) et de l'Ouest) (en France, à Lyon³⁵¹), consiste à améliorer les systèmes de santé par des transferts d'expertise (donc des échanges), le développement de standards internationaux, et une assistance médicale coordonnée, bref par une refonte complète des administrations sanitaires, sur le modèle américain élaboré principalement à Johns Hopkins. La difficulté pour la Fondation est évidemment de justifier sa légitimité à intervenir dans des domaines qui relèvent de la compétence des États, et ce dans un contexte de montée des nationalismes. En partie grâce à Rajchman, elle choisit de rejeter les offres américaines ou anglaises en faveur d'un soutien à la Ligue des sociétés de Croix-Rouge ou à l'OIHP, au profit de la nouvelle OH, qui pérennise au sein de la SDN la Commission temporaire des épidémies³⁵². Rajchman obtient notamment que l'OH fonctionne aussi comme agence d'expertise grâce à un secrétariat permanent, qu'il dirige jusqu'en 1939, bien doté en personnel (en 1933, elle compte 17 « officiers techniques » et 35 personnels subordonnés, dont une partie à Singapour) et en experts invités dans différentes commissions spéciales (en 1933, une centaine environ). La contribution de la Fondation *Rockefeller* est décisive : elle paie 25 % du personnel au travers d'un soutien ciblé à deux programmes, l'un consacré aux programmes d'échanges et de formations des personnels médicaux et infirmiers (jusqu'en 1929), l'autre pour le Service de renseignement épidémiologique (SRE, jusqu'en 1937), pour un montant cumulé de 2,4 M \$³⁵³. Autant dire que les historiens sont bien fondés à décrire l'OH comme « le bras armé » de la RF. Autant dire aussi que Biraud, qui fait office successivement de secrétaire de commissions spécialisées puis de chef du SRE, est alors bien plus proche de la *Rockefeller Foundation* que de l'administration sanitaire française, qu'il n'a jamais connue et qui se montre très critique à l'égard de l'OH. Il fréquente non seulement de nombreux experts, pour la plupart universitaires, mais aussi une petite équipe installée à Genève autour de Rajchman, qui comporte quelques figures de la médecine et de la statistique américaine³⁵⁴.

Que fait en effet Yves Biraud dans les bureaux de l'OH à Genève ? L'analyse de ses productions écrites permet une première approximation. Sa bibliothèque professionnelle, forte de près de 1200 ouvrages telle qu'elle est conservée aux archives de l'EHESP, contient très peu, à peine une vingtaine, d'écrits de sa main ou (le plus souvent, il s'agit de chapitres d'ouvrages). Pour la plupart parus avant 1945, ces écrits concernent principalement la tuberculose³⁵⁵, et plus marginalement la fièvre

³⁵¹ SAUNIER P.-Y. et Tournes L., « Philanthropies croisées », *art. cit.*

³⁵² WEINDLING Paul, « Public health and political stabilisation », *art. cit.*

³⁵³ 492 000 \$ votés en 1922, mais un bilan de 1,3 M \$ entre 1922 et 1930, puis 723 000 \$ entre 1931 et 1934, auxquels s'ajouterait un rajout de 400 000 \$ environ en 1934 (DUBIN Martin David, « The League of Nations Health Organisation », in WEINDLING Paul (éd.), *International health, organizations and movements*, 1995, pp. 56–80.).

³⁵⁴ Notamment F. Norman White, chef épidémiologiste jusqu'en 1929, ou le statisticien Edgar Sydenstricker.

³⁵⁵ Il signe le « Rapport préliminaire sur les causes du récent déclin de la Mortalité Tuberculeuse » (1925), résume (en français et en anglais) *Les statistiques de tuberculose* (de l'allemand Rosenfeld, 1926), et co-écrit avec A. Calmette et C. Guérin un document sur la « Vaccination antituberculeuse par le B.C.G », ainsi que (en français et en anglais) le « Rapport de la conférence technique pour l'étude de la vaccination contre la tuberculose au moyen du B.C.G. » lors de la Conférence internationale du BCG

jaune³⁵⁶ et le paludisme³⁵⁷. Assurées par l'OH dans leur quasi-totalité, ces publications sont le fruit de son activité au cours des années 1920 comme secrétaire des commissions ou des conférences sur ces domaines précis (la tuberculose puis le BCG, le paludisme, mais aussi le typhus, la médecine sociale et les statistiques sanitaires, la rage). La bibliothèque comprend aussi de nombreux documents relatifs au fonctionnement de la SDN et de l'OH, dont deux sont écrits par Biraud lui-même en 1931 et 1935³⁵⁸, après donc qu'il ait pris la tête du SRE. L'activité essentielle, qui ne laisse pas de traces sous la forme de publications individuelles, consiste à diffuser quotidiennement les données relatives aux maladies les plus importantes (nécessitant des mesures de quarantaine), à éditer des relevés épidémiologiques hebdomadaires et à publier des rapports trimestriels et annuels, à réunir des données, les vérifier et les faire connaître de manière régulière et, le cas échéant, avec la rapidité requise. La bibliothèque comprend ainsi quelques Annuaires sanitaires internationaux, et rapports épidémiologiques annuels, des brochures plus spécialisées, ainsi que les comptes rendus des réunions du Comité d'hygiène (lequel, instance décisionnaire, ne se réunit que deux à trois par an pour quelques jours)³⁵⁹.

Dans la version présentée par Biraud en 1931, l'OH suit deux principes intangibles : ses travaux sont d'ordre pratique, en dehors de toute recherche « spéculative » ; ils portent exclusivement sur des problèmes internationaux, « soit par la nature des études qu'ils exigent, soit du fait de leur étendue, soit en raison des mesures à prendre pour éviter les fléaux »³⁶⁰. Dans ce cadre très restrictif, le SRE est né de besoins urgents : dès 1921, des données sur la situation préoccupante en Europe de l'est sont diffusées, cependant qu'est publiée une étude rétrospective en Russie avec le concours des autorités soviétiques. À partir de 1923, un bulletin mensuel paraît qui réunit progressivement les données des maladies « pestilentielles » – sont désignées comme telles dans les conventions internationales le choléra, la peste, la fièvre jaune, le typhus et la variole – puis les maladies contagieuses généralement soumises à déclaration obligatoire – c'est-à-dire le paludisme, la diphtérie, la scarlatine, etc. Biraud souligne que l'accumulation de ces données nationales, conçue d'abord dans un but de renseignement pour les pays, a rendu très vite possibles des « recherches épidémiologiques », c'est-à-dire pour l'essentiel des résultats relatifs à la répartition géographique et saisonnière des cas. À l'initiative du représentant japonais, un bureau est ouvert à Singapour dès 1925, afin de cibler plus finement les ports d'Asie où des

(Paris, octobre 1928), avant d'écrire un article dans la Revue de Phtisiologie (tome 11, n°1, 1930 sur « La mortalité tuberculeuse et son évolution. Aperçu géographique et épidémiologique ». YB/687/689/690/698/699 et 700, 705.

³⁵⁶ « The Prophylaxis of typhus fever and Vaccination against that disease », *Bulletin de l'OH*, vol 6 n° 6. YB/750.

³⁵⁷ « Principes et méthodes de lutte anti paludique en Europe. Deuxième rapport d'ensemble de la commission du paludisme », 1927, YB/757

³⁵⁸ « L'Organisation d'Hygiène » (« Health Organization ») paraît en 1931 (YB/422 et 423) ; « Le service des renseignements épidémiologiques de la Société des Nations » paraît en 1935 (également AD W 591).

³⁵⁹ Voir YB/351 et suivant pour les annuaires, YB/396 et suiv pour les réunions du Comité, YB/406 et suiv pour les rapports épidémiologiques annuels.

³⁶⁰ p.7. Et sauf si un État sollicite expressément un avis technique...

épidémies de peste ou de choléra sévissent : le réseau du SRE s'étend rapidement de 35 à 150 ports. Le bureau de Singapour, comme le Service plus largement, accorde un grand soin à la diffusion des données compilées. Sur le plan technique, la rapidité est améliorée par le télégraphe puis la TSF. Sur le plan du contenu, ce sont aussi les « bonnes pratiques », par exemple en matière d'équipements sanitaires dans les ports, qui sont présentées dans les Bulletins. Là encore, l'utilité potentielle pour la recherche est mise en valeur, puisque le bureau de Singapour recueille des données sur l'efficacité de la vaccination et fait office de centre de coordination pour les recherches sur la peste. Une dernière dimension soulignée par Biraud concerne l'effort de standardisation : il apparaît rapidement indispensable à l'OH d'unifier les méthodes en matière de statistiques vitales (mortalité et morbidité), ce qui entraîne un important travail de révision et d'unification au niveau international, mené en collaboration avec l'Institut international de statistiques.

La brochure de 1935 complète utilement les éléments donnés dans cette première description. Elle rappelle d'abord la pauvreté des moyens du Service. À Genève, 10 personnes suffisent, dont 7 employés, un médecin, un statisticien et une secrétaire (le bureau de Singapour bénéficie de deux médecins et de plusieurs commis). Mais les difficultés financières rencontrées au début des années 1930 à la suite de la dépréciation du dollar (donc du montant alloué par la Fondation *Rockefeller*) obligent le Service à se séparer de deux personnes, et Biraud à renoncer à la parution mensuelle du Bulletin (il devient bimensuel à partir de 1933). Rachjman, le directeur de l'OH, soutient d'ailleurs dans son Rapport annuel de 1934 que la charge de travail et des responsabilités est trop forte pour un homme aussi jeune que Biraud, et que celui-ci est employé « plus qu'à plein-temps »³⁶¹. La brochure de 1935, ensuite, actualise les données, soulignant l'augmentation considérable du nombre de pays qui contribuent aux compilations du SRE : de 11 de 1921, il passe à 148 en 1933, les renseignements couvrant alors 72 % de la population mondiale. Mais la recherche de l'exhaustivité ou de l'universalité ne fait pas tout : la rapidité de l'action et la « fraîcheur des renseignements » sont décisives ; en effet, « pour permettre des mesures efficaces de prévention, les renseignements doivent être frais ». À cela s'ajoutent les chiffres hebdomadaires ou mensuels des cas et décès de maladies contagieuses de 354 grandes villes de 8 pays et de 187 villes d'autres pays (au total 150 millions d'habitants), des données démographiques « courantes » de 865 villes. Or, ce recueil de données urbaines n'a rien de « futile », et ne produit pas une sorte de « double emploi » avec les données nationales : alors que ces dernières exigent du temps, en raison du travail de centralisation, et sont publiées au bout de deux ans et plus, les données municipales sont sollicitées par le SRE à partir de formulaires types.

La coordination, enfin, ne vise pas seulement les États, puisque le Bureau de Genève, s'il ne joue pas le rôle gratifiant de sentinelle comme celui de Singapour, œuvre à la concentration de l'ensemble des données produites par les autres centres internationaux, Washington (pour le Bureau panaméricain), Paris (pour l'OIHP) et

³⁶¹ BOROWY Iris, *Coming to Terms with World Health*, Frankfurt am Main ; New York, Peter Lang GmbH, 2009. : pp. 152-153.

Singapour. « Le fait est digne de remarque, insiste Biraud dans un plaidoyer pro domo : tous les États, qu'ils soient membres de la Société des Nations, indifférents à elle, ou même ennemis politiques déclarés, ont compris l'intérêt de cette organisation internationale de renseignements. Tous en tirent profit et tous y collaborent dans la mesure où le leur permet le développement de leur propre organisation médico-statistique ». En bref, le rôle de ce « service technique » de la SDN, trop méconnu, est bien de produire des « renseignements dignes de foi et de fraîche date sur la situation sanitaire réelle » dans le monde, connaissance qui seule peut permettre de « diriger utilement les masses humaines et de décider des mesures sanitaires à leur appliquer ».

La méconnaissance générale de ce travail, relativement ingrat, de collecte et sollicitation, vérification et diffusion de données démographiques et sanitaires, n'était sans doute pas sans irriter Biraud. On trouve des traces d'une telle irritation dans certaines de ses annotations dans la marge des ouvrages de sa bibliothèque. En 1934 paraît dans le prestigieux *Lancet*, en trois épisodes, la *Milroy Lecture* sur la coopération internationale en santé publique que George S. Buchanan a donné devant l'Académie de médecine britannique (le *Royal College of Physicians*, la plus ancienne académie britannique). Buchanan, ancien *senior medical officer* au ministère de la Santé, est alors à la fois président de l'OIPH et vice-président de l'OH ; en tant que représentant de l'administration britannique, il est surtout un critique résolu et obstiné du secrétariat permanent, horripilé par la prétention de ce dernier à se constituer en « *super-health authority* » supervisant et critiquant les administrations nationales de santé³⁶². Biraud souligne certains passages qui lui semblent sans doute intéressants, par exemple lorsque le médecin britannique espère « *the establishment of a new system by which public health administrations could rapidly exchange intelligence about the occurrence of infectious diseases* » : tous ses écrits personnels attestent par ailleurs l'importance qu'il accorde à la rapidité des échanges. Mais quand Buchanan évoque les institutions internationales, Biraud s'impatiente de son silence complet sur le SRE et ses publications (annotant en anglais, sa langue de travail, « *nothing about EI* », p. 13, « *still no word on Epid intelligence !* » p. 30), silence rompu seulement à propos du Bureau de Singapour (« *before 1926 there was a working worldwide scheme of intelligence* »)³⁶³. D'autres ouvrages de la bibliothèque de Biraud montrent qu'une reconnaissance viendra, mais beaucoup plus tard. Par exemple, en 1957, le chapitre consacré à la santé publique dans le *Manual of international organization* de la Fondation Carnegie, souligne très explicitement le rôle unique de l'Epidemiological Intelligence Service : « *although it was not charged with any duties by the international sanitary conventions, the HO contributed immensely to their effectiveness by providing an excellent world-wide epidemiological intelligence service* » ; là où les autres organisations publiaient seulement des textes et les données dont elles disposaient, le EIS effectue un travail nouveau de collection et dissémination régulières³⁶⁴. La

³⁶² DUBIN Martin David, « The League of Nations Health Organisation », *art. cit.*

³⁶³ YB/427. « The Milroy Lectures on International cooperation in public health. Its achievements and prospects », delivered before the Royal College of Physicians of London on Feb 27th and Mach 1st 1934 by Sir George S. Buchanan, reprinted front *The Lancet*, 28 avril, 5 et 12 mai 1934.

³⁶⁴ YB/259. « Advanced print » du chapitre « International organization in the field of public health », par Ruth D. Masters, dans le *Manual of international organization*, Division of International Law, Carnegie

proximité est frappante avec celui qui sera réalisé, à partir des années 1940, par le CDC américain, et plus précisément par l'Epidemic Program Office, travail dont la concrétisation la plus célèbre est le bulletin hebdomadaire, le MMWR.

La guerre ne met pas fin au travail de Biraud, bien au contraire. Certes, dès le printemps 1940, les financements disparaissent et la plupart du personnel démissionne. Mais Yves Biraud et Raymond Gautier, expert suisse en santé publique, continuent de faire fonctionner la Section d'hygiène. D'après l'historienne de l'OH Iris Borowy, Biraud enregistre systématiquement les demandes de renseignements faites par des offices de santé publique ou des institutions de recherches, ainsi que les rapports techniques qu'il leur adresse en guise de réponse : 154 requêtes sont déposées en 1941 et juin 1943 pour un total approchant les 5000 rapports. Alors que Gautier se rend à Londres en 1942, Biraud poursuit sa tâche à Genève, maintenant la diffusion du relevé hebdomadaire notamment utilisé par la Croix-Rouge et les services de santé alliés. Derrière les choix techniques se profile évidemment une position politique, celle de la neutralité. Biraud demande d'ailleurs aussi au régime nazi ses données. Les contacts noués avec les organisations caritatives peuvent à l'occasion aider Biraud à intervenir en faveur de proches, comme lorsqu'il parvient à faire soigner le doyen Jacques Parisot, président de l'OH en 1937, arrêté par la Gestapo en 1944 et déporté. Mais à partir de la fin de 1943, la refonte future de l'OH apparaît de plus en plus vraisemblable. Des trois domaines que Biraud identifie comme prioritaires, seul le renseignement peut encore être spécifique : la nutrition va lui échapper au profit d'une autre agence en préparation (dès mai 1943, des échanges ont lieu à propos de la future FAO), cependant que l'aide pratique dans la lutte contre les épidémies est pris en charge par l'UNRRA à partir de novembre 1943 (avec des moyens colossaux, 82 millions de dollars là où l'OH n'a jamais dépassé 414 000 dollars de budget annuel)³⁶⁵. Encore à Genève, où il continue de travailler, publiant un glossaire en 24 langues des maladies infectieuses à la demande du CICR, ou réalisant un bilan détail de la situation sanitaire dans les pays Européens, Biraud ne peut participer que fort tard aux luttes pour la réorganisation de la santé publique internationale. Alors que l'OIHP et l'UNRRA ont créé leurs propres services épidémiologiques, l'avenir du SRE est incertain. Biraud est devenu un épidémiologiste véritablement international, bien loin des intérêts nationaux – le gouvernement français (comme le gouvernement anglais) défend l'OIHP plutôt que l'OH. Tout indique que Biraud et Gauthier parviennent largement à leurs vues : ils plaident en effet pour un type d'institution auquel la future OMS ressemble beaucoup, i.e. une institution unique, défendant une conception holistique de la santé, organisée selon une structure tripartite (assemblée politique, comité scientifique et secrétariat technique) et un siège en Europe afin d'éviter le poids de l'organisation panaméricaine. Mais ils échouent à prendre le pouvoir au sein de l'assemblée. Alors que Biraud et Parisot siègent, pour l'OH, au sein du comité technique préparatoire en mars 1946, Biraud ne parvient pas à en être élu président, en raison de l'opposition ... des Français de l'OIHP. Surtout, alors qu'il est nommé secrétaire général de la

Endowment for international peace, 1957.

³⁶⁵ UNRRA : United Nations Relief and Rehabilitation Administration.

conférence internationale sur la santé, conférence fondatrice de l'OMS, il échoue à prendre la tête de l'organisation elle-même³⁶⁶.

Un épisode intrigant est rapporté par le biographe de Brock Chisholm, premier directeur-général canadien de l'OMS. Selon cet auteur, le 23 juillet 1946, par 12 contre 6, Chisholm aurait été élu « secrétaire exécutif de la Commission intérimaire » chargée de commencer les travaux de la nouvelle institution ... contre le français « Yves Birard (sic) »³⁶⁷. Or, ce poste préfigurait dans l'esprit général la direction de la future institution. Si l'anecdote est vraie, elle signale l'ambition de Birard, son sentiment de légitimité à briguer un poste de direction voire son envie de sortir de l'ombre ; elle indique aussi un point de bifurcation important dans la carrière de Birard, dont la notoriété et la postérité auraient été évidemment toutes autres s'il avait dirigé l'OMS. Or, le résumé des débats des sessions de la Commission intérimaire confirme l'anecdote³⁶⁸. Lors de la première session, qui se tient à New York du 19 au 23 juillet 1946, Birard, secrétaire général de la conférence, candidate effectivement au poste de secrétaire exécutif. Mais deux participants proposent la candidature de Chisholm, ministre-adjoint à la santé au Canada. Le représentant du Pérou, « au nom d'un grand nombre des pays du nouveau monde », soutient Birard pour son travail remarquable comme secrétaire général de la conférence, cependant que Parisot, qui représente l'OH et non la France (représentée par l'inspecteur général Leclainche), insiste sur les compétences du candidat en « santé internationale ». La charge pour Chisholm et contre Birard est menée par le norvégien Evang, médecin socialiste spécialisé dans les maladies vénériennes, défenseur de l'éducation sexuelle et de l'émancipation des femmes, et grand chef des questions de santé dans son pays après-guerre après avoir été médecin-chef dans le gouvernement norvégien en exil à Londres. Evang met en balance la grande « valeur scientifique » du Canadien en regard des qualités de (simple) « épidémiologiste » de Birard (« le domaine qui lui est propre est celui de l'épidémiologie »). Même si tout semble indiquer que les votes obéissent à des logiques politiques avant tout (et l'OH était peu appréciée), l'argumentation est éclairante qui cantonne Birard dans une spécialisation trop étroite. Birard devient secrétaire exécutif adjoint auprès de Chisholm, bien vite assuré d'avoir une position dans la nouvelle organisation : à la fin de la session, le nouveau secrétaire Chisholm estime « qu'aucun engagement ne doit être pris » en matière de recrutement, d'autant que des personnes très qualifiées et expérimentées ne manqueront pas de faire acte de candidature, « sauf au sujet du Dr Birard, qui doit être assuré d'occuper un des postes supérieurs ».

Deuxième recruté à l'OMS, Yves Birard y occupe une position équivalente à celle qu'il occupait à la SDN, mais avec des fonctions élargies. Conformément aux souhaits qu'il indique lors de la session, les services de renseignement des différentes

³⁶⁶ BOROWY Iris, *Coming to Terms with World Health*, op. cit. : p. 427 et suiv.

³⁶⁷ il s'agit de la seule citation de Birard dans l'ouvrage. FARLEY John, *Brock Chisholm, the World Health Organization, and the Cold War*, Vancouver, UBC press, 2008. : p. 26.

³⁶⁸ « Actes officiels de l'OMS n°3. Résumé des débats de la première session de la commission intérimaire tenue à New York du 19 au 23 juillet 1946 », 34 pages (disponible à l'adresse : whqlibdoc.who.int/hist/official_records/2f.pdf, page consultée en juin 2014).

organisations³⁶⁹ sont regroupés au sein d'une « Division des services épidémiologiques et des statistiques sanitaires », dont il occupe la direction jusqu'en 1960, à sa retraite. Un organigramme de 1957³⁷⁰ indique la position de Biraud, qui est celle d'un chef de service au cœur du fonctionnement routinier de l'institution. La Division fait partie en effet du « Département des services techniques centraux », avec celle des « substances thérapeutiques » et celle des « services d'édition et de documentation »³⁷¹. Biraud continue donc de produire des données démographiques et épidémiologiques, selon plusieurs rythmes temporels (hebdomadaire, mensuel et annuel). Paru en janvier 1947, le premier numéro du *Relevé hebdomadaire* du « Service d'information épidémiologique » de l'OMS, est significativement périodisé de la 22^e année : il s'agit de souligner la continuité avec les publications du SRE de la SDN, période de guerre comprise. Le contenu évolue très progressivement. À la liste des notifications relatives aux maladies pestilentielles, à l'inventaire des mesures quaranténaires en vigueur, et aux données démographiques s'ajoutent des notes rédigées sur les épidémies en cours, et des annonces légales (par exemple sur les autorités habilitées dans chaque pays à délivrer le certificat international de vaccination)³⁷². Le travail est sans aucun doute très différent au quotidien. Biraud dispose en effet d'un réseau encore plus étoffé et surtout d'un personnel plus important qu'aux temps de la SDN, en raison du succès croissant de la politique de renseignements de l'OMS³⁷³. Surtout, il dirige par ailleurs le secrétariat d'une série de comités d'experts de l'OMS sur les maladies contagieuses, la quarantaine internationale et les statistiques sanitaires, qui sont responsables d'un travail important d'harmonisation voire d'uniformisation des statistiques démographiques, épidémiologiques et hospitalières ; dans ce cadre, il participe de près aux 6^e et 7^e révisions de la classification internationale des maladies. L'analyse de l'activité de Biraud à l'OMS demanderait une investigation bien plus approfondie, mais je ne la mènerai pas complètement³⁷⁴. J'insisterai plutôt sur le fait que Biraud parvient également à mener à partir de 1944 une activité d'enseignement, et que cette activité constitue un bon indicateur de l'évolution des statistiques et de l'épidémiologie au cours des années 1950.

Statisticien, épidémiologiste ou administrateur de santé publique ?

Les données biographiques contenues dans ses archives³⁷⁵ fournissent plusieurs éléments sur les cours donnés par Biraud, dont de nombreuses traces ont été

³⁶⁹ C'est-à-dire l'OH, l'OIHP, l'UNRRA et le PAB.

³⁷⁰ « OMS, Les dix premières années », p. 103.

³⁷¹ Ce département en côtoie deux autres, dédiés respectivement aux services administratifs et financiers et aux services « consultatifs » ; ce dernier coordonne et évalue les différents programmes de l'OMS relatifs aux maladies transmissibles, à l'organisation des services de santé publique, ou à l'enseignement.

³⁷² Là encore, la bibliothèque est riche. Cf. YB/95 à YB/244.

³⁷³ L'OMS se définit en 1958 comme un « bureau des renseignements médicaux » pour les administrations comme pour les universités et instituts de recherche, p. 283.

³⁷⁴ L'entrée « Biraud » est incluse dans 98 documents antérieurs à 1961 de la seule base documentaire en ligne IRIS, sans même évoquer les archives de l'institution à Genève.

³⁷⁵ AD 1258 W 584

conservées³⁷⁶. On sait ainsi qu'à la demande de la Ligue des sociétés de Croix-rouge, Biraud donne en 1944 et 1945 une série de cours d'épidémiologie à des médecins militaires internés en Suisse, polonais puis italiens ; à la même époque, il enseigne l'épidémiologie des grandes endémies tropicales à l'Institut de médecine Tropicale de l'Université de Bâle. Ses enseignements portent ensuite sur les « statistiques de santé publique et l'épidémiologie » à Dakar (Cours de pédiatrie sociale, 1956-1958, avec Massé), la « médecine préventive et sociale » à Genève (Faculté de médecine, 1960), la « statistique démographique et sanitaire » à Manille (OMS/ONU 1960). Tout juste retraité en 1960, il donne des conférences au Japon, en Chine, en Iran, en Angleterre (à la London School of Hygiene and Tropical medicine) et aux États-Unis. Au cours des étés 1958, 1959, et 1960, il donne également des leçons d'épidémiologie dans les locaux du Centre de Biologie Thermo-climatique de la rue d'Alesia, dans lequel il présente l'OMS et ses activités, les statistiques sanitaires mondiales, la législation sanitaire mondiale, les données actuelles sur les maladies pestilentielles et la technique générale des enquêtes épidémiologiques. C'est cette activité qu'il embrasse après sa fin d'activité à l'OMS quand il accepte d'être nommé professeur d'épidémiologie au sein de la nouvelle ENSP, constituée en établissement autonomie en 1962, poste qu'il occupera jusqu'à sa mort brutale en mai 1965.

Les enseignements de Biraud sont particulièrement intéressants pour saisir sa définition de l'épidémiologie et des statistiques après la guerre. On l'a vu dans le premier chapitre, l'épidémiologie, science des épidémies infectieuses et science de l'action prophylactique, devient science des risques sanitaires et des facteurs de risque au cours des années 1950 dans le monde anglo-saxon, 1960 et 1970 en France, à la suite des études pionnières de Doll et Hill sur la corrélation entre consommation de tabac et cancer du poumon, puis de l'édiction des principes de Hill, permettant d'inférer d'une corrélation une causalité³⁷⁷. On a dit que le changement était double : des maladies infectieuses (d'abord les « pestilentielles » ou « quaranténaires », puis celles à déclaration obligatoire, puis d'autres, comme la grippe ou la poliomyélite) aux maladies dites « non transmissibles » (cancer) puis à tous les risques de santé ; des simple calculs de description (taux, incidence et prévalence) à une approche probabiliste de la causalité. Il est aussi lent, et se heurte à des résistances. Biraud est tout à fait conscient de cette évolution générale, comme le montre l'extrait de cours suivant qui date de la fin de sa vie 1965 (et cède au passage obligé de la remarque ironique sur le nombre des définitions).

« Il y a presque autant de définitions de l'épidémiologie qu'il y a de définitions de la statistique. Mais elles ont beaucoup varié au cours des vingt dernières années. Il y a un demi siècle, l'épidémiologie était la science des maladies épidémiques et comprenait donc : étiologie, clinique, diagnostique, thérapeutique et prévention. C'était en somme

³⁷⁶ Les plans de cours sont conservés dans les cartons côtés AD 1258 W585 à 590. Je suppose qu'il n'a pas enseigné dans les années 1930, sans vraiment savoir en quelle année il a quitté son cours de statistiques à l'Institut d'hygiène (1925 quand il est secrétaire de commissions à l'OH, ou 1930 quand il devient chef de service, ou plus tard encore ?).

³⁷⁷ BERLIVET LUC, « Déchiffrer la maladie », in FASSIN Didier et DOZON Jean-Pierre (éds), *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique.*, Paris, Balland, 2001, pp. 75-101.

la science des maladies contagieuses. Récemment, dans les pays anglo-saxons surtout, l'épidémiologie s'est profondément modifiée quant à son champ qui s'est étendu à l'ensemble des maladies ou causes de décès mais s'est restreint pour chacune d'elles à son comportement dans la population, sa répartition par âge, par sexe, pour d'autres catégories sociales, professionnelles, géographiques dont l'étude permet de distinguer des éléments étiologiques ou des facteurs de fréquence ou de gravité. [...]

La méthode épidémiologique comporte deux éléments qui se complètent : l'étude statistique du phénomène morbide dans la collectivité humaine (évolution, répartition) et l'étude individuelle des circonstances relatives à chaque cas, l'absence ou la présence et éventuellement l'ordre de grandeur de certains éléments permettant précisément d'en déterminer l'importance étiologique. »³⁷⁸

Les deux éléments de la « méthode épidémiologique » décrits par Biraud rappellent pourtant son attachement à deux traditions, la statistique des grands nombres et l'épidémiologie pastorienne des cas. D'un côté, la nouvelle épidémiologie s'intéresse certes à toutes les maladies, mais elle est présente aussi un caractère « restreint ». La critique n'est explicite, mais vise vraisemblablement moins le caractère très spécifique des risques étudiés (une maladie en un endroit) que le petit nombre des facteurs de risque retenus (« des » éléments étiologiques ou « des » facteurs de fréquence et de gravité). De l'autre côté, la « méthode épidémiologique » proposée par Biraud s'inscrit clairement dans la tradition des statistiques sanitaires qui s'intéressent à toute la collectivité, et de ce qu'il appelle ailleurs « l'information épidémiologique », où il s'agit en bonne logique pastorienne de dénombrer les cas « réels » (« présence » ou « absence », voire « ordre de grandeur » d'éléments étiologiques, donc par le diagnostic clinique et biologique du pathogène), afin d'agir doublement par la thérapie et la prévention.

Les travaux du service de Biraud à l'OMS attestent d'ailleurs la proximité de ces deux ensembles. Dans le bilan des 10 premières années, l'agence internationale décline son action en 23 chapitres, dont l'un est consacré à la « quarantaine internationale » et l'autre aux « services d'épidémiologie et de statistiques sanitaires ». Le premier concerne des maladies « transmissibles » qui ne font pas l'objet d'un programme nouveau (contrairement au paludisme, maladie endémo-épidémique, aux maladies vénériennes, ou à la tuberculose), mais pour lesquelles les autorités sanitaires doivent au contraire suivre des mesures bien routinisées, souvent anciennes, qu'il s'agit seulement d'uniformiser et de rendre effectives. L'action de l'OMS est à la fois normative (à travers l'adoption du nouveau Règlement sanitaire international en 1951 et de conventions spécifiques) et statistique ; les notifications des cas de maladies et les mesures en vigueur fournissent l'essentiel du Relevé épidémiologique hebdomadaire. Le second chapitre décrit les dimensions de l'activité du service dirigé par Biraud. La première est statistique. Les rapports statistiques publiés mensuellement et annuellement prolongent l'activité de la SDN³⁷⁹, bien que l'ONU ait pris en charge les données démographiques (notamment migratoires) ; au travers de ses comités d'experts, la Division promeut le développement et l'uniformisation non

³⁷⁸ W590.

³⁷⁹ « Bilan des 10 années », p. 280.

seulement des statistiques de mortalité et de morbidité (conditions du recueil des données, enjeux de définition et de mesure), mais commence aussi à s'intéresser vers 1956, aux « enquêtes sur les maladies » par sondage, aux « rapports des médecins », et aux « statistiques de la sécurité sociale »³⁸⁰. La deuxième est épidémiologique au sens classique, et porte d'abord sur les « maladies transmissibles », bien au-delà des maladies quaranténaires : les grands fléaux (tuberculose), les maladies endémo-épidémiques (paludisme), la grippe et la poliomyélite, ainsi que certaines maladies courantes de l'enfance (hépatite, méningite, diarrhées). Mais les études « statistiques et épidémiologiques » du service de Biraud portent encore, « conformément à la conception moderne » des « recherches épidémiologiques », sur d'autres « facteurs affectant la santé d'une collectivité » (« affections mentales, des troubles d'origine nutritionnelle, des affections chroniques de l'appareil circulatoire, des accidents, des maladies respiratoires et des maladies dentaires »)³⁸¹, cependant que le cancer, terrain de recherches en nombre croissant, fait l'objet de travaux spéciaux par exemple sur les méthodes d'enregistrement des cas de cancer. L'OMS s'accommode donc très tôt de la nouvelle forme d'épidémiologie portée par les milieux scientifiques sur des maladies non transmissibles. Mais son rôle demeure celui d'une surveillance à la fois statistique (des taux) et épidémiologique (des cas), qui passe par un travail sur les modalités du recueil de données, de leur validation, de leur compilation, de leur analyse (sommaire) et de leur diffusion – seule la notion d'urgence disparaît quelque peu ici par rapport à la SDN –, et ce y compris sur des maladies non transmissibles. Les disciplines statistique et épidémiologique (au sens pastorien) sont incontournables car elles traitent de « l'information » nécessaire aux politiques de santé nationales comme internationales (les programmes de l'OMS). Les services de l'OMS sont décrits comme « l'un des principaux moyens internationaux de diffusion d'informations statistiques et épidémiologiques », et les méthodes de l'épidémiologie et des statistiques ne peuvent que servir l'élaboration et l'exécution des programmes internationaux de l'OMS³⁸².

Quelle conception, finalement, est donnée par Biraud dans ses cours ? D'abord que la statistique commence avec la démographie, comme science de la population. La continuité est à cet égard frappante entre les cours dispensés au début des années 1960 à l'ENSP et celui donné à l'Institut d'Hygiène au début des années 1920. Dans ses leçons, Biraud traite longuement des statistiques démographiques (y compris des prévisions), des conditions de leur établissement (par exemple, pour la mortalité, registres, les certificats des causes de décès) et de leur usage en santé publique³⁸³.

C'est qu'il y a des « éléments communs » à la statistique démographique et à la statistique de santé publique puisque « la mortalité fait partie intégrale de l'une et de l'autre même si le point de vue de son étude varie : - calcul du mouvement et de la composition de la population pour les démographes ; -

³⁸⁰ Ibid. : p. 282.

³⁸¹ Ibid. : p. 283.

³⁸² Ibid. : pp. 284 et 288.

³⁸³ W 587.

détermination des causes de décès et de leur prévention pour les médecins de santé publique »³⁸⁴.

Dans son cours d'introduction à « la statistique sanitaire » professé à l'ENSP de 1962 à 1965, Biraud définit d'emblée les statistiques comme « les informations utiles à l'État », et rappelle qu'aucun chiffrage ne pouvant être fait sur la santé comme « état de bien être complet » (selon la définition de l'OMS), on ne peut mesurer que l'inverse de la santé, c'est-à-dire la mort, la maladies, les infirmités, mais aussi les caractères physiques, physiologiques ou mentaux, certains « facteurs de santé directs » (alimentation, habitation, eau potable, etc.) ou « indirects » (éducation, état économique) ainsi que les activités médicales et sanitaires³⁸⁵. Dès lors,

« sous le nom de statistique sanitaire, ou mieux, de statistique de santé publique, nous traiterons des applications de la méthode statistique à la mesure de la santé des populations et la mesure aussi des facteurs influençant cette santé, qu'il s'agisse de facteurs de milieu, de caractère climatique, social ou économique, ou d'activités médicales et sanitaires »³⁸⁶.

La statistique à la santé publique ce que le diagnostic visuel est à médecine clinique.

« Le clinicien peut se faire une idée synthétique plus ou moins juste de l'état de santé d'un individu par un examen superficiel qui lui révèle l'embonpoint donc l'état de nutrition, son teint, sa capacité (...) d'action ou d'inaction physique et psychique. S'il veut être plus sûr, il mesure : la température, le pouls, la taille, la tension sanguine, le nombre de globules rouges et blanc dans le sang ; l'épaisseur de la couche graisseuse sous-cutanée et éventuellement les constituants du sang et de l'urine, de l'acuité visuelle et auditive. Il fait aussi un bilan + ou – précis de l'état de santé et éventuellement s'oriente vers un diagnostic de cause d'atteinte à la santé ».

« Pour la collectivité, le médecin de santé publique ne peut guère se contenter d'une impression visuelle ; sans doute la foule qu'il voit dans la rue peut lui révéler bien des choses : la maigreur + ou – générale, le gros ventre des petits enfants, la fréquence des boiteux, des aveugles, etc. Mais cela ne va pas loin comme précision et il a besoin de mesurer les divers symptômes de santé ou atteinte à celle-ci. Il doit avoir recours à la statistique sanitaire qui précisément est la technique de collecte, de classement (de mise en tableaux), d'analyse des données numériques sur la santé collective et de leur interprétation par référence à des normes, par comparaison avec les données recueillies dans d'autres collectivités ou dans la même collectivité à une époque donnée. »³⁸⁷

La question de l'articulation entre le savoir biomédical et le savoir statistique est alors décisive. Biraud défend très clairement la prééminence du savoir biomédical ou ...

³⁸⁴ « Cours d'introduction », W 586. Il s'agit là de la reprise exacte de la séparation réalisée entre l'ONU et l'OMS.

³⁸⁵ Biraud donne également un cours de « morbidités et statistiques hospitalières » parmi lesquelles ils distinguent les statistiques purement administratives, médico-administratives, de recherche épidémiologique ou de recherche médicale. W 589.

³⁸⁶ Ibid. souligné par Biraud.

³⁸⁷ « Cours d'introduction », W 586.

« épidémiologique » sur le savoir statistique, savoir « ancillaire », et du médecin sur le statisticien. La statistique, science véritable, doit *servir* la médecine sans se substituer à elle, car la connaissance de l'épidémiologie (au sens pastorien) de la maladie est indispensable.

« Il faut reconnaître que la statistique est un outil susceptible d'applications dans un grand nombre de domaines, qu'on ne doit pas violer ses règles mais que, par contre, pour être efficace, cet outil exige au moins une certaine connaissance du champ de son application. »

En effet, « l'épidémiologiste ne saurait enfreindre les lois de la bactériologie et de la microscopie. [...] Cela revient à dire que s'il existe une science statistique et des statisticiens qui sont de véritables savants, la science statistique est une science ancillaire qui doit aider au développement d'autres sciences et à leurs applications mais sans se substituer à elles. Le statisticien doit pouvoir offrir des techniques applicables à leurs champs, mais *il ne saurait sans résultats catastrophiques, se substituer au biologiste, au psychologue ou au médecin* parce que ces derniers ont recours à ses techniques. S'il tranche en matière de biologie, de psychologie ou de médecine, il commet des erreurs grossières qui peuvent déconsidérer la technique statistique ou, ce qui est pire, mener la recherche sur de fausses pistes comme ce fut le cas en ce qui concerne le cancer et l'alcoolisme. Nous avons vu commettre dans plusieurs pays dans le domaine de la tuberculose des erreurs grossières coûtant des centaines de milliers de dollars en confiant la direction d'enquêtes sur la fréquence de la tuberculose à des statisticiens ne connaissant pas l'épidémiologie de la tuberculose, les cliniciens et les hommes de laboratoire participant à ces enquêtes, manquant d'autre part de connaissances sur la valeur et les limitations des techniques statistiques. »³⁸⁸

On le voit, la collaboration est nécessaire, le savoir statistique désormais incontournable, mais à tout prendre, plutôt que le statisticien (il parle parfois de « commis statisticien »), c'est le médecin ou mieux « l'administrateur de santé publique », qui doit diriger la statistique sanitaire.

« Faute de cette association [médecin-statisticien], je préférerais pour ma part confier l'organisation de la statistique sanitaire d'un pays à un *administrateur de santé publique, ouvert à la statistique* qu'à un statisticien ouvert à la santé publique. Ce n'est pas là une préférence inspirée par des raisons de prestige professionnelle (sic) ; mais bien parce que qu'il faut 6 à 7 ans pour former un médecin de santé publique et qu'il suffit de quelques mois pour l'initier aux techniques statistiques l'intéressant. Alors que le statisticien formé en une année ne peut dominer les connaissances en médecine et d'hygiène par une simple cohabitation dans une administration de santé publique ou en quelques mois d'études. »³⁸⁹

Il n'est guère difficile de lire un auto-portrait dans cette description du médecin (et bactériologiste) formé à la santé publique. Mais il faut lire plus avant. Biraud s'adresse en effet à ses élèves de l'ENSP, de futurs médecins-inspecteurs, d'un profil

³⁸⁸ Ibid. (souligné par moi).

³⁸⁹ Ibid.

« d'administrateur de santé publique ». Ce profil est d'abord celui d'un médecin au fait de la biologie (« l'épidémiologiste ne peut se passer de la bactériologie »...), mais aussi un statisticien très particulier, qui maîtrise *l'essentiel* du savoir statistique, mais non les techniques « compliquées » qui se sont développées de manière « effrayante » ces dernières années, et ce pour la simple raison qu'il doit faire avec des données produites par des administrations selon des pratiques qui elles n'ont que peu changé.

« Au cours des 50 dernières années, la science statistique a progressé à pas de géants. De nouvelles techniques se sont créées et affrontées et il faut bien le reconnaître, elles se sont terriblement compliquées. Les bulletins de l'Institut international de statistique et autres périodiques spécialisés en science statistique le montrent de façon frappante pour ne pas dire effrayante. Par contre, dans la plupart des pays la pratique administrative pour la collecte des données tant démographiques que sanitaires et épidémiologiques a peu évolué et fait insuffisamment appel aux techniques nouvelles d'enregistrement, de compilation et d'analyse dont nous disposons ainsi qu'aux machines correspondantes. »³⁹⁰

Le spécialiste de « statistique sanitaire » selon Biraud doit ainsi disposer, du savoir clinique (c'est un médecin), du savoir bactériologique (c'est un médecin moderne), d'un savoir statistique sommaire (c'est donc un épidémiologiste, et médecin hygiéniste) bien que techniquement en cours de développement, et d'un savoir d'administrateur portant sur les textes (juridiques) et surtout les organisations qui produisent les données. Biraud défend très explicitement une logique *opérationnelle* de la surveillance efficace plutôt que la logique sophistiquée et raffinée de la science. Le soin qu'il porte à la description de l'organisation des services sanitaire et à leurs insuffisances, notamment dans ses cours aux élèves africains de l'ENSP³⁹¹, n'est donc pas seulement le lointain souvenir des passages obligés des cours d'hygiène et de médecine préventive de ses maîtres, mais bien l'indice qu'il s'agit là à ses yeux d'un enjeu central pour les statistiques sanitaires. C'est d'abord la fiabilité et la rapidité de la collecte (voire son exhaustivité), de la transmission et du traitement des données qui importent. Biraud insiste dès lors sur deux aspects. D'une part, il défend l'idée, au plan national, d'un Institut ou service spécialisé et centralisé, dirigé par un « épidémiologiste » (un médecin formé à la statistique), dont la fonction serait de collecter et de traiter toutes les statistiques susceptibles de servir la cause de la santé publique. D'autre part, il prône la diffusion d'une culture statistique au sein des praticiens de la santé publique au niveau locale (c'est évidemment l'objectif même de son cours). La perspective a tout ici pour être considéré rétrospectivement comme visionnaire : Biraud semble anticiper à la fois l'INVS des années 1990 et l'IDEA des années 1980. Elle est surtout fondée sur une longue expérience (donc de grandes

³⁹⁰ « Cours d'introduction », W 586.

³⁹¹ Dans un cours donné à des étudiants africains, il écrit : « Ce que j'espère en tout cas, c'est que vous aurez ici assez aiguisé votre jugement pour n'être pas tenté de faire appliquer en Afrique des méthodes et des procédés européens ou américains, pour la seule raison que ce sont des méthodes de pays développés. Elles peuvent résulter d'une longue tradition qui a empêché (souligné par lui) qu'elles ne soient parfaites d'une part (c'est le cas du système d'enregistrement des causes de décès en France par exemple) mais, d'autre part, et surtout, elles peuvent n'être nullement appropriées à la psychologie de vos pays, à l'insuffisance numérique des médecins et des fonctionnaires locaux. »

connaissances) et sur un point de vue très spécifique qui rapporte tout aux exigences de l'administration de santé publique, qui ne sauraient être seulement médicales, biologiques ou statistiques.

« Dans ma carrière internationale de santé publique et de statistique, j'ai observé ces faits. Je me suis convaincu qu'ils étaient dus pour une part au fait que les médecins, futurs administrateurs sanitaires, ne recevaient que peu d'instruction statistique ou si, récemment, ils en apprenaient quelques techniques applicables à la recherche biologique ou clinique, ils n'apprenaient aucun principe d'administration statistique, d'enregistrement démographique ou de ses succédanés applicables aux pays sous-développés. Les écoles et facultés de santé publique dont j'ai suivi ou étudié l'enseignement en Amérique, en Europe et en Asie, sont encore très déficientes à cet égard. »³⁹²

Cette dernière phrase signale que Biraud ne puise pas sa vision uniquement de son expérience d'épidémiologiste international, mais aussi de sa fréquentation des universités. Il est peu douteux que Biraud dispose au début des années 1960 d'une vaste connaissance de l'enseignement de la santé publique dans le monde. Non seulement il a pu bénéficier des résultats du travail de l'OMS sur l'enseignement en matière de santé, et a fréquenté nombre d'universitaires nommés dans les comités d'expert dont il dirigeait le secrétariat, mais il dispose d'une connaissance directe, en tant que conférencier et en tant qu'observateur. Il est donc sans doute fondé à exprimer l'idée, non sans un brin de vanité, que son cours à l'ENSP comble un manque criant dans l'enseignement supérieur français : « donné sur une base aussi large, c'est-à-dire répondant aux besoins de la santé publique des pays sous-développés comme des pays développés », ce cours est sinon unique, du moins exceptionnel, puisque le second seulement en langue française dans l'histoire, après ... celui qu'il a donné lui-même à l'Institut d'hygiène quarante ans plus tôt. Vraie ou fausse, l'assertion indique en tous cas que ce qui constitue l'objet très large de la « statistique sanitaire » selon Biraud, les « besoins de santé publique », suppose des savoirs « statistiques » et « épidémiologiques », mais aussi proprement administratifs.

Les archives attestent que Biraud s'est rendu deux fois au CDC d'Atlanta, relativement tard dans sa carrière³⁹³. En mai 1958, il rencontre les chefs d'unité de l'EPO et rapporte le programme du cours EIS de l'année précédente, dont il note sobrement qu'il forme en cinq semaines les élèves « aux bases des bio-statistiques, aux problèmes de la méthode épidémiologiques et à la discussion de cas de maladies infectieuses et non infectieuses ». Au cours de l'été 1962 – donc après qu'il ait donné son premier cours à Rennes –, il assiste au cours EIS, dans lequel interviennent des pontes des CDC comme A. Langmuir ou David Sencer. Ses annotations assez laconiques semblent déplorer la pauvreté relative du cours : il relève qu'il n'y a pas de « textes » mais seulement des « problèmes à résoudre », donc rien qui concerne l'organisation administrative de la santé, et que, « en somme », il s'agit de brèves « leçons magistrales » d'épidémiologie et de statistique assorties de travaux pratiques orientés sur un problème

³⁹² Ibid. Souligné par Yves Biraud.

³⁹³ Dossier sur les « Cours et documents d'épidémiologie, CDC Atlanta (1958 – 1962) », W 584.

épidémiologique (analyse de données statistiques et étude de laboratoire). À l'évidence, malgré certaines proximités avec sa conception de la statistique sanitaire (terrain, collecte, simplicité des méthodes), la *field epidemiology* n'a guère épaté Biraud, notamment parce qu'elle lui a paru hors sol, transmise c'est-à-dire en dehors de tout intérêt pour « l'organisation administrative ». On pourrait faire l'hypothèse assez hasardeuse que Biraud n'a pas saisi que les EIS *officers* passaient 23 mois dans l'administration de la santé, et que le cours (une partie du cours ?) auquel il assiste n'est qu'une introduction dans la formation. La critique qu'il formule souligne en tous cas, une fois encore, l'importance qu'il accorde à l'action proprement administrative, dont tout laisse penser qu'elle résulte du temps passé à échanger durant plusieurs décennies avec les fonctionnaires de dizaines d'État afin de récupérer et harmoniser au niveau international les données de santé.

Biraud s'intéresse aussi à l'épidémiologie « moderne » et aux rénovateurs français. Invité à donner une conférence à la London School of Hygiene en 1960, il en a profité pour suivre quelques cours de Bradford Hill. En 1965, il écrit à D. Schwartz pour le féliciter de son petit manuel d'*Éléments de statistique*, co-écrit avec Ph. Lazar à destination des étudiants de première année de médecine. Afin que l'ouvrage soit « parfait », Biraud se permet de lui faire deux remarques critiques, qui sont aussi deux leçons très élémentaires de statistique. La première concerne un exercice dans lequel est supposée une égalité de probabilité des naissances masculines et féminines. Observant que « les étudiants apprendront d'autre part que le taux de masculinité à la naissance est de 105m à 100f », Biraud se demande s'il ne serait pas possible de donner un exemple où « la simplicité ne nuise pas à la réalité ». À ce souci de réalisme des exercices, Biraud ajoute une exigence minimale quant aux définitions utilisées : il aurait dans un autre exercice « aimé voir les mots "taux de mortalité" remplacé par "taux de létalité" puisqu'il s'agit de décès pour 100 cas et non pas 100 ou 1000 habitants ». On peut supposer que le polytechnicien expert en probabilités n'a guère goûté la petite leçon donnée par le professeur de l'école d'administration (ses remerciements sont fort brefs). L'anecdote indique en tous cas ce qui sépare la nouvelle recherche épidémiologique de la tradition d'épidémiologie administrative incarnée par Biraud. Alors que la première entend former d'abord au maniement des outils statistiques, idéalement afin d'analyser les données qu'elle a produit elle-même, la deuxième exerce une attention pointilleuse aux données qu'on lui fournit et qu'elle manipule, à leur définition et à leur degré de réalisme. La dimension administrative réside aussi dans le caractère secondaire des données.

Dans sa bibliothèque, Biraud a conservé un exemplaire annoté de sa main de la constitution de l'OMS³⁹⁴. Les passages qu'il a soulignés renvoient à l'évidence au cœur de ses fonctions : diriger et coordonner, collaborer, entretenir un service technique, faire progresser la lutte contre les épidémies, proposer des conventions, établir des normes et des nomenclatures³⁹⁵, diffuser et faire connaître, produire enfin des

³⁹⁴ YB/258.

³⁹⁵ Biraud souligne 6 des 22 fonctions figurant dans l'article 1^{er}. Le rôle de producteur de normes et de

rapports (« statistiques et épidémiologiques »)³⁹⁶. Sa trajectoire permet finalement de mettre au jour une forme de surveillance épidémiologique qui, en raison de l'espace international dans laquelle elle se déploie, se démarque de la surveillance « renouvelée » décrite au chapitre 1 et dont on a étudié la socio-genèse en France dans les chapitres 2 et 3. En effet, à l'instar de la première version de l'épidémiologie de terrain, la surveillance selon Biraud se construit certes par opposition à la sophistication de la recherche scientifique ; depuis les premières mobilisations de l'embryon d'Organisation d'hygiène contre l'épidémie de typhus dans l'est de l'Europe, cette surveillance se définit par son utilité pour le monde, qui plus est le monde « de toutes les nations » et non d'une seule. De même, cette surveillance considère sans nul doute important le principe d'une continuité ou permanence des pratiques permettant l'alerte précoce et l'intervention rapide contre une épidémie, dont on a vu qu'il était constitutif de l'épidémiologie des CDC. Il est même possible qu'elle concède la même importance que les CDC ou l'INVS d'aujourd'hui à l'attention pour l'imprévu, aux formes diverses de vigilance à l'égard de tout « signal » relatif à une « information de santé », et aux nombreuses sources d'information sans lien avec le système de santé. Possible, mais malgré tout peu probable, tant la surveillance selon Biraud demeure fondamentalement *administrative*. Celle-ci propose en effet une forme de *dépassement* des pratiques classiques de production de statistiques et d'enquête épidémiologique pastorienne, dont elle considère par ailleurs parfaitement valables les principes et les méthodes. Le « renseignement épidémiologique » se distingue de sa version états-unienne par son attention non seulement au « terrain » ou aux « données », mais au rôle attribué aux administrations sanitaires dans la logique de production des données ou de définition du terrain. Au fond, ce qui sépare les visions respectives de la surveillance épidémiologique de Langmuir et de Biraud concerne la place accordée à l'action et à l'observation. Alors que le premier privilégie l'action de court terme et l'efficacité du coup, le second demeure un homme de bureau, qui depuis une position en surplomb doit surtout organiser et coordonner, proposer des normes, des standards et des conventions, bref préparer la lutte contre les épidémies plutôt que la réaliser directement.

La force de Biraud réside dans le fait que, pour des raisons qui tiennent peut-être à sa première socialisation américaine, ou plus sûrement à sa pratique du renseignement dans la deuxième moitié des années 1920, il occupe cette position d'administrateur de la surveillance sans céder aux facilités du point de vue réaliste, mais défend

nomenclatures afin « d'empêcher la propagation des maladies » est à nouveau souligné par Biraud dans l'article 21 : « L'Assemblée de la Santé aura autorité pour adopter les règlements concernant : a) telle mesure sanitaire et de quarantaine ou toute autre procédure destinée à empêcher la propagation des maladies d'un pays à l'autre ; b) la nomenclature concernant les maladies, les causes de décès et les méthodes d'hygiène publique ».

³⁹⁶ « Chaque État membre fait rapport annuellement sur les mesures prises en exécution des recommandations que l'Organisation lui aura faites et en exécution des conventions, accords et règlements. ... communique rapidement à l'organisation les lois, règlements, rapports officiels et statistiques importants concernant la santé et publiés dans cet État. ...fournit des rapports statistiques et épidémiologiques selon des modalités à déterminer par l'Assemblée de la santé. » (extraits soulignés des articles 62, 63 et 64).

continûment l'importance de l'attention aux « détails », aux conditions (notamment administratives) de production des données de santé. C'est ici que Biraud se distingue de son collègue Louis Destouches. Recruté dans la Section d'hygiène par Rajchman en 1924 (sur recommandation de la Fondation Rockefeller), Destouches reste peu à Genève, effectuant des missions en Europe, en Afrique et aux États-Unis, avant de faire en sorte d'être renvoyé de cette « ruche internationale » qu'est à ses yeux la Société des nations, dont il se moque avec cruauté dans sa pièce *L'Église* écrite dès 1926- il s'initie alors à la médecine de dispensaire dans le service de Léon Bernard à Laennec, où travaille notamment Robert Debré. Se décrivant, via le portrait de son héros Bardamu tel qu'il est dicté par son supérieur hiérarchique, comme « scientifiquement médiocre, administrativement nul, individualiste, peu commandable »³⁹⁷, Destouches rechignait à respecter les obligations administratives de son poste, et ne voyait dans les « détails » d'un rapport qu'un prétexte à vaine discussion entre diplomates. Biraud, pour sa part, avait peut-être déjà compris que les détails ne servaient pas qu'à (faire) « discuter »³⁹⁸.

³⁹⁷ CELINE Louis-Ferdinand, *L'église comédie en cinq actes*, Paris, Gallimard, 1982. : p.160.

³⁹⁸ S'il rend plusieurs rapports détaillés sur sa mission états-unienne, en Louisiane, à Pittsburgh et surtout dans les usines Ford de Detroit, il ne rend pas compte de sa mission en Afrique. Voir David Labreure, *Louis-Ferdinand Céline : une pensée médicale*, DEA histoire et philosophie des sciences 2005, Paris 1.

Chapitre 5. Louis Massé, d'*outsider* à « grand bonhomme » de la surveillance

« En [19]66 j'ai passé ma thèse à Harvard. À partir de ce moment là, j'étais, entre guillemets, un « grand bonhomme », ce qui est un peu excessif, et d'abord j'ai été recruté par l'OMS pour devenir expert, et là ça me permettait d'aller partout, quoi, ce qui fait que ma femme et moi on a fait le tour du monde entier, quoi, tous les deux, et c'était sensationnel. On connaissait tout le monde, on était connu partout. Et je suis entré à l'association internationale d'épidémiologie où je suis devenu aussi par hasard un grand bonhomme (rires), sans le vouloir »³⁹⁹.

La citation précédente est extraite d'un entretien avec Louis Massé réalisé en 2005. Elle fait état très explicitement d'une grandeur acquise par un titre américain, le PhD à Harvard, et par deux statuts internationaux, le recrutement comme expert à l'OMS et l'appartenance à l'association professionnelle des épidémiologistes ; la grandeur est très clairement étrangère. Louis Massé ne semble pas vraiment se prendre au sérieux. La double allusion au « grand bonhomme » est ironique (« entre guillemets », « un peu excessif », « sans le vouloir »), les avantages très basement matériels sont reconnus sans détours (voyager, rencontrer du monde) : bref il y a de quoi rire quand même un peu. Pourtant le propos est très sérieux. 1966 marque en effet une rupture décisive dans la trajectoire de Louis Massé, alors âgé de 41 ans.

L'allusion insistante à la grandeur acquise n'est pas sans faire question. Une thèse à Harvard et la participation à des cercles internationaux suffiraient à grandir un épidémiologiste français, alors professeur à l'École Nationale de Santé Publique (ENSP) ? On conçoit aisément le prestige attaché à l'université américaine, et on imagine que l'OMS ou l'International Epidemiological Association (IEA) donnent accès à des réseaux d'influence, mais cela ne suffit pas à comprendre la jubilation un peu embarrassée de Louis Massé quand il présente ces éléments en entretien. Il faut tenir compte de sa trajectoire à la fois personnelle et professionnelle. Commençons par le plus évident. Sur le plan personnel, la reconnaissance par l'OMS vaut consécration par l'institution même que Yves Biraud, mort un an auparavant, a contribué à créer et à bâtir en y consacrant la deuxième moitié de sa carrière (1945-1962). Quant à l'IEA, elle valide l'appartenance de L. Massé à une communauté scientifique internationale. Mais il y a bien plus. Sans doute, être dans les petits papiers de l'OMS revient à s'élever presque au rang de Biraud, que L. Massé admire au point de le qualifier d'« être surnaturel » en cours d'entretien. Le doctorat de Harvard prend également toute sa valeur et sa saveur quand on connaît le pedigree des proches de Massé, non plus le maître Biraud, mais les père et frère de Geneviève Massé, l'épouse de Louis, respectivement (et entre autres) professeur de physiologie au Collège de France puis

³⁹⁹ Entretien Louis Massé.

fondateur de la FAO, et professeur à Harvard puis président de la Tufts University. Pour L. Massé, le doctorat américain représente le titre de noblesse qui rapproche du beau-père (décédé depuis 10 ans), avec lequel il semble ne s'être guère entendu, et surtout du beau-frère (encore professeur), dont il se dit très proche. D'autre part, à cette grandeur familiale s'ajoute bel et bien une grandeur professionnelle : L. Massé occupe une position marginale dans le domaine de l'épidémiologie française, et même une position relativement subalterne dans son institution, où il fait office d'enseignant et où les statistiques et l'épidémiologie pèsent fort peu, comme on le verra. L'entrée dans les réseaux internationaux, à partir de la fin des années 1960, est ainsi une étape décisive pour L. Massé, la marque d'une reconnaissance de ses qualités – d'enseignant surtout, voire de chercheur, et à coup sûr de *jolly good fellow* –, et l'accès à un ensemble de ressources, à un capital international fait de relations interpersonnelles et de multi-appartenances institutionnelles, qu'il va utiliser afin de (se) grandir aussi dans l'espace national.

On sait le caractère central de la réputation dans les univers scientifiques. Il n'y a aucune raison que Louis Massé, dont l'œuvre scientifique apparaît au final modeste, et le rôle dans l'historiographie la plus légitime de l'épidémiologie presque complètement ignoré, ne profite pas de la situation d'entretien, au moment où il vient tout juste d'avoir 80 ans, pour rétablir sa propre réputation, vanter ses mérites, faire étalage des diplômes nombreux et variés qu'il a obtenu – en un mot : se grandir –, tout en manifestant ça et là certaines formes de ressentiment. Il serait cependant abusif, disons-le d'emblée, de relire toute la trajectoire de Massé sous le seul prisme de la lutte pour la reconnaissance⁴⁰⁰. On verra surtout, dans l'analyse qui suit, qu'il manifeste une soif d'apprendre, est animé d'une curiosité insatiable pour le savoir et attentif aux conditions de l'enseignement, et fait preuve enfin de facultés d'adaptation certaines.

Je dispose de sources assez riches pour reconstituer cette trajectoire. L'entretien d'abord, ainsi que la correspondance qui l'a précédé et suivi, et qui contient bien des confidences – c'est que tout ne peut être dit. Les documents confiés par Louis Massé, ensuite : des copies des travaux publiés (que j'ai pu compléter), bien sûr ; deux CV, dont l'un, long de 24 pages, est une sorte d'autobiographie professionnelle dans laquelle chaque diplôme et chaque avancée dans la carrière sont présentés et justifiés ; un « rappel chronologique 1900-2006 », qui parcourt l'histoire de l'épidémiologie au 20^{ème} siècle en « 9 temps », depuis la naissance d'Yves Biraud (1900) jusqu'au moment de l'entretien. Les archives de l'ENSP, en troisième lieu, déjà utilisées pour la trajectoire de Biraud. Et les entretiens réalisés avec d'autres acteurs de l'histoire, enfin, qui permettront de dresser un portrait conclusif de Massé.

Dans les travaux déjà publiés, j'ai présenté Massé comme un marginal sécant, un *go between* entre le monde anglo-saxon et la France, une figure originale ayant fait office

⁴⁰⁰ Moteur de la *libido sciendi*, BOURDIEU Pierre, *Leçon sur la leçon*, Paris, Éditions de Minuit, 1982 ; BOURDIEU Pierre, *Méditations pascaliennes*, Paris, Seuil, 1997 (Liber). : p. 288.

d'« importateur » de l'épidémiologie américaine⁴⁰¹. Une telle présentation me paraît aujourd'hui réductrice. Il n'est pas faux d'écrire que tout se passe comme si, devenu « un grand bonhomme » en 1966, Massé reprenait l'œuvre de Biraud en matière d'échanges internationaux et notamment transatlantiques. Mais c'est oublier que L. Massé est aussi l'homme de sa nouvelle et jeune institution, l'ENSP, pour laquelle il dépose des projets, qu'il utilise pour accueillir des manifestations, et à laquelle il fait en retour profiter de son réseau. Ici pas plus qu'ailleurs on ne peut dissocier l'investissement dans l'international des luttes au niveau national : en accumulant du capital international, L. Massé se donne aussi les moyens de viser des positions nationales. Il faut donc se départir de la vision téléologique, et ne pas lire la trajectoire comme un échec en France compensé par des succès à l'international. Dans les coups tentés par Massé, ni toujours intentionnels, ni forcément réussis, les deux espaces, national et international, sont présents. Le capital international de L. Massé, au demeurant très relatif⁴⁰², n'a certes pas forcément de valeur au niveau national, mais le fait est que Massé essaie sans cesse de le faire valoir à ce niveau, avec succès par moments – et l'acclimatation de l'épidémiologie de surveillance à l'américaine en est un –, en vain à d'autres moments.

Une histoire, racontée avec humour mais vécue douloureusement par Louis Massé, permettra de bien faire comprendre ce point. En 1978, inquiet par un contexte budgétaire qui annonce des réductions d'effectifs, L. Massé tente une reconversion en passant le concours de médecin-inspecteur de santé publique. Il fait partie des élus, mais le ministère refuse sa titularisation au motif qu'il n'a pas obtenu préalablement le « certificat d'hygiène », un diplôme délivré par les facultés de médecine. Comme il le raconte dans un savoureux « entretien imaginaire » avec un fonctionnaire du ministère de la santé, l'objection de l'administration signifie que ni son Master et son Doctorat en santé publique de Harvard, ni son inscription au tableau des experts de l'OMS, ni son poste de professeur à l'ENSP où il enseigne aux ... médecins-inspecteurs depuis 15 ans, ne sont reconnus comme supérieurs à ce diplôme national⁴⁰³. Où l'on voit une fois de plus que l'État dispose, grâce aux titres qu'il délivre, du pouvoir de certifier la légitimité d'une prétention en lui rendant, ou pas, satisfaction⁴⁰⁴. Au lieu d'entrer dans un corps de l'État comme sa réussite au concours lui en donne le droit, Massé est maintenu dans une position de professeur de l'ENSP pas même statutaire (il est en fait chercheur de l'ORSTOM placé en détachement à l'ENSP). Mais plutôt que regarder le résultat (un échec) au détriment de l'histoire (une tentative), il est plus de lire cette histoire à *la fois* comme l'échec de la conversion d'un capital et comme une tentative de conversion dudit capital.

⁴⁰¹ BUTON François et PIERRU Frédéric, « Instituer la police des risques sanitaires », *art. cit.* ; BUTON François *et al.*, « Médecins français et épidémiologie américaine. Trois générations d'échanges transatlantiques au XXe siècle », *art. cit.*

⁴⁰² Parce qu'il n'a pas d'œuvre scientifique sans doute, il n'acquiert jamais une véritable notoriété (par exemple dans l'IEA ou dans l'IJE).

⁴⁰³ Un certificat que – dans sa version de l'histoire – des collègues lui proposent de lui « faire passer » très vite, ce qu'il refuse.

⁴⁰⁴ BOURDIEU Pierre, « Esprits d'Etat [Genèse et structure du champ bureaucratique] », *Actes de la recherche en sciences sociales* 96, 1993, pp. 49–62.

En accumulant différents types de capitaux au cours de sa carrière, Massé vise à conforter aussi bien ses positions dans le champ national que dans le champ international, dans les limites de celle qu'il occupe, et qui l'occupe avant tout, enseignant et chercheur à Rennes. Mais la pratique d'accumulation dans les deux champs le transforme du même coup : le professeur, auparavant médecin puis sociologue et démographe, devient un acteur international progressivement sensibilisé à l'épidémiologie anglo-saxonne, à la fois l'épidémiologie moderne scientifique, et surtout, celle qui lui parle le plus, l'épidémiologie administrative, de surveillance, telle qu'elle est pratiquée dans les CDC proche de celle que Biraud défendait.

Je décomposerai cette trajectoire en séquences qui épousent la chronologie, mais permettent surtout de mettre en évidence des logiques plus ou moins cohérentes. Massé est d'abord un médecin qui, au lieu d'exercer la médecine, se forme à d'autres disciplines, et part travailler comme chercheur en sociologie en Afrique. Il y passe plusieurs années, se spécialise dans les études statistiques en sociologie urbaine et sociologie de la santé, et y rencontre Yves Biraud. Il bénéficie ensuite d'une opportunité pour rentrer en France comme professeur de statistiques à l'ENSP de Rennes au début des années 1960. Il y déploie assez vite une intense activité internationale, qui l'amène à organiser, à partir de 1977 des Séminaires d'échange qui mèneront à la création de l'IDEA en 1984.

Quitter la médecine, étudier l'Afrique

Quand il se marie en 1951, Louis Massé et Geneviève Mayer ont déjà choisi la voie de l'expatriation et du départ outre-mer, qui vaut aussi comme rupture avec leurs milieux familiaux respectifs. L'enseignement reçu à la faculté de la médecine a déçu L. Massé. Dès le début de l'entretien, il refuse de s'apesantir sur ses études de médecine : « Ne parlons pas trop de la médecine. Je vous ai préparé un CV en trois pages. Comme ça vous avez tout le parcours. [...] J'ai commencé à faire médecine, bon j'ai été très content, en dehors du fait que les patrons parisiens étaient chiantes comme tout ». À plusieurs reprises dans la suite de l'entretien il fera part du peu d'intérêt que lui inspiraient, dans ses années de formation comme plus tard en tant que collègues, les professeurs de médecine, et notamment les professeurs de Paris, qu'il estime totalement dénués de tout sens pédagogique et avant tout sensibles aux jeux de pouvoir dans lesquels ils sont pris. Orphelin à l'âge de 13 ans, issu d'un milieu très catholique du Champenois, L. Massé déclare avoir été libre d'épouser une carrière outre-mer, et prétend avoir eu très tôt le goût de la médecine sociale et de la santé publique. Il a passé le diplôme de médecine tropicale en 1949, et obtient en 1951 son doctorat en médecine.

L'intérêt pour la médecine sociale et la surveillance est sans doute lié à première expérience marquante lors de l'internat en médecine. Louis Massé effectue une partie de celui-ci, après-guerre, dans un centre de repos pour des détenus pour longue

durée, le Centre de détention de la Châtaigneraie, en proche banlieue parisienne⁴⁰⁵. Il y découvre la médecine préventive et ce qu'il appelle la médecine « opérationnelle », dont l'enjeu est la « systématisation de la surveillance de sujets présentant une situation particulière », ceux qu'on appelle aujourd'hui sujets « à risque ». Les détenus, pour partie de droit commun, pour partie condamnés pour collaboration sous Vichy, offrent à la science un « panorama clinique florissant des pathologies, générales ou particulières à la vie carcérale »⁴⁰⁶. Or, le service de médecine du Centre lui apparaît comme un « modèle d'organisation » et, juge-t-il rétrospectivement, un lieu parfait pour l'analyse statistique⁴⁰⁷, en ce qu'il permet de suivre la population carcérale de manière exhaustive et approfondie, à la fois biologiquement et cliniquement. C'est en effet « un modèle de surveillance épidémiologique, avec examens cliniques et biologiques à l'entrée, convocation systématique à des contrôles de routine échelonnés dans le temps pour tous les détenus, convocation systématique à des contrôles appropriés pour les détenus ayant présenté à l'examen d'entrée des perturbations fonctionnelles et organiques, ou travaillant dans certains ateliers ». En outre, la logistique suit : l'interne qu'il est peut se consacrer pleinement aux actes préventifs et curatifs, puisque les tâches d'examen sont déléguées à des détenus médecins et la tenue des fichiers à des secrétaires. Enfin, l'état d'esprit y est remarquablement positif, proche de celui des meilleurs sanatoriums. Or, « cette organisation modèle, très élaborée, était due à un ancien médecin des services des grandes endémies qui, inspiré par les méthodes mises en place en Afrique équatoriale française en particulier par le célèbre Docteur Eugène Jamot, l'honneur de la médecine française outre mer, avait créé cette unité médicale à la fin de la deuxième guerre mondiale »⁴⁰⁸. L. Massé découvre ainsi en milieu carcéral, et en région parisienne, la branche coloniale de la surveillance épidémiologique dont il ne cessera ensuite de proclamer toute l'admiration qu'il lui voue⁴⁰⁹. Il n'exerce pourtant pas lui-même dans cette branche : c'est en démographe, non en médecin ou en épidémiologiste, qu'il part en Afrique occidentale française.

« En 1949, il était très difficile à un médecin français d'orienter son activité dans le domaine de l'épidémiologie au sens actuel, et de trouver un curriculum universitaire correspondant entièrement à cette orientation ». Par défaut, L. Massé se tourne vers « la méthodologie des sciences naturelles concernant l'homme appliquées aux pays tropicaux ». De fait, le doctorat de médecine qu'il soutient en 1951 s'inscrit de manière originale dans le double cadre de la faculté de médecine de Paris et du Centre

⁴⁰⁵ Il s'agit d'une annexe du Centre de Fresnes, ouvert dans le parc de Beauregard, à La Celle saint-Cloud. « C'est ainsi que nous avons créé à La Celle Saint Cloud, un Centre Pénitentiaire dit La Châtaigneraie pouvant recevoir 1400 détenus. Nous y transférons les appelants, en principe non-dangereux en provenance de La Santé. » Source : Séance du 30 janvier 1947 du Conseil Supérieur de l'Administration Pénitentiaire. Cité dans <http://www.chroniquesdebeauregard.com/histoire-2/centre-penitentiaire-de-la-chataigneraie/> (consulté le 11 février 2014).

⁴⁰⁶ Source : CV commenté (transmis par Louis Massé).

⁴⁰⁷ Massé regrette en effet que les données ne soient utilisées qu'à des fins de surveillance individuelle.

⁴⁰⁸ CV commenté. Souligné par Massé. Sur Jamot, DOZON Jean-Pierre, « Quand les Pastoriens traquaient la maladie du sommeil. », *Sciences sociales et santé* 3 (3)-(4), 1985, pp. 27–56.

⁴⁰⁹ Par exemple en conclusion des 5^e Séminaires Yves Biraud de 1982. On parle ici de la médecine militaire et coloniale française.

de Formation aux Recherches Ethnographiques (CFRE), tout juste créé (en 1946) par A. Leroi-Gourhan au Musée de l'homme afin d'offrir une préparation systématique et professionnelle au travail de terrain pour de futurs ethnologues⁴¹⁰. Il s'agit d'un enseignement à visée pratique, qui à la théorisation préfère une démarche empirique et inductive fondée sur la rigueur dans l'observation et l'établissement des faits, et qui valorise fortement le caractère collectif de la recherche, principalement au travers d'un stage d'initiation collective au terrain d'une semaine par immersion dans un village. En 1951, le stage se passe dans la petite ville de Conflans-Sainte-Honorine, où l'Oise se jette dans la Seine, et a pour thème la batellerie⁴¹¹ ; c'est donc sur ce terrain d'enquête que L. Massé écrit son mémoire de thèse, « *Evolution et hygiène du milieu batelier en France* », dont il regrette rétrospectivement que les données aient été réunies sans une « méthode de collecte et de mesure des faits médico-sociaux plus élaborée » et « sans méthode correcte d'analyse ». Entre 1950 et 1952, L. Massé obtient également les certificats d'ethnologie (« sciences » au CFRE et « lettres » à la Sorbonne) et d'anthropologie (à l'Institut de paléontologie humaine), pour lesquels il suit les enseignements d'A. Leroi-Gourhan, M. Griaule ou Cl. Levi-Strauss⁴¹². Ces études l'occupent alors qu'il attend son affectation au sein de l'Institut Français d'Afrique Noire de Dakar, vers lequel l'équipe du Musée de l'homme l'a orienté : promis dès 1950 par Théodore Monod, le recrutement n'est acquis qu'en juin 1952, et la prise de fonction effectuée en janvier 1953, après six mois de formation à l'enquête par sondages dans l'équipe de J. Stoetzel à l'INED.

On ne sait comment Louis et Geneviève Massé ont pu subvenir à leurs besoins pendant ces années charnières de formation et d'attente ; sans doute ont-ils exercé comme médecins. Mais l'essentiel est bien dans cette préparation minutieuse à l'ethnographie et à la démographie, dans des institutions encore naissantes, qui fait pencher la trajectoire scientifique à la fois vers le souci de la collecte des données et vers leur traitement statistique. Moins évident à identifier aujourd'hui est le rôle que L. Massé attribue rétrospectivement à ces années de formation dans le développement de sa réflexion sur l'enseignement. À l'époque, l'INED est selon lui déjà « parvenu à un niveau de développement exceptionnel » sous la direction d'Alfred Sauvy, mais l'enseignement, au contraire du CFRE, laisse beaucoup à désirer, en raison de ce que Massé désigne comme un problème « d'équilibre » entre la « pédagogie de contact », par « compagnonnage », selon lui absolument indispensable, et « la pédagogie de système », où les acquis des stages pratiques sont valorisés par des séquences pédagogiques systématisées.

À Dakar, L. Massé passe une riche décennie. Assistant de recherches, il participe à la fondation de la « section de sociologie », composée de 4 personnes, au sein de l'IFAN, Institut qui dépend directement du Gouvernement Général de l'AOF. Il y applique ce

⁴¹⁰ GUTWIRTH Jacques, « La professionnalisation d'une discipline: le centre de formation aux recherches ethnologiques », *Gradhiva* (29), 2001, pp. 24-41.

⁴¹¹ La ville abrite un Musée de la batellerie depuis 1967.

⁴¹² Geneviève Massé obtient également le certificat d'ethnologie « sciences » en 1951 (AD W 218) : c'est en couple que les deux jeunes médecins se préparent pour l'Afrique.

qu'il a appris à l'INED auprès de J. Stoetzel : il mène des enquêtes par sondages aléatoires en populations urbaines, dont le succès technique ouvre la voie à de grandes enquêtes démographiques par sondage réalisées par l'INSEE. Il dépouille aussi les registres d'état-civil des grandes villes d'AOF afin de compiler des données de mortalité, et les croise avec certaines données médicales. Ce terrain est notamment investi au travers de la question de la distribution spatiale et temporelle de la morbidité et de la mortalité, qui sera doublement valorisée par la suite comme sujet de doctorat de démographie (Paris, 1963) d'une part⁴¹³, et de doctorat en santé publique (Harvard, 1966)⁴¹⁴, d'autre part. Les résultats sont censés constater, sans l'expliquer, une stabilité saisonnière du pic de la mortalité infantile en AOF (en l'occurrence, « au premier passage du soleil au zénith »). Au cours de ces années de chercheur, Massé publie peu, pour l'essentiel dans le *Bulletin de l'IFAN* ; son dossier de publications révèle en outre une nette majorité d'articles méthodologiques. Le profil de Massé, en bref, est celui d'un technicien de la recherche, que nulle grande ambition scientifique semble habiter.

Mais pour être un terrain de recherches, l'Afrique occidentale française est aussi et surtout l'espace où la trajectoire de L. Massé connaît une triple inflexion : vers l'épidémiologie comme discipline, vers l'enseignement, et vers les réseaux internationaux. En 1956, L. Massé est en effet invité par Jean Sénécal, professeur de pédiatrie à Dakar, à seconder Yves Biraud dans l'enseignement des méthodes quantitatives au sein d'un Cours international de pédiatrie sociale, monté sur le modèle créé par Robert Debré à Paris avec le soutien du bureau régional de l'OMS et du Centre international de l'enfance (CIE). Double rencontre décisive pour Massé : celle de Yves Biraud, d'abord, qui lui fait découvrir le profil d'épidémiologiste international, formé aux États-Unis, au cœur des institutions internationales ; celle de la pratique de l'enseignement, ensuite, aux enjeux desquels l'étudiant Massé avait déjà été sensible. Alors que la décolonisation est en marche, et le Gouvernement général de l'AOF sur le point de disparaître, Louis Massé anticipe sa reconversion en musclant son curriculum vitae : dans le but de « parfaire ses connaissances en santé publique, épidémiologie et statistique médicale », il obtient en 1958-1959 une bourse du bureau régional de l'OMS en Afrique de l'Ouest afin de suivre un Master of Public Health à la School of Public Health de Harvard, où son épouse Geneviève s'inscrit la même année en Master of Science in Hygiene (maternal and child health)⁴¹⁵. La relation avec Biraud a sans doute joué dans l'obtention de la bourse, comme les conseils de Jean Mayer, professeur à Harvard, ont pu aider Louis et Geneviève à choisir la prestigieuse université de Cambridge plutôt qu'un autre établissement états-unien (par exemple Johns Hopkins, très réputé en santé publique). On notera en passant que pour Massé comme pour plusieurs EIS *fellows*, la découverte de l'Amérique se fait en Afrique.

⁴¹³ Il s'agit d'une thèse de troisième cycle : « Contribution à l'étude des mouvements de la mortalité en zones urbaines d'Afrique occidentale : variations saisonnières de la mortalité des jeunes enfants ». Un sujet de doctorat d'État déposé en 1968 sur l'implantation spatiale des problèmes de santé dans le département d'Ille-et-Vilaine n'est finalement pas mené à bien faute de temps.

⁴¹⁴ « Seasonal Differences in Health Status in Some West African Urban Communities ».

⁴¹⁵ AD 1258 W 618.

L'expérience américaine semble enchantée. L. Massé bénéficie d'une prolongation de six mois pour commencer une thèse en santé publique dans la foulée de son master, et assure même, rétrospectivement, que lui aurait été fait une proposition de poste d'enseignant dans le département d'épidémiologie, qu'il aurait refusé au nom de l'engagement pris auprès du Bureau régional de l'OMS de revenir à son poste à l'issue de la formation. La thèse, on l'a dit, porte sur l'influence du climat sur la mortalité en Afrique, et sera finalement soutenue en janvier 1966⁴¹⁶. Intégré comme maître de recherche à l'ORSTOM en 1961 mais maintenu en détachement à l'IFAN, L. Massé se reconvertit à nouveau, en suivant la passerelle de la recherche vers l'enseignement : à partir de la fin 1962, il est détaché comme professeur d'épidémiologie pour assister Biraud dans la nouvelle Ecole nationale de santé publique fondée à Rennes, à la demande de Jean Sèneçal. Les premiers enseignements sont donnés à Rennes au cours de l'hiver 1962-1963. L. Massé revient d'Afrique avec une expérience de chercheur en statistiques, quelques heures de vol dans l'enseignement à Dakar, et un Master of Public Health d'Harvard : il est clairement trop peu doté pour espérer peser dans l'espace naissant de l'épidémiologie qui se structure autour des biostatisticiens de Villejuif.

Professeur d'épidémiologie et de statistiques

À partir de 1963, L. Massé ne renonce pas complètement à la recherche, mais sa carrière est fortement infléchie par son institution de rattachement, une école d'administration, et aux réseaux auxquels elle lui donne accès.

L. Massé ne renonce pas à la recherche. Après ses deux doctorats (démographie en 1963, *public health* en 1966), il devient directeur de recherches à l'ORSTOM – son institution d'appartenance jusqu'à sa retraite en 1990. Son dossier de publications, d'une trentaine d'entrées, atteste une très faible intégration dans l'espace scientifique de manière générale, dans les années 1960 et 1970 en particulier. L. Massé ne publie quasiment pas avant les années 1970, au cours desquelles la majorité de ses publications en français (10 exactement) paraissent dans le *Bulletin trimestriel de l'ENSP*. Il ne s'agit pas de résultats d'enquête, mais de compte-rendus de réunions, de présentation d'institutions, ou de notes de méthode ; les publications scientifiques, toujours en collaboration, portent surtout la distribution spatiale des cancers de l'œsophage en Bretagne (*Cahiers de sociologie et de démographies médicales* en 1970, *International journal of epidemiology*, 1973 et 1975) ; quant aux publications en anglais, elles sont principalement de nature pédagogique ou synthétique. La recherche sur les cancers est tout sauf inintéressante : L. Massé et ses collègues mettent en évidence, à partir des certificats de décès et de comparaisons avec les données nationales et internationales, une corrélation entre consommation d'alcool et cancer de l'œsophage. Mais elle est très loin de correspondre au canon des études épidémiologiques en vigueur dans les années 1970, études cas-témoins ou études de cohortes fondées sur des données construites pour l'expérimentation ou l'observation

⁴¹⁶ Massé profite de cours à donner à Montréal pour passer une journée à Harvard.

directe⁴¹⁷. L'usage des certificats de décès, données de mortalité qui font partie des statistiques sanitaires les plus classiques, situe l'enquête de Massé loin de la modernité épidémiologique.

Si Massé ne déploie pas une grande activité de chercheur, c'est en grande partie pour des raisons qui tiennent à son institution de rattachement, lieu de formation où la charge d'enseignement est importante et où la recherche demeure longtemps partie négligeable. L'ENSP a pour mission de former les cadres de la santé, et n'est pas reconnu comme lieu pour la recherche. Le refus de l'INSERM d'autoriser en 1970 la création d'une unité de recherches en statistique et épidémiologie est significatif de l'éloignement de l'ENSP à l'égard des instances de production de la recherche légitime⁴¹⁸. Composée d'une douzaine de personnes, au nombre desquelles les responsables de l'INSERM (E. Aujaleu, R. Debré), les statisticiens de l'ancien INH (A. Lotte), mais aussi les représentants de la nouvelle épidémiologie (D. Schwartz et C. Rumeau-Rouquette), et le directeur de l'ENSP (O. Cayla), la Commission scientifique spécialisée « Epidémiologie, médecine préventive et action médico-sociale » (CSS n° 13) examine en mai 1968 la demande de création d'un groupe de recherche épidémiologique à l'ENSP, dans le cadre de la préparation du VIème plan dans le domaine de la recherche biomédicale et en santé publique. Dans l'argumentaire à l'appui de la demande, O. Cayla souligne que toutes les disciplines indispensables à l'épidémiologie et à la santé publique sont enseignées dans l'Ecole de Rennes, et que trois équipes sont déjà constituées, l'une de « statistique sanitaire et sociale », l'autre de « recherche en épidémiologie des maladies transmissibles », la troisième de « nutrition ». L'équipe de statistique sanitaire et sociale est dirigée par L. Massé, « chef de la section statistique de l'Ecole », et composée de Geneviève Massé et de deux assistants d'enseignement, le médecin Jean-Paul Jardel et l'ingénieur du génie sanitaire René Kersauzé, avec lesquels Massé a notamment publié sur l'épidémiologie de l'alcoolisme (corrélation entre exode rural, le sous-équipement technique, efficacité du service social, et alcoolisme).

« Dans cette section, on travaille à la mise au point de 'modèles' pour l'étude épidémiologique, d'un enseignement programmé en statistique et épidémiologie dans l'espoir de pouvoir réaliser ce programme avec un ordinateur »⁴¹⁹. « Il est incontestable, conclut Cayla, que l'Ecole nationale de la santé publique est l'endroit idéal pour la constitution d'un groupe de recherche épidémiologiques. L'épidémiologie étant la discipline qui caractérise la spécialisation en santé publique, on y trouve tous les spécialistes nécessaires à son étude et à ses applications. Les équipes de recherche déjà constituées pourraient y être regroupées et leurs recherches coordonnées. Ce groupe de recherche pourrait, par la suite, être transformé en unité de recherche qui serait alors installée dans un laboratoire construit par l'INSERM sur l'emplacement réservé à cet effet ».

⁴¹⁷ GIROUX Élodie, « Origines de l'étude prospective de cohorte », *art. cit.* ; GIROUX Élodie, « Contribution à l'histoire de l'épidémiologie des facteurs de risque », *art. cit.*

⁴¹⁸ Le dossier peut être consulté dans AD W 178.

⁴¹⁹ Lettre du directeur de l'ENSP au DG de l'INSERM, 3 mai 1968. W 178.

Dans le formulaire de demande de création d'un groupe de recherche, Cayla justifie comme suit sa demande :

« La recherche épidémiologique qui analyse les divers éléments écologiques et étudie leurs corrélations avec les phénomènes pathologiques observés dans les groupes humains est une recherche multidisciplinaire à laquelle doivent travailler en équipe les chercheurs en méthodologie statistique et ses applications démographiques, sanitaires et sociales, en sociologie et en psychosociologie , en sciences économiques ainsi que ceux qui sont spécialisés dans les sciences fondamentales appliquées à la santé publique : microbiologie, physique, chimie, physiologie, nutrition... La coopération est indispensable avec les spécialistes de l'hygiène du milieu, de la médecine préventive et de l'administration sanitaire. Toutes les disciplines sont représentées à l'ENSP qui constitue du fait de leur présence et de leur coopération le lien idéal pour y développer la recherche épidémiologique. Les grandes écoles de santé publique des États-Unis d'Amérique et du Royaume Uni sont le siège d'unités de recherche en épidémiologie extrêmement actifs (Harvard, Berkeley, London School of Hygiene and tropical Medicine...). »

Or, il suffit de mettre en regard les formes d'épidémiologie consacrées à l'époque à l'INSERM pour voir combien la définition de l'épidémiologie par le directeur et les équipes de l'ENSP en est éloignée. Le 22 avril 1968, la CCS n°13 fait le point sur l'état de la recherche épidémiologique au sujet de la tuberculose en distinguant trois catégories : les études méthodologiques, qui « ont trait à la standardisation des techniques de dépistage ou de diagnostic en vue d'obtenir une meilleure objectivité et une uniformisation des critères d'interprétation » ; les (très/trop) nombreuses études épidémiologiques descriptives, qui ont pour « but de déterminer la fréquence globale de la tuberculose dans certains effectifs de population, sa répartition par âge, sexe, nationalité, groupe socio-professionnel » ; les études épidémiologiques analytiques enfin, études longitudinales sur le risque de morbidité tuberculeuse dans certaines collectivités. Au mieux, l'épidémiologie mise en œuvre à l'ENSP peut être intégrée dans le groupe des études descriptives, qui ne valent pas de vrais études longitudinales ou méthodologiques. En outre, l'ENSP met en avant des formes de collaboration de ses statisticiens avec les producteurs de données (médecine préventive, administration sanitaire) et les sciences sociales, qui pour les statisticiens de l'INSERM n'ont guère d'intérêt (on peut supposer qu'au mieux, elles vont de soi...). La réponse finale de l'INSERM est négative, le directeur général Constant Burg arguant d'une politique nouvelle de contractualisation au détriment de la création d'unités et d'un rapport négatif sur la demande de l'ENSP : O. Cayla est contraint de se plier à la logique de l'institut de recherches, et de proposer de d'orienter les équipes de l'ENSP vers les besoins de l'INSERM en matière de recherche sur la pollution de l'environnement, un thème que L. Massé investira d'ailleurs à la fin des années 1970 dans ses collaborations avec les spécialistes américains.

Au demeurant, le développement de la recherche à l'ENSP aurait supposé que du temps libre soit laissé aux enseignants pour faire autre choses que des études descriptives. Or, Massé, comme d'autres sans doute, est très pris par sa charge d'enseignements, notamment lors des premières années. L'ENSP, on l'a dit, est

destinée à la formation d'administrateurs de la santé : ingénieurs sanitaires, médecins ou pharmaciens de santé publique, directeurs d'hôpitaux, inspecteurs de l'action sanitaire et sociale. L. Massé prend très à cœur cet enseignement pratique, exigeant, moins valorisé et pourtant plus difficile que l'enseignement universitaire, puisqu'il ne suffit pas de prononcer en chaire des leçons de spécialiste, mais qu'il faut s'adapter à la diversité des publics, pour une bonne part des adultes en formation continue ou en reconversion professionnelle, aux cursus très variés.

« La variété des formations initiales des élèves (de l'ingénieur et du médecin au littéraire ou au juriste pur), et de leur âge (de 22 à 55 ans au plus), la variété des objectifs poursuivis, des modules d'enseignement, des effectifs d'élèves à prendre en charge en même temps a conduit à organiser des approches pédagogiques extrêmement différentes. Les exemples choisis comme exercices et, les cas concrets devaient être constamment mis à jour et correspondre aux préoccupations immédiates des élèves ». Cet impératif d'« adaptation constante » constitue pour LM « un des aspects les plus accaparants mais les plus passionnants » de l'enseignement »⁴²⁰.

En outre, L. Massé diversifie notablement ses enseignements – peut-être en partie pour des raisons financières. Il répond favorablement à des propositions de cours de méthodes quantitatives dans les facultés de médecine de Marseille (formation spécialisée en médecine tropicale) et Rennes (formation spécialisée en médecine du travail), et donne aussi à l'occasion quelques cours à l'étranger. Surtout, il participe, à l'invitation des professeurs Baltazard et Mollaret (avec lequel il devient « bon copain »), au nouveau « cours d'épidémiologie » de l'Institut Pasteur destiné à partir de 1970 à de jeunes biologistes, médecins et vétérinaires engagés dans la recherche épidémiologique – il s'agit ici évidemment d'« épidémiologie » au sens de science des maladies infectieuses. L. Massé reprend le cours de « statistiques appliquées » dès la deuxième année, afin de remplacer Cl. Rumeau-Rouquette, (bio)statisticienne « moderne », dont les cours étaient jugés trop difficiles⁴²¹. L. Massé conserve un souvenir enchanté de cet enseignement élitiste auprès de petits groupes (16 élèves), « *le plus passionnant des enseignements auxquels l'honneur [lui] a été fait d'être associé* », qu'il conserve durant trois décennies (de 1970 à 1999) de manière intensive (le total annuel atteint jusqu'à 180 heures) : « c'était vraiment de la santé publique, c'était de la vraie santé publique. C'était des vétérinaires, des pharmaciens, des médecins, des biologistes, enfin il y avait tout, quoi, et c'était passionnant. Les meilleurs c'était les vétérinaires, certainement » - vétérinaires parmi lesquels figure Ph. Stoeckel, future cheville ouvrière de l'IDEA. C'est aussi qu'il peut faire valoir des titres à enseigner : il est allé se former aux États-Unis en 1965, où à l'occasion des *Graduate Summer sessions* de l'université de Wisconsin, retenue à défaut des CDC (dont le cours est « devenu très fermé »⁴²²), il suit les cours de Milton Terris spécifiquement consacrés à l'épidémiologie.

⁴²⁰ « Histoire de l'enseignement à l'École Nationale de Santé Publique. Tome 1 : jusqu'en 1976 », *Cahiers de l'ENSP*, n° 0, cité.

⁴²¹ Entretien Bernard Toma (mars 2012).

⁴²² AD W 605.

L'enseignement lui ouvre ainsi des réseaux en France (les pastoriens, les vétérinaires). Mais bien plus, l'activité pédagogique le passionne : on pourrait compléter les éléments déjà soulignés (sur les mandarins parisiens ou l'INED) par bien des anecdotes narrées en entretien, comme celle où il insiste sur l'importance de se montrer « sympathique » à l'égard d'élèves qui sont aussi des adultes, ou celle où il remarque avec intérêt l'habitude des professeurs de Harvard de ne pas rester sur une estrade, mais de se place à égalité avec leur classe.

Les échappées internationales

Le second séjour aux États-Unis de 1965 marque, on l'a dit, un nouveau tournant dans la carrière de L. Massé, qui le porte à s'investir dans les réseaux internationaux de l'épidémiologie. Désormais docteur en santé publique (1966) et directeur de recherches, il est « recruté à l'OMS », inscrit au Tableau permanent des experts de l'OMS, pour le compte de laquelle il rédige des rapports et organise des séminaires⁴²³. En 1967, il représente son institution, l'ENSP, au sein de la toute nouvelle Association européenne des écoles de santé publique, créée en 1964. Surtout, il adhère à l'International Epidemiological Association (IEA, créée en 1954), dont il intègre progressivement les cercles décisionnaires (« *admission committee* », « *council* », puis « *executive committee* ») ; c'est en tant que « secrétaire chargé des relations avec l'OMS » qu'il participe aux Assemblées mondiales en 1975 et 1976. Louis et Geneviève Massé sont d'ailleurs les premiers Français à adhérer à l'IEA, avant les nouveaux hérauts de la modernité épidémiologique (D. Schwartz, Cl. Rumeau-Rouquette, etc.) ; L. Massé est également recruté dans les années 1970 comme membre du Comité de rédaction de l'*International Journal of Epidemiology*, revue de l'association aujourd'hui considérée comme de référence.

L'engagement lui donne accès à de nouveaux réseaux, nationaux et internationaux, et nourrit un indéniable activisme institutionnel. Ainsi c'est d'après lui lors de sa rencontre avec Claude Rumeau-Rouquette, épidémiologiste de l'INSERM au 3^e Congrès de l'IEA, qu'est conçu le projet de création d'une association internationale francophone d'épidémiologistes (ADELF), au conseil d'administration de laquelle il siège jusqu'au milieu des années 1980, mais où il semble rapidement regretter le manque d'œcuménisme des universitaires, lesquels, majoritaires, ne tiennent guère en grande estime les techniques quantitatives de l'épidémiologie descriptive. Plus heureux sont les échanges avec le monde anglo-saxon. D'abord avec les épidémiologistes britanniques rencontrés lors du 2nd Congrès de l'IEA, avec lesquels il organise des réunions franco-britanniques d'épidémiologie et de médecine sociale de 1972 à 1988 – il sera élu membre d'honneur de la prestigieuse *Society for social medicine*⁴²⁴. Ensuite avec les épidémiologistes américains, et notamment le Dr Paul

⁴²³ Par exemple, en 1973, un séminaire itinérant aux États-Unis et en Grande-Bretagne sur l'enseignement des méthodes quantitatives en santé publique.

⁴²⁴ L. Massé est élu membre d'honneur de la *Society for social medicine*.

Leaverton, du National Center for Health Statistics, avec lequel, on l'a vu, il organise en 1978, sur les bords du lac d'Annecy, le premier Séminaire Yves Biraud.

Il faut sans doute rapporter cet investissement international au regard de la position relativement marginale dans le paysage français, dont témoigne d'ailleurs la position déjà signalée au sein de l'ADEF. On peut s'interroger sur les ressorts de cet investissement. Dans le monde international, majoritairement anglo-saxon, L. Massé n'acquiert pas pour autant une grande visibilité. Massé fréquente certes des figures majeures, comme l'américain John Pemberton (président de l'association de 1968 à 1971) ou le britannique Kerr White (président de 1974 à 1977). Mais il ne compte pas parmi la quarantaine de membres honoraires, au sein de laquelle Daniel Schwartz est le seul français représenté. L. Massé, assurément, n'est pas un ténor de la discipline, faute d'œuvre scientifique ou de poids institutionnel. Mais il compte parmi les relais et les importateurs en France de certaines formes d'épidémiologie, notamment en traduisant ou en préfaçant des manuels, celui de Milos Jenicek en 1976 ou celui d'Archibald Cochrane (lui-même me 4^{ème} à être élevé au rang de membre honoraire de l'EIA). Les manuels sont d'ailleurs le type principal de publication de L. Massé au cours des années 1970 – il contribue à un manuel de l'OMS en 1973 (*Epidémiologie, un guide de méthodes d'enseignement*, traduit en 8 langues), et co-écrit avec Geneviève un ouvrage de *Statistique sanitaire et sociale* (1972). C'est cependant l'épidémiologie de surveillance américaine, celle d'Alexandre Langmuir (lui-même 3^{ème} épidémiologiste élevé au rang de membre honoraire de l'EIA), qu'il va contribuer par-dessus tout à importer en France.

En butte à diverses tracasseries au sein de l'ENSP, où son poste comme d'autres sont menacés et où ses voyages à l'étranger agacent⁴²⁵, L. Massé voit dans les Séminaires Biraud non seulement une manière de rendre hommage à son maître et ami mais aussi de prolonger ses réseaux internationaux sur le sol français. La création des Séminaires est aussi le résultat d'un certain capital social ou mondain chez L. Massé, capital discret mais très efficace. Il n'est pas anodin, en effet, que l'origine des Séminaires se situe, d'après Massé, dans sa rencontre fort mondaine avec l'américain Douglas Mac Jannet, directeur d'établissement à la retraite. C'est en effet à l'occasion du don par Mac Jannet du Prieuré médiéval de Talloires au Centre européen de la Tufts University, que L. Massé découvre que D. Mac Jannet a eu Y. Biraud en 1924 comme collaborateur dans son école américaine sise à Saint-Cloud - mieux encore, que c'est Mac Jannet qui aurait alors conseillé alors au jeune étudiant en médecine d'aller étudier la santé publique à Johns Hopkins, première étape de la carrière internationale du futur épidémiologiste. Or, la rencontre avec Mac Jannet sur les bords du Lac d'Annecy, dans la région de laquelle les Massé ont une résidence secondaire, n'aurait pas été possible sans leurs ressources familiales - en l'occurrence le beau-frère de Massé est alors président de la Tufts University. Si Louis Massé a acquis des diplômes aux États-Unis et s'est constitué des réseaux internationaux par son labeur et avec le soutien initial de

⁴²⁵ À l'ENSP, ses voyages à l'étranger sont loin de plaire à tous. Mais il faut souligner que l'activisme de L. Massé se manifeste aussi au niveau local (au sein du CHRU, via des Conférences sanitaires à Rennes, dans une Association Villermé en 1976 qui préfigure l'ORS Bretagne...).

Yves Biraud, il doit aussi une partie de son capital international à son épouse et à sa belle-famille. Le capital international de Massé est en partie un capital hérité.

Médecin, spécialiste de santé publique et des questions de périnatalité, Geneviève Massé (1924-2012) a suivi la même carrière que son époux en Afrique puis à Rennes⁴²⁶. Etudiante honorée⁴²⁷, elle est issue du sérail universitaire franco-américain au sein d'une famille de grands médecins. Si Louis Massé déclare avoir eu peu de relations avec son beau-père, il affirme en revanche avoir entretenu les meilleures relations avec son beau-frère.

Le père de Geneviève, André Mayer (1875-1956), est une figure majeure de la médecine française et mondiale au 20^e siècle, dont il est impossible de retracer brièvement tous les mérites⁴²⁸. Elève du premier disciple de Claude Bernard, médecin et physiologiste qui fait toute sa carrière au Collège de France (sauf de 1919 à 1922 quand il occupe la chaire de la Faculté de médecine de Strasbourg), où il est élu Professeur en 1922, André Mayer est un chercheur réputé pour les travaux menés au long de sa carrière sur la soif, le rôle du rein dans la régulation de l'organisme, les mitochondries, les effets physico-pathologies des gaz toxiques, la thermorégulation, et la nutrition. Avec Jean Perrin, il fonde après-guerre l'Institut de biologie physico-chimique (financé par un don d'Edmond de Rothschild) qui jouxte l'Institut Curie, puis un Institut de la nutrition. C'est qu'André Mayer est non seulement un chercheur et un « patron » de recherches, mais aussi un homme d'action qui se révèle lors de la Grande Guerre. Engagé volontaire, médecin sur le front, Mayer est rappelé à l'arrière au lendemain de la première attaque aux gaz par l'armée allemande afin d'organiser un service chargé d'étudier les effets des gaz et de rechercher des moyens de protection. Mayer réunit physiologistes, histologistes et chimistes, coordonne les recherches, interprète les résultats et rédige pas moins de 750 rapports au cours de la guerre. Parmi les faits d'armes qui lui sont attribués (il est décoré par plusieurs armées alliées), des mesures de prévention (il contribue avec ses collègues britanniques et anglo-saxons à l'élaboration des masques à gaz), mais aussi des alertes (il identifie l'ypérite huit jours après son utilisation), et une vigilance qui lui permet d'identifier et de résoudre différents problèmes de santé (par exemple chez les ouvriers qui produisent l'acide picrique), tout en les constituant en objets de recherche – une forme de veille sanitaire avant l'heure.

Dans les années 1920 et 1930, il préside le comité d'experts de la Croix-rouge internationale sur la protection des victimes civiles, se bat pour l'interdiction des armes chimiques et bactériologiques dans plusieurs réunions internationales, et participe aux travaux de la section de nutrition de la SDN. Contraint à l'exil en 1940, il dirige la mission scientifique et médicale de la France Libre aux États-Unis, où avec Franck Mc Dougall, il convainc en 1942 le président Roosevelt de lutter contre la faim dans le monde en créant une organisation dédiée à l'agriculture et à la nourriture. Après la conférence préliminaire de mai 1943, la FAO se réunit pour la première fois en octobre 1945, et l'élit président du comité exécutif de la nouvelle organisation (on l'appellera

⁴²⁶ AD 1258 W 618.

⁴²⁷ Elle obtient la médaille de bronze de la faculté de médecine de Paris pour son doctorat en 1952.

⁴²⁸ Il existe plusieurs nécrologies d'André Mayer (notamment celle rédigée par son fils Jean, dans *The Journal of Nutrition* (99, p. 1- 8, 1969).

« Monsieur FAO »). À la tête de l'Institut de biologie physico-chimique, André Mayer joue en outre un rôle important dans la France médicale et scientifique de l'entre-deux-guerres. Membre du Conseil supérieur de l'instruction publique, il contribue à la réorganisation des études médicales et à la création du PCB. Il fait aussi partie du groupe de chercheurs qui, autour du physicien Jean Perrin, prix Nobel en 1926, « habités d'un véritable messianisme scientifique » et d'une foi dans le progressisme et la République, plaident pour une organisation nationale de la science, et d'abord un financement public de bourses en faveur des jeunes chercheurs les plus prometteurs⁴²⁹. Le projet Perrin-Mayer pour un service national de la recherche scientifique de 1930 est au départ du principe qui aboutira à la création du CNRS en octobre 1939⁴³⁰. On le voit, André Mayer est un scientifique investi dans l'action par la force des événements, qui devient expert international dès la fin de la Grande Guerre, puis participe à la fondation d'une importante institution internationale, mais qui n'est pas spécialement tourné vers les États-Unis (il est contraint d'y résider pendant la 2^{nde} Guerre mondiale, mais retourne à Paris et en France dès 1945).

André Mayer s'est marié tardivement, en 1919, avec l'une de ses assistantes, Jeanne Weill, dont il a deux enfants, Jean (né en 1920) et Geneviève (née en 1924). Dans la nécrologie qu'il rédige en hommage à son père, à un moment clef de sa propre carrière (1969), Jean Mayer insiste sur les qualités d'homme d'action de ce dernier, soulignant qu'il a toujours refusé les positions qui l'auraient éloigné de l'activité de recherche (et de citer la présidence de l'Université de Paris, celle du Collège de France, ou des postes de ministres). Or, ces positions sont justement celles que Jean semblent avoir au contraire activement recherchées.

Après la 2^e Guerre mondiale, où il sert comme officier dans les Forces Françaises Libres, Jean Mayer effectue ses études puis sa carrière aux États-Unis⁴³¹. Il soutient à Yale une thèse de « chimie physiologique » sur les interactions entre les vitamines A et C, mais choisit un poste de « *nutrition officer* » à la FAO, à Washington DC, plutôt qu'une position d'enseignant à l'université d'Utah, au nom du devoir de bâtir un ordre international prospère et pacifique. Il poursuit parallèlement ses études dans le département de pharmacologie de la G. Washington University, qui lui permet de soutenir à la Sorbonne, en 1950, un doctorat de physiologie, et d'être recruté dans le département de Nutrition de la Harvard School of Public Health, où il développe des recherches sur la régulation de la prise de nourriture. Jean Mayer et son équipe publient de très nombreux travaux sur l'obésité chez les souris, mais l'activité de recherche semble vite en-deça de ses ambitions. Son biographe souligne qu'il fréquente progressivement des *fine private dining clubs* de Boston, où il se lie d'amitié avec Daniel P. Moynihan, qui l'aurait introduit auprès du président Nixon juste élu⁴³².

⁴²⁹ PICARD Jean François, *La république des savants: la recherche française et le CNRS*, Paris, Flammarion, 1990. : p. 35.

⁴³⁰ Ibid.

⁴³¹ GERSHOFF Stanley N., « Jean Mayer 1920–1993 », *The Journal of nutrition* 131 (6), 2001, pp. 1651–1654.

⁴³² Moynihan, démocrate ayant participé à l'administration Kennedy mais opposé à l'investiture Johnson en 1964, rejoint le staff de Nixon en qualité de conseiller pour les affaires urbaines après avoir prôné le rapprochement des conservateurs et des libéraux sur le sujet.

Recruté comme conseiller spécial du président Nixon, Jean Mayer est chargé d'organiser en 1969 une conférence à la Maison Blanche sur l'alimentation, la nutrition et la santé, dont les recommandations tiennent lieu de *vade mecum* pour les politiques publiques américaines en matière de nutrition. Sa carrière universitaire prend alors un tour plus politique (il conseille également les présidents Ford et Carter), couronnée rapidement par son élection à la tête de la Tufts University en 1976, dont il conserve la présidence jusqu'en 1992. Université moyenne de la banlieue de Boston, à Medford, à quelques kilomètres de Cambridge et du campus de Harvard, la Tufts se développe très fortement, sous la présidence de Jean Mayer, dans les sciences environnementales, biomédicales et, bien sûr, de la nutrition, grâce aux soutiens du Sénat et du Département fédéral de l'Agriculture. Son mandat comprend aussi l'acquisition du prieuré de Talloires, qui devient le Centre européen de l'université.

Jean Mayer a sans doute aidé Jean et Geneviève Massé (laquelle avait déjà étudié aux États-Unis) lors de leur séjour américain de la fin des années 1950, et les a sans doute accueilli plusieurs fois quand ils se rendaient aux États-Unis. Il a favorisé la création des Séminaires Biraud en rachetant le Prieuré de Talloires à D. Mac Jannet et en donnant ainsi l'opportunité à Massé de rencontrer le vieux pédagogue américain. Plus encore, selon L. Massé, c'est aussi Jean Mayer qui attirera l'attention de Charles Mérieux, dont la résidence familiale est située à Veyrier-du-Lac, à quelques kilomètres de Talloires, sur les Séminaires. Capital mondain, capital hérité : s'il est difficile de mesurer ce que Massé doit à son épouse et à la fréquentation régulière de son beau-frère, il est vraisemblable que l'activisme international n'est pas seulement, chez lui, une manière de compenser une relative marginalité dans son champ professionnel national, mais bien une manière de se conformer à une réalité tangible. Un « grand bonhomme », en ce sens, est un épidémiologiste qui voyage, échange avec ses collègues, et monte sans cesse des projets de collaboration au service de la santé publique.

Prolonger l'œuvre de Biraud.

Le virage international de L. Massé suit de peu le décès accidentel et précoce d'Yves Biraud, et on peut dire que tout se passe comme si L. Massé avait ainsi assumé l'héritage d'un homme qu'il admire profondément. Les Séminaires sont donc une manière de rendre hommage à l'homme Biraud, dont le portrait orne certains Actes parus, et de prolonger l'œuvre de l'épidémiologiste, en favorisant en France une appréhension internationale de la surveillance. Le soutien de Massé à l'entreprise IDEA est plus étonnant : comme on l'a vu, Y. Biraud n'est pas forcément acquis à l'épidémiologie des CDC, que le projet de l'IDEA réplique purement et simplement, au moins dans un premier temps. Mais ce type de surveillance épidémiologique des CDC s'avère ne pas être non plus la tasse de thé de Massé, dont l'engagement dans l'IDEA est en fait très mesuré. Au cours de l'entretien, Massé insistera d'ailleurs pour présenter les Séminaires comme ce qui lui revient, comme « [son] affaire » - au contraire de l'IDEA, faut-il comprendre.

La création de l'IDEA en 1984 coïncide avec une tentative de mise à la retraite d'office de L. Massé par la nouvelle direction de l'ENSP ; ou plutôt, d'après lui, il la provoque.

La retraite étant alors due à 60 ans à l'ORSTOM, la direction de l'ENSP lui signifie le jour même de son soixantième anniversaire qu'il doit quitter ses fonctions. L. Massé explique rétrospectivement cette décision brutale et non souhaitée par le fait que le directeur, un de ses anciens élèves, lui reproche de ne pas l'avoir tenu informé du « coup de poker », finalement réussi et utile à l'ENSP, de la création de l'IDEA. Il parvient néanmoins à rester en poste encore trois ans, jusqu'en 1988, où il est nommé directeur à Brazzaville d'une école de santé publique nouvellement créée. Le poste est avantageux (rémunération doublée, statut de diplomate) mais le retour en Afrique s'avère bref (deux ans).

À la suite du *Séminaire* de 1983, L. Massé participe très concrètement à la création de l'IDEA. Il se rend une première fois avec Philippe Stoeckel à Atlanta début 1984 pour finaliser les contours de l'aide que les épidémiologistes américains pourraient apporter à une formation française, et discuter de ce qui pourrait être exigé des *fellows* français formés à Atlanta. Afin de suivre le cours EIS, il y retourne au cours de l'été avec l'équipe chargée de réaliser le premier cours de l'IDEA en septembre. L. Massé fait ainsi partie de l'équipe enseignante du premier cours IDEA, mais au même titre que les autres, et il est assez significatif que la réception de clôture du cours IDEA, commencé au Prieuré de Talloires, lieu « historique » des Séminaires Braud, se tienne quelques kilomètres plus loin, dans le Centre spécialement construit par Ch. Mérieux pour l'Institut sur les terres de la propriété familiale, les Pensières, à Veyrier-du-Lac : ce sont les formateurs des CDC et les français formés à Atlanta qui prennent alors en main la cause de l'épidémiologie de terrain en France.

Même s'il ne manque pas de faire état, dans la longue liste de son *cursus honorum*, du « diplôme d'épidémiologie des "EIS officers du CDC" » obtenu en 1984 (rappelons qu'il ne s'agit pas d'un diplôme...), L. Massé ajoute des commentaires ironiques sur « le célèbre cours introductif » et sur la « pédagogie particulière du CDC » « quelque peu surestimée », précisant que, « dans le cadre des Séminaires Yves Braud, [ils avaient] formé le projet d'importer en France le savoir particulier du CDC pour l'eupéaniser ». Le répliquer lui semblait impensable. La critique est plus directe en situation d'entretien⁴³³. Le cours EIS est pauvre, trop court, on n'y apprend rien, et il a d'ailleurs fallu l'améliorer considérablement.

« J'ai suivi le cours du CDC, donc je sais comment ça marche, et je sais la pauvreté de ce cours. En trois semaines on peut pas apprendre grand chose. ()

Et puis après ça j'ai participé à l'enseignement, dans le premier cours [de l'IDEA] (). je me suis heurté à eux dans l'enseignement, parce que, sur un exemple que je connaissais bien, par cœur, parce que je l'enseignais depuis des années, et eux depuis quelques semaines, eux ils passaient dix minutes, moi je passais trois heures au minimum. C'est pas la même chose, c'est pas la même approche, on apprend pas les mêmes choses en trois heures et en dix minutes. () Alors ils m'ont trouvé pas conforme à leurs objectifs. Ceci dit, les Français qui ont participé au cours, pas de Talloires [en 1984] mais aux suivants, à Veyrier-du-Lac, ont terriblement amélioré la technique, au

⁴³³ Au point que Massé conclura en reconnaissant avoir un peu « déchargé [sa] bile ».

point que, quand les Canadiens ont voulu faire quelque chose type CDC, ils nous ont demandé à nous Français de leur organiser un cours type CDC. Et ça c'est répandu, ça s'est fait en Europe, ça s'est fait ailleurs. C'est dire que nous avons en quelque sorte amélioré leur technique »⁴³⁴.

Pire, les enquêtes de terrain organisées dans le cadre du cours laissent pour le moins dubitatif L. Massé, assez expérimenté en la matière.

« quand on allait faire des enquêtes pour le CDC en tant qu'élèves, bah les gens nous recevaient pas. Et puis on revenait en disant, bon bah voilà... comment faire une enquête dans ce cas là, dans ce genre de choses, et comment prendre au sérieux les gens qui font de telles enquêtes ? ».

Massé distille dans son discours moult formules méprisantes pour les Américains, notamment dès lors qu'il est question de réjouissances gastronomiques, qu'ils ne sauraient pas apprécier – seul Mike, Gregg, le francophone et francophile, trouve vraiment grâce à ses yeux (« il avait eu une éducation en France dans sa jeunesse, dans son enfance, () c'est un type très sympathique avec lequel j'ai eu les plus franches rigolades »). L'ire de Massé porte surtout l'institution des CDC (« je me suis pas entendu du tout avec les gens du CDC »). Elle peut prendre la forme du ressentiment (« j'ai pris tout l'été, avec mes trois copains, dans une équipe, pour aller suivre ce cours, nous avons pris tout l'été pour leur traduire en français leur cours, et ces cochons là nous ont pas dit merci »). Mais elle exprime aussi une distance à l'égard d'un modèle institutionnel précis. Massé qualifie en effet l'EPO, dirigé par Gregg, de « sorte de "deuxième bureau" des épidémies » ; le CDC, « quoique civil, a toujours conservé un mode opératoire militaire », particularité qui lui a assuré « une redoutable efficacité » : « ça marche, le CDC, donc c'est bien. Mais ça marche en tant que fourmilière ». Les derniers extraits d'entretien ci-dessous montrent que Massé n'est pas loin d'avoir pour le dispositif institutionnel et la méthode « *quick and dirty* » des CDC le même type de mépris que les « vrais » épidémiologistes de l'INSERM ont alors pour la surveillance administrative de l'ENSP, à ceci près que, pour Massé, c'est aussi voire surtout la dimension de sécurité qui justifie aussi son rejet de l'institution américaine.

« Vous avez déjà entendu parler des fourmilières, ou des nids d'abeille, ou de guêpes, où les gens sont prédestinés. Le CDC, c'est une fourmilière. Ça a été créé par l'armée, dans un but de lutter contre les épidémies, qui menaçaient les armées, de toute façon, et pour ça il fallait de la discipline, de la discipline et encore de la discipline (). Alors comment ça marche, le CDC ? Ils donnent une formation de trois semaines. Former quelqu'un en épidémiologie en trois semaines, il faut vraiment être culotté. Bon. Au bout des trois semaines, ils sont aptes à aller dans un poste dans un des États (). Ils savent rien, les types, seulement ils savent qu'ils font partie du CDC, qu'à tout moment ils peuvent téléphoner au patron pour faire intervenir une équipe. () C'est tout ce qu'on leur demande ».(.)

⁴³⁴ Entretien Louis Massé.

- pour les CDC, leur méthode s'oppose à celle du monde académique parce qu'elle est pratique ?
- Oui. Elle est surtout nulle. ()

Au fond s'ils ne m'aimaient pas tellement, aux CDC, c'est que j'avais un doctorat de Harvard. Et que ça leur paraissait très suspect. Eux ils veulent des fourmis. Ils forment des fourmis, et puis voilà, ça doit marcher. () et on les envoie au casse-pipe. Et puis ça coûte moins cher de casser les pipes de soldats que celles de..., enfin, M. Bush sait très bien ce qu'il fait. »

Un acteur au miroir de l'enquête

Je voudrais en guise de conclusion la description de la trajectoire de Massé dresser de lui un portrait croisé, par un usage plutôt rare, sinon inédit, des entretiens recueillis pour le compte de cette enquête. Il faut d'abord revenir brièvement sur les avantages et les inconvénients des entretiens comme source pour l'analyse en science sociale. Les entretiens réalisés avec les « acteurs » sont devenus en science politique un outil banal de la recherche qui fait l'objet d'une bibliographie méthodologique impressionnante et de discussions critiques serrées⁴³⁵. Ils sont d'ailleurs enseignés très tôt aux étudiants, souvent dès la troisième année de licence, car ils constituent une technique socialement acceptée et plus facilement praticable que l'observation ou le travail sur archives⁴³⁶ : s'il est plus ou moins aisé d'entrer en contact avec les acteurs, l'interaction donne l'illusion d'une grande productivité. Bien souvent, même les interrogés les plus méfiants se détendent et prennent du plaisir à parler d'eux, l'enquêteur même novice parvient peu à peu à vaincre sa timidité, il a éventuellement plein de choses à remarquer avant et après l'entretien *stricto sensu*. Surtout, toute la discussion est enregistrée, il en reste une trace. L'enregistrement peut être transcrit ; la transcription est un exercice en soi, assez fastidieux, mais qui a l'avantage de produire « de la donnée », utilisable ensuite, sous une forme rapidement impressionnante (des dizaines voire des centaines de pages).

La difficulté commence avec l'usage des entretiens, ou plutôt l'usage des propos tenus en entretien – et en entretien semi-directif, rétrospectif et informatif, c'est-à-dire d'une durée de une à deux (voire trois) heures sur un sujet convenu à l'avance, qui porte sur les pratiques passées de l'acteur, avec une série de thèmes à aborder de manière assez lâche. On ne peut séparer les usages d'une donnée des conditions de son recueil : on a pris soin au cours de l'enquête de toujours (faire) prendre note des contextes de la prise de contact puis de l'interaction, et de nourrir autant que se possible la transcription d'un certain nombre de didascalies. On ne devrait pas non plus isoler un entretien de la série dans laquelle il s'insère au cours de l'enquête : ici comme dans beaucoup de travaux, les entretiens se succèdent rarement comme le

⁴³⁵ J'adhère à largement à celles émises par BONGRAND Philippe et LABORIER Pascale, « L'entretien dans l'analyse des politiques publiques: un impensé méthodologique? », *Revue française de science politique*, 2005, pp. 73–111.

⁴³⁶ Il s'agit des trois principaux ensembles d'outils qualitatifs à la disposition du politiste.

veulent les enquêteurs (les enquêtés sollicités ont leur propre agenda), et sont rarement ceux que les enquêteurs avaient établis (il y a des refus, et la logique naturelle en boule-de-neige fait rencontrer des enquêtés non prévus au départ) ; le corpus d'entretien, en bref, est constitué de manière beaucoup moins contrôlée qu'on ne le reconnaît le plus souvent. L'usage, enfin, dicte pour partie ses exigences à l'objet : on n'utilise pas de la même façon un entretien pour un portrait sociologique⁴³⁷, pour un exercice méthodologique, ou comme ici, comme un témoignage, une représentation voire une analyse d'un processus étudié.

Jusqu'ici, l'usage de l'entretien avec L. Massé a été assez simple : il s'agissait tout bonnement, et fort classiquement, d'utiliser des citations « marquantes » pour illustrer l'analyse. L'idée sous-jacente, le plus souvent, est que le point de vue donné par l'acteur révèle quelque chose, dit de manière imagée ou du moins « avec ses mots » d'acteur, ce que le sociologue ou le politiste essaie aussi de démontrer. L'expression de L. Massé, « un grand bonhomme », exprime selon moi de manière juste un moment de sa trajectoire ; les catégories indigènes peuvent avoir une part de vérité qu'il faut entendre et qu'on peut reprendre. Je ne veux pas déconsidérer ce type d'usage ; il est au contraire légitime – éventuellement agréable pour le lecteur – d'user de belles formules et de donner à voir le point de vue des enquêtés. Je souhaite seulement souligner combien il est au fond pauvre eu égard à la masse de discours recueillis, donc aux idées que le matériau peut faire naître. Relire un entretien est d'ailleurs un exercice vertigineux, car chaque lecture fait apercevoir quelque chose de neuf au lecteur. C'est que celui-ci a changé depuis sa lecture précédente, ses intérêts se sont déplacés, son attention est orientée différemment⁴³⁸ ; c'est aussi qu'un entretien de deux heures produit une quantité considérable de discours, et surtout, un discours dont le registre relève de la performance ou de la justification, tant la situation d'entretien est assimilée plus ou moins consciemment à, en tous cas subjectivement instituée comme, un exercice scolaire, une évaluation, et un dispositif thérapeutique, une écoute; la pente est donc facile (et sans fin) qui mène l'analyste à évaluer sans cesse davantage, à chaque nouvelle lecture, la précision de ce qui est dit ou à en chercher les motifs « profonds ».

Comme je l'ai déjà signalé dans l'introduction générale, l'ouvrage utilise classiquement les entretiens comme des témoignages : c'est en tant qu'acteurs du passé que les enquêtés sont choisis. Chaque entretien vient du coup le plus souvent en complément des autres sources, de type documentaires, collectées au préalable. La multiplication des points de vue recueillis sur un même fait, ou même ensemble de faits, fournit une vision presque panoptique à l'enquêteur, laquelle a au moins le mérite de trancher avec la connaissance presque toujours partielle que chaque acteur interrogé en a. Des faits sont confirmés ou du moins répétés, d'autres au contraire se contredisent,

⁴³⁷ Comme j'ai pu le faire avec un justiciable : BUTON François, « Le droit comme véhicule. Portrait sociologique d'un justiciable », in ISRAËL Liora et al. (éds), *Sur la portée sociale du droit*, Paris, Presses Universitaires de France, 2004, pp. 127–144 (CURAPP).

⁴³⁸ Un enseignement d'une ouvrage collectif à paraître sur *L'ordinaire du politique* (dirigé par P. Lehingue, N. Mariot, S. Rozier et moi-même) réside dans notre propre amnésie par rapport à ce qu'on a pu dire avant. Il est toujours instructif de s'enregistrer, transcrire et se réécouter.

cependant que le crédit de l'enquêteur grandit au fur et à mesure qu'il n'est plus seulement celui qui pose des questions, mais celui qui pose les questions que se pose l'enquêté (il sait que ceux qu'il a interrogés précédemment se les posaient aussi), ou même celui qui a appris des choses que l'enquêté lui-même ne connaît pas – l'entretien peut du coup apparaître comme un échange d'informations, dont on ne soulignera jamais assez le caractère fort incertain, mais dont il faut dire aussi qu'il confère au chercheur un certain crédit aux yeux de l'enquêté, ce qui n'a rien d'anecdotique quand on connaît le discrédit des sciences sociales dans les hautes sphères de la recherche médicale ou du pouvoir politique. Au demeurant, ce capital de connaissances cumulé permet parfois de corriger les oublis éventuellement intentionnels des acteurs⁴³⁹. Bien souvent, sinon systématiquement, l'entretien permet d'identifier de nouveaux acteurs pertinents à rencontrer. Enfin, il faut garder en tête un autre biais des entretiens, que Christèle Marchand-Lagier a bien mis en évidence par sa pratique de revisite d'enquêtés dix ans après : les propos sont toujours tenus en certaines circonstances, et sont même à ce point des propos de circonstance que les enquêtés ont parfois tout oublier de l'entretien – et jusqu'à la personne de l'enquêteur elle-même⁴⁴⁰. Or, il me semble très hasardeux de penser que ce résultat tient aux caractéristiques sociales des enquêtés, et de supposer qu'on ne retrouverait pas chez « nos » scientifiques de haut rang ou hauts fonctionnaires la même amnésie que chez les sympathisantes du FN de milieu populaire étudiées par Ch. Marchand-Lagier. Il est au contraire plus prudent de garder à l'esprit le caractère éminent situé des propos recueillis en entretien afin de se déprendre du risque de surinterprétation ou de surexploitation de ce matériau. Il faut inventer des usages prudents, contrôlés, réflexifs – y compris de ses propres qualités d'enquêteur...

L'examen des citations est un usage possible de la masse de données recueillies en entretien : comment les acteurs ayant participé à une même histoire, même s'ils ne se connaissent pas forcément, parlent les uns des autres. Il s'agit d'une forme d'analyse de contenu un peu hétérodoxe, qui au lieu de mobiliser des outils quantitatifs de type lexicométrique, demeure de type qualitative : même avec un protocole d'enquête rigoureux, qui exigerait de demander systématiquement aux enquêtés s'ils connaissent tel ou tel acteur, ou pire encore, ce qu'ils en pensent, il est évident que les refus, les évitements, les oublis sont bien trop probables pour qu'un résultat quantifié ait le moindre intérêt. Nous n'avons d'ailleurs jamais posé la question aussi brutalement. Il n'est pas inintéressant pourtant de faire ce pas de côté qui consiste non plus à viser le point de vue panoptique, mais les regards croisés des acteurs entre eux, à examiner le jugement sur autrui par contact direct ou par réputation, et aide à reconstituer certains réseaux concrets d'interaction et d'interconnaissance. Faire ce pas de côté à ce moment du chapitre, c'est aussi renoncer partiellement à la position en dernière instance de l'analyste, qui est toujours le dernier à parler puisqu'il tient la plume. L'idée est donc, très modestement, d'observer comment l'acteur Louis Massé est évoqué par les autres acteurs (plus ou moins spontanément), et de souligner la

⁴³⁹ Ce qui s'apparente à la preuve par le document que certains chercheurs pratiquent face à des enquêtés trop oubliés.

⁴⁴⁰ Voir l'article de Christèle Marchand-Lagier dans *L'ordinaire du politique*, à paraître.

convergence ou la divergence des points de vue, confirmations/contradictions, les faits rapportés etc.

Dans les 45 entretiens retenus pour l'exercice, L. Massé est assez peu cité, puisqu'il ne l'est que par 9 enquêtés seulement. Mais la proportion n'a pas grand sens, en raison de l'hétérogénéité du corpus : de nombreux entretiens n'abordent pas du tout l'histoire de la surveillance épidémiologique ; c'est surtout dans ceux où les enquêteurs insistent sur les Séminaires Biraud, l'IDEA, voire l'ENSP ou le RNSP, que le nom de Massé devrait ressortir. Ainsi, 4 enquêtés ayant participé aux Séminaires Biraud et/ou à l'IDEA ne citent pas L. Massé ou éludent le sujet (on ne saurait dire pourquoi) quand l'enquêteur l'évoque directement : trois d'entre eux jouent un rôle important dans la mobilisation étatique pour la rénovation de la surveillance épidémiologique, et sont donc assez éloignés de L. Massé, le dernier étant en revanche l'un des EIS *fellows* qui participera activement à l'aventure de l'IDEA. Le fait que 9 enquêtés soient capables de parler de Massé, de leur propre chef ou parce que l'enquêteur a cité son nom, atteste néanmoins qu'il est connu (même si 2 des 9 enquêtés hésitent sur son nom ou son prénom).

Le nom de L. Massé est principalement associé aux Séminaires Biraud et aux premières années de l'IDEA, mais aussi, plus marginalement (par 2 enquêtés), à ses cours à l'Institut Pasteur et à son rôle à l'ENSP. Pour l'un des EIS *fellows* français, Massé est sans aucun doute possible l'un des trois fondateurs de l'IDEA, un des deux « professionnels » de l'épidémiologie avec (et après) Michael Gregg, aux côtés du mécène Charles Mérieux. Dans le même sens, d'autres encadrants de l'IDEA parlent de Massé comme de l'homme qui était en contact avec les américains, avec le CDC et avec M. Gregg. Dans ces évocations, la reconnaissance est sobre, sur le mode constatatif. Le plus prolixe des enquêtés est incontestablement Philippe Stoeckel, qui est aussi celui qui le fréquente le plus longtemps, puisqu'il suit le cours de Massé à l'Institut Pasteur à la fin des années 1970, avant d'assister aux Séminaires Biraud et de créer l'IDEA. Ph. Stoeckel fait longuement référence au type d'épidémiologie qu'enseigne Massé (j'y reviens), et insiste sur son ambivalence à l'égard des Américains : Massé a vécu là-bas, il les apprécie, mais n'a pas acquis leur « esprit pratique ». Pour Ph. Stoeckel, Massé demeure au fond un professeur, doté d'un grand sens pédagogique et d'idées innovantes, comme celle d'importer l'épidémiologie de terrain en France, mais qui ne va pas au bout des choses, notamment lors des négociations avec le CDC.

Le type d'épidémiologie et d'enseignement de l'épidémiologie de Massé revient à plusieurs reprises dans les entretiens, mais de manière contradictoire. Un épidémiologiste de l'INVS présente le *Manuel d'épidémiologie* de Milos Jenicek, premier du genre en France, dont Louis et Geneviève Massé ont écrit la préface, comme une « révélation » pour les jeunes fonctionnaires de la santé publique à l'époque : « Massé n'a pas laissé beaucoup de traces mais Massé a écrit LA préface du premier manuel de Jenicek. Ce bouquin bleu, je me souviens. Et, en fait, c'est avec sa femme... Je me souviens : XX disant "je suis venue à l'épidémiologie en lisant cette préface du livre..." ». De même, un biologiste vétérinaire ayant suivi la formation de Massé à Pasteur raconte que sa pédagogie était « extraordinaire », car il savait être clair à l'écrit comme à l'oral, simplifier les concepts et ne pas se perdre dans des

formules mathématiques ou statistiques « pures et dures ». D'après lui, Massé a d'ailleurs été appelé par Balthazard et Mollaret pour remplacer un épidémiologiste de l'INSERM, C. Rumeau-Rouquette, qui n'avait pas donné satisfaction. Elle donnait un enseignement trop compliqué sur le plan mathématique aux élèves du cours, des médecins, biologistes ou vétérinaires. Ph. Stoeckel souligne lui aussi combien la statistique enseignée par Massé était très personnelle, moins élaborée et opérationnelle que dans les CDC, mais aussi moins théorique que celle de l'école Schwartz, plus ancrée dans les choses pratiques (le cours Pasteur portait sur les maladies infectieuses). Pour un autre EIS *fellow*, au contraire, Massé représente la « génération antérieure » de l'épidémiologie, donc une forme quelque peu dépassée, un état antérieur de la discipline. Pire, un intervenant de l'IDEA décrit Louis et Geneviève comme « très sympatiques » mais « pas très bons enseignants ».

« Massé était connu, parce qu'il avait une préface de bouquin de... Rothman je crois, enfin bon, un bouquin d'épidémio... Ouais, c'était pas extraordinaire, c'est-à-dire que ça traînait un peu, il essayait de reprendre des exercices de type CDC, mais, bon ça fonctionnait pas très bien, ça c'est clair. »

On voit bien l'entre-deux dans lequel se situe l'épidémiologie selon Massé. Il est perçu comme un éveillé et un passeur, capable d'intéresser à l'épidémiologie moderne des novices (fonctionnaires ou élèves du Cours Pasteur), jouant le rôle d'intermédiaire entre les *field epidemiologists* américains et les rénovateurs de l'administration de la santé en France. Mais ses méthodes ne paraissent plus en phase avec les développements de la discipline aux yeux des nouveaux spécialistes. Un autre EIS *fellow* présente une réflexion intéressante, et assez vraisemblable car informée, sur les motivations possibles de Massé : marginal d'institution, en raison du caractère dominé de sa spécialité dans une institution dévouée à la gestion hospitalière, Massé aurait eu tout intérêt à s'investir dans d'autres univers institutionnels.

« Les épidémiologistes à l'ENSP, Louis Massé ou un jeune statisticien qui s'appelle XX, n'étaient pas du tout importants. L'école de Rennes, dans les années 80, était surtout une école d'administration dans laquelle si vous ne faisiez pas du management hospitalier pur et dur, vous n'existiez pas. Les enseignements des autres disciplines étaient des petits trucs... »

- c'est pour ça aussi que Louis Massé s'investit autant dans l'IDEA... ?

... oui, oui. Absolument. Parce qu'il n'avait jamais réussi à créer dans son école, l'avancée qu'il aurait voulu dans son école. Peut-être qu'il l'a eue dans les années 60, je n'ai pas connu. Peut-être au début de l'école, où toutes les disciplines ont eu leur chance... Mais je pense vraiment qu'avec les lois hospitalières successives et les orientations qu'ont pris les directeurs de l'école, c'est devenu une école d'administration hospitalière avant tout, les autres disciplines ou secteurs d'enseignement étant restés petits. Donc effectivement Louis Massé voit beaucoup d'avantages et d'intérêts à s'investir à titre personnel, puis après avec sa tutelle qui lui dit d'y aller, dans l'IDEA. »

Ce bref portrait, croisé donc forcément contradictoire, permet finalement d'élargir la perspective en accordant un poids plus important qu'on ne l'a fait aux transformations de l'institution ENSP, et plus largement du système de santé, au moment même où L. Massé s'engage, non pas d'ailleurs dans l'IDEA, mais dans les échanges franco-américains, et dans la réhabilitation d'une forme d'activité de surveillance épidémiologique, celle de Biraud plutôt que celle des CDC. A l'échelle des transformations du système de santé, le professeur Massé a été le « grand bonhomme » d'une petite histoire.

Partie 3. Pratiques de la veille. L'agence à l'épreuve du VIH et du H1N1.

Cette troisième partie analyse deux cas d'épreuves pour l'agence de veille sanitaire, la mise sur pied d'un nouveau système de notification obligatoire d'une part, la gestion d'une crise sanitaire majeure d'autre part. Ces épreuves concernent des épidémies, le sida et la pandémie grippale, et des virus, le VIH et le H1N1, qui ne représentent évidemment qu'une toute petite partie de l'objet de la veille sanitaire, très loin de se réduire au seul domaine des pathologies infectieuses⁴⁴¹. Dans le domaine des maladies infectieuses, d'autres cas auraient d'ailleurs pu être retenus (SRAS ou Ebola, infection par le VHC ou TIAS). Mais le sida et la pandémie grippale présentent plusieurs intérêts. Ils sont emblématiques de la dynamique du renouveau de la surveillance épidémiologique en France : l'épidémie de sida en a été le catalyseur et l'objet fétiche qui l'a rendue crédible ; la pandémie grippale en est l'horizon, la catastrophe à venir censé servir de test ultime de crédibilité. Ils offrent du même coup des cas de mise à l'épreuve publiques, médiatisées et politisées, des capacités de l'INVS à s'adapter au changement et à anticiper les crises. Les deux cas présentés ici concernent en outre des dimensions différentes et complémentaires de la pratique de surveillance épidémiologique.

Le premier (chapitre 6) porte sur l'élaboration de la déclaration obligatoire de l'infection par le VIH en 1999. Voulue et réalisée par l'INVS, cette élaboration a donné lieu à des contestations militantes et politiques très fortes, et à une remise en cause du travail des épidémiologistes entraînant un long processus de « concertation » et de mise au point technique. L'épreuve permet de mettre en évidence à la fois la « culture professionnelle » des épidémiologistes de la veille sanitaire et les contraintes de leur positionnement dans l'État.

Le second cas (chapitre 7) étudie la gestion par l'INVS de la pandémie de grippe porcine (H1N1) de 2009, perçue à ses débuts comme la « *big one* » attendue depuis des années par les spécialistes mondiaux – notamment après que l'épidémie de grippe aviaire (H5N1) en 2005 a placé tout le monde sur le pied de guerre – mais finalement beaucoup moins grave que prévue. Il s'agit d'une épreuve majeure pour la surveillance renouvelée, dont l'alerte et l'anticipation sont au cœur de ses missions. La perspective adoptée pour analyser le travail de l'INVS est comparative, puisqu'elle s'appuie sur un précédent de pandémie H1N1 annoncée mais « pas venue », celui de 1976 aux États-Unis, qui avait déjà débouché sur une très forte mise en cause des CDC. La comparaison diachronique à trois décennies d'intervalle permet de mettre en évidence des continuités et des changements dans l'exercice de la surveillance épidémiologique.

Un avantage des deux cas étudiés réside d'ailleurs dans la durée qui les sépare. L'affaire de la déclaration obligatoire du VIH se déroule entre 1999 et 2001, dans les

⁴⁴¹ Le choix de réduire l'objet d'enquêtes aux pathologies infectieuses et transmissibles a été effectué dès le départ de l'enquête.

premières années de l'INVS, cependant que la pandémie grippale survient au moment où l'agence s'est ancrée dans le paysage de la santé au niveau national et international. L'écart permet ainsi de mesurer différents effets propres de l'institutionnalisation de la veille sanitaire. Plus généralement, les pratiques de la veille sanitaire seront analysées au travers de deux questions classiques, relatives à la capacité d'une agence à incarner l'État et à exercer le pouvoir d'État d'une part, aux types de savoirs mobilisés pour prétendre représenter l'État d'autre part.

Chapitre 6 - Une agence sous emprise ? L'élaboration de la déclaration obligatoire de l'infection par le VIH.

« En 2003, le dispositif de surveillance des maladies à déclaration obligatoire (MDO) a connu une avancée majeure dans la protection de l'anonymat des personnes, inscrite dans la loi du 1er juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits de santé destinés à l'homme.

Cette évolution du dispositif a permis de démarrer la déclaration obligatoire de l'infection à VIH et de l'hépatite B aiguë, prévues depuis 1999. Il repose sur la transmission de données entre trois acteurs : les médecins et les biologistes, libéraux et hospitaliers; les médecins inspecteurs de santé publique (Misp) et leurs collaborateurs des Agences régionales de santé (ARS) ; les épidémiologistes de l'Institut de veille sanitaire. L'objectif est de détecter et de déclarer les 31 maladies à déclaration obligatoire pour agir et prévenir les risques d'épidémie, mais aussi pour analyser l'évolution dans le temps de ces maladies et adapter les politiques de santé publique aux besoins de la population. » Présentation sur le site de l'INVS⁴⁴².

En 2003, les premiers cas d'infection par le VIH sont notifiés à l'INVS par des médecins et des biologistes par l'intermédiaire d'un système de notification très ancien, celui de la déclaration obligatoire (DO). Il s'agit d'une transformation importante dans la lutte contre l'épidémie, dans la mesure où, depuis 1986, seuls les cas de maladie sida devaient être obligatoirement déclarés. Il s'agit aussi d'une refonte majeure du système de DO, notamment sur le plan de la sécurité des données. L'accueil de ce nouveau dispositif d'information, très favorable voire consensuel, ne doit pas faire oublier qu'il est le fruit d'un processus long et conflictuel. Les épidémiologistes en charge de la surveillance de l'épidémie y réfléchissent depuis la fin 1996, et ont obtenu l'accord pour une première expérimentation en mai 1999, avant de se heurter à une très vive mobilisation associative et à des difficultés techniques.

L'étude du « montage » de la déclaration obligatoire présente un double intérêt. D'abord, elle ne concerne pas n'importe quels épidémiologistes et n'intervient pas à n'importe quel moment. La période concernée par la réforme de la DO, entre 1996 et 2003, est celle de la transformation du RNSP en une véritable agence, l'INVS, en 1998. Il s'agit donc d'une période de transition, à la fois de validation du travail effectué et de relative incertitude sur la position dans un nouvel environnement. Il ne s'agit pas non plus de n'importe quels épidémiologistes. Le Département des maladies infectieuses, l'un des premiers créés au sein du RNSP, bénéficie d'une forte visibilité, même si de nouveaux champs d'intérêt sont apparus précisément avec la création de l'INVS. Certes, à lire l'ouvrage publié par Jacques Drucker en 2002, on a le sentiment

⁴⁴² Publié le 27/01/2003 - Dernière mise à jour le 03/03/2014. Consulté le 1^{er} avril 2015.

que l'épidémie de VIH-sida n'est pas la cause majeure de l'épidémiologie de surveillance. Aucun des dix chapitres ne porte sur l'épidémie : les enjeux sont la trichinellose, la listériose, la légionellose, la grippe ou la vaccination contre l'hépatite B, mais pas l'épidémie de sida, tout juste évoquée en passant comme exemple « le plus frappant » de l'adage selon lequel les virus ne connaissent pas de frontières⁴⁴³. Et pourtant, l'équipe de surveillance du sida a été la première à venir « équiper » le Réseau, en provenance de l'administration centrale (la « Division sida » à la DGS). Elle dispose à la fois d'une grande légitimité professionnelle, en raison du travail réalisé durant une décennie à la suite des premiers travaux de Jean-Baptiste Brunet, et d'une parfaite connaissance de l'administration dont elle est issue, et plus largement du monde du sida. Principalement composée de femmes, dirigée par le docteur Anne Laporte, médecin-inspecteur de santé publique formée à l'épidémiologie et à la sociologie, l'unité VIH fait figure d'équipe d'excellence au RNSP. Elle est cependant loin d'avoir le monopole des études épidémiologiques sur le sida, dont certaines sont réalisées par des équipes de recherche de l'INSERM et/ou des observatoires régionaux. En 1997, coexistent ainsi des enquêtes de prévalence et d'incidence en population générale (au niveau régional) ou dans des groupes spécifiques (par exemple les femmes enceintes), le suivi des personnes traitées à l'hôpital (réalisée par une équipe de l'INSERM) et des enquêtes sur l'activité de dépistage.

Ensuite, le cas analysé ici permet d'éclairer l'un des aspects les plus importants du travail de la veille sanitaire, le montage de dispositif de récolte des données. Même si la veille sanitaire s'intéresse de plus en plus aux « vigilances » et à tous les signaux qui pourraient signaler un problème de santé, elle repose encore beaucoup sur les dispositifs de la surveillance de santé publique, qui sont aussi ceux de la statistique publique, les recensements et autres enquêtes, des dispositifs montés spécialement pour produire des données, à la différence des registres administratifs, conçus à des fins de gestion⁴⁴⁴. Parce qu'il a été controversé, le cas de la DO du VIH (plus précisément, « de l'infection par le VIH ») est particulièrement suggestif sur la manière dont les épidémiologistes construisent leurs outils et sur la position qu'ils occupent dans un environnement spécifique.

D'un côté, le dispositif en question n'est pas n'importe quel dispositif – on dit aujourd'hui « système d'informations » –, mais l'un des plus anciens et des plus contestés. Instauré au niveau national en 1902 afin de lutter contre les fléaux, la DO s'apparente à un recensement, en cela qu'elle est censée rapporter chaque nouveau cas de maladie contagieuse ou transmissible parmi les plus graves. La DO prétend être exhaustive et s'appuie sur l'État pour exiger la déclaration, mais aussi l'enregistrer et l'analyser. Souffrant dès l'origine d'une sous-déclaration chronique des médecins (et d'abord des médecins de ville) et, dès lors, d'une sous-utilisation des données par l'administration et la recherche, la DO, on l'a vu, a été modifiée dans les années 1980 dans le contexte plus large de la réforme de la surveillance : en articulation avec d'autres enquêtes, la DO est dédiée aux maladies graves mais rares, dans une logique

⁴⁴³ DRUCKER Jacques, *Les détectives de la santé*, op. cit. : p. 156.

⁴⁴⁴ DESROSIERES Alain, *Pour une sociologie historique de la quantification*, op. cit.

très pastorienne de signalement et d'intervention sur l'entourage des cas (cf. chapitre 3). La refonte de 2003 procède à une transformation majeure de l'esprit du dispositif : parce qu'elle concerne de nouvelles pathologies, les infections par le VIH et le VHB, pour lesquelles la confidentialité des données est jugée décisive et pour lesquelles la déclaration ne saurait en aucun cas entraîner un signalement, le dispositif garantit l'anonymat complet des cas déclarés.

D'un autre côté, en effet, l'objet de la surveillance n'est pas n'importe quel objet. L'épidémie de sida a marqué le tournant majeur du retour de l'infectieux et des maladies transmissibles dans les pays ayant connu la transition épidémiologique. Nouveau fléau mondial, elle a poussé à la rénovation de la santé publique et redonné un rôle clef à des disciplines médicales dont certaines étaient en net déclin (infectiologie, immunologie, virologie, voire dermatologie). Or, la surveillance épidémiologique de l'épidémie de sida est l'objet de luttes entre représentants des personnes atteintes et épidémiologistes depuis la découverte de la maladie (voir encadré). La réforme de la DO s'inscrit dans l'histoire de la lutte contre le sida, marquée par une grande attention des acteurs, notamment associatifs, au respect des droits individuels, et à la non-stigmatisation des personnes ; l'histoire du sida est toute entière traversée par la question des droits individuels, dans la mesure où la maladie, en elle-même stigmatisante (par ses modes de transmission), a d'abord concerné historiquement des populations déjà stigmatisées (homosexuels, usagers de drogue, étrangers). En outre, l'inscription de l'infection parmi les maladies à DO, conséquence directe de l'arrivée des trithérapies comme on va le voir, constitue un enjeu de poids, puisqu'elle fait peser le risque d'une « normalisation », sinon d'une banalisation, du sida, donc d'une transformation de sa position (une maladie comme une autre) et de ses financements. Des médecins aux associations, en passant par l'administration et les agences, tout le « monde du sida » est impacté par le tournant des trithérapies.

Associations et surveillance épidémiologique : une méfiance structurelle

Il est bien connu que la surveillance épidémiologique est à l'origine de la lutte contre l'épidémie de sida⁴⁴⁵. Ce sont les épidémiologistes des Centers for Disease Control qui, les premiers, signalent l'existence d'une nouvelle pathologie aux États-Unis en juin 1981, et c'est en lisant leurs articles que des médecins français font le lien avec « leurs » premiers malades, et créent le GFTS. Le dénombrement des cas par Jean-Baptiste Brunet, au sein du GFTS dans les années 1983-1985 puis de la DGS, contribue largement à la prise de conscience de l'importance de l'épidémie de sida en France. Pays découvreur du virus, et pays le plus touché d'Europe, la France obtient en 1985 d'accueillir le Centre européen de surveillance de l'épidémie, dirigé par Brunet et abrité à la DGS. La mise en place de la déclaration obligatoire des cas de sida, puis l'élaboration de plusieurs dispositifs de surveillance des cas de séropositivité permettent de disposer au début des années 1990 d'une représentation précise de la dynamique de l'épidémie, et justifie l'importance des politiques de prévention et de prise en charge hospitalière et extrahospitalière.

⁴⁴⁵ THIAUDIERE Claude, *Sociologie du sida, op. cit.*

Au cours des années 1980 et 1990, l'attitude des associations à l'égard de la surveillance épidémiologique est marquée par la défiance. Les enjeux de définition du sida et de la séropositivité, indispensables pour la mesure épidémiologique, sont centraux pour les associations : ils déterminent la précision du pronostic vital des malades, et donnent une idée approximative de la taille de la population qu'ils défendent. Mais les associations considèrent le travail épidémiologique avec suspicion : en rapportant statistiquement les individus à leurs caractéristiques sociales mais aussi « comportementales », la surveillance épidémiologique est accusée de définir des « groupes à risque » de transmission, comme les homosexuels ou les usagers de drogue par voie intraveineuse, et de contribuer ainsi à la stigmatisation des individus en raison de pratiques elles-mêmes socialement considérées comme déviantes. Les associations font valoir que ce sont bien des pratiques (par exemple, absence de protection dans les rapports sexuels, non stérilisation du matériel d'injection de la drogue) ou des situations (absence d'information sur le danger de la transmission dans les rapports sexuels, transfusion de sang contaminé) qui sont à risque, non des groupes. Dans le cadre problématique plus général, et fort ancien, de l'opposition entre mesures collectives de santé publique et respect des libertés individuelles, elles accusent les épidémiologistes d'être des partisans du contrôle social : le fondateur de Aides déclare ainsi en 1991 que « le vocabulaire de l'épidémiologie a eu des effets extrêmement graves » et que « tout le vocabulaire de Le Pen [président du Front national] vient de l'épidémiologie »⁴⁴⁶. Act Up, pour sa part, évalue systématiquement le nombre des personnes atteintes très au-dessus des estimations officielles, et plaide, en 1998, pour une « épidémiologie politique » en accusant les responsables de la surveillance épidémiologique de dissimuler de certaines données (notamment concernant les personnes de nationalité étrangère)⁴⁴⁷, sans donner suite au projet, faute de spécialistes et d'un intérêt pour ce domaine non prioritaire.

Car le sida est bien un « petit monde » aux frontières poreuses et aux interactions permanentes. À la fin des années 1990, la politique de lutte contre le sida, dans son volet santé publique, est ainsi menée par une configuration qui comprend l'échelon politique (ministre en charge de la santé et son cabinet) et trois pôles principaux : l'administration centrale, la DGS, notamment via la Division sida ; l'agence en charge de la surveillance épidémiologique (INVS) ; et des associations « établies », rompues au rapport de force avec l'administration centrale et le pouvoir politique, mais en relative perte de mobilisation militante (« normalisation » de l'épidémie, concurrence avec d'autres causes sanitaires, difficultés de renouvellement des militants). À ces trois pôles on peut en ajouter un quatrième, celui des experts, médecins de santé publique ou chercheurs en sciences sociales, dont les recherches sont financées par différents fonds publics⁴⁴⁸. Or, les frontières entre militants, hauts fonctionnaires, experts et personnels d'agence sont poreuses. Si beaucoup se cantonnent aux rôles prescrits par leur institution d'appartenance, certains fonctionnaires ou certains experts sont aussi des militants, parfois reconnus comme tels, cependant que des militants se

⁴⁴⁶ PINELL Patrice *et al.*, *Une épidémie politique*, *op. cit.* : p. 78.

⁴⁴⁷ BROQUA Christophe, *Agir pour ne pas mourir !: Act up, les homosexuels et le sida*, Paris, les Presses de Sciences po, 2006 ([Collection académique]) : pp. 293-295.

⁴⁴⁸ ANRS, Mire, CNS, CRIPS, Sidaction (association récoltant des dons lors d'une journée sur le modèle du Téléthon).

spécialisent dans l'action publique. L'extraordinaire mobilisation en faveur de la lutte contre le sida, à partir de la fin des années 1980, a permis de créer un espace professionnel spécifique : tous ces acteurs se rencontrent et se fréquentent assidûment dans les grandes manifestations internationales (notamment les Conférences internationales) et nationales, les groupes de travail du ministère ou d'autres institutions (et d'abord l'agence de financement de la recherche, l'ANRS⁴⁴⁹).

Curieusement, ces interactions ont été très peu décrites dans les études sociologiques pourtant abondantes sur la lutte sur le sida : alors qu'elles sont examinées de manière approfondie dans le cas de la recherche biomédicale (essais thérapeutiques) et de l'accès précoce aux médicaments, en France⁴⁵⁰ comme aux États-unis⁴⁵¹ et qu'elles sont souvent présentées dans les témoignages d'acteurs, elles sont peu mobilisées dans les études portant sur le milieu associatif ou sur la lutte contre le sida en général. Ce sont alors les interactions publiques les plus spectaculaires qui sont données à voir (les manifestations de rue, les zaps d'Act Up, les émissions du Sidaction). Il est ainsi difficile de saisir finement les proximités entre ces acteurs, même si des sources écrites ou (plus souvent) orales témoignent de la « sensibilité militante » de tel fonctionnaire ou de tel clinicien considérés par les associations comme des « alliés ». Des fonctionnaires peuvent même, à l'occasion, exprimer leur sensibilité aux actions marquantes des associations les plus vindicatives : la responsable de la division sida décrit par exemple en détail la forte empathie qu'elle éprouve pour le zap d'une conférence ministérielle par Act Up, et la colère que lui inspire l'attitude des représentants des autres associations qui se contentent de poser des questions convenues au ministre après l'évacuation des jeunes activistes « désespérés »⁴⁵².

Or, l'enquête sur la DO présentée dans ce chapitre est pour partie le résultat d'une opportunité de « terrain ». J'ai en effet appartenu au petit monde du sida pendant deux ans, à une place qui offrait la possibilité de bien des observations. De septembre 1999 à septembre 2001, j'ai travaillé comme rapporteur au Conseil national du sida (voir encadré ci-dessous). À ce titre, j'ai contribué à l'élaboration de plusieurs avis et recommandations⁴⁵³, mais aussi participé à plusieurs réunions spécialisées en France et à l'étranger. J'ai notamment accompagné des membres du CNS lors des réunions du Comité de pilotage, où je devais prendre des notes afin de rendre compte à l'assemblée plénière du CNS. L'objectif était alors très pratique et opérationnel, et ces notes ne constituaient en aucun cas un « journal de terrain ». Mais, avec la

⁴⁴⁹ Mais aussi des institutions transversales comme le centre d'information et de prévention d'Île-de-France (CRIPS) ou le Conseil national du sida (CNS).

⁴⁵⁰ DODIER Nicolas, *Leçons politiques de l'épidémie de sida*, Paris, Éd. de l'École des hautes études en sciences sociales, 2003 (Cas de figure) ; BARBOT Janine, *Les malades en mouvement: la médecine et la science à l'épreuve du sida*, Paris, Balland, 2002 (Voix et regards).

⁴⁵¹ EPSTEIN Steven, *Impure science: AIDS, activism, and the politics of knowledge*, vol. 7, Berkeley, Univ of California Press, 1996.

⁴⁵² Catherine Patris, citée par BROQUA Christophe, *Agir pour ne pas mourir !*, op. cit.

⁴⁵³ *Éthique, sida et société: rapport d'activité du Conseil national du sida, Tome IV, janvier 1999-décembre 2000*, Paris, la Documentation française, 2001 ; *Éthique, sida et société: rapport d'activité du Conseil national du sida, janvier 2001-juin 2003*, Paris, la Documentation française, 2004. Une partie de ce travail a été réalisé en collaboration avec Mathieu Thévenin.

documentation accumulée au cours de cette période, elles ont nourri le projet à l'origine de cette recherche. Ces sources ont été complétées par des entretiens menés en 2004 et 2005 avec un certain nombre de protagonistes, notamment les épidémiologistes de l'INVS dont Anne Laporte, ainsi que le président du comité de pilotage, Alfred Spira, l'épidémiologiste Jean-Baptiste Brunet, ou le président de Aides Christian Saout. Les entretiens menés par Claude Thiaudière avec des membres de la DGS, ont été une autre source précieuse. J'ai enfin eu accès, grâce à Anne Laporte, responsable du projet de DO du VIH à l'INVS, à plusieurs dossiers relatifs au projet.

Créé en 1989 en même temps que deux agences spécialisées chargées de la prévention (AFLS) et de la recherche (ANRS), le CNS a pour mission de « donner son avis sur l'ensemble des problèmes posés à la société par le sida et de faire au gouvernement toute proposition utile ». La nomination de l'anthropologue Françoise Héritier comme première présidente a permis d'inscrire les réflexions du CNS dans des cadres anthropologiques, sociologiques et historiques autant que philosophiques ou biomédicaux. Bien que largement calqué sur le modèle du Comité national consultatif d'éthique dans sa composition (CCNE), le CNS a toujours compté dans ses rangs des représentants des associations (Aides, mais aussi Arcat, Sida info service), et des chercheurs en sciences sociales (Michelle Perrot, Claudine Herzlich, Pierre Mathiot, Jean-Pierre Dozon, parmi d'autres) ; depuis 1995, leurs rapports sont préparés et rédigés par des « rapporteurs » souvent titulaires d'un doctorat et/ou d'une agrégation en sciences sociales. Mais les médecins sont majoritaires dans l'institution, et les successeurs de F. Héritier sont tous professeurs de médecine (Alain Sobel, Jean-Albert Gastaut, Willy Rozenbaum, Patrick Yéni).

Dans ce chapitre, je présenterai d'abord la genèse du projet de DO du VIH et la crise provoquée par les associations puis sa résolution par la concertation réalisée par le comité de pilotage, avant de revenir plus en détail sur les limites de la procédure de « concertation » d'une part, de l'indépendance de l'agence experte d'autre part.

Le projet : bâtir un nouveau système.

Les documents internes de l'INVS montrent que l'idée d'une DO du VIH émerge à la fin de l'année 1996 au sein de l'unité VIH du RNSP pour plusieurs motifs. Les épidémiologistes de l'INVS partent d'abord du constat de l'inadéquation croissante de la DO du sida pour saisir la dynamique de l'épidémie en raison de la « révolution » des trithérapies. Les nouveaux traitements antirétroviraux, plus efficaces, retardent l'entrée de l'individu infecté par le VIH dans la maladie sida (définie par des critères biologiques et cliniques) – entrée qui, sans eux, était déjà longue, dans la mesure où il est possible de vivre plusieurs années avec le virus sans être malade (l'infection par le VIH est définie selon des critères strictement biologiques). L'administration de ces traitements à grande échelle (plusieurs dizaines de milliers de personnes en France) entraîne donc dès 1996 la diminution des cas de sida déclarés, ainsi que celle des

décès par sida. Mais, revers de la médaille, elle a pour effet de rendre plus difficile la connaissance de l'incidence de l'infection à VIH (nombre de nouveaux cas par an), qui repose pour partie sur des modélisations bâties à partir des cas de sida. C'est parce que la DO du sida ne permet plus de connaître la dynamique récente de l'épidémie qu'il faut utiliser un autre outil : la déclaration obligatoire des cas de séropositivité. Autrement dit, la mise en place de la DO est rendue nécessaire par le progrès médical. Ce constat est largement partagé par les associations de patients et les fonctionnaires de la santé qui peuplent l'espace sida en France, mais aussi dans beaucoup de pays européens et nord-américains où une réforme du même type est engagée. Ces pays ont en commun avec la France d'avoir déjà instauré la déclaration obligatoire des seuls cas de sida, mais aucun dispositif national pour la séropositivité⁴⁵⁴, d'avoir fondé la politique nationale de lutte contre le sida sur les principes de responsabilité (et de non de coercition, comme l'obligation de dépistage) et de solidarité avec les personnes atteintes, et d'avoir été en mesure de faire bénéficier les personnes atteintes par le VIH des progrès thérapeutiques, et notamment des anti-protéases dès leur arrivée au milieu des années 1990.

En outre, les épidémiologistes du RNSP entendent profiter du montage du nouveau système pour rationaliser l'ensemble de la surveillance du VIH. Ils considèrent comme inutiles ou trop coûteux la plupart des systèmes de surveillance du VIH existants, qu'ils soient fondés sur le suivi de l'activité de dépistage ou de l'activité de soins ou sur des enquêtes de prévalence et d'incidence dans des groupes spécifiques comme les femmes enceintes : « rationaliser » la surveillance, c'est alors simplifier le dispositif en le réduisant à la seule DO. Les spécialistes du RNSP, en d'autres termes, revendiquent le quasi-monopole de la surveillance légitime, et ce à travers un dispositif qui engage l'État (l'obligation de déclaration) et passe par l'administration déconcentrée (les DDASS). Les responsables des systèmes existants de surveillance du VIH, souvent chercheurs à l'INSERM et financés par l'agence de recherches sur le sida, expriment rapidement des critiques à l'égard de cette prétention⁴⁵⁵. L'intérêt de la DO repose sur l'hypothèse que le dispositif pourra prétendre à l'exhaustivité (i.e. le recensement de tous les nouveaux cas d'infection). De fait, il est établi que, au contraire de bien d'autres maladies à déclaration « obligatoire », les cas de maladie sida ont été très bien notifiés largement parce que les médecins hospitaliers, qui dépistent les nouveaux cas, ont tout intérêt à un recensement précis des malades qui font partie de leurs « files actives » de patient. Les financements des services hospitaliers reposent en effet en partie sur la taille des files actives. Certes, la situation est différente pour les cas de séropositivité, pour partie dépistés par des médecins généralistes en ville, traditionnellement réticents à l'égard de la paperasserie de la déclaration ; c'est la raison pour laquelle le principe d'une double déclaration, par le médecin mais aussi par le laboratoire d'analyses biologiques, est très vite acté. Pourtant, la recherche de

⁴⁵⁴ D'après une enquête du CESES réalisée en 1997, plusieurs pays disposaient de systèmes nationaux obligatoires étaient de trois types, selon que les données personnelles étaient nominatives (dans certains pays d'Europe de l'est), codées (Grande-Bretagne, Suède, Norvège, Belgique, notamment) ou absentes (Allemagne, Danemark, Suisse, Finlande).

⁴⁵⁵ C'est le sens de l'article écrit par deux chercheurs de l'INSERM, J.-Cl. Moatti et Y. Obadia dans *Le Monde* (« Deux poids, deux mesures », 15 décembre 1999).

l'exhaustivité a toutes les chances de se heurter à plusieurs obstacles bien identifiés. Un dispositif de DO ne recense par définition que les cas dépistés, et même seulement une partie d'entre eux. Ne sont donc pas comptabilisées les personnes ignorant leur séropositivité parce que n'ayant pas fait de test de dépistage (de plus en plus nombreuses au cours des années 1990, comme le montrent les données sur les cas de sida⁴⁵⁶), ainsi que les personnes dépistées positives dans les centres offrant un dépistage anonyme (CDAG), qui représentent pourtant une proportion non négligeable des personnes testées positives (10 % des sérologies positives en 2002⁴⁵⁷), dans la mesure où le principe d'anonymat rend délicate la déclaration du statut séropositif, donc impossible le respect de l'obligation de déclaration. Instaurer l'obligation de la déclaration des nouveaux cas découverts en CDAG serait contre-productif en termes d'incitation au dépistage. À quoi il faut ajouter que ce ne sont pas les personnes récemment infectées dont la séropositivité est déclarée et le profil épidémiologique établi, mais bien les personnes récemment dépistées séropositives, dont la contamination peut ainsi remonter à plusieurs années. Le suivi fin des infections suppose qu'on puisse dater le moment de l'infection, ce que les progrès en virologie permettront assez vite.

Cependant, d'après les notes et documents des épidémiologistes de l'unité VIH, c'est un autre argument, très peu avancé dans le débat public, qui a motivé leur intérêt pour l'adaptation du dispositif de surveillance de l'infection. Fin 1996, les épidémiologistes retiennent de travaux américains tout juste parus que les progrès thérapeutiques contre la primo-infection par le VIH sont tels qu'il devient décisif de notifier *le plus précocement possible* aux personnes leur séropositivité : déclarer la séropositivité peut désormais permettre d'accélérer la prise en charge thérapeutique, et de réduire les risques de transmission (voire de suivre la chaîne de transmission). Pour des agents engagés depuis plusieurs années dans la lutte contre le VIH/sida, la nouvelle fait légitimement l'effet d'une bombe. Longtemps, l'impuissance thérapeutique a pesé contre l'incitation au dépistage : à quoi bon pousser les gens à se faire dépister si l'on ne peut leur proposer aucun traitement vraiment efficace en cas de résultat positif ? Désormais, non seulement des traitements existent, mais ils sont efficaces à un stade précoce de l'infection virale, et permettent de réduire la contamination. Sont ici satisfaites à la fois l'ambition biomédicale qui fait du traitement médicamenteux sinon un moyen de guérison, du moins un vecteur de prévention secondaire (les effets de la maladie sont diminués et même maîtrisés), et l'ambition de la veille sanitaire qui entend détecter précocement et agir vite. On n'est pas loin ici de l'approche pastorienne qui sous-tend la déclaration obligatoire : déclarer c'est informer mais aussi signaler – ici inciter la personne atteinte à prévenir son entourage –, donc arrêter la contamination.

⁴⁵⁶ La proportion des personnes nouvellement déclarées pour le sida qui ignoraient leur séropositivité n'a cessé d'augmenter dans les années 1990, jusqu'à atteindre 50 %. Mais le dernier chiffre officiel, datant de décembre 2003, était de 80 % : huit personnes sur dix ne connaissaient pas leur statut sérologique au moment du diagnostic du sida.

⁴⁵⁷ En 2002, 6 % des sérologies, mais 11 % des sérologies confirmées positives, étaient réalisées en CDAG.

En fait, la priorité pour les épidémiologistes porte sur un système de notification national mais pas nécessairement obligatoire. L'hypothèse d'une déclaration volontaire est envisagée d'autant plus sérieusement que la notion d'obligation est délicate à manier. L'obligation s'impose certes aux médecins qui découvrent les cas, et non aux personnes dépistées séropositives. Mais, d'une part le consentement de ces derniers est censé être requis (on ne saurait en théorie déclarer à l'insu des personnes), d'autre part la justification de l'obligation est délicate au sujet d'une épidémie dont la prise en charge repose dès l'origine, en France, sur les principes du volontariat et la responsabilisation (refus de toute mesure coercitive en matière de dépistage, par exemple). Le risque est grand d'une confusion entre dépistage et déclaration. Dès la fin 1997, cependant, l'unité VIH retient l'option de la déclaration obligatoire, jugée plus efficace.

C'est très prudemment que les premières interventions publiques sont faites : après que Jean-Baptiste Brunet, le fondateur de la surveillance épidémiologique du sida en France, a lancé le débat dans la presse à l'été 1997, des cliniciens réputés et les associations « gestionnaires », Aides et Arcat-sida, accordent leur caution à l'option obligatoire en octobre-novembre 1997. Après quelques mois d'un débat feutré, c'est de manière significative à l'occasion des « Assises nationales » de l'association Aides, en décembre 1997, que le ministre Bernard Kouchner se prononce publiquement en faveur d'une déclaration obligatoire et de la suppression des dispositifs précédents au profit du nouveau système national. Le ministre consulte les instances scientifiques, médicales et éthiques (Académie nationale de médecine, Conseil supérieur d'hygiène publique de France, Conseil national du sida) qui soutiennent l'obligation, à une exception (Conseil national du sida, on y revient). Fin mai 1998, B. Kouchner rend publique sa décision en faveur de la DO, dont la mise en place doit être rapide : la grande loi de réforme de la sécurité sanitaire est promulguée en juillet, le projet doit être élaboré par l'INVS créé par la loi. L'INVS engage une consultation à l'automne 1998, notamment auprès de certaines associations de lutte contre le sida, et les décrets sont finalement publiés en mai 1999. Ils prévoient l'expérimentation dans une vingtaine de départements d'un système qui, *grosso modo*, est celui de la DO du sida, avec des éléments indirectement nominatifs et des garanties de confidentialité dans la circulation et la conservation des données, et présente deux nouveautés. La première est la double déclaration : aux médecins on ajoute les biologistes, afin d'améliorer l'exhaustivité de la déclaration, dans la mesure où, on l'a dit, il est notoire que les médecins libéraux sont traditionnellement réticents à l'égard de ce type de dispositif, et bien moins « compliants » que les médecins hospitaliers⁴⁵⁸. La deuxième est l'inclusion des Centres de dépistage anonyme et gratuite (CDAG), mais dans un cadre nécessairement non obligatoire. Après la publication du décret, l'INVS affiche sa confiance : le nouveau système national devrait être généralisé dès 2000. Le 21 mai, Aides clame par communiqué de presse que « cette déclaration n'est pas un fichage des séropositifs, et elle est anonyme ».

⁴⁵⁸ Sur l'histoire de la DO, voir MURARD Lion et ZYLBERMAN Patrick, *L'Hygiène dans la République*, op. cit.: chapitre 10.

Deux points méritent d'être précisés. En premier lieu, le consensus n'est pas complet sur la pertinence de l'obligation : l'une des instances de « sages » consultées par le ministre durant le début 1998, le Conseil national de sida (CNS), se prononce en effet fermement contre la décision ministérielle. Le CNS n'est sans doute pas l'instance la plus reconnue dans le champ de la lutte contre le sida, mais il compte en son sein des représentants associatifs, lesquels poussent au rejet de la DO. Son avis s'appuie sur des considérations d'ordre différent. Les premières relèvent de la pratique même de la réforme politique : supprimer les dispositifs existants avant de lancer le nouveau est aller trop vite en besogne ; instaurer véritablement une obligation (pour les médecins et les biologistes) exigerait *a minima* de prévoir (enfin) des sanctions en cas de non respect. Un autre ordre de considérations mobilise la plus pure tradition clinique : le volontariat, par principe, est seul compatible avec le colloque singulier entre le médecin et son patient, bâtis sur la confiance réciproque. Une dernière considération, particulièrement soutenue au sein du CNS par Jean-Marie Faucher, par ailleurs assistant social de formation et directeur d'Arcat-sida, mobilise les différences entre une personne séropositive et une personne malade du sida : grâce aux nouveaux traitements, la première peut espérer vivre plus longtemps (comme la seconde), mais aussi (à la différence de la seconde) disposer d'un état de santé lui permettant de travailler, d'acheter un logement, etc., ce qui rend la communication et le stockage de données personnelles très sensibles du point de vue de la protection des libertés individuelles, et justifie un degré très élevé de protection. En bref, au-delà de la continuité biologique (il s'agit d'une seule et même infection) et thérapeutique (des traitements applicables à différents stades) entre séropositivité et sida avéré, ces deux états ne sont pas équivalents sociologiquement. La controverse fait pourtant long feu, notamment sur ce dernier point. Selon le ministre B. Kouchner, l'avis du CNS n'est qu'un « avis parmi d'autres » (*Libération*, 1^{er} février 1998) ; Aides soutient le projet ministériel (communiqué du 6 février 1998) ; Act Up se contente de pointer les risques en termes de communication (*Quotidien du médecin*, 4 février 1998) : seule Arcat, par la voix de J.-M. Faucher, soutient le CNS (idem). Une première rupture, à peine visible mais appelée à durer, survient entre les grandes associations de lutte contre le sida, qui sépare Aides et Act Up à Arcat.

En second lieu, au cours de la phase de préparation, l'unité VIH du RNSP construit son projet de manière isolée. Elle place d'abord tout à fait délibérément les associations dans un strict rôle consultatif, de second plan – les épidémiologistes diront ultérieurement (en situation d'entretien) le regretter. Elles doivent certes être consultées, mais seulement dans un second temps, sur un projet élaboré par un groupe de travail où leur présence n'est pas souhaitée. En vertu d'une logique d'action technoscientifique, les associations ont pour rôle de contribuer à l'acceptabilité sociale de la réforme, non de se prononcer sur un dossier « technique ». Les associations ne font pas grand-chose pour nuancer l'opinion très arrêtée des épidémiologistes du RNSP. À la réunion de « consultation » organisée le 25 novembre 1998, seuls Aides et Sida info service ont répondu présent parmi les 14 associations invitées. Aides-Fédération est représentée par ses principaux dirigeants, Christian Saout (président) et Hélène Rossert (secrétaire générale), lesquels, d'après le compte-rendu de la réunion,

approuvent entièrement le projet de l'INVS, et soulignent en conclusion souhaiter une « collaboration » avec les épidémiologistes, l'accès aux données leur permettant de « mieux cibler les actions de prévention et appuyer leurs demandes de financement sur des bases solides ». Le soutien de Aides obéit en partie à une rationalité instrumentale : l'objectif est de mieux cibler les actions de prévention, et de montrer, via des données crédibles sur la dynamique de l'épidémie, que la lutte contre le sida mérite de conserver son statut de cause majeure de santé publique, qu'elle ne doit pas être normalisée.

Mais l'unité VIH est également en relation tendue avec la Division sida de la DGS. Celle-ci a repris en 1994 les attributions de l'agence spécialisée chargée de l'information, de la communication et de la prévention (AFLS)⁴⁵⁹. Administration dominée dans le champ de la santé, la Division sida a acquis ainsi une position mieux assise, et est (enfin) devenue un interlocuteur de poids pour les acteurs associatifs. Les progrès thérapeutiques des années 1995-1996 renforcent aussi la DGS, dans la mesure où ils confèrent un rôle central à la politique de dépistage, qui est de son ressort : le test du VIH n'est plus seulement un outil de diagnostic et d'information et prévention, mais aussi la première étape d'une prise en charge thérapeutique et un outil de pronostic (dans le cas des traitements préventifs en phase de primo-infection, grâce à la mesure biologique de l'état de l'infection). Il faut se garder cependant de voir la DGS comme une administration unifiée. L'unité de surveillance épidémiologique, dont on a vu qu'elle avait quitté en 1993 la DGS, où elle était implantée depuis 1985, pour le RNSP, ne travaille pas sur le projet de DO avec la Division sida, mais avec une sous-direction chargée de la veille sanitaire. Rétrospectivement, plusieurs médecins-inspecteurs de la Division sida reconnaissent avoir été irrités par le départ de l'unité de surveillance pour le RNSP, en ce qu'il revenait à dépouiller l'administration centrale de missions jugées régaliennes : l'obligation aurait dû être confiée à l'État, le circuit des déclarations passant d'ailleurs par l'administration déconcentrée (les DDASS). S'ils déclarent avoir partagé le projet du RNSP en faveur de la DO du VIH, ces mêmes inspecteurs regrettent en revanche d'avoir été mis à l'écart au profit de leurs collègues de la sous-direction de la veille sanitaire, qu'ils interprètent avec les mêmes cadres d'entendement que le milieu associatif, c'est-à-dire comme le signe d'une forme regrettable de normalisation du sida. Du côté de l'unité VIH de l'INVS, les archives gardent trace par ailleurs d'un certain agacement contre la Division sida à propos d'un projet de système spécifique de surveillance du VIH chez l'enfant, élaboré dès 1993, mais que cette dernière ferait encore traîner en 1997 – une affaire jamais rendue publique. Plus généralement, depuis leur départ de la DGS, les épidémiologistes entendent se penser comme des experts, dont les priorités peuvent légitimement être contradictoires avec celles de l'administration centrale. En cours d'agencification (la création de l'INVS est imminente), donc de validation de leur projet institutionnel, ils entendent bâtir ce nouveau système de surveillance sinon en toute indépendance, du moins indépendamment de l'avis de la Division sida.

⁴⁵⁹ PINELL Patrice *et al.*, *Une épidémie politique*, *op. cit.*

La crise et sa gestion.

Le décret de mise en place de la nouvelle DO est paru depuis quelques semaines lorsque, au début du mois de juillet 1999, la presse se fait l'écho d'un nouveau « scandale » lié à la lutte contre l'épidémie de VIH-sida : le « fichage des séropositifs ». L'INVS aurait mis en place un « fichier des personnes séropositives » sous couvert du nouveau système. Plusieurs associations de défense des droits de l'homme et de lutte contre le sida dénoncent une « manœuvre » par l'expression de « fichage des séropositifs », c'est-à-dire de la constitution intentionnelle d'une base de données nationale ne protégeant pas l'anonymat des personnes déclarées. Les premières associations à intervenir dans la presse, le Réseau Voltaire et Combat face au sida, sont peu connues, mais elles sont suivies de près par les associations centrales, comme Aides-Fédération, Act Up-Paris, Arcat-sida ou Sida Info Service, et soutenues rapidement par des syndicats et des partis politiques de la majorité.

Le scandale survient alors que le gouvernement Jospin de « gauche plurielle », rassemblant autour des socialistes les représentants communistes, radicaux de gauche, « chevenementistes » et écologistes, est aux affaires depuis deux ans. Il survient aussi à un moment de vacance politique et administrative. Le ministre délégué à la santé du gouvernement Jospin est l'ancien « french doctor » Bernard Kouchner, lequel a déjà occupé la fonctions en 1992-1993. B. Kouchner est à la fois un défenseur des agences sanitaires, qui a créé le RNSP en 1992 puis défendu le projet de loi sur la sécurité sanitaire en 1998, et un acteur politique réputé proche des représentants des patients, qui a d'ailleurs placé sur l'agenda un projet sur le droit des malades (qui aboutira en 2002). Mais il vient d'être nommé Haut-commissaire des nations unies au Kosovo, et son poste est vacant : la député Dominique Gillot, qui lui succède, est nommée seulement en août. De même, le Directeur Général de la Santé Joël Ménard a démissionné au printemps, et on ne lui a pas encore trouvé de successeur – ce sera Lucien Abenhaïm, épidémiologiste et *full professor* de biostatistiques à l'université Mc Gill de Montréal. Ce sont donc les conseillers des cabinets de B. Kouchner et de sa supérieure dans l'ordre gouvernemental, Martine Aubry, ministre de l'emploi et de la solidarité, qui gèrent la crise au cours de l'été.

Les associations ne se contentent pas de communiquer. Avec l'appui de la Ligue des droits de l'homme et de représentants des partis politiques de la majorité, elles déposent des recours devant le Conseil d'État afin de contester la légalité de plusieurs articles du décret du 6 mai 1999 ayant instauré la DO. Deux points font sens sur le plan juridique⁴⁶⁰. Le premier est d'ordre procédural : le dispositif expérimental, qui procède à la transmission informatisée de données individuelles relatives à la vie privée, n'aurait pas dû être lancé sans accord écrit de la CNIL. Rétrospectivement, les agents de l'INVS expliquent s'être contentés de l'accord oral, par téléphone, des responsables de la CNIL, et se reprochent une certaine naïveté, le point de procédure ayant fragilisé

⁴⁶⁰ Sur les aspects juridiques, cf. la thèse de HEARD Mélanie, *Un nouveau paradigme en santé publique : droits individuels et VIH/sida, 25 ans d'action publique en France*, Sciences Po Paris, 2007. : chapitre 3.

leur position. Le second est d'ordre légal. Les fiches de déclaration contiennent des données à caractère « indirectement nominatif » (prénom en entier, âge, sexe, profession, etc.), dont le système prétend assurer la stricte « confidentialité » en les codant et en assortissant leur circulation de conditions précises ; ce sont là les principes de la DO du sida, qui n'a connu aucune rupture avérée de confidentialité. Mais la loi du 1^{er} juillet 1998 sur la sécurité sanitaire, dont procède le décret, a innové en exigeant que la surveillance sanitaire respecte la « protection de l'anonymat ». Or, sur le plan juridique, l'anonymat n'est pas la confidentialité – ce que la plupart des acteurs engagés dans l'affaire, y compris au sein l'INVS, n'ont compris qu'après-coup ; le décret est donc tout simplement non conforme à la loi.

Ce qui fait problème juridiquement n'est pas le caractère nominatif des fiches. Loin de recueillir les noms des personnes, comme cela se pratique dans certains pays⁴⁶¹, le système français demande aux médecins et biologistes déclarants de créer un code identifiant basé sur les informations personnelles (initiales, dates de naissance, etc.), afin de protéger la confidentialité des données individuelles tout en repérant et éliminant les doubles déclarations. Le problème ne réside pas non plus dans le recueil et la transmission de données « démographiques » (état-civil, profession, département de résidence), donc « indirectement nominatives », reconnues nécessaires à une « véritable » surveillance épidémiologique, même si leur caractère potentiellement identifiant, notamment par croisement, fera malgré tout débat ; le code postal, par exemple, peut être identifiant dans les petites communes s'il est croisé avec la profession indiquée en clair (deux données que le premier système prévoyait de recueillir). Ce qui fait problème juridiquement, c'est que les fiches doivent désormais respecter l'anonymat complet des personnes, c'est-à-dire, concrètement, rendre impossible l'identification d'une personne (au bout d'un certain délai), ou la reconstitution d'un fichier nominatif (par exemple par croisement avec d'autres fichiers comportant des données individuelles).

Les points juridiques jouent un rôle non négligeable dans la gestion politique de la crise. La décision de suspendre le système expérimental est liée en partie à l'absence d'autorisation de la CNIL ; l'abrogation du décret sera rendue nécessaire par son illégalité aux termes de la décision du Conseil d'État. Mais si crise il y a, c'est précisément en raison de la « déssectorisation » rapide de l'affaire⁴⁶² au-delà de la sphère judiciaire, et notamment de sa politisation précoce, au sens restreint de prise de position des professionnels de la politique (représentants de partis politiques, ministres). Sous la pression associative et médiatique, en effet, les responsables n'attendent ni la recommandation de la CNIL, ni l'avis du Conseil d'État pour trancher. Sur consigne de Martine Aubry d'après certains témoignages, et à l'issue de deux réunions, entre mi-juillet et début août, auxquelles participent représentants de

⁴⁶¹ Et qui se pratique dans toutes les maladies à déclaration obligatoire autres que le sida, puisque la déclaration obligatoire est un système fondé sur le signalement nominatif des personnes atteintes de maladies infectieuses rares mais virulentes, exigeant une action prophylactique rapide.

⁴⁶² DOBRY Michel, *Sociologie des crises politiques: la dynamique des mobilisations multisectorielles*, Paris, Presses de la Fondation nationale des sciences politiques, 1992 (Références 29).

l'INVS, des associations et de la Direction générale de la santé (DGS), ils décident d'arrêter l'expérimentation, d'adopter la proposition associative d'une anonymisation des données « à la source » (au moment de la déclaration), et de créer un Comité de pilotage réunissant les différentes parties en présence afin d'élaborer un nouveau système de DO. La réponse politique à la crise consiste donc à satisfaire les associations aux dépens des épidémiologistes, en reprenant leurs propositions et en les associant à l'élaboration du système de surveillance. Elle est assez peu médiatisée, et sous une forme irénique : selon le *Quotidien du médecin* (2 août 1999), le gouvernement « joue la concertation ».

Sur le plan technique, l'anonymisation « à la source », par cryptage informatique ou « hachage », consiste à attribuer un code irréversible à chaque cas, de sorte que les mêmes éléments donnent le même code. Cette technique permet de respecter deux critères essentiels pour la qualité du suivi épidémiologique, repérer les personnes déclarées plusieurs fois pour le même stade (éviter les « doublons »), et les suivre aux trois stades possibles de déclaration (séropositivité, maladie-sida, décès), tout en garantissant que l'on ne puisse pas, en revanche, identifier un cas à partir du code. La technique est donc irréversible, mais pas totalement sûre en cas de croisement avec un autre fichier contenant les mêmes élément (par exemple celui de l'assurance-maladie), donc susceptible de générer le même code. Ces procédés sont bien connus en France dans le domaine médical. Le DMI2, système d'information épidémiologique sur les patients séropositifs suivis en milieu hospitalier, fonctionne depuis 1988 avec anonymisation à la source au moyen d'un algorithme dit de San Marco (du nom du spécialiste de santé publique qui l'a conçu). C'est également un logiciel de cryptage anonymisant les données à la source, qui a été utilisé en 1996 à l'occasion de l'extension aux cliniques privées du PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information). Mais leur application à un système de DO pose des problèmes spécifiques de mise en œuvre, notamment parce que les médecins libéraux censés déclarer les cas sont très inégalement socialisés à l'informatique.

Quant au Comité de pilotage, à la tête duquel est nommé le professeur de santé publique Alfred Spira, il réunit régulièrement les différentes protagonistes de décembre 1999 à juin 2000, et aboutit à un « nouveau » système de DO VIH, adopté par décret en mai 2001, mais opérationnel en 2003 seulement pour des raisons techniques⁴⁶³. Rien d'étonnant, dès lors, à ce que l'histoire ait été analysée comme un cas presque exemplaire de « co-production » d'une décision publique : le Comité de pilotage est le type même d'instance dans laquelle experts, politiques et « profanes » (les représentants associatifs des patients et des citoyens) produisent ensemble des décisions politiques, ici la mise en œuvre d'un nouvel instrument scientifique de politique publique, et contribuent à « désenclaver » le complexe scientifico-administratif de la surveillance épidémiologique⁴⁶⁴. Après avoir été des lanceurs

⁴⁶³ Il faut attendre l'autorisation de la CNIL et surtout la validation de la sécurité informatique du système par des experts du ministère de la défense.

⁴⁶⁴ DODIER Nicolas, *Leçons politiques de l'épidémie de sida, op. cit.* ; et la thèse de TORNAY Didier, *Un seul cas suffit. Une étude sociologique de l'engagement du futur en biomédecine*, EHESS, 2001.

d'alerte efficaces, associations de lutte contre le sida et de défense des droits de l'homme contribuent ainsi à une solution non seulement mieux fondée (puisque fondée plus largement), mais aussi mieux conçue (au-delà de « l'acceptabilité », les « profanes » sont entendus dans leur questionnement et pour leurs solutions).

Ce sont en l'occurrence deux associations peu voire pas connues dans l'espace de la lutte contre le sida, le *Réseau Voltaire* et *Combat face au sida*, qui lancent l'alarme, très vite relayées par les associations centrales de la lutte contre le sida et les partis politiques. Organisme autoproclamé de « vigilance » citoyenne peu familier des questions de santé publique, le *Réseau Voltaire pour la liberté d'expression* (dit *Réseau Voltaire*)⁴⁶⁵, dirigé par Thierry Meyssan, avait déjà alerté en 1998 le parlement européen contre la tentative de la commission européenne d'imposer un « fichier nominatif des séropositifs » : d'où sa réactivité à la « manœuvre » de l'INVS⁴⁶⁶. *Combat face au sida* est le nom de la revue, créée en 1995, par l'Association des communistes contre le sida, association peu réputée, liée au *Réseau Voltaire* ; elle est représentée lors de la crise par son rédacteur en chef, Gilles Alfonsi⁴⁶⁷.

Tout au long du dossier, y compris dans le Comité de pilotage, où siègent T. Meyssan et G. Alfonsi à quelques réunions, ces associations jouent sur le glissement de l'expression « fichier des séropositifs » (parfois « fichier nominatif ») à celle de « fichage des séropositifs », donc du support objectif (certes un registre, mais avec codes identifiants, en aucun cas des noms) à l'intention malfaisante qui est à son principe. De même, en mars 2000, ils prétendent découvrir un « fichage nominatif » des militaires séropositifs ; il s'agit en fait du fichier des militaires suivis médicalement, sur le modèle des fichiers de patients suivis à l'hôpital. Un autre trait saillant de leur mobilisation réside dans la politisation des enjeux à laquelle ils sont en mesure de procéder. Ils enrôlent d'emblée des représentants de partis de la gauche plurielle dans leurs communiqués et leurs recours devant la justice administrative. Ils font intervenir en mars 2000 des responsables politiques Jean-Michel Baylet (PRG) et Maxime Gremetz (PCF), qui agitent la menace de l'extrême droite au pouvoir (du régime de Vichy aux « rêves » du président du Front National, J.-M. Le Pen) afin de s'opposer à une proposition de l'INVS au Comité de pilotage d'intégrer dans la fiche de déclaration trois mentions (« Français de naissance », « Français par acquisition » et « Inconnu ») pour la rubrique relative à la nationalité des personnes. C'est que Meyssan et Alfonsi sont également des acteurs politiques, certes de second plan, mais proches du premier cercle : le premier est secrétaire national du PRG, le second membre du Conseil national du PCF.

⁴⁶⁵ Le « Réseau Voltaire pour la liberté d'expression » est un réseau international d'agences de presse de gauche, qui s'est spécialisé depuis 1994 dans la surveillance des activités des groupes d'extrême droite, des milieux cléricaux, et des principaux conflits internationaux. L'affaire de la DO est loin d'être au centre de ses intérêts.

⁴⁶⁶ cf. le communiqué du 1^{er} janvier 2000.

⁴⁶⁷ La revue a consacré un grand nombre d'articles à la DO dans un dossier de son numéro 20 (juin 2000). Gilles Alfonsi est également membre du Réseau Voltaire, dont il démissionnera avec d'autres en février 2005 pour dénoncer d'une part l'entrée de négationnistes dans l'association, d'autre part la politique de rapprochement avec des gouvernements autoritaires.

Le 24 février 2000, Baylet écrit au premier ministre L. Jospin une lettre dans laquelle il dénonce le projet « indigne de la République » de l'INVS qui « vise [encore] à constituer un fichier nominatif », et comporte des « questions attentatoires à la vie privée des malades et de leurs conjoints ». La rubrique nationalité établit en effet une « discrimination entre les Français de naissance, et les Français par acquisition, ainsi qu'une distinction entre les malades étrangers expulsables et non-expulsables. Mise en ligne sur le site du Réseau Voltaire, la lettre est titrée : « Le pen l'a rêvé, l'INVS l'a fait ! L'INVS ne renonce pas au fichage nominatif ». Tandis que le député communiste Maxime Gremetz pose une question écrite à l'Assemblée, J.-M. Baylet, interrogé dans le *Parisien*, déclare que « ce genre de questionnaires fait froid dans le dos et rappelle une sombre période de l'histoire de France. () De mémoire, je n'ai jamais vu de document de ce type ».

Enfin, la mobilisation désigne les responsables de l'intention de ficher les séropositifs : l'INVS et sa direction. Le combat est politique et personnalisé : Jacques Drucker est particulièrement visé, comme directeur de l'INVS « nommé par Jacques Chirac » (oubliant qu'il l'avait été par Bernard Kouchner à la tête du RNSP en 1992), et proche de Charles Mérioux.

Le 23 juillet 1999, le Réseau Voltaire écrit que Jacques Drucker, directeur de l'INVS « tente de créer un fichier nominatif des séropositifs », en abusant de la naïveté de L. Jospin, M. Aubry et B. Kouchner. L'INVS veut en effet « briser le principe d'anonymat » et « lui substituer la possibilité d'un fichage identifiant, seulement protégé par le secret professionnel ». Le 3 novembre 1999, le Réseau Voltaire se félicite du fait que l'INVS renonce au « fichage des séropositifs », « fichage indirectement nominatif » « à des fins épidémiologiques »⁴⁶⁸.

Le Réseau Voltaire fait même état de ses soupçons quant à des influences « extrémistes ou sectaires () au sein de l'INVS », et réclame une enquête des commissions parlementaires, de la Commission nationale consultative des droits de l'homme, et de la Mission interministérielle de lutte contre les sectes. Dans une tribune signée parue en mars 2000, G. Alfonsi, T. Meyssan et les dirigeants d'Arcat, le philosophe Emmanuel Hirsch et Jean-Marie Faucher, écrivent que les épidémiologistes de l'INVS, « partisans du contrôle social », croient à « la dangerosité des "sidéens" et à la valeur de la coercition » ; ils « ne perçoivent plus les personnes séropositives comme des concitoyens malades, mais comme les agents propagateurs d'une maladie venue d'ailleurs » qu'il faut « identifier », « surveiller », « voire () isoler »⁴⁶⁹.

Dans un courrier adressé en mars 2000 à Lucien Abenhaim, Directeur général de la santé, le réseau Voltaire l'assure de sa confiance, mais accable l'INVS, lequel poursuivrait « avec détermination son projet de fichage nominatif des séropositifs », notamment en proposant à la rubrique « nationalité » une mention « inconnu », qui

⁴⁶⁸ Articles disponibles sur les sites internet.

⁴⁶⁹ « Pour une politique républicaine de santé publique », tribune du 20 mars 2000 dans *l'Humanité*. J.-M. Faucher signe au nom de l'Union nationale des associations de lutte contre le sida, UNALS, mais il est à l'époque membre du PRG à Paris, directeur général d'Arcat, et membre du Conseil national du sida.

ferait référence « à la situation des étrangers refusant de révéler leur nationalité pour faire obstacle à une mesure d'expulsion », et transformerait les médecins en indicateurs de police. Or, ce choix n'est « pas imputable à un fonctionnaire ou contractuel isolé, inconscient, ou ignorant » : il est « [assumé] collectivement par la direction de l'INVS à la suite d'une mûre réflexion »⁴⁷⁰.

Dans une vision très complotiste du monde, les dénonciations publiques du Réseau Voltaire et de Combat face au sida, parfois soutenus par l'association Arcat-sida, désignent donc au public un scandale, le fichage, et un responsable, l'Institut de Veille sanitaire, qui agissent « à l'insu du gouvernement »⁴⁷¹. Quant aux responsables gouvernementaux et administratifs (le DGS), ils ont fauté par naïveté, mais ont su réagir dès qu'ils ont été alertés. À ce premier clivage manichéen entre les pouvoirs publics et l'agence sanitaire s'ajoute un second clivage, au sein du monde associatif, qui oppose les associations porteuses de l'appel à la vertu civique, autoproclamées « vertueuses », respectueuses de la protection de la vie privée, et les associations centrales ou « installées » de la prise en charge du sida (au sens éliasien d'*established*), prêtes à transiger sur ces principes, en l'occurrence les deux associations dominantes du champ, Aides et Act Up, ainsi que Sida info Service.

Revenant sur le dossier en mars 2003, au moment où le nouveau système est enfin opérationnel, le responsable de Combat face au sida dresse un bilan sans équivoque : « le débat entre les associations qui avaient choisi de transiger sur les principes – au premier rang desquels le respect de l'anonymat – au nom de l'efficacité et de l'urgence de se doter d'un système de surveillance épidémiologique, et celles qui considèrent indispensable que ce système offre les meilleurs garanties possibles en termes de respect des personnes, a de fait été tranché... au bénéfice des citoyens ».

Une telle description de la configuration des acteurs engagés dans l'affaire est validée par certains faits. L'opposition pouvoirs publics/agence sanitaire se manifeste ainsi dès les décisions de l'été 1999, par lesquelles les associations, pour le coup unies, obtiennent la création du Comité de pilotage et l'adoption de principe de l'anonymisation des données à la source, contre l'avis des épidémiologistes (qui anticipent explicitement, documents à l'appui l'alourdissement du système, donc le retard de sa mise en œuvre et la charge de travail supplémentaire). Les séances du Comité confirment le système des alliances. D'un côté, les associations « installées », Aides et Sida Info Service surtout, mais aussi (quoique de manière plus ambivalente) Act Up, soutiennent l'INVS⁴⁷². De l'autre, les associations « vertueuses » bénéficient non seulement de la réserve des représentants de la Division sida de la DGS (d'emblée

⁴⁷⁰ Cf. le dossier du 5 mars 2000.

⁴⁷¹ Cf. la tribune du 20 mars précitée.

⁴⁷² C'est aussi le cas de la LDH : elle demeure vigilante, mais accorde sa confiance au travail de l'INVS. Il n'est pas anodin que ce soit la Ligue des droits de l'homme, qui bénéficie d'une solide expertise quant aux enjeux de la protection de la vie privée et du capital lui permettant l'action juridique (recours, interprétation des règles de la CNIL), qui ait proposé la « solution » de l'anonymisation à la source censée garantir non seulement la confidentialité des données, mais bien, conformément à la loi de 1998, leur anonymat.

réticents à l'égard de la nouvelle surveillance et très en retrait lors des débats du comité), mais aussi et surtout de l'appui marqué du Directeur général, L. Abenhaïm.

L'attitude des associations centrales de la lutte contre le sida est ainsi contrastée. « Doublée sur leur gauche » (pour reprendre l'expression d'un épidémiologiste) par les associations « vertueuses », elles réagissent par la surenchère dans un premier temps, par un recadrage dans un second temps. Aides et Act Up, comme Arcat-sida, amplifient d'abord la critique du projet de DO – Act Up diffuse notamment très tôt, dès le 2 juillet, un communiqué intitulé « Non au fichage nominatif des malades du sida ». La cible n'est cependant pas exactement la même.

Elle est très large pour Act Up, qui accuse à la fois les ministres B. Kouchner et M. Aubry, auteurs d'un « coup bas »⁴⁷³ (l'intention est donc ici inférée au plus haut niveau), les « gens du ministère » qui ont « bâclé le dispositif », et les épidémiologistes de l'INVS qui ne veulent pas et n'aiment pas travailler avec « leurs sujets possibles d'épidémiologie »⁴⁷⁴. Par la suite, est avant tout mise en cause l'absence de volonté politique des responsables de l'État, et d'abord du premier ministre L. Jospin, lequel sera violemment critiqué lors de la campagne électorale de 2002. D'un autre côté, Act Up a toujours défendu le principe de l'obligation, et n'est que peu intervenue dans les débats du comité de pilotage, se montrant dans l'ensemble très conciliante avec les épidémiologistes de l'INVS. Elle contribue même après 2003 à la promotion du nouveau dispositif (« il ne s'agit pas d'un fichier » est-il écrit dans sa revue). La position de l'association est ainsi ambivalente : dénonciation publique du gouvernement, mais soutien au dispositif dans les arènes plus restreintes. On peut faire l'hypothèse que, dans la phase d'hésitation entre la voie de l'expertise (médicale) et le combat activiste (de la coalition des causes minoritaires) qui caractérise l'association à la fin des années 1990⁴⁷⁵, le dossier de la surveillance épidémiologique ne lui laisse guère de prise. La position d'expertise est en effet difficile à occuper : les compétences en interne qui lui avaient permis de critiquer parfois avec pertinence l'épidémiologie de sida au milieu des années 1990 ne semblent plus être en mesure d'être mobilisées. Quant à la position d'activiste, elle est déjà occupée par le Réseau Voltaire et Combat face au sida. L'association se trouve finalement contrainte de défendre une cause déjà problématisée, relative à un système qu'elle juge nécessaire, et bien ajustée à son registre d'intervention. Une cause peu porteuse, donc peu activée, sinon dans le contexte exceptionnellement mobilisateur de la campagne présidentielle.

La position de Aides est très différente. Ayant plaidé pour le principe de l'obligation⁴⁷⁶, participé à la consultation de l'INVS sans trouver alors grand-chose à redire, et salué publiquement le système expérimental, l'association se trouve en porte-à-faux quand le scandale s'étale dans la presse. Elle rejoint dans un premier temps le camp des critiques, plaidant en faveur du report de l'expérimentation et de la création du comité

⁴⁷³ Communiqué du 2 juillet.

⁴⁷⁴ Propos d'E. Cosse, présidente d'Act Up, dans le dossier de *Combat face au sida*, juin 2000.

⁴⁷⁵ BROQUA Christophe, *Agir pour ne pas mourir !*, op. cit.

⁴⁷⁶ La décision de B. Kouchner est annoncée publiquement lors des Assises d'Aides.

de pilotage. Mais elle soutient ensuite résolument les épidémiologistes de l'INVS. Pour son président Christian Saout, magistrat de profession, tout paraît déjà plié lors de la première réunion du comité de pilotage : l'anonymisation à la source garantit l'anonymat, ou plutôt, selon ses propres termes, « la technique assure le droit ». Le problème étant résolu, il s'agit désormais pour Aides d'aller vite, et ses représentants appuient systématiquement les propositions de l'INVS au Comité. Quand, fin avril, le DGS L. Abenhaïm semble prêt à céder aux injonctions des associations « vertueuses » visant à lancer un dispositif expérimental alternatif de déclaration volontaire dans les CDAG, Aides mobilise les associations « installées » (Act Up, le LDH notamment) dans un communiqué commun qui, en pointant « l'irresponsabilité de l'État en matière de santé publique », vise directement le DGS. Aides rejoint ainsi Act Up dans la critique de la volonté politique insuffisante du gouvernement, mais s'en sépare dès lors qu'il s'agit de pointer des responsables du côté administratif, mettant en cause de manière vague la « maladministration », et épargnant les épidémiologistes de l'INVS⁴⁷⁷.

En définitive, la DO, définie par l'INVS comme une question essentiellement technique (assurer une surveillance épidémiologique efficace), est redéfinie par des *outsiders* du dispositif de lutte contre le sida comme un *enjeu politique* (protéger le citoyen contre les risques de fichage par l'État). Elle est devenue un « problème public » au sens de Hilgartner et Bosk, c'est-à-dire un problème qui se déploie dans l'espace public parce qu'il possède certaines caractéristiques : des responsables (les épidémiologistes, voire l'État) ; des victimes, ici potentielles (les individus séropositifs) ; des éléments généralisables (le fichier informatique qui devient fichage) ; des solutions techniques (le hachage informatique) et politiques (le comité de pilotage)⁴⁷⁸. Dans la constitution de ce problème, plusieurs espaces sont investis (médiatique, politique, administratif, judiciaire) et les trois « formes poreuses » de publicisation des intérêts identifiées par M. Offerlé sont travaillées, mais dans des proportions et avec une visibilité très contrastées⁴⁷⁹. Le *nombre*, sans doute, par exemple par la revendication de représentativité des associations, ou les signatures mobilisées dans les interventions médiatiques. La *science*, aussi, notamment par l'appel à l'expertise juridique (pour les recours administratifs) et technique (la proposition du hachage informatique des données à la source). La *vertu*, enfin, et surtout : parce que les lanceurs de mobilisation sont en situation marginale dans l'espace de la lutte contre le sida lui-même comme dans les transactions qui s'y déroulent entre champ médical, champ administratif, et associations⁴⁸⁰ – et qu'ils le demeurent tout au long de l'affaire –, ils se posent en lanceurs d'alerte, dénonciateurs intransigeants d'un manquement à la légalité républicaine, du franchissement scandaleux d'un seuil dans l'atteinte aux droits de l'homme. Le thème du « fichage », susceptible de réveiller la mauvaise

⁴⁷⁷ Sur Aides voir l'article paru dans la revue *Transversal* en 2002 (revue éditée par Sidaction depuis 2001).

⁴⁷⁸ HILGARTNER Stephen et BOSK Charles L., « The rise and fall of social problems: A public arenas model », *American journal of Sociology*, 1988, pp. 53–78.

⁴⁷⁹ OFFERLE Michel, *Sociologie des groupes d'intérêt*, Paris, Montchrestien, 1994.

⁴⁸⁰ Comme le dit un fonctionnaire de la DGS, « c'est très marrant quand même, sont arrivées ces espèces d'associations quand même, qu'on ne voyait pas forcément avant » (entretien avec deux fonctionnaires de la DGS réalisé par Claude Thiaudière, décembre 2005).

conscience collective (les fichiers des juifs sous Vichy⁴⁸¹) et d'activer des peurs bien constituées (la multiplication des banques de données informatisées et leur circulation), intéresse potentiellement tous les acteurs investis dans la défense des libertés individuelles. Il est d'autant plus saillant dans l'espace de la lutte contre le sida que les associations de défense des personnes séropositives croient peu dans la vertu des épidémiologistes, « inventeurs » des groupes à risque, techniciens éloignés des malades, etc.

L'un des effets de l'appel à la vertu est ainsi de délimiter assez nettement les frontières du dicible publiquement : les acteurs associatifs centraux, « installés », ne peuvent pas ne pas rejoindre l'appel à la vertu – comme le dit un représentant associatif à un épidémiologiste de l'INVS, la pression politique les oblige à « jouer leur rôle ». Mais ce rôle est tenu seulement dans l'espace public : sitôt la parenthèse médiatique refermée au profit des travaux confinés du Comité de pilotage, les associations centrales se réapproprient leur position d'interlocuteurs privilégiés des responsables politiques et administratifs et des techniciens de la veille sanitaire, et participent à leur côté à une déproblématisation de la DO – comme question technique, ou série de questions techniques. Il faut donc quitter l'arène médiatique pour observer plus finement l'arène confinée du Comité de pilotage, laquelle s'avère un lieu de concertation limitée et de confrontation où les émotions révèlent les rapports de force et consolident les clivages.

Les limites de la concertation

Le basculement dans la crise constitue à l'évidence un processus politiquement orienté, à la fois parce qu'il est porté par des associations faisant de la lutte contre le sida un combat politique, et parce qu'il concerne la protection de l'anonymat des personnes déclarées, un aspect qui n'avait jusqu'alors pas été construit comme problématique. Les coups s'échangent d'ailleurs aussi entre les associations. Ainsi, une militante d'Arcat-sida dénonce, dans un article paru dans la revue de *Combat face au sida*, l'empressement des associations dominantes, et d'abord de Aides, à sacrifier le principe du volontariat afin d'obtenir des chiffres qui montrent la permanence de l'épidémie, donc celle de leur propre existence : « Avoir les chiffres. Avoir les chiffres pour prouver que le VIH continue de se propager. Avoir les chiffres pour continuer de vivre. Il faut aller vite. Il faut déclarer. C'est obligatoire. Dire qui l'on est. Tout dire. Se réapproprier le savoir. Et remercier les pouvoirs publics pour toutes leurs initiatives et leurs actions en faveur de la lutte contre le sida »⁴⁸².

Fortement politisée, la crise est aussi gérée politiquement, au niveau ministériel, et sous pression parlementaire⁴⁸³. On pourrait considérer dès lors que le recours à des

⁴⁸¹ Le risque de l'usage de ce fichier par un régime autoritaire, aussi minime semble-t-il rétrospectivement, ébranle aussi A. Spira (entretien Alfred Spira, avril 2004).

⁴⁸² H. Delmotte, « Les associations face à elles-mêmes », *Combat face au sida* n° 20, juin 2000.

⁴⁸³ Les travaux s'intéressant aux risques collectifs et aux crises ont rappelé les impasses auxquelles mène

formes de concertation est imposé par la politisation dont la réforme a fait l'objet. Celle-ci présente au demeurant des particularités qui semblent appeler la concertation. Le système de la DO relève d'abord du domaine réglementaire, et peut donc être modifié « d'en haut », avec la possibilité de recours juridiques : une forme minimale de concertation (présentation du projet, écoute des doléances éventuelles) offre l'opportunité d'éviter une contestation de type juridique. La DO est aussi un système contraignant, à l'égard des professionnels déclarants bien sûr (même si aucune sanction n'est prévue en cas de refus de déclaration ou de déclaration incomplète), mais aussi indirectement, à l'égard des individus diagnostiqués comme infectés par le VIH : il semble judicieux de la part des responsables politiques et administratifs de consulter les représentants des effecteurs du système (les professionnels de santé) et des cibles du système (les associations de défense des personnes atteintes). De fait, il est vraisemblable que beaucoup d'épidémiologistes et de chercheurs en santé publique travaillant sur le sida considèrent, comme Alfred Spira, président du comité de pilotage, que la force des associations de lutte contre le sida est de pouvoir « [peser] sur la prise de décision par leur travail de lobbying au plus haut niveau de l'État ». Si on l'en croit, « nous sommes entrés dans un système tripartite : le système de santé publique, les médecins (dont les épidémiologistes) et les associations »⁴⁸⁴. Enfin, la DO est un système d'enregistrement de données à haute valeur symbolique, censé marquer l'intérêt des pouvoirs publics pour un problème de santé publique. Longtemps outil d'intervention sur les personnes, dans une perspective de contrôle sanitaire et social⁴⁸⁵, la DO est devenue un instrument de connaissance et d'évaluation, un « système d'information » utile à la conduite et l'évaluation des politiques de santé publique. Ainsi, pour les épidémiologistes comme pour les associations, l'inscription de l'infection à VIH parmi les maladies à déclaration obligatoire – même si son statut de maladie fait débat... – a pour intérêt de rappeler l'importance accordée par les pouvoirs publics à l'épidémie de sida, et son rang élevé dans la hiérarchie des problèmes de santé publique de plus en plus nombreux (retour de maladies infectieuses, maladies et risques dits « émergents », problèmes de santé liés à l'environnement ou au travail, etc.).

Il n'y a pourtant aucune nécessité supérieure à la concertation, mais deux interprétations possibles à l'intervention du politique en ce sens. On peut d'abord la comprendre comme une manière de prendre acte de la transformation des modes de gouvernement en matière de lutte contre le sida, qui impose de tenir compte du point de vue des malades. La décision de constituer un « comité de pilotage » associant tous les acteurs concernés, y compris les associations, afin de choisir entre les différentes procédures disponibles pour protéger les données individuelles – de la plus souple

une distinction analytique entre qualification des problèmes et gestion des problèmes (voir les études réunies dans GILBERT Claude (éd.), *Risques collectifs et situations de crise: apports de la recherche en sciences humaines et sociales*, Paris, l'Harmattan, 2003 (Risques collectifs et situations de crise).).

⁴⁸⁴ Alfred Spira dans « Santé publique et liberté individuelle. Débat entre Alfred Spira et Patrick Verspieren », *Le Monde des débats*, juillet-août 2000 (reproduit dans *Éthique, sida et société, op. cit.*).

⁴⁸⁵ Dans l'entourage du malade infecté, à des fins de « désinfection », voir ANTONIOTTI S. et al., « Déclaration obligatoire de l'infection par le VIH. Justifications épidémiologiques et interrogations éthiques », *Santé Publique* (1), mars 2002, pp. 63-73.

(déclaration indirectement nominative) à la plus stricte (déclaration anonymisée à la source) – est ainsi typique pour Nicolas Dodier d'un « monde médical désenclavé »⁴⁸⁶. La notion désigne un monde médical (et, plus généralement, biomédical et sanitaire), qui ne se contente pas d'expliquer son activité aux non-spécialistes dans le cadre d'une relation de type pédagogique au motif qu'il considère que sa légitimité dépend de sa capacité à se prémunir des pressions extérieures (monde « enclavé » sur le modèle de l'autonomie scientifique), mais qui négocie les principes et les modalités de son activité avec les non-spécialistes, et principalement avec les représentants des patients, parce qu'il fonde sa légitimité sur sa capacité d'ouverture à l'extérieur. On pourrait considérer ainsi que, dans le cas de la DO, deux modalités contraires de réforme d'un système de surveillance sont mises en œuvre successivement en moins de deux ans. D'abord, conformément à un monde sanitaire enclavé, élaboration du système par les spécialistes et les acteurs concernés, avec simple consultation des non spécialistes. Ensuite, conformément à un monde sanitaire désenclavé, mise en place d'une structure de moyen terme associant spécialistes et non spécialistes dans l'élaboration des principes, de l'architecture générale et des détails techniques du système. Dans le prolongement du mode de gestion de la mise au point des nouveaux traitements contre le VIH-sida, le sida offrirait finalement un exemple de procédure « dialogique », pour reprendre la notion de Michel Callon, Pierre Lascoumes et Yannick Barthe⁴⁸⁷, qui la construisent en opposition aux procédures traditionnelles de prise de décision, dites « déléгатives », attribuant aux seuls scientifiques l'élaboration des connaissances, et aux seuls politiques le pouvoir de décider. Finalement, tant la contestation du système élaboré que la procédure retenue pour en présenter une version corrigée, et les corrections effectivement apportées au système par ce moyen, semblent témoigner de manière exemplaire de la perte de centralité de l'État et des transformations des modes de décision politique dans les démocraties que la notion de « gouvernance » est censée résumer.

Mais on peut aussi, plus platement peut-être, interpréter l'intervention politique comme une série d'arbitrages clairement favorables aux associations et défavorables aux épidémiologistes, en cela qu'ils obligent les seconds à revoir leur copie pour mieux intégrer les exigences des premiers. Souligner le caractère « dialogique » des procédures ou le désenclavement de ce complexe scientifico-administratif qu'est la surveillance épidémiologique n'est en effet pertinent qu'à condition d'examiner les modalités concrètes du « dialogue » ou de « l'ouverture » en question. Or, contre la vision irénique des relations qui caractérise certaines descriptions de ce type de procédure, il apparaît que la confrontation des points de vue n'a pas été expressément souhaitée, qu'elle a été partielle et inégale.

La confrontation des points de vue n'était pas vraiment souhaitée par les épidémiologistes. La consultation des effecteurs du dispositif et des associations de patients était motivée principalement par la sensibilité particulière du débat qui faisait

⁴⁸⁶ DODIER Nicolas, *Leçons politiques de l'épidémie de sida*, op. cit. : p. 261-264.

⁴⁸⁷ CALLON Michel, LASCOURMES Pierre et BARTHE Yannick, *Agir dans un monde incertain: essai sur la démocratie technique*, Paris, Éd. du Seuil, 2001 (La couleur des idées).

craindre des « controverses éthiques » liées au risque d'association, dans le grand public ou la population des séropositifs, entre « séropositivité » et « obligation ». Le journaliste J.-Y. Nau, spécialiste des questions de sida depuis plusieurs années, avait d'ailleurs identifié ce risque dans un article reprenant les propos de J.-B. Brunet⁴⁸⁸. Il s'agissait surtout d'obtenir des soutiens pour la réforme, de trouver des relais, non de débattre de la légitimité du nouveau système ou des conditions de sa mise en œuvre. La réforme de la surveillance du VIH est par bien des aspects, une réforme technocratique, menée de manière relativement peu transparente par une coalition formée par les acteurs politiques (le ministre, son cabinet), une partie de l'administration (la sous-direction de la veille sanitaire) et la nouvelle agence (l'INVS), soutenue par les acteurs dominants dans le champ biomédical. De manière significative, la première intervention de J.-B. Brunet « lance » le débat autant qu'elle le circonscrit : il est certes légitime de débattre de la réforme, mais elle est nécessaire... La déclaration du VIH, pas forcément « obligatoire », est une simple mesure d'ajustement technique, une « étape », une « évolution logique de la surveillance », et non une révolution, en ce qu'elle vise à « simplement rationaliser et harmoniser les différents outils actuels », et qu'elle s'appuie sur la non-pertinence, sur le plan biologique, de la distinction entre séropositivité et sida (qui « conserve du sens dans le vécu des personnes atteintes »). C'est d'ailleurs « un sujet de discussion parmi les épidémiologistes qui s'occupent de l'infection à VIH, dans les pays qui n'ont pas encore un tel système » : un retard de la France (poncif du discours réformateur en général) serait des plus regrettables.

La réception des rares oppositions au premier projet, et, avant tout, celle du Conseil national du sida (CNS), confirme le faible intérêt des réformateurs pour la « confrontation » des points de vue. Il n'est en effet pas du tout évident que la réforme ait été dans un premier temps « naturellement acceptée », selon l'expression de Didier Torny, ni que les acteurs « hostiles au projet » se soient laissés « peu à peu convaincre » du caractère incontournable du projet, pour reprendre les termes de Nicolas Dodier. Certes, au cours de la première phase, les critiques ne portaient pas encore sur le problème de la protection de l'anonymat, la confusion sur la notion d'anonymat étant d'ailleurs générale⁴⁸⁹. Mais les réticences du CNS à l'égard de l'obligation, fondées sur le constat de l'inefficacité séculaire du système de la DO (à

⁴⁸⁸ « La déclaration de séropositivité pourrait devenir obligatoire », *Le monde*, 5 août 1997.

⁴⁸⁹ Comme le souligne A. Laporte, chargée du projet à l'INVS et secrétaire du Comité de pilotage, dans un article paru fin 1999, dont les arguments sont repris par Didier Torny dans thèse précitée. (« La déclaration obligatoire des maladies contagieuses : de la résistance médicale à la résistance sociale », *Transcriptase* n° 77). Elle souligne notamment que l'idée fautive selon laquelle la DO du sida en vigueur depuis 1986 est anonyme, est particulièrement répandue. De fait, le CNS parle de la « déclaration obligatoire anonymisée du Sida avéré », cependant que les premiers articles de presse sur le projet de DO soulignent l'un la nécessité d'une déclaration « anonyme » (« Sida : faut-il déclarer la séropositivité ? », *Libération*, 16 juillet 1997), l'autre l'importance pour le nouveau système d'offrir des « garanties de secret médical, d'anonymat et de confidentialité » (J.-Y. Nau « La déclaration de séropositivité pourrait devenir obligatoire », *Le monde*, 5 août 1997). Mais les épidémiologistes eux-mêmes ne sont pas toujours précis dans leurs interventions publiques : ainsi J.B. Brunet souligne t-il l'importance du « respect de l'anonymat » dans un article de *Libération* très critique à l'égard du CNS (Eric Favereau, « Polémique sur la déclaration obligatoire de la séropositivité », 1^{er} février 1998).

l'exception du sida), sur la préférence accordée à la mobilisation et à la responsabilisation des médecins déclarants, et sur l'impératif de la relation de confiance entre le médecin et son patient (ou son consultant)⁴⁹⁰, ne sont jamais prises au sérieux : relevant d'un « archaïsme dangereux » pour un « épidémiologiste de renom » (*Libération* du 1^{er} février 1998), l'avis du CNS constitue une « réponse quelque peu décalée » à la saisine du gouvernement (*Le Figaro* du 5 février 1998), une manière de « se faire plaisir en parlant d'éthique » pour le Professeur Gentilini, grande figure de l'infectiologie française et président de la commission « Sida et MST » de l'Académie de médecine (cité dans le *Quotidien du médecin* du 4 février 1998). Souvent critiqué par les cliniciens lorsqu'il défend des positions strictement conformes à la conception libérale de la lutte contre le sida⁴⁹¹, le CNS défendrait ainsi ce qu'un épidémiologiste favorable au projet appelle des « positions de belle âme », au sens de « se donner une sorte de beau rôle, de protecteur des droits de l'homme, de protecteur de l'éthique, mais avec une vision vraiment à courte vue sur ce à quoi [la DO] sert »⁴⁹². Bien que régulièrement réitérées, en public (communiqué de presse le 13 juillet 1999) ou en cercle plus restreint (intervention lors de la première séance du Comité de pilotage en décembre), les réserves éthiques et pratiques du CNS sur la pertinence de l'obligation de la déclaration seront systématiquement déconsidérées et non discutées.

D'autre part, si confrontation de points de vue il y a bien eu au sein du Comité de pilotage, elle a bien souvent pris l'apparence d'un « dialogue de sourds » plutôt que celle d'un débat constructif, et a eu pour résultat de renforcer les acteurs dans leurs préjugés à l'égard de leurs « partenaires ». Pour les épidémiologistes voire, de manière moins tranchée, pour certains responsables associatifs (« raisonnables »), la dénonciation d'un soi-disant fichage relève au mieux du registre des peurs irrationnelles, au pire du mauvais coup politique. Dans sa version la plus virulente, on dénonce la « décadence intellectuelle » du milieu associatif de la lutte contre le sida, incapable d'être en symbiose avec les épidémiologistes pour défendre le processus nécessaire de la modernisation de la surveillance épidémiologique, et qui « tombe dans le panneau » tendu par des associations n'ayant par ailleurs aucune légitimité dans le domaine du sida et dirigées par des gens « pas sérieux »⁴⁹³. Dans sa version la plus neutre, le point de vue des experts de l'INVS, repris par certains analystes en sciences sociales ou en santé publique⁴⁹⁴, est qu'en matière de déclaration obligatoire,

⁴⁹⁰ Voir l'Avis sur un projet de modification du système de surveillance épidémiologique du VIH en France, en date du 29 janvier 1998, reproduit dans Conseil national du sida, 2000 : 61-63.

⁴⁹¹ Par exemple en s'opposant régulièrement à la mise en place du dépistage obligatoire (sans recueil du consentement éclairé) pour certaines catégories de la population, comme les femmes enceintes. Le CNS a également été très critiqué par les cliniciens lorsqu'il a proposé en 1996 que, en cas de pénurie dans l'approvisionnement des nouveaux médicaments antirétroviraux hautement efficaces, les quantités disponibles soient distribuées par tirage au sort plutôt que selon des critères établis par les médecins traitants. Sur cet épisode, DALGALARRONDO Sébastien et URFALINO Philippe, « Choix tragique, controverse et décision publique: Le cas du tirage au sort des malades du sida », *Revue française de sociologie*, 2000, pp. 119–157.

⁴⁹² Entretien épidémiologiste anonymisé.

⁴⁹³ Entretien épidémiologiste anonymisé.

⁴⁹⁴ C'est le cas de D. Tornay dans sa thèse de sociologie ou d'O. Scemama dans son diplôme de santé publique (« Confidentialité des données et déclaration obligatoire des maladies : réflexions autour de

on serait passé de la « résistance médicale », quand les médecins rechignaient à déclarer au nom du secret médical, à une « réticence sociale »⁴⁹⁵, qui voit les représentants des patients s'opposer à la déclaration en mettant en avant la protection de la vie privée au nom d'une législation française excessivement pointilleuse.

L'argument d'un passage d'une forme de résistance à une autre (sous la forme euphémisée d'une réticence), outre qu'il suppose un peu rapidement, comme on va le voir, la disparition effective de la plus ancienne d'entre elles, en l'occurrence la « résistance médicale », tend à disqualifier l'action associative en tant qu'elle serait aveugle aux spécificités du raisonnement épidémiologique. Les « réticences » « sociales » des associations sont par définition celles de non spécialistes, qui importent une problématique largement étrangère à la logique de l'épidémiologie, mais (hélas) efficace sur le plan juridique et politique. Parce qu'elle est efficace, cette problématique ne peut pas ne pas être prise en considération par les experts, qui l'envisagent sous l'angle de « l'acceptabilité sociale » du système, notion souvent brandie par les experts américains des CDC, et plus généralement par la grande majorité des experts, face aux biais inévitables des « perceptions sociales » des risques et des connaissances. Le plus remarquable est sans doute, précisément, que, confrontés à ce qui constitue objectivement et subjectivement un camouflet politique, les spécialistes de la surveillance parviennent à sauver la face en requalifiant les préoccupations citoyennes en matière de confidentialité et d'anonymat. Celles-ci constituent sans doute des « freins à l'efficacité épidémiologique », c'est-à-dire à l'exhaustivité du système (à l'identification des doublons, à la faisabilité de la déclaration, etc.), mais elles doivent être malgré tout prises en compte dans la mesure où l'objectif de la DO est la simple notification, et non le signalement⁴⁹⁶, ou, ce qui revient au même, l'information épidémiologique et non l'intervention.

Au demeurant, si la concertation a permis d'ouvrir le champ du pensable, elle est loin de l'avoir balayer entièrement ; si elle a permis de réaliser des possibles non aperçus ou trop vite écartés par les épidémiologistes, elle est très loin de les avoir tous épuisés. Ainsi, évidemment, de l'obligation même de la déclaration. Nicolas Dodier a montré que le désenclavement de la science et de la médecine, dans le cas du sida, a (notamment) été rendu possible par l'allégeance des associations de malades à l'égard du modèle de l'expérimentation biomédicale, les essais contrôlés faisant office d'« objets-frontières » – c'est-à-dire des objets qui autorisent un usage en commun de la part d'acteurs appartenant à différents mondes sociaux, sans pour autant faire l'objet d'un accord complet entre ces acteurs quant à leur signification⁴⁹⁷. On pourrait

l'acceptabilité sociale d'un système de surveillance. A propos du système de notification de l'infection par le VIH », Mémoire de diplôme de santé publique, Rennes, ENSP, 2001)

⁴⁹⁵ Anne Laporte, « La déclaration obligatoire des maladies contagieuses : de la résistance médicale à la résistance sociale », *art. cit.*

⁴⁹⁶ Olivier Scemama, « Confidentialité des données et déclaration obligatoire des maladies : réflexions autour de l'acceptabilité sociale d'un système de surveillance », *op. cit.*

⁴⁹⁷ Nicolas Dodier (2003) emprunte la notion d'objet-frontière à STAR Susan Leigh et GRIESEMER James R., « Institutional ecology, translations' and boundary objects: Amateurs and professionals in Berkeley's

considérer de la même façon la notion d'obligation comme une notion-frontière dans le cas de la réforme de la DO. Son acceptation constitue une condition nécessaire pour participer activement et peser sur la concertation. D'un côté, les acteurs explicitement opposés à la déclaration sont marginalisés dans la procédure : après avoir réitéré son point de vue lors de la première réunion, le CNS n'assiste aux suivantes qu'à titre d'observateur, rendant du même coup son argumentation quasiment inaudible (i.e. audible à condition d'être reprise par d'autres) ; les responsables d'Arcat pratiquent la politique de la chaise vide (ils quittent le comité de pilotage) et de la mise en cause médiatique (ils co-signent une tribune critique sur le fonctionnement du comité de pilotage) sans peser particulièrement sur l'orientation des débats. De l'autre, l'obligation de la déclaration est acceptée par tous les acteurs du Comité, même si les significations qui lui sont données sont très diverses (et non réductibles aux positions de statut) : signal de l'importance de l'épidémie de sida pour les uns, gage de performance pour les autres, elle est aussi conçue comme une concession nécessaire pour obtenir un système national (y compris parmi les épidémiologistes de l'INVS). C'est ainsi que A. Spira avoue, une fois l'élaboration du système achevée, que sa « préférence personnelle irait théoriquement à une déclaration volontaire »⁴⁹⁸. La particularité des objets-frontières étant de clore l'interrogation sur leur propre légitimité, l'allégeance à la notion d'obligation interdit de pousser très loin la réflexion sur ce qui la rend possible et praticable. Pour ne donner qu'un exemple, l'extension de la DO du sida à la séropositivité a certes été légitimée par l'idée d'une dédifférenciation définitive de la maladie sida et de la séropositivité sur le plan biologique et thérapeutique⁴⁹⁹, mais elle a aussi, et inversement, été délégitimée par les nombreuses différences qui, notamment sur le plan du vécu de l'infection, ou de sa visibilité, continuent de séparer les deux conditions. Mais dans l'enceinte du comité, c'est le principe de la dédifférenciation qui cadre les discussions, au point que les facteurs de différenciation ont été très faiblement mobilisés, y compris par les associations de séropositifs ou de malades.

Une deuxième question progressivement évacuée concerne la place de la DO dans l'organisation de la surveillance de la VIH. Pour des raisons financières, officiellement, les systèmes de surveillance opérationnels en 1998 sont arrêtés au profit du nouveau système de DO, dont la mise en œuvre expérimentale est prévue en juillet 1999. Cet abandon s'avère d'autant plus visible que, conjugué à un mouvement de grève du zèle des médecins inspecteurs de santé publique, qui ne transmettent pas les données du sida entre novembre 1998 et juin 2000, il aboutit à priver la France de toute donnée de surveillance sur l'épidémie jusqu'en 2002. L'INVS se voit ainsi contraint de présenter des résultats provisoires ou des hypothèses fondées sur des enquêtes relatives à

Museum of Vertebrate Zoology, 1907-39 », *Social studies of science* 19 (3), 1989, pp. 387-420.

⁴⁹⁸ Propos tenus dans l'article précité du *Monde des débats*, 2000.

⁴⁹⁹ Ce que le Dr D. Vittecoq énonce clairement dans une tribune parue dans *Le Monde* à la veille de la réunion du comité de pilotage (« Vers une nouvelle conception de l'épidémiologie du sida », 26 novembre 1997). En termes simples, il s'agit de prendre acte du fait que la mesure de l'infection par la charge virale (proportion de virus dans le sang) rend caduque sa définition par stades (malades et séropositifs sont définis par leur taux de CD4), et que le traitement de l'infection profite aux malades comme aux séropositifs dépistés (dans le cadre de traitements précoces).

d'autres infections, par exemple quant au regain de l'épidémie chez les homosexuels à partir de la clientèle des établissements gays ou d'une augmentation des cas de syphilis⁵⁰⁰, et de relancer des enquêtes très comparables à celles abandonnées, comme sur l'activité de dépistage dans les laboratoires, sur le mode de l'enquête RENAVID⁵⁰¹. Ce choix a été critiqué par le Conseil national du sida, Arcat ou des chercheurs de l'INSERM occupant des positions centrales dans la lutte contre le sida comme Yolande Obadia et Jean-Claude Moatti. Les spécialistes de la surveillance, en réponse, justifient le « sacrifice » des enquêtes en insistant sur les biais spécifiques à ces études, incapables de satisfaire les objectifs inédits de la surveillance renouvelée que sont la réactivité (intervention grâce à une information rapidement utilisable et interprétable) et la mesure de l'incidence (l'observation de ce qui se passe réellement, non la modélisation⁵⁰²). Mais il demeure étonnant que la question de la configuration générale de la surveillance n'ait pas été davantage « explorée » au sein du Comité de pilotage, par exemple sous l'angle de la complémentarité du système de DO et des enquêtes socio-comportementales. La diversification des systèmes de surveillance constituait dans les années 1980 l'un des axes forts de l'entreprise de modernisation de la surveillance épidémiologique initiée à la DGS.

Enfin – retour vers les effecteurs –, une troisième question concerne l'anticipation de certaines des conditions de mise en œuvre du système de la DO. À lire les comptes-rendus des séances du Comité de pilotage, la mise en œuvre semble pourtant largement anticipée : un sous-groupe de travail est consacré au thème de « l'information aux patients et médecins », un autre à « l'élaboration du guide surveillance/protocole pour chacun des acteurs ». Mais la réflexion se cantonne largement aux problèmes de « design » de l'information, et laisse un certain nombre de boîtes noires soigneusement fermées. Ainsi des manières de faire des médecins qui remplissent les fiches de déclaration du sida : en l'absence de la moindre étude sur la question, les épidémiologistes expliquent volontiers qu'il est de toute façon impossible de remplir des items sans discuter avec le patient et l'informer de la déclaration. D'autres spécialistes jugent pourtant la chose tout à fait possible, voire effective, et cohérente avec certaines pratiques médicales comme le dépistage à l'insu.

« *A priori*, cette information n'avait pas de raison de ne pas être faite dans la mesure où pour remplir cette déclaration, il faut bien discuter avec le patient. Les renseignements qui étaient demandés étaient des renseignements qui pouvaient venir que du patient lui-même, donc ça nécessitait un contact avec le patient. Par ailleurs, le fait que le sida, là aussi, le retour d'informations si vous voulez était destiné pas seulement au médecin, mais à l'ensemble de la communauté, et ça m'étonnerait beaucoup qu'il y ait beaucoup de malades du sida qui sachent pas que la maladie était déclarée »⁵⁰³.

⁵⁰⁰ Voir les documents *Sida, VIH et MST. État des lieux des données* édités 2001 ou 2002 par l'INVS.

⁵⁰¹ Il peut également valoriser les enquêtes sur les consultants des CDAG effectuées à la demande des responsables de CDAG eux-mêmes, et dont la première se déroule en juin-juillet 1999, permettant de présenter un premier rapport en novembre 2000.

⁵⁰² Anne Laporte, « Les nouvelles méthodes d'estimation de l'incidence », *Transcriptase* n° 104, 2002.

⁵⁰³ Entretien épidémiologiste anonymisé.

Selon A. Spira, au contraire, « on veut inciter les médecins à transmettre les informations, mais en même temps, on veut éviter ce qui s'est produit pour les cas de sida proprement dit, où les médecins transmettaient les données sans prévenir le patient ! » « Jusqu'en 1998, on n'avait jamais dit qu'il fallait systématiquement prévenir les personnes. C'est une innovation fondamentale »⁵⁰⁴.

La question des effecteurs est en effet majeure. Comme le reconnaissent les brochures de présentation du nouveau système, « la notification de l'infection à VIH et du sida est désormais entre les mains des acteurs du dispositif, et particulièrement des déclarants, médecins et biologistes »⁵⁰⁵. Il est remarquable, dès lors, que le rapport annuel de l'INVS de 2002, après s'être interrogé sur « l'amélioration effective de la surveillance » qu'apportent les conditions extrêmement sécurisées de recueil de l'information, laisse poindre une certaine inquiétude quant à ce qu'on pourrait appeler, en termes sociologiques, les conditions concrètes d'obtention de l'information. Le rapport pose ainsi comme « exigence » du système le caractère « acceptable de la charge de travail » pour les médecins et les biologistes, et définit comme « principe » « l'implication » des professionnels de santé⁵⁰⁶. De fait, que se passera-t-il si les médecins ne « s'impliquent » pas dans le dispositif, parce qu'ils considèrent la charge de travail « inacceptable » car trop lourde, en l'absence d'autre rétribution que le « retour d'informations » promis par l'INVS, que les épidémiologistes considèrent d'ailleurs comme l'un des facteurs du succès de la DO du sida sur le plan de l'exhaustivité ? Comment les médecins rempliront-ils la fiche en cas de mutisme d'un patient sur les conditions dans lesquelles il a été contaminé, ou face à un refus explicite de fournir les renseignements demandés sur le partenaire supposé à l'origine de la contamination ? L'absence, ou la non exploration, de ces questions, a sans doute tenu au cadrage strictement technique que les épidémiologistes ont opéré afin de satisfaire la dimension technique de la revendication des associations en faveur d'une meilleure protection des données personnelles. Mais on peut aussi faire l'hypothèse que ne pas ouvrir la boîte noire des conditions concrètes d'effectuation de la déclaration leur permet d'éviter que ne resurgissent un certain nombre d'enjeux soulevés par les opposants à la déclaration, comme le problème du refus de la personne séropositive, ou la préservation de la confiance entre le médecin et le patient.

Une agence sous emprise. Positions, perceptions et gestion des émotions

La réforme de la DO du VIH relève finalement davantage de la décision imposée que de la « production négociée », et le résultat final est moins un « bien commun » qu'un objet composite. Il n'y a pas eu « accord » entre les protagonistes, mais décision politique en faveur d'un système sécurisé sur le plan de la confidentialité des données, conforme aux demandes des associations, au détriment du système de recueil prévu

⁵⁰⁴ Alfred Spira dans le numéro précité du *Monde des débats*.

⁵⁰⁵ *MDO infos* n° 1 (rubrique : « Objectif 100 % »).

⁵⁰⁶ Rapport annuel 2002 de l'INVS, p. 90-91.

les épidémiologistes. On pourrait multiplier les propos rétrospectifs péjoratifs de médecins, d'administrateurs, d'épidémiologistes, de responsables associatifs, ou de journalistes, à l'égard de la gestion de ce dossier. L'INVS peut sans doute vanter en public le « système le plus sécurisé au monde », mais les épidémiologistes disent aussi volontiers, à propos de l'anonymisation, que « le mieux est l'ennemi du bien »⁵⁰⁷, et reconnaissent en privé que, si un bon système de déclaration obligatoire est un système simple, pas trop lourd, et compréhensible, alors le système retenu est bien loin du compte. La lenteur est unanimement condamnée, même si elle n'est évidemment pas attribuée par tous aux mêmes responsables.

En public, les responsables de l'INVS se félicitent de leur nouvel outil. Ainsi, Gilles Brücker, professeur de santé publique, passé par le Haut comité de santé publique puis le cabinet de B. Kouchner avant d'être nommé directeur général de l'INVS en 2002, estime qu'aucun pays européen « ne propose un dispositif de surveillance tel que celui que nous allons mettre en place aujourd'hui »⁵⁰⁸.

« Je crois que nous pourrions nous prévaloir de disposer d'un des systèmes les plus performants eu Europe. (...) La mise au point de ce système constitue d'ailleurs un progrès majeur ; et l'on peut penser qu'un système aussi performant et novateur mérite probablement d'être étendu à d'autres procédures de déclaration obligatoire »⁵⁰⁹.

G. Brücker présente plus tard le nouveau « dispositif de notification des maladies à déclaration obligatoire » comme offrant les « garanties d'une surveillance épidémiologique renforcée », dans la mesure où il a été « l'occasion d'un renforcement important de la protection du droit des personnes et de confidentialité des données recueillies », la double anonymisation assurant « un niveau de sécurité jamais atteint en la matière », qui permet de « lever toutes les inquiétudes que soulève la veille sanitaire en matière de confidentialité des données »⁵¹⁰.

Mais on peut aussi entendre des voix discordantes. Ainsi Lucien Abenhaïm juge que la performance du système est entravée par sa lourdeur, contrepartie inévitable à son acceptabilité sur le plan de la confidentialité.

Le dossier « ô combien délicat » de la DO serait révélateur de la « méfiance qui prévaut à l'égard de la surveillance sanitaire » en France. Le projet préparé par l'INVS « suscita un véritable tollé chez les défenseurs des droits de l'homme, la mobilisation des associations de malades et un recul de la Cnil (...). Quatre ans et des dizaines de réunions dont plusieurs à la DGS, furent nécessaires avant que l'institut puisse mettre au point un système de déclaration "acceptable" par tous, mais très lourd et, pour

⁵⁰⁷ Anne Laporte, « Les nouvelles méthodes d'estimation de l'incidence », art. cit.

⁵⁰⁸ *Transversal*, juin-août 2002.

⁵⁰⁹ *Journal du sida*, août/septembre 2002. Cependant, l'infection par le VIH, l'hépatite B et le tétanos sont distincts de toutes les autres maladies à déclaration obligatoire : elles seules font l'objet d'une notification sans signalement, ce qui limite fortement la possibilité de généraliser le système en vigueur pour le VIH.

⁵¹⁰ Editorial du Guide de présentation « Déclarer, agir, prévenir ».

l'instant, peu efficace. Dans l'intervalle, l'épidémie de VIH a continué, et continue toujours de se propager sans que l'on puisse en connaître l'ampleur ni la dynamique réelles. La surveillance sanitaire n'est pas tant appréciée que cela en France... »⁵¹¹.

Il ne fait guère de doute que la plupart des épidémiologistes chargés de la surveillance du sida au sein de l'INVS se retrouvent dans le jugement sévère de Lucien Abenhaïm et condamnent les fantasmes de contrôle social qui ont poussé des associations à rejouer la vieille peur du fichage. S'ils s'en tiennent en public à un devoir de réserve, ils sont plus prolixes en situation d'entretien. L'un d'entre eux développe ainsi en entretien, plusieurs années après l'affaire, un point de vue « globalement catastrophiste » sur l'affaire qu'il qualifie de « catastrophe de santé publique » :

« Les choses se sont passées à peu près normalement, c'est-à-dire que le débat s'est développé, qu'un certain nombre de gens ont été consultés, que le design du système a pu être défini, et ce qui s'est passé malheureusement, c'est que pour monter ce système très complexe, [l'INVS] avait prévu de lancer une étude de faisabilité dans un certain nombre de départements. C'est à cette occasion là qu'il y a eu une espèce de feu de panique qui s'est développé (...), dans une espèce de situation, je dirais presque équivalente à celle qu'on a connu pendant la canicule, c'est-à-dire de vacance complète d'une direction sensible, il y a une espèce d'unanimité qui s'est faite sur le fait que cette surveillance serait une sorte d'attentat terrible aux libertés, et qu'il fallait tout bloquer. Ce qui a été fait malheureusement, tout a été bloqué, (...) l'étude de faisabilité n'a pas pu avoir lieu, elle a été arrêtée, alors que justement cette étude aurait permis justement de préciser les points qu'il fallait améliorer, pour que le dispositif fonctionne bien, et l'INVS a dû partir dans le montage d'une espèce d'usine à gaz extrêmement compliquée, pour arriver à contrôler absolument toute fuite théorique possible (...) Donc il a fallu construire un système extrêmement complexe offrant des garanties totales en matière d'anonymat, ce qui pose des problèmes techniques extrêmement difficiles, ce montage a eu lieu et on va avoir en ..., d'ici quelques semaines, les premiers résultats de cette surveillance, mais des résultats qui seront très incomplets parce que les difficultés de montage ont été telles que les résultats pour l'instant, à ma connaissance, ne sont pas suffisamment clairs en ce qui concerne leur exhaustivité pour qu'on puisse vraiment les analyser de façon sûre, donc on va avoir pour la première fois des résultats qu'il faudra examiner de manière extrêmement prudente, et qui seront partiels »⁵¹².

On peut considérer que le point de vue « savant » de la « réticence sociale » est une autre manière, un peu plus objectivée, de dire l'agacement des experts face à la société civile. Agacement en forme d'exaspération face aux outsiders qu'ils n'ont pas vu venir, mais aussi agacement né de la surprise de voir agir les associations « établies » différemment de leur rôle attendu. Les formes d'engagement identifiées par Janine Barbot⁵¹³ s'avèrent en effet largement inopérantes dans la controverse sur la DO. Aides, association de médiateurs attachés au respect (et au soutien) des personnes atteintes et à la non stigmatisation, notamment sous l'angle juridique, est la

⁵¹¹ ABENHAÏM Lucien, *Canicules*, op. cit. : p. 83-84.

⁵¹² Entretien épidémiologiste (souligné par moi).

⁵¹³ BARBOT Janine, *Les malades en mouvement*, op. cit.

moins exigeante en matière de confidentialité ; Act Up, association de victimes spécialisés dans la dénonciation politique, s'avère relativement conciliante sur le dossier (aucun communiqué entre juillet 1999 et février 2002) ; et Arcat, association de médiateurs attachés au décloisonnement des mondes et au développement de l'expertise, développe la position la plus radicale et quitte le comité de pilotage. Ce décalage n'est pas sans surprendre les épidémiologistes qui, comme Anne Laporte, interprètent le monde associatif à l'aide du modèle des formes d'engagement⁵¹⁴, mais aussi, plus largement, tous ceux qui tendent à classer, non sans de bons motifs, Aides et Arcat parmi les associations « sérieuses » et Act Up parmi les associations « hystériques ».

Inversement, les épidémiologistes ont pu être perçus comme des techniciens arrogants et partisans de l'enclavement, auxquels il est indispensable d'opposer des contre-pouvoirs. *Combat face au sida* souligne ainsi la nouvelle configuration des rapports de force en matière de santé publique à travers l'« affaiblissement, de fait, du ministère de la Santé - et singulièrement de la Direction générale de la santé », au profit des nouvelles agences créées en 1998⁵¹⁵. Au cours de l'été 1999, les militants associatifs auraient trouvé face à eux « des techniciens trop sûrs de leurs savoirs, sourds à [leurs] préoccupations, refusant de mettre à l'étude des pistes qu'ils n'avaient pas envisagées »⁵¹⁶. De même, Emmanuelle Cosse, présidente d'Act-Up Paris, voit dans les épidémiologistes « des gens qui ne voulaient pas, qui n'aiment pas travailler avec [les associations de malades], c'est-à-dire avec leurs sujets possibles d'épidémiologie »⁵¹⁷. Le ton est différent à Aides, dont l'approche de l'épidémiologie a beaucoup changé. Son fondateur, Daniel Defert, qui déclarait en décembre 1991 que « tout le vocabulaire de Le Pen [sur le sida] vient de l'épidémiologie » lorsqu'elle identifie des groupes à risque⁵¹⁸, réclame à présent une « épidémiologie sociale » osant utiliser des catégories comme « femme d'Afrique sub-saharienne » ou « jeune Français d'origine maghrébine » tout en jugeant « respectables » les « contraintes éthiques »⁵¹⁹. Le président en exercice, Christian Saout, se montre systématiquement plus sévère à l'égard des responsables politiques et administratifs, accusés de « mal-administration » qu'à l'égard des experts de l'INVS⁵²⁰ - même s'il a pu « lâcher » ces derniers au plus fort de la crise.

Les prises de position des associations se distinguent de celles des épidémiologistes en ce qu'elles indiquent clairement que la mise en place de la DO ne s'est pas réduite à un

⁵¹⁴ Anne Laporte, « La déclaration obligatoire des maladies contagieuses : de la résistance médicale à la résistance sociale », art.cit.

⁵¹⁵ Dans l'introduction au dossier « Epidémiologie ou fichage. Les clefs du dossier » présenté dans la revue *Combat face au sida* (n°20, juin 2000).

⁵¹⁶ Voir aussi le compte-rendu fait dans le même numéro de la réunion organisée le 2 août 1999 au ministère de la santé.

⁵¹⁷ Entretien dans le même numéro de *Combat face au sida*.

⁵¹⁸ Cité dans PINELL Patrice *et al.*, *Une épidémie politique*, op. cit. : 77

⁵¹⁹ « "On ne peut pas avoir envie de vivre quand on n'existe pas socialement" », *Libération*, 2 mars 1998, propos recueillis par Blandine Grosjean.

⁵²⁰ Article précité dans la revue *Transversal*, 2002.

face—face entre épidémiologistes et militants. Des médecins inspecteurs de l'administration déconcentrée, médecins en CDAG, biologistes du secteur privé, ou médecins libéraux ont été associés à un moment ou un autre du processus. Réalisée sur une proposition de l'INVS, l'enquête d'Olivier Scemama, médecin-inspecteur en santé publique stagiaire, oscille entre une fascination certaine pour le lieu de stage, ce « nouveau pôle d'expertise et d'évaluation du risque sanitaire » que constitue l'INVS, et une attention obligée à la place que ces nouveaux experts donne à son futur corps d'appartenance, les MISP, lesquels travaillent en majorité dans l'administration déconcentrée (directions départementales et régionales). Il est ainsi loin d'être indifférent que le médecin stagiaire voit pour sa part une « limite essentielle » à la procédure de concertation dans l'oubli de l'administration sanitaire et des professionnels de la santé, ou, ce qui revient au même, dans le caractère exclusif de la confrontation entre l'INVS et les associations. À l'en croire, « certains, notamment parmi les professionnels de santé, regrettent que d'autres aspects du système n'aient pas donné lieu à autant de discussions » : l'« accaparement du débat par les associations » expliquerait le retrait de certains participants du Comité (les médecins libéraux, dont le représentant n'assiste qu'à une réunion), cependant que la position « en retrait » de la DGS, qui refuse « d'être interpellée » sur sa « position » et assiste aux débats en qualité d'observateur, est regrettée⁵²¹.

De fait, l'administration centrale, à travers la DGS, est elle aussi fortement impliquée dans le processus réformateur. On l'a dit, la DGS, au sein de laquelle les représentants de la Division sida sont ambivalents à l'égard de la nouvelle agence sanitaire, n'a pas eu de prise directe sur la décision de l'été 1999, mais elle représente évidemment le ministère de la santé au sein du Comité de pilotage – plus précisément, ce sont des membres de la Division sida qui participent aux réunions, et qui soutiennent largement le principe de la DO. D'autre part, il est déjà apparu que L. Abenhaïm, premier épidémiologiste professionnel nommé Directeur général attendu avec beaucoup d'espoir par ses collègues de l'INVS, a manifesté une certaine proximité avec les associations autoproclamées vertueuses, qui a surpris les autres associations. Or, les observations réalisées lors des séances du comité de pilotage et certains discours recueillis en entretien confirment la force du clivage, la dureté des échanges et l'hostilité explicite entre des « camps ». Loin d'être le lieu d'une concertation pacifiée, le comité de pilotage constitue en fait un lieu d'affrontement frontal (« la guerre », pour citer une épidémiologiste) dans laquelle les prises de position sont interprétées en fonction des positions préalablement revendiquées, donc pré-jugées par les acteurs en présence, et où les coups échangés aboutissent moins à un consensus qu'à la victoire d'un camp, en fonction de modalités classiques d'arbitrage telles que la décision majoritaire au sein d'un comité dominé numériquement par les épidémiologistes et leurs alliés, ou la décision arbitraire du supérieur hiérarchique, le DGS, chaque fois qu'il est présent. Ainsi, l'hostilité des épidémiologistes pour les associations « vertueuses » ou de tout autre acteur critique à l'égard du système de déclaration obligatoire et des propositions de l'INVS, se manifeste dans le faible temps de parole qui leur est concédé, dans les attitudes qui accueillent leurs interventions

⁵²¹ Mémoire d'Olivier Scemama, p. 40-41.

(regards méprisants, notamment), ou dans leur isolement au moment des pauses. Inversement, les lanceurs d'alerte, incapables⁵²² de faire entendre leurs positions au sein du Comité, « séchent » rapidement les séances et privilégient le recours à des interventions médiatiques⁵²³.

L'accueil fait au DGS dans le Comité constitue un épisode particulièrement révélateur ou « parlant » de « l'ambiance » du Comité, et du rôle que les émotions jouent à la fois dans les rapports de face-à-face et dans la définition des rôles institutionnels. Lucien Abenhaïm, qui a hérité du dossier de la déclaration obligatoire à sa prise de fonctions fin août 1999, se montre en effet sceptique à l'égard du système de la DO (notamment quant à la pertinence de certaines données collectées, à la « lourdeur » du système) au point de reprendre à son compte les arguments des associations « vertueuses » en se posant comme le garant de la protection de l'anonymat, ce qui lui attire le ressentiment de ses collègues de l'INVS (dont l'autonomie vis-à-vis de l'administration de la santé est très incertaine), lesquels lui reprochent par ailleurs la piètre estime dans lequel ils pensent qu'il tient la surveillance épidémiologique. Pour les épidémiologistes de l'INVS, c'est ainsi la crainte et/ou la peur que le mouvement associatif inspirerait à L. Abenhaïm qui expliquent ses prises de positions initiales. On peut supposer, de fait, que L. Abenhaïm ne peut ignorer combien son poste est vulnérable politiquement, et combien la lutte contre le sida, depuis l'affaire du sang contaminé, constitue un terrain susceptible de mettre à l'épreuve cette vulnérabilité. Dans tous les cas, son attitude à l'égard des associations « vertueuses » est constamment conciliante, sinon prévenante.

Lorsque, malgré les réticences des épidémiologistes de l'INVS, il se rend à la réunion du 18 avril 2000, Lucien Abenhaïm se présente dans un premier temps comme l'homme de la synthèse – rôle dévolu jusqu'alors à Alfred Spira, le président du comité. Il vante les mérites de la concertation et les avancées du nouveau système par rapport à l'ancien, et justifie sa présence par la nécessité de la conciliation, après que plusieurs tribunes parues en février (sur la rubrique « nationalité »), mars (à propos du fichier de l'Armée), et au début du mois d'avril (sur ... les fuites dans la presse et la sérénité des débats) ont révélé au grand public la dureté des clivages internes au Comité. Puis, après avoir entendu les représentants de Réseau Voltaire et de Combat face au sida, Lucien Abenhaïm quitte le rôle d'arbitre et reprend à son compte leurs revendications en faveur de la mise à l'étude de deux nouveaux systèmes en plus de la DO : d'une part, un système de surveillance spécifique dans les CDAG, d'autre part un système alternatif expérimental fondé sur la déclaration volontaire. Les épidémiologistes de l'INVS interprètent l'arbitrage du DGS comme une reculade et un camouflet, un nouveau lâchage de leur tutelle, mais aussi comme la confirmation de leur principe

⁵²² Incapables : à la fois contraints à l'incapacité et guère enclins à conquérir une place dans le Comité.

⁵²³ On est bien sûr ici dans un registre par définition difficile à objectiver et à démontrer empiriquement, celui de l'officieux – mais on verra que les épidémiologistes de l'INVS, pour ne parler que d'eux, font état du même sentiment que l'observateur.

explicatif de sa conduite : celui-ci donne raison aux associations parce qu'il les craint et qu'il n'écoute que ceux qui protestent le plus fort⁵²⁴.

Peut-on ratifier sociologiquement ce type d'explication – les décisions administratives reposent sur des rapports de crainte plutôt que sur des arguments « rationnels » – qui semble renvoyer au sens commun, aux catégories indigènes du monde de la santé, sinon à la psychologie de bazar ? On peut du moins, en ethnographe attentif aux interactions observées, valider la constatation de la violence des interactions et l'évolution des positions du DGS en cours de réunion. On peut également attester la véracité d'une anecdote qui a fortement marqué les épidémiologistes présents : au moment de quitter la réunion, le Directeur général salue les responsables de Réseau Voltaire et de Combat face au sida, et eux seuls. Plusieurs fois rapportée, l'anecdote est significative de l'importance que les acteurs accordent aux relations de face-à-face, y compris dans les univers hautement formalisés, confinés, et voués à la délibération collective. Le salut du DGS est interprété – ou ressenti – comme une marque d'irrespect pour ceux qu'il ignore et de solidarité avec (sinon de soumission à) ceux auxquels il s'adresse. L'émotion des épidémiologistes, qui naît d'un sentiment d'offense, et se manifeste par des commentaires sans équivoque après le départ du DGS, signale que sa conduite est jugée incorrecte, inconvenante, socialement irrecevable : sa solidarité devrait aller aux représentants de l'État, sa neutralité du moins est requise, son manque de tact est regrettable, etc. Mais elle est d'autant plus fortement ressentie et manifestée qu'elle ne fait que confirmer l'interprétation déjà consolidée selon laquelle le DGS, et à travers lui l'État, craint les associations « vertueuses » représentant la « société civile », au point d'accéder à leurs revendications (i.e. de céder aux passions) plutôt que d'écouter les recommandations de l'agence de surveillance (i.e. écouter la voix de la raison, celle des experts), grande perdante de l'affaire. Elle est en bref solidaire d'une conception du monde du sida fondée sur un grand partage entre experts et profanes, et de l'action étatique comme poursuite de l'intérêt général.

Jouer sur les émotions, inspirer la crainte ou le respect, exprimer son mépris, tout cela fait à l'évidence partie du registre de l'action sociale, donc de l'action collective et des mobilisations. Le cas de la DO suggère que la mobilisation des émotions participe de la définition des rapports de force entre parties opposées, donc de l'issue de leurs interactions – d'une « décision ». La sociologie interactionniste a montré que les conduites sociales sont guidées par un sens du normativement juste, du socialement acceptable, qui dépend largement des propriétés du milieu de réalisation de ces conduites et des attentes de comportement qui y ont cours, mais aussi des propriétés sociales de l'individu (notamment de son « tact », de son art de juger et d'agir « convenablement ») et des propriétés attachées à son rôle. Ainsi, les attentes normatives quant au rôle d'un acteur sont différentes selon que ce dernier est un épidémiologiste de l'INVS (la correction est incontournable) ou le Directeur général de la santé (une certaine brutalité ou rudesse peut convenir au « décideur »). On pourrait

⁵²⁴ D'où le communiqué de presse des associations « raisonnables » publié le 27 avril 2000 avec l'assentiment des épidémiologistes, pour le faire changer de cap.

en dire autant des représentants associatifs : un dirigeant comme Christian Saout, issu de la magistrature, est plus facilement accepté comme garant de l'intérêt général, avec toute la hauteur de vue nécessaire, que des représentants de milieu plus modeste. Surtout, la mobilisation des émotions s'inscrit dans des conditions de félicité fort différentes selon qu'il se déploie dans les arènes publiques, notamment médiatiques, et dans les arènes fermées, confinées, discrètes comme le Comité de pilotage. Ce que rappelle ainsi l'analyse des interactions observées dans la gestion du problème de la DO, c'est que les émotions ressenties et manifestées constituent certes des indicateurs permettant de signaler que le seuil des conduites normativement acceptables a été franchi dans un milieu particulier, mais aussi des indicateurs du milieu lui-même par le niveau du seuil d'acceptabilité des émotions et de l'efficacité qui est accordé à leur déploiement. Dit autrement, le comité de pilotage est à la fois un milieu où les émotions s'expriment plus librement (et de plus en plus aisément avec le temps et les progrès des acteurs dans les relations de face-à-face)⁵²⁵ que dans l'arène médiatique⁵²⁶, et un milieu où les déterminants « irrationnels » des prises de position se donnent à voir crûment, avec une retenue bien moindre que dans l'arène médiatique⁵²⁷.

De l'agacement à la colère en passant par le sentiment d'offense, les émotions exprimées face aux accusations publiques de fichage ou aux humiliations des responsables politico-administratifs peuvent être repérées par leurs manifestations comportementales dans l'interaction (manifestation de mépris, voire protestations, exigences d'explication). Les propos recueillis en situation d'entretien semi-directif, *a posteriori*, permettent de saisir les logiques de la rationalisation des émotions à laquelle procèdent ces acteurs pour garder la face. Les épidémiologistes insistent sur le caractère frontal de l'affrontement avec des associations de mauvaise foi, la faiblesse de l'administration ou de ses agents à l'égard des pressions de la société civile, et évoquent sans détours la souffrance que cette situation leur a causé. Ils soulignent combien ils ont eux-mêmes appris dans ce dossier, reconnaissant l'importance de l'acceptabilité sociale de la surveillance sanitaire, proclamant qu'ils sauraient désormais associer plus tôt les associations à leurs groupes de travail. Un apprentissage ? Sans doute, mais qui semble à sens unique : s'ils se perçoivent comme des experts désormais plus « intelligents », leurs représentations du monde associatif n'ont en revanche guère changé, mobilisant au contraire le même partage entre associations raisonnables et associations déraisonnable, le même registre du scandale et de la crainte. Examiner attentivement ces « témoignages » permet *in fine* de faire quelques hypothèses quant aux limites de la mobilisation des émotions dans l'action collective.

⁵²⁵ Le comité se rapproche davantage du groupe de travail où les représentants de différents intérêts s'opposent frontalement, sans « prendre de gants ».

⁵²⁶ Les médias sont eux-mêmes à un moment spécifique de leur histoire, caractérisé de manière générale par un ton mesuré et un refoulement des émotions, au profit d'une idéologie de la neutralité professionnelle.

⁵²⁷ Mais une visibilité que, par définition, les échanges interindividuels « secrets » (coups de téléphone, entrevues privés) n'ont pas. Elles échappent à l'ethnographe, mais peuvent être retrouvés par l'historien en cas de traces écrites ou orales.

Techniciens scrupuleux, les épidémiologistes ont le souci du travail bien fait (« on était tellement convaincu que le travail qu'on faisait était correctement fait »⁵²⁸). Ils tombent des nues quand l'affaire du « fichage » prend tournure, et continuent de supporter difficilement que leurs argumentations n'aient pas été entendues, ni même écoutées, par les responsables politico-administratifs, tout comme ils regrettent que dans la « guerre » que leur ont menée les associations de la vertu républicaine, ce soient ces dernières, parce qu'elles criaient le plus fort, qui aient obtenu le soutien des décideurs.

Il faut insister sur le fait que le contentieux entre épidémiologistes et associations n'est pas nouveau dans la lutte contre le sida. En raison des caractéristiques de leur travail d'objectivation statistique des « groupes à risque » et/ou de leur appartenance à l'État, les épidémiologistes sont souvent pris à partie par les associations de lutte contre le sida : « c'est une longue expérience, douloureuse, avec les associations, et les épidémiologistes ».

« c'est vrai que [nous] les épidémiologistes, on a toujours eu des problèmes avec les associations. Depuis le début. Et d'ailleurs pas seulement en France, aux États-Unis le CDC était..., mais alors eux ils ont été maltraités à un point, traités d'assassins, en public, des choses très très dures. () D'abord c'est brutal de dire, "bon il y a tant de malades", toutes ces répartitions c'est froid, c'est brutal, il y a aucun bénéfice, au fond, direct, pour les personnes, c'est pas comme les médecins, qui les soignent, etc., donc c'était un rapport plus difficile »⁵²⁹.

En outre, ces relations varient aussi en fonction des associations, dont certaines sont connues de longue date.

« dans [un comité précédent], au début, je pense qu'il y avait Aides, et puis il y a Act Up qui avait fait tout un cirque parce qu'ils étaient pas dedans, donc après il a fallu qu'on intègre tout le monde, et les rapports avaient été extrêmement difficiles, très très durs...() Aides était toujours d'accord, mais les autres étaient, enfin notamment Act Up, étaient toujours dans la guerre... () Et comme ça s'était mal passé au début, comment dire, la relation a toujours été mauvaise. Alors bon, comme ils personnalisent pas mal les choses, moi j'étais effectivement le coupable, puisque je gérais le groupe, et qu'ils expliquaient que j'avais pas voulu qu'ils viennent alors que c'était pas vrai, et que j'avais même appelé, enfin comment dire, qu'ils étaient pas conviés aux réunions alors qu'en fait on avait appelé pour être sûr qu'ils arrivent, et après... c'était toujours des guéguerres, comme ça... ».

« on avait une action coordonnée, à l'ANRS, qui s'appelait Incidence prévalence, (), où donc on estimait la taille de la population séropositive. () c'est là qu'ont commencé les heurts avec les associations, Act Up, etc., parce que quand on leur avait annoncé, voilà, avec les estimations qu'on a, voilà, il y a tant de séropositifs, et l'estimation du nombre

⁵²⁸ Entretien épidémiologiste anonymisé.

⁵²⁹ Entretien épidémiologiste anonymisé, ainsi que les quatre extraits suivants.

d'homosexuels etc., mais c'était, mais ah..., ils ont failli se battre, Jean-Baptiste Brunet a failli se battre avec, comment il s'appelait... () oui Lestrade. C'était d'une violence ».

« ç'a toujours été difficile les relations avec Arcat, toujours. Il y avait une méfiance, il y avait... bah ils étaient dans la critique, eux, de l'administration, enfin, de la DGS, ou de l'INVS, ou du RNSP, je sais pas, et c'était ça qui primait, en fait. () Puisque je me souviens au début, quand on était à la DGS (), la première fois qu'on a travaillé avec eux, () c'était... un mépris, c'était vraiment difficile. () Et puis leur, le journal, le *Journal du sida*, c'était vraiment... des articles haineux... ah si si, c'était vraiment toujours dur, vraiment [on était] toujours pris pour des imbéciles, tout le temps ».

Ce passé conflictuel, renforcé par l'incompétence qu'ils attribuent aux représentants associatifs, explique d'ailleurs que les épidémiologistes de l'INVS ont refusé d'intégrer les associations lors de la préparation du projet de DO.

« Moi je ne voulais pas [intégrer les associations], j'ai dit non, c'est pas possible, c'est un truc très très technique, je vois pas l'intérêt, par contre on va les consulter après, c'est clair, mais avant, la discussion là-dessus, je pense que c'est pas possible, et alors je pensais ça parce qu'effectivement, ça me paraissait compliqué de les intégrer dans ces discussions qui sont..., d'une part, qui font référence à, comment dire, on travaillait très entre nous, les gens qui font de la surveillance dans d'autres pays, c'est un peu ça la référence, les médecins qui connaissaient les systèmes, c'était quand même un peu ça, et l'idée c'était, bon, ils ont pas l'habitude, ils vont pas comprendre, ça va être compliqué. »

Les réunions de l'été 1999, qui débouchent sur l'arrêt du dispositif expérimental, sont vécues comme un choc : on en sort (presque) en larmes, parce qu'un gros travail a été effectué pour rien, qu'on est jugé sans être même entendu, qu'on est humilié par les décideurs et les représentants associatifs.

« [à la première réunion, devant le cabinet du ministre, en juillet], il y avait un tel poids des associations. () Ils disaient, "il faut pas", et nous on leur disait, "mais vous vous rendez compte du travail que c'est, l'intérêt de ce truc, c'est de l'évaluer", etc. (). Moi j'étais presque en larmes, et [un dirigeant associatif] me disait, "mais vous en faites pas, c'est qu'un jeu de rôle, tout ça, vous verrez, dans trois mois, ça sera...", voilà. () Moi je savais très bien que c'était pas trois mois près. Vous vous rendez pas compte de l'investissement que c'est, sur le terrain, etc., et ça je crois qu'ils l'ont pas réalisé, () c'est vrai que je prenais peut-être trop les choses au..., mais de nous dire vous inquiétez pas, dans trois mois on redémarrera ! (). Clairement, ça faisait quand même, je sais pas, deux ans qu'on y réfléchissait, (). De redémarrer on savait très bien, et même vis-à-vis de nos partenaires et des DDASS qu'on avait réussi à... oh ! le nombre de coups de fil, d'échanges, de machin, c'était l'effondrement total, quoi ! »⁵³⁰.

« [à la deuxième réunion, début août] on ramait hein pour mettre en place cette expérimentation (). On avait voulu faire un truc vachement sérieux. On lance pas un système sans expérimentation. Justement, on voulait bien faire les choses. Alors quand vous avez l'impression de bien faire les choses et qu'on vous dit, ce que vous faites,

⁵³⁰ Entretien épidémiologiste anonymisé.

c'est nul, bah vous êtes peut-être un peu arrogants, et un peu spontanés, enfin X. est partie en pleurant de cette réunion. () Nous on expliquait, mais ils nous écoutaient pas. C'était compliqué, on avait essayé de faire des simulations en appauvrissant le code d'anonymat, mais c'était difficile à expliquer, alors moi je sais que déjà, c'était un peu stressant, on était dans un état de stress important, et ils écoutaient pas. () Ils s'en foutaient, ce qu'ils avaient, c'était mettre en place leur système d'anonymisation à la base, etc. () ils avaient un truc en tête, et ils n'écoutaient pas. Alors on était peut-être arrogants, mais il y avait pas... pour moi, je l'interprète comme une absence totale de dialogue. () alors c'est vrai qu'après ils étaient dans leur rôle, mais quand on se fait suer à travailler comme des fous, pour essayer de trouver une solution, et qu'en face il y a une espèce de mur et que les gens n'écoutent pas, on sort de là, moi j'étais catastrophée »⁵³¹.

Voilà enfin un exemple de récit donnant à voir comment est perçue l'attitude du DGS pendant la séance d'avril du comité de pilotage.

« ce qui s'est passé c'est que les associations ont demandé à voir Abenhaïm... () donc il les a reçues, et c'est là qu'il a commencé à dire, ce qu'a fait l'INVS c'est nul, il avait pas encore vu le directeur de l'INVS, Jacques Drucker, et il a descendu le travail de l'INVS, sans le connaître, devant les associations. Ce qui était très drôle, c'est que là Aides a dit, non mais là vous exagérez, c'est pas vrai. C'est Aides qui nous a défendu, incroyable ! () Abenhaïm, il avait peur. Quand il a vu les associations arriver, qu'il a vu qu'il y avait un problème...() Et après ç'a été la guerre jusqu'au bout. La guerre. Et en fait, moi je pense que c'est parce qu'il avait peur. D'une part, il avait peur, dans un premier temps, que les associations, ce monde, avec tout le bruit qu'ils avaient fait..., et il avait peur, il avait même peur de Meyssan, et vous étiez là le jour où il leur a fait « Salut », à eux deux. La réunion où il est venu, Abenhaïm ! () Où il est parti, et il a salué que Meyssan et Alfonsi... () C'était délirant. () Parce que la position d'Abenhaïm et de Dab [son directeur de cabinet, et successeur en août 2003], à l'époque, c'était, eux c'est des universitaires, ils sont quand même au-dessus de la mêlée (), ils commencent à dire, de toute façon, le système de l'INVS est complètement nul, de toute façon l'INVS n'a qu'à compter les cas, l'épidémiologie se fait ailleurs, parce que eux, c'étaient de grands épidémiologistes, la surveillance, c'était vraiment de la statistique de l'administration, sans intérêt, donc ils avaient qu'à faire ça puisque de toute façon ils sont nuls, puisqu'ils sont là »⁵³².

On retrouve ici sans surprise l'opposition entre surveillance et recherche, dont on peut remarquer combien elle dépend du point de vue : ce qui fait évidence pour l'épidémiologiste de l'INVS serait sans aucun doute rejeté comme absurde par les personnes mises en cause. En effet, en vertu de son expérience canadienne, où les « meilleurs » épidémiologistes sont à l'en croire dans l'administration de la santé publique plutôt que dans les unités de recherche, Lucien Abenhaïm est très loin de se considérer comme un pur « chercheur », cependant que toute la trajectoire professionnelle de William Dab signale sa position marginale au regard des quartiers de noblesse dans le champ universitaire (il n'a pas obtenu de poste à l'INSERM ou en

⁵³¹ Entretien épidémiologiste anonymisé.

⁵³² entretien épidémiologiste anonymisé.

faculté, mais à l'ENSP puis, après son passage à la DGS, au CNAM). On peut interpréter cette histoire au premier abord anecdotique de « salut » à l'aide des outils d'Erving Goffman, c'est-à-dire comme des « cérémonies d'accès mutuels »⁵³³. En saluant les seuls représentants des associations « vertueuses », le Directeur général manifeste l'accès privilégié dont ceux-ci bénéficient à son égard, que leurs échanges mutuels de courrier, pour partie rendus publics, confirment par ailleurs. Au contraire, en ne saluant pas, ou à peine, les épidémiologistes de l'INVS, le DGS manifeste, consciemment ou non, la distance qui les sépare et/ou le rapport hiérarchique qui les lie. Mais on voudrait plutôt insister ici sur les leçons que les épidémiologistes tirent de l'ensemble de cette « guerre » avec les associations.

Telles qu'ils les rapportent, les interactions dans le secret des réunions en cabinet ministériel sont à l'évidence plus violentes que celles que l'on a pu observées dans l'espace confiné du comité de pilotage. Les émotions rapportées sont sans équivoque : quasi-état de choc face à l'accusation d'incompétence ou au déni de compétence ; colère contre l'absence d'écoute de la part de la haute administration et du monde associatif. Les émotions en réunion fermée révèlent bien des seuils du normativement juste : elles expriment l'incrédulité devant les actes « irrespectueux » des représentants associatifs et administratifs (indifférence dans l'interaction, sortie médiatique, manifestation ostentatoire de complicité). Pour reprendre un autre concept goffmanien, les épidémiologistes tombent en larmes, sont estomaqués ou furieux, (en partie) parce qu'ils « perdent la face »⁵³⁴ : l'image d'eux-mêmes que les actions et jugements des autres leur renvoient, celles d'êtres incompetents ou sectaires, fait naître en eux un sentiment d'offense. Les émotions expriment aussi l'impuissance d'agents qui, bien qu'officiellement autonomes vis-à-vis de l'administration centrale, se situent encore dans une position de subordination hiérarchique de fait vis-à-vis du cabinet ministériel et de la DGS : c'est bien la coalition, objective et explicite, entre fonctionnaires du ministère et militants associatifs qui nourrit le dépit et la colère, parce qu'elle va à l'encontre de la conception, très idéalisée, qu'ils se font de l'action de l'État et de l'intérêt général.

Même si la Division sida des années 1990 est souvent perçue comme une administration « inféodée intellectuellement » aux associations dont les agents, qui organisent et financent la politique de prévention, « se considèrent eux-mêmes comme des militants »⁵³⁵, le soutien passif (et actif dans le cas du Directeur général) aux associations « vertueuses » n'en est pas moins jugé contre-nature, anormal. In fine, l'affaire de la DO et son « fantasme de flicage », « révèle une sorte de () décadence, de désagrégation intellectuelle du milieu de la lutte contre le sida »⁵³⁶. La requalification de l'appel à la vertu en « fantasme de flicage » souligne bien l'incongruité que représentent, aux yeux des épidémiologistes, l'attitude de la DGS

⁵³³ GOFFMAN Erving, *La mise en scène de la vie quotidienne. 2. Les relations en public*, Paris, Les Editions de Minuit, 1973. : p. 87.

⁵³⁴ GOFFMAN Erving, *Les Rites d'interaction*, Paris, Les Editions de Minuit, 1974. : chapitre 1.

⁵³⁵ Pour reprendre l'expression d'un épidémiologiste anonymisé (non INVS), en entretien.

⁵³⁶ Entretien épidémiologiste anonymisé (non INVS).

(mais aussi, provisoirement au moins, des associations centrales de la lutte contre le sida, Aides compris) et son (leur) alliance avec les associations « vertueuses », marginales et dépourvues de crédibilité. La responsabilité même de l'État est ainsi en jeu : accuser l'INVS d'être lié à des sectes ou laisser passer ces accusations ou insinuations, c'est prendre le risque de créer une « véritable crise de confiance » des usagers eux-mêmes dans le système national de surveillance. La relecture du Comité de pilotage par son président A. Spira – professeur de santé publique qui se présente lui-même comme un rationaliste, attaché à la qualité scientifique de l'expertise – est à cet égard significative : il est sans doute utile voire nécessaire de travailler avec les associations, mais il est difficilement acceptable que le pouvoir politique ou ses représentants (dans les cabinets, la DGS) « capitulent » ou « tirent le tapis » à l'issue d'un débat au cours duquel les associations déploient « une argumentation () sous-tendue par un procès d'intention », et recourent à toutes les méthodes possibles, y compris les attaques contre les personnes. Les militants associatifs porteurs de l'appel à la vertu sont peut-être légitimes ; leurs méthodes ne le sont pas : « Qu'ils se placent en défenseurs des libertés individuelles contre l'État tentaculaire attentatoire aux libertés et qui veut tout réglementer et tout contrôler, c'est leur problème, ils ont complètement le droit, et c'est très sain qu'il y ait des associations comme ça, mais je trouve qu'ils emploient des moyens, ils font feu de tout bois », ils « dépassent les limites » [celles du respect mutuel] »⁵³⁷.

La tactique politique des associations dérouta les épidémiologistes de l'INVS, scientifiques attachés à l'évaluation la plus objective possible. C'est pourquoi ils regrettent que la dimension expérimentale du système, qui devait permettre une évaluation de sa faisabilité, de son acceptabilité et de son efficacité, n'ait pas davantage pesé dans les débats. Comme souvent, cette incompréhension est traduite dans des termes scientifiques : dans un article paru pendant les travaux du Comité de pilotage, un épidémiologiste du CESES propose une comparaison des modalités d'évaluation des systèmes de surveillance américains et européens d'où il ressort que les américains recourent à une évaluation pragmatique (en fonction des pratiques réalisées) alors que les européens s'appuient sur des évaluations plus théoriques (en fonction de principes comme la protection de l'anonymat)⁵³⁸.

« More research is needed » ?

Les publications scientifiques originales des épidémiologistes, comme leurs communications en congrès et colloques, suivent presque systématiquement un seul et même moule. On présente l'état de l'art, l'hypothèse de travail, les données et les méthodes, les résultats, les limites, avant de conclure par l'incontournable invitation à prolonger les recherches : « more research is needed ». La formule, qui invite à en faire toujours plus, est particulièrement éclairante pour comprendre le

⁵³⁷ Entretien Alfred Spira.

⁵³⁸ Andrea Infuso, « Déclaration de la séropositivité VI : des interventions individuelles au recueil des données épidémiologiques », *Transcriptase*, n°82, 2000.

perfectionnisme professionnel de ces épidémiologistes non chercheurs que sont les spécialistes du sida à l'INVS. Ce qui frappe en effet, dans leur manière de rendre compte de cette tâche longue et difficile qu'a été le montage de la DO du VIH, c'est d'abord la revendication d'un professionnalisme qui veut tendre au perfectionnisme. Les épidémiologistes soulignent à l'envie leur capacité d'adaptation et de rebond, qui se traduit notamment par la manière dont, après avoir été violemment mis en cause, ils ont relevé le défi de la refonte d'un système « irréprochable » sur le plan de la sécurité des données individuelles.

« On a été tellement abattu, donc on s'est dit là c'est pas possible et il faut qu'on trouve quelque chose de parfait, et on l'a trouvé (). Et surtout, on voulait surtout pas être à nouveau critiqué, on avait eu une telle déconfiture... On s'est dit, surtout il faut qu'on soit parfait à tous les niveaux () même si effectivement, à un moment, il y avait un peu une lassitude, à la limite les gens ils s'en foutaient... Je pense qu'il fallait qu'on soit parfait sur toute la ligne pour être sûr qu'on puisse pas nous reprocher, "mais là vous avez pas fait ça" () On aurait voulu être irréprochable. () Mais c'est vrai qu'en 99 on avait fait le système comme ça, de façon assez simple. Non, là où c'est dommage, c'est une phase pilote, et je pense qu'elle aurait pu se faire »⁵³⁹.

Certes, le sentiment dominant, au moment des entretiens en 2004 et 2005, était une certaine amertume. Le système de la DO a pris beaucoup de retard, l'INVS n'étant pas en mesure de produire la moindre donnée pendant plusieurs mois. En outre, il se confirme que, dans ses premières années de fonctionnement, le système est lourd et beaucoup moins réactif que prévu ; une évaluation réalisée dès 2005 auprès des effecteurs, biologistes et médecins, confirme un degré élevé d'acceptation du système mais aussi des critiques de la complexité de la procédure de déclaration⁵⁴⁰. Pourtant, les épidémiologistes, après avoir d'abord « fait le système comme ça, de façon assez simple », ont appris à faire mieux, à être « parfaits » à tous les niveaux. Ils savent valoriser une expérience pénible et en tirer des leçons – ce que leurs modèles américains appellent « lesson-drawing ». Ils savent se projeter vers un nouvel objectif, ont conscience de devoir en faire encore plus. Cette manière de définir son métier, centrale pour les épidémiologistes, a évidemment des limites. Le bilan des dix premières années de fonctionnement de la DO ne s'attardait guère sur certains aspects toujours problématiques du système, comme son exhaustivité (estimée à 72 % pour 2012, alors que celle du sida était estimée à 59 % pour 2007-2009 en forte baisse par rapport aux années 1990)⁵⁴¹.

Dans une analyse proposée « à chaud », à la fin de l'été 1999, Anne Laporte avait soutenu l'idée qu'une « réticence sociale » à la DO s'était substituée à la « résistance médicale ». La thèse n'était au fond qu'une nouvelle version de la problématique usée de « l'acceptabilité » comme enjeu « social » incontournable, mais unique, pour la

⁵³⁹ Entretien épidémiologiste anonymisé.

⁵⁴⁰ HERIDA M *et al.*, « Evaluation du dispositif des maladies à déclaration obligatoire en France : connaissances, attitudes et pratiques des médecins et des biologistes, 2005 », *BEH*, 2008, pp. 503-507.

⁵⁴¹ CAZEIN F *et al.*, « Dépistage de l'infection par le VIH en France, 2003-2013. N° thématique. Dépistage du VIH en France », *BEH*, 2014, pp. 534-540.

pratique scientifique. Après l'expérience du Comité de pilotage, et malgré les limites de la procédure de concertation, certains épidémiologistes comptent parmi les acquis de l'expérience une autre vision des enjeux, au point d'insister sur leur propre résistance comme obstacle au travail en commun.

« moi, c'est une expérience qui m'a convaincu de l'intérêt de travailler avec les associations. Tout le monde n'a pas été convaincu, je pense, et il y a encore beaucoup de boulot pour les épidémiologistes, pour comprendre ça, pour être d'accord, parce que nous en plus, à l'intérieur de l'INVS, on était aussi mal vu, parce qu'on a imposé cette codification à toutes les maladies, donc ils étaient pas contents, les autres. Et donc l'histoire des associations, eux vraiment ça les... () cette résistance des épidémiologistes, là, au travail avec les associations, elle est très très forte »⁵⁴².

En apprenant de leurs échecs, les épidémiologistes du sida les surmontent tout en acquérant sinon un nouveau savoir-faire, du moins un principe, qui les distinguent des autres épidémiologistes. De fait, l'INVS semble avoir appris de la crise de l'été 1999, au moins en ce qui concerne le monde du sida. En effet, au moment de lancer début 2015 un projet de dématérialisation de la DO (télé-déclaration grâce à une application web spécifique), les épidémiologistes du sida ont pris soin de demander l'autorisation de la CNIL avant l'expérimentation dans deux départements, de prévoir une assistance pour les « utilisateurs » (médecins et biologistes, appelés en 2000 les « effecteurs ») et une campagne de communication publique ; ils ont surtout associé dès le stade de la « réflexion » les représentants de cliniciens et de biologistes, ainsi que les « parties prenantes du système de surveillance du VIH/sida, dont les associations de patients »⁵⁴³. De fait, Aides et Act Up ont fait partie du « comité de pilotage élargi » qui a élaboré le nouveau système.

Il semble pourtant sociologiquement assez illusoire de penser que l'inclusion « des » associations de patients suffise à prémunir l'INVS contre tout risque de mise en cause. D'un côté, il est indiscutable qu'une telle inclusion contribue à autonomiser les épidémiologistes du sida vis-à-vis de leur tutelle, le ministère de la santé, et du pouvoir politique : les représentants du ministère participent parmi d'autres au pilotage concerté de la surveillance (la liste des membres du comité de pilotage s'est allongée), et la concertation en amont rend plus légitime les projets de surveillance ; mieux, la concertation peut être revendiquée comme un savoir-faire propre aux épidémiologistes. D'un autre côté, l'inclusion concerne les deux associations centrales du monde du sida, et non des outsiders à la lisière de ce monde. Or, si pour différentes raisons les associations qui étaient porteuses de l'appel à la vertu ont aujourd'hui abandonné la question de la surveillance de l'épidémie de VIH⁵⁴⁴, cela ne signifie pas

⁵⁴² Entretien épidémiologiste anonymisé.

⁵⁴³ BARRET AS *et al.*, « Focus. e-DO : nouvel outil de télé-déclaration pour l'infection par le VIH et le sida », *BEH*, 2015, pp. 162-163.

⁵⁴⁴ Dans les années 2010, Arcat a recentré son action sur ses missions principales (écoute et aide sociale, suivi des traitements). *Combat face au sida* a cessé de paraître en 2006. En 2015, le Réseau Voltaire se concentre sur des enjeux géopolitiques, toujours animés par Thierry Meyssan, qui réside depuis plusieurs années à Damas.

que d'autres collectifs, à la lisière du monde du sida et d'autres champs, n'auront pas la capacité de porter des critiques et de peser sur l'orientation de la surveillance en mobilisant des soutiens politiques efficaces. Par définition, les processus de désectorisation – de perte d'un monopole – qui caractérisent les processus de crise, sont difficiles à anticiper. Il est indéniable que le « coup » politique de l'appel à la vertu a réussi en 1999 à peser sur la décision politique et à orienter le système de DO finalement adopté. Mais il a aussi durci la frontière entre les associations gestionnaires, responsables, légitimes dans le champ, et les associations « politiques », marginales dans le champ, en grande partie en raison de ses modalités même de réalisation. En effet, on peut faire l'hypothèse que la mobilisation des émotions – c'est-à-dire, ici, faire scandale publiquement, insulter, humilier ou user de l'intimidation en face-à-face – est aux autres formes de publicisation des intérêts, ce que la domination charismatique est aux formes de domination, traditionnelle ou légale-rationnelle, chez Weber : des manières de mobiliser sans doute potentiellement efficaces, mais aussi par définition extra-quotidiennes, menacées par la démotivation, donc vouées, sauf travail spécifique d'entretien, à la routinisation sous l'une ou l'autre des autres formes.

Finalement, l'affaire du montage de la DO donne aussi à voir une agence sous emprise, dépendante de l'État central et du pouvoir politique, donc fragilisée par les groupes d'intérêts qui parviennent à peser sur eux, et qui répond à la mise en cause par un surcroît de zèle. On est alors bien loin des revendications d'une « liberté de parole » contrepartie de la position de « fusible » de l'agence.

« C'est toujours la même chose : c'est toujours le beurre et l'argent du beurre. C'est-à-dire que l'État aimerait bien avoir en cas de problème, l'INVS, pour dire : "c'est pas nous, c'est l'INVS. Ils sont indépendants. S'ils ne l'ont pas fait, allez voir avec eux." Et puis... ça, c'est le beurre. Et puis, l'argent du beurre : c'est qu'il voudrait qu'on puisse lui dire ce qu'il faut faire en permanence...

- C'est le cas pour beaucoup des agences, à leur origine. C'est leur rôle de fusible.

- Ça c'est le beurre. C'est logique, on a été créé pour ça. Mais le ministère doit comprendre - et il le comprend mais il essaye quand même d'en profiter - le prix à payer pour qu'on puisse servir de fusible, c'est qu'on n'est pas à leurs bottes. Parce que si on est à leurs bottes, on ne peut plus servir de fusible. S'ils nous remettent dans le giron du ministère, on n'est plus un fusible. Pour qu'on serve de fusible, il faut qu'on soit à l'extérieur. Si on est à l'extérieur, ça veut dire qu'on a notre liberté de parole. »⁵⁴⁵

⁵⁴⁵ Entretien épidémiologiste anonymisé (recueilli par Claude Thiaudière).

Chapitre 7. Anticiper la menace majeure. La veille sanitaire face à la pandémie grippale

« *L'avantage de l'anticipation est la capacité à se préparer. Le corollaire est le degré d'incertitude sur les caractéristiques de l'événement qui croît avec le degré d'anticipation* »⁵⁴⁶

Les points communs sont frappants entre la version française de la pandémie grippale de 2009, événement majeur de l'histoire de la santé internationale du 21^e siècle, et l'« affaire de la grippe porcine » aux États-Unis en 1976, ce « fiasco » (d'après *le New York Times*), ayant entraîné le limogeage du directeur du CDC, David J. Sencer. Un geste signale la commensurabilité des deux événements : dans les deux cas, l'engagement de l'État dans la lutte contre l'épidémie est symbolisé par la vaccination devant les caméras d'un haut responsable politique, la ministre française de la Santé Mme Bachelot-Narquin en 2009, nul autre que le président Gerald Ford en 1976. Mais surtout, le virus grippal relève du même sous-type H1N1 d'origine porcine (d'où le nom de « grippe porcine » (« *swine flu* ») donnée par les médias en 1976) ; les pouvoirs publics choisissent dans les deux cas l'option d'un programme de vaccination de masse ; la mise en œuvre de ces programmes rencontre de nombreux obstacles, largement commentés dans le champ médiatique et le champ politique ; les mêmes effets secondaires des vaccins sont rapportés et discutés, sous la forme du syndrome de Guillain-Barré, une complication du système nerveux central pouvant entraîner la mort ; enfin, la pandémie n'est finalement pas celle annoncée. Ou plutôt, et il s'agit évidemment d'une différence majeure, la déclaration grippale ne se propage pas du tout en 1976, pas même aux États-Unis, cependant qu'en 2009 on assiste à une « vraie » pandémie, une épidémie mondiale qui s'avère simplement beaucoup moins létale que prévue. Ce que partagent ainsi ces deux événements grippaux, c'est avant tout d'être qualifiés de pandémique, donc d'être perçus et construits comme des menaces majeures, qui mettent en péril la société toute entière, sinon l'ordre politique lui-même. En France, la pandémie grippale est avec les épizooties le seul risque sanitaire classé comme « majeur » parmi 19 identifiés (naturels ou technologiques).

Il ne s'agira pas exactement ici de comparer deux pandémies « qui ne viennent pas », mais plutôt de lire la gestion française de la pandémie grippale de 2009 à l'aune du « précédent » américain de 1976, et de pointer le rôle des agences de surveillance sanitaire, l'INVS et le CDC, dans les réponses politiques aux pandémies grippales. Les sources utilisées, toutes publiées, limitent l'investigation à une approche institutionnelle, et la sélection de ces sources vise à examiner l'action des épidémiologistes en charge de la surveillance au niveau national, et elle seule.

⁵⁴⁶ Françoise Weber, directrice de l'INVS, *Rapport annuel 2009 de l'INVS*.

L'analyse ne porte donc pas sur la politique menée en France pour lutter contre la pandémie grippale H1N1, dont l'étude a été largement faite par ailleurs, qu'elle concerne la logique générale très centralisée, coordonnée par le ministère de l'Intérieur via une cellule de crise dédiée, le choix politique de ne pas confier dans un premier temps la mise en œuvre de la vaccination aux médecins généralistes, l'instauration de l'obligation pour les personnels soignants et son échec, la multiplication des forums sur internet ou encore les échos des controverses internationales sur la répartition des vaccins, controverses activées deux ans plus tôt par refus de l'Indonésie de fournir des échantillons de souches virulentes du H5N1 (responsable de la grippe aviaire) aux industriels du vaccin au motif que les doses vaccinales produites seraient vendues prioritairement aux pays les plus riches⁵⁴⁷.

L'approche retenue ici, différente de celle du chapitre précédent, prétend caractériser une institution chargée de la surveillance, l'INVS ou le CDC, de manière délibérément homogénéisante sinon surplombante, en quelque sorte la « pensée » de la surveillance. D'un côté, on s'appuiera principalement sur *The Swine Flu Affair*, une étude du politiste Richard Neustadt et du spécialiste de santé publique Harvey Fineberg parue en 1978 et rééditée sous forme électronique (et gratuite) en 2009⁵⁴⁸, mais aussi sur d'autres analyses et témoignages sur le sujet⁵⁴⁹. Quant à la politique française en 2009, elle s'inscrit dans un contexte global et peut être examinée à l'aune de sources innombrables : on n'en finirait pas de compulsier les études officielles des agences et autorités sanitaires, des articles et dossiers de journaux, des articles de revues scientifiques en virologie, santé publique et épidémiologie, sans parler des prises de position électroniques du grand public⁵⁵⁰. Ont été ici privilégiés les sources officielles (Parlement, INVS) et les travaux scientifiques.

La mise en relation de ces deux événements n'a rien d'un point de vue scolastique. Loin d'être le fruit de l'imagination du socio-historien intéressé par la surveillance épidémiologique, elle est au contraire évidente pour bien des acteurs français des politiques de santé publique (cf. infra). C'est que l'ouvrage *The Swine Flu Affair*

⁵⁴⁷ CASSIER Maurice, « Flu Epidemics, Knowledge Sharing and Intellectual Property », in GILES-VERNICK Tamara et CRADDOCK Susan (éds), *Influenza and public health: learning from past pandemics*, London ; Washington, DC, Earthscan, 2010, pp. 241-255. Sur le cas français, TORNÉY Didier, « De la gestion des risques à la production de la sécurité », *Réseaux* (1), 2012, pp. 45-66., pour une analyse des différentes logiques à l'œuvre dans la préparation à la pandémie grippale, entre biosécurité de type militaire et management des plans de continuité d'activité.

⁵⁴⁸ NEUSTADT Richard E. et FINEBERG Harvey V., *The Swine Flu Affair: Decision-making on a Slippery Disease*, Honolulu, University Press of the Pacific, 2005.

⁵⁴⁹ SILVERSTEIN Arthur M., *Pure politics and impure science: The swine flu affair*, Baltimore, Johns Hopkins University Press, 1981 ; DOWDLE Walter R., « The 1976 experience », *Journal of Infectious Diseases* 176, 1997, pp. S69-S72 ; *Emerging Infectious Disease* 12 (1), 2006 ; DEHNER G., « WHO Knows Best? National and International Responses to Pandemic Threats and the "Lessons" of 1976 », *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences* 65 (4), mars 2010, pp. 478-513 ; DEHNER George, *Influenza : A Century of Science and Public Health Response*, Pittsburgh, University of Pittsburgh Press, 2012.

⁵⁵⁰ Il suffit d'ajouter à l'expression « *pandemic influenza* » les termes de « *global health* », « *emerging (infectious) disease* », ou de « *preparedness* » pour avoir une idée de l'abondance de la littérature. Sur le seul site de l'INVS, les mots clés « H1N1 » et « 2009 » proposent 461 publications fin mai 2015.

(désormais SFA) a fortement cadré la connaissance de l'épisode américain en 1976, en lui donnant son nom d'« affaire », et en servant de source majeure de référence aux responsables sanitaires, aux hommes politiques, aux journalistes et aux historiens, aux États-Unis comme en France. Issue d'une enquête commandée en mars 1977 par Joseph A. Califano, secrétaire d'État à l'éducation, à la santé et au bien être (*Health Education and Welfare*) de la nouvelle équipe de Jimmy Carter, président élu en novembre 1976 contre Gerald Ford, SFA est un étrange objet, qualifié tantôt de simple chronique (ce dont elle épouse la forme), tantôt d'analyse historique ou politologique (elle emprunte aussi au registre scientifique). Elle est rédigée par un politologue très réputé et un jeune spécialiste de santé publique.

Richard Neustadt (1919-2003) est un spécialiste du pouvoir présidentiel aux États-Unis, qu'il a décrit dans sa thèse (publiée en 1960) comme un pouvoir faible, reposant sur la capacité à convaincre, la crédibilité professionnelle et la popularité. Il est lui-même un *go-between* entre monde universitaire et monde politique (et plus largement milieu des élites washingtoniennes), puisqu'il est conseiller auprès des administrations démocrates (Truman, Kennedy, Johnson, puis Clinton) et professeur à Cornell, Columbia puis Harvard (où il fonde l'*Institute of Politics*, puis la *Kennedy School of Government*). Son analyse lors de l'affaire des missiles *Skybolt* durant la présidence Kennedy a impressionné Califano. SFA constitue dans sa bibliographie une publication sinon mineure, du moins très peu mise en avant.

Harvey Fineberg (né en 1945) est un spécialiste des politiques de santé et des décisions en santé publique, à l'époque professeur assistant à l'école de santé publique d'Harvard. Il connaît une carrière d'expert et de responsable universitaire, accédant aux fonctions de Doyen de l'école de santé publique, puis de l'université (*provost*) d'Harvard. Membre de nombreux comités, consultant auprès de l'OMS, il préside en 2009 l'*Institute of Medicine* (IOM, qui compte au nombre des *National Academies* depuis 1970). Il a obtenu en 2011 le Prix Calderone en santé publique. SFA est en général présentée comme l'une de ses œuvres majeures.

L'ouvrage, extrêmement vivant et riche en détails de toutes sortes, est fondé sur l'intime connaissance des rouages de la décision par les deux professeurs de Harvard. En complément de la masse documentaire (presse, quelques documents assez rares) brassée par leurs assistants respectifs, Neustadt et Fineberg ont conduit des entretiens de type informatif, pour partie à Cambridge dans leurs propres bureaux, auprès de nombreux experts, membres de cabinet, et responsables politiques, jusqu'au président Ford en personne. On se situe donc dans une sorte d'entre-soi des décideurs et des experts, au travers un récit « de l'intérieur » où le seul jeu des réputations, des alliances et des oppositions fait et défait les décisions, indépendamment du monde social plus large. Ce récit washingtonien à la fois d'une grande finesse et d'une totale abstraction est assorti de plusieurs recommandations. Certaines sont convenues. Il ne n'est pas bon de prendre des décisions irrévocables, un programme doit pouvoir être révisé et modifié ; Sencer a fait l'erreur de forcer trop tôt la décision de la vaccination de masse. Il faut réfléchir aux manières d'agir, donc ne pas confier l'expertise aux seuls

scientifiques, mais mobiliser les spécialistes des choses de l'administration et de la gestion, et anticiper ce qui pourrait ne pas fonctionner comme prévu. Il faut veiller à la crédibilité des institutions (l'engagement de Ford, président discrédité, a desservi le programme) et ne pas laisser les experts décider seuls (Sencer, qui se serait voulu « super-héros », est visé). D'autres recommandations sont moins attendues. Neustadt et Fineberg suggèrent ainsi que la communication doit être pensée de manière réaliste, c'est-à-dire en tenant compte de l'agenda des médias plutôt qu'en les considérant comme de simples courroies de transmission. De fait, tout semble indiquer que Sencer et le secrétaire d'État à la santé Theodore Cooper sont des médecins à l'ancienne, qui ne s'intéressent pas aux médias ; au contraire, Neustadt compte dans son cercle des éditorialistes et journalistes des grands quotidiens. Ils soutiennent également que l'action en santé publique doit être adaptée aux caractéristiques de la maladie considérée, et qu'une maladie « fuyante » comme la grippe (a « *slippery disease* » indique le sous-titre), au stade de la connaissance des années 1970, devrait déconseiller le choix d'un programme de vaccination massive.

Neustadt et Fineberg, sans doute grâce aux compétences du second, font ainsi état de nombreuses considérations techniques, suggérant de raisonner en termes d'années de vie perdues plutôt que de morts, de tenir compte du fait que les deuxièmes vagues des pandémies sont les plus dangereuses, de ne pas généraliser l'effectivité d'une vaccination indépendamment du contexte et de la population cible, d'adopter une position prudente dès lors qu'il s'agit de vacciner et de penser en termes d'immunité collective plutôt qu'individuelle (autant de points pour certains déjà connus, pour d'autres encore discutés et disputés trois décennies plus tard). Mais l'originalité de leur démarche, sans doute due à la présence du politologue, est bien de réfléchir avant tout à la décision politique, à l'expertise scientifique, et à leur crédit. Aussi la prise en compte des connaissances médicales vise-t-elle plutôt à préserver le décideur. Comment a-t-on pu espérer élever la conscience du public et le sensibiliser à la prévention avec une maladie aussi insaisissable voire sujette à controverse - le virus change, le vaccin est peu efficace, les symptômes sont ambigus, etc. ? Comment, sur la base des connaissances aussi minces, a-t-on pu mettre en danger la réputation de l'expert, le CDC, et exposer des dizaines de millions d'Américains à des effets secondaires potentiels ?

Malgré tout l'intérêt de cette approche, on ne retiendra pas le terme d'« affaires » pour analyser ces deux épisodes. Si l'on suit la proposition de Luc Boltanski et Elisabeth Claverie⁵⁵¹, il existe en effet une différence entre un « scandale » et une « affaire » : si tout « scandale » suppose la mise en forme publique d'une indignation sur le mode accusatoire, le passage à la forme « affaire » suppose un retournement de l'accusation, le plus souvent dans l'arène judiciaire. Or, si l'on identifie facilement ici un retournement, au demeurant peu original (le gouvernant-protecteur accusé d'avoir sur-réagi et alerté inconsidérément la population protégée), il ne concerne pas un

⁵⁵¹ BOLTANSKI LUC et CLAVERIE Elisabeth, « Du monde social en tant que scène d'un procès », in BOLTANSKI Luc et al. (éds), *Affaires, scandales et grandes causes: De Socrate à Pinochet*, Paris, Stock, 2007, pp. 395–452.

accusateur. « L'épidémie » de 1976 et la « pandémie » de 2009 articulent plutôt une série de scandales et une diversité de causes, au sens de mobilisations collectives qui désingularisent les scandales, notamment à propos des relations entre les gouvernants et l'industrie des vaccins, le rôle des experts (« qui n'ont pas toujours raison ») ou des médias (« qui relaient les messages de peur »). D'autres modèles théoriques nous semblent pour cette raison d'une plus grande valeur heuristique. La notion de « crise » ou « conjoncture critique » de Michel Dobry est plus utile pour décrire et comprendre l'enchaînement des événements⁵⁵². La menace de crise sanitaire et sa non-concrétisation sont l'une et l'autre au principe d'une conjoncture critique, sinon d'une crise générale, pour le pouvoir politique. Les travaux de Stanley Cohen sur les paniques morales et les politiques du déni ou de Leon Festinger sur les dissonances cognitives apportent également des outils utiles pour interpréter ces crises sanitaires qui ne viennent pas⁵⁵³.

« Affaires » ou crises, les deux « pandémies » de grippe porcine - ou plutôt la simple déclaration (« *outbreak* ») de 1976 et la pandémie « mineure », au moins en France, de 2009 - voient ainsi s'enchaîner trois moments qui rapprochent l'action politique de l'action militaire en temps de guerre : la préparation face à la menace (« *threat* ») est confirmée dans son principe par le surgissement de la maladie (« *outbreak* ») ; l'état d'alerte (« *preparedness* ») permet la décision en urgence et l'engagement « total », et au plus haut niveau, dans le conflit ; le défaut d'ennemi ou de combat met en cause après-coup les décisions des stratèges. Dans l'enchaînement décrit, les épidémiologistes en charge de la surveillance sanitaire jouent un rôle clé, qui n'est pas exactement le même à trois décennies d'intervalles, mais présente quelques caractéristiques constantes. Après avoir présenté plus en détail les deux événements, on étudiera successivement les trois activités des épidémiologistes. La préparation, d'abord, marquée par une évolution très nette : on passe de l'attente à une logique (et une logistique) de la préparation d'une toute autre ampleur. La mobilisation, ensuite, cadrée par le contexte d'incertitude, passe par une même modalité d'action (proposer des scénarios) et un même usage de la ressource temporelle (agir à temps), mais est réalisée à une échelle différente. La « déception » du résultat n'empêche pas, enfin, la légitimation de l'action menée, où le « retour d'expérience » s'avère d'autant plus nécessaire que l'agence sanitaire, en tant qu'institution intermédiaire, se trouve dans une position inconfortable, qui l'entraîne vers une forme de prosélytisme aveugle à ses propres limites.

Deux événements pour la surveillance

⁵⁵² DOBRY Michel, *Sociologie des crises politiques*, op. cit.

⁵⁵³ COHEN Stanley, *Folk devils and moral panics: The creation of the mods and rockers*, London, MacGibbon and Kee, 1972 ; KING Nicholas B., « The Scale Politics of Emerging Diseases », art. cit. ; FESTINGER Leon, RIECKEN Henry W. et SCHACHTER Stanley, *L'échec d'une prophétie: psychologie sociale d'un groupe de fidèles qui prédisaient la fin du monde*, Paris, Presses universitaires de France, 1993 (Psychologie sociale).

Après l'alerte donnée par l'OMS le 24 avril 2009, l'INVS met en place une surveillance des cas individuels, en particulier des voyageurs en provenance du Mexique et des États-Unis. La confirmation du caractère pandémique du virus conduit l'OMS à placer le niveau d'alerte au stade 4A puis, très rapidement, le 28 avril, en phase 5A. Le 11 mai, l'INVS confirme le premier cas isolé en France. Le 11 juin, date à laquelle l'OMS rehausse le niveau d'alerte au stade 6, 73 cas sont recensés en France. Il apparaît déjà que la majorité des cas dénombrés au niveau international sont bénins, avec une létalité globale proche de celle de la grippe saisonnière, ce qui conduit l'OMS à qualifier la pandémie de « modérément grave ». Le premier cas français de décès directement imputable au virus H1N1 survient le 1^{er} juillet à Brest ; il est confirmé le 30 juillet (en l'espèce, une jeune fille souffrant d'une maladie grave, compliquée d'une autre infection pulmonaire sévère). Les mutations du virus signalées en plusieurs endroits du globe créent une forte incertitude sur les projections de l'évolution de la maladie.

Le 16 juillet, la France annonce, en prévision de l'hiver, la commande de 94 millions de doses de vaccins pour un coût total de 880 millions, partagé entre l'État et l'Assurance maladie. Le 12 août, le ministre de l'éducation se déclare prêt à fermer toutes les écoles en cas de pandémie. Fin août, la France reçoit les premiers vaccins en quantité limitée. Début septembre, la France passe le seuil épidémique selon le réseau Sentinelles de l'INSERM. Le 25 septembre, l'INVS recense 269 cas groupés depuis le début de l'épidémie tandis qu'il se confirme que le virus est peu létal. De fait, ce sont les fourchettes basses des « hypothèses de gravité » qui apparaissent comme les plus pertinentes, en dépit des incertitudes persistantes sur d'éventuelles mutations du virus. Le pic de la pandémie survient, comme attendu, en octobre et en novembre. Néanmoins, le nombre de cas demeure en deçà des projections épidémiologiques, y compris les plus récentes. La campagne de vaccination démarre le 12 novembre : dispensée dans des centres spécifiques, la vaccination est gratuite et non-obligatoire. Le plan gouvernemental prévoit une campagne de vaccination progressive selon une liste de priorités ciblant d'abord les personnels médicaux, en particulier ceux œuvrant auprès de populations à risque, puis les personnes à risque elles-mêmes, enfin l'ensemble de la population.

Les débuts de cette campagne contestée (par les soignants notamment) sont laborieux. Le 25 novembre, la vaccination débute dans les collèges et les lycées. Le 22 décembre, seuls 7% de la population sont vaccinés. Le caractère stable et peu létal du virus conduit, début janvier 2010, le gouvernement à annoncer son intention de revendre à l'étranger une partie de son surplus de vaccins et de résilier près de la moitié des commandes, soit 50 millions de doses. Face à ce changement de politique vaccinale, des députés du Nouveau Centre demandent la mise sur pied d'une commission d'enquête. Dès le 12 janvier, la ministre de la Santé doit faire face à de

⁵⁵⁴ Sources : Rapport annuel 2009 de l'INVS ; « La gestion chaotique de la grippe A », *L'Express*, 10 août 2010.

nombreuses critiques visant la gestion de la pandémie, laquelle est considérée comme terminée par le réseau Sentinelles le 13 janvier. Le 18 de ce même mois, le Haut Conseil de la santé publique estime que 5,74 millions de personnes ont été vaccinées et qu'entre 12 et 18 millions de personnes sont immunisées contre le virus, la majorité l'ayant été par infection. Le 22 janvier, les centres de vaccination sont fermés et la décision est prise de vendre les vaccins en pharmacie afin de procéder à des vaccinations dans les cabinets des médecins libéraux. Les critiques au niveau national trouvent leur pendant au niveau international : l'OMS est accusée d'avoir dramatisé la menace pandémique ; un comité d'experts est mis sur pied pour juger de la façon dont celle-ci a répondu à la menace. L'OMS reçoit cependant le soutien des États membres. Pourtant, en juin 2010, les relations entre certains médecins de l'OMS et l'industrie pharmaceutique sont dénoncées, en particulier dans un article du *British Medical Journal*. De même, en France, en février et en mars, deux commissions d'enquête sont installées au Sénat et à l'Assemblée nationale.

Le 6 juin 2010, le coût de la campagne de vaccination est révisé à la baisse : entre 490 et 510 millions d'euros contre 880 initialement. Le 10 août 2010, l'OMS déclare officiellement la fin de la pandémie. Au final, l'INVS estime que 7 à 14 millions d'individus ont été infectés par la grippe A (H1N1) sur l'ensemble de la métropole. 1 334 formes graves ont nécessité une hospitalisation en soins intensifs et 312 décès ont été recensés durant l'épidémie. Comme constaté dans les autres pays, près des trois quarts de ces formes graves ont été observées chez les 15-64 ans, catégorie d'âge qui représente également 66% des décès, contre seulement 7% de ceux dûs à la grippe saisonnière.

La gestion de la réponse à la menace pandémique par le gouvernement Fillon fait l'objet de commissions d'enquête parlementaires en 2010. Les deux rapports proposent des explications concurrentes plutôt que complémentaires de la crise de 2009 : le Sénat met en cause le gouvernement et l'expertise sanitaire, alors que l'Assemblée juge pertinente l'action politique et administrative, concentrant plutôt sa critique sur la mise à l'écart des médecins libéraux (une maladresse), tout en rejetant la responsabilité de l'échec de la vaccination sur la société, dont l'irrationalité est déplorée et dénoncée.

C'est d'abord au Sénat que, à l'initiative de sénateurs d'opposition, est créée le 10 février, en application de nouvelles dispositions du règlement de l'Assemblée une commission sur le « rôle des firmes pharmaceutiques dans la gestion par le gouvernement de la grippe H1N1 ». Présidée par le sénateur Front de Gauche François Autain, ancien médecin, la commission a pour rapporteur Alain Milon, sénateur de la majorité conservatrice UMP, également médecin. Très critique à l'égard du gouvernement (qui a mal géré l'approvisionnement), le rapport remis le 29 juillet juge également l'organisation de l'expertise sanitaire lourde, complexe et manquant de moyens, et regrette sa « pensée de groupe », i.e. le fait qu'elle vive en vase clos et loin du terrain. Le rapport est suivi de recommandations et de contributions

supplémentaires⁵⁵⁵. Sans qu'il soit question ici de développer ce point, il convient de mentionner cependant que la communauté de spécialistes des questions sanitaires au Sénat s'inscrit, au cours de la période, dans une opposition résolue au ministère de la Santé. L'examen parlementaire du projet de loi dit « Hôpital, Patient, Santé, Territoires » en juillet 2009, en effet, a été l'occasion pour les sénateurs de dénoncer les options étatistes et le relatif « enfermement » de la ministre de la Santé et de son cabinet. Les sénateurs, de gauche et de droite (en particulier Alain Milon), ont même encouragé les leaders hospitalo-universitaires du Mouvement de défense de l'hôpital public à persévérer dans leur mobilisation, alors que ceux-ci défilaient dans les rues de Paris contre la réforme de l'hôpital public⁵⁵⁶. La phase de préparation à la pandémie grippale a donné du grain à moudre à ces critiques, du fait de la mise à l'écart des médecins libéraux du plan de vaccination et de « l'autoritarisme » dans la prise de décision impliquant médecins et infirmières de l'hôpital public. Dans les deux cas, a été dénoncée la logique préfectorale (le directeur de cabinet de Roselyne Bachelot est un préfet), étatiste, centralisée et autoritaire, de l'action ministérielle, là où prévaut en général une tradition de concertation (sinon de co-gestion) avec les porte-parole éminents de la profession médicale. La virulence des conclusions de la commission d'enquête atteste davantage de ces tensions entre la Chambre haute et la ministre que d'une querelle politique gauche/droite classique.

C'est la même logique juridique qui est au principe de la création de la commission de l'Assemblée nationale : en vertu du nouveau règlement, les membres de groupes d'opposition ou minoritaires demandent le 24 février, soit deux semaines après les sénateurs, à réfléchir à leur tour sur la « manière dont a été programmée, expliquée et gérée la campagne de vaccination contre la grippe A(H1N1) ». Présidée par le député Jean-Christophe Lagarde (Nouveau Centre), la commission travaille, comme son intitulé le laissait deviner, dans une perspective beaucoup moins critique que la commission du Sénat, et sur un sujet plus restreint. Procédant également par auditions⁵⁵⁷, le rapport, dont l'auteur est Jean-Pierre Door, député de la majorité conservatrice (UMP), cardiologue et spécialiste des questions de santé, présente en conclusion une quarantaine de recommandations et des contributions alternatives. Rendu bien avant le rapport du Sénat, dès le 6 juillet 2010, le rapport fait état d'une campagne aux résultats « décevants », « placée sous l'égide du principe de précaution », « volontariste mais d'application trop rigide », « boudée » par le public. C'est d'abord à la société que revient l'échec de la campagne : en manque de confiance, les citoyens ont « préféré l'irrationnel au rationnel », écouté les « folles rumeurs sur internet », le « lobby anti-vaccins », les « annonces spectaculaires de pseudo-experts en quête de gloire médiatique », plutôt que le gouvernement. La solution principale réside dans l'implication des professionnels de santé, et surtout des médecins de famille (les infirmiers sont vertement critiqués pour avoir refusé en

⁵⁵⁵ Autain, François, Milon, Alain. « Rapport de la commission d'enquête sur le rôle des firmes pharmaceutiques dans la gestion par le gouvernement de la grippe A(H1N1) », Sénat, n° 685, 2010.

⁵⁵⁶ PIERRU Frédéric, « Le mandarin, le gestionnaire et le consultant », *Actes de la recherche en sciences sociales* 194 (4), septembre 2012, pp. 32-51.

⁵⁵⁷ Mais sollicitant moins de points de vue critiques. Il faudrait faire – on ne le fera pas ici – l'analyse des échantillons constituées par les personnalités auditionnées.

majorité la vaccination pour eux-mêmes), qui entretiennent des rapports privilégiés avec les familles. Les députés en appellent à un changement de règles, tout en donnant un *satisfecit* au gouvernement : « les pouvoirs publics n'ont fait – et bien fait – que leur devoir, leurs apparentes tergiversations ne reflétant que la progression, en temps réel, des connaissances sur la pandémie à laquelle ils devaient faire face »⁵⁵⁸.

1976, l'épidémie qui ne vient pas

En 1976, l'identification d'une souche inédite de H1N1, celle responsable de la grippe espagnole, chez des soldats du camp de Fort Dix, dans le New Jersey, est d'emblée qualifiée de menace pandémique : un soldat est mort le 4 février, certes après avoir refusé l'hospitalisation et effectué une marche de nuit ; plusieurs sont atteints par le virus porcine. Dans un premier temps, le directeur du CDC, D. Sencer, décide d'intensifier la surveillance : en collaboration avec les responsables de la virologie à la FDA et au NIAID et les autorités militaires, il met en place un dispositif de surveillance autour du camp militaire (sans résultat), recherche l'existence de contacts préexistants des soldats avec des porcs (sans résultat), et lance une étude épidémiologique et virologique dans le camp (12 cas avérés, 500 estimés). Dans un second temps, la réunion du Comité consultatif sur les pratiques de vaccination (ACIP⁵⁵⁹), largement composé de membres du CDC, lui fournit l'opportunité de proposer un plan de vaccination. La recommandation repose largement sur l'opportunité de la vaccination. Les arguments de Sencer sont pour une part scientifiques : il souligne notamment l'absence d'immunisation chez les personnes les plus jeunes (le virus est supposé avoir disparu depuis 1918) et l'existence d'une souche saisonnière particulièrement virulente qui pourrait propager la nouvelle souche. Mais ils sont pour une autre part d'opportunité : la précocité de la détection permet d'envisager une production de masse pour l'automne, les vaccins sont sûrs et efficaces, la production d'un vaccin comportant une souche H1N1 est déjà réalisée dans l'armée depuis plusieurs années.

Le consensus n'est pas complet au sein du Comité. Un professeur de santé publique suggère ainsi de recommander la production et le stockage des vaccins plutôt que de décider d'emblée leur administration massive. D'autres membres évoquent l'absence d'épidémie depuis Fort Dix, la priorité excessive donnée à la grippe au détriment d'autres maladies, le risque de gaspillage financier⁵⁶⁰. Mais Sencer tient à lier production et vaccination : le memorandum qu'il adresse au pouvoir politique (le memo chemine du secrétariat d'État jusqu'au bureau ovale) propose quatre scénarios sur la vaccination, dont celui de la vaccination de masse a sa préférence au détriment des trois autres (ne rien faire ; proposer la vaccination aux personnes à risque ; proposer la vaccination aux seuls bénéficiaires des programmes fédéraux). La

⁵⁵⁸ Lagarde, Jean-Christophe, Door, Jean Pierre. « Rapport sur la façon dont a été programmée, expliquée et gérée la campagne de vaccination contre la grippe A(H1N1) », Assemblée Nationale, n° 2698, 2010.

⁵⁵⁹ *Advisory Committee on Immunization Practices*.

⁵⁶⁰ En revanche, et assez curieusement, ils ne semblent pas s'opposer à certains arguments douteux sur le plan scientifique, comme le « taux » de létalité mesuré à partir du seul cas de décès rapporté aux 12 cas, ce qui, même dans un groupe « non à risque », n'est guère significatif statistiquement.

pandémie est possible, il est encore temps d'agir et de se donner les moyens de vacciner 213 millions de personnes en trois mois : tel est le credo de Sencer. Directeur du CDC depuis 10 ans, Sencer dispose d'une grande autorité en interne et d'une bonne réputation au sein du gouvernement fédéral. Il n'hésite pas à jouer avec la peur d'une nouvelle grippe espagnole chez les élites de Washington, au secrétariat d'État à la Santé comme à la Maison Blanche. Bien que, trente ans plus tard, il ait reporté sur les conseillers du secrétariat d'État la responsabilité du parallèle avec 1918, c'est bien dans son memo qu'est évoquée, comme second point « factuel », l'identité génétique du virus de Fort Dix avec celui impliqué dans la pandémie de 1918 responsable de la mort de 450 000 américains.

L'étude de Harvard donne de nombreuses précisions sur les conditions de production et de réception du fameux memo. Sencer l'aurait rédigé seul, au point que plusieurs spécialistes qualifient la proposition de coup de force, de fausse alternative (« *a cooked-up job* »). Le memo circule en urgence de l'administration de la Santé à celle du Budget et à la Maison Blanche, jusqu'au bureau ovale, sans que les problèmes soulevés soient approfondies. Au contraire, le secrétaire d'État Matthews, historien de formation, écrit au directeur du Budget qu'il y a la preuve qu'une épidémie interviendra à l'automne et qu'on peut craindre 1 million de morts, et accompagne son courrier d'un exemplaire du livre tout juste paru de l'historien Alfred Crosby sur la grippe espagnole, dont il envoie d'ailleurs aussi un exemplaire au président. Le cercle des décideurs de l'Administration Ford (secrétaires d'État, *domestic council*, staff du président), par ailleurs déconnectés du Public Health Service et marqués par l'argument de la vitesse de diffusion du transport aérien (« *jet spread* »), convient que le memo de Sencer leur lie les mains : on ne peut faire moins que retenir l'option du programme de vaccination de masse, ne serait-ce que parce que le risque d'une fuite dans la presse oblige le président Ford à choisir ce scénario. En campagne pour les primaires, Ford lui-même n'est pas mécontent de faire la preuve de ses capacités de *leadership* et de décision dans l'intérêt du bien public. Moins de 10 jours après le memo de Sencer, Ford réunit le 24 mars les plus grands spécialistes des maladies infectieuses, dont les frères ennemis de la vaccination anti-poliomyélite, Jonas Salk et Albert Sabin, avant d'annoncer en leur présence à la presse sa décision en faveur de la vaccination de masse, pour un coût prévu de 135 M\$.

Le programme connaît des difficultés diverses (de production, et de garantie financière pour les industriels), mais est finalement lancé en novembre, avant d'être stoppé, après que 43 millions d'Américains aient été vaccinés, quand, dans la première moitié de décembre, plusieurs cas de syndrome de Guillain-Barré sont découverts parmi les personnes vaccinées (finalement 535 cas, dont 23 morts). Les coûts d'indemnisation s'élevaient à 90 M\$, alors que le coût total du programme dépasse les 400 M\$. La campagne de 1976 marque un tournant dans la politique vaccinale aux États-Unis⁵⁶¹.

⁵⁶¹ D'après le rapport de l'IOM, 85 M d'Américains sont vaccinés chaque année contre la grippe saisonnière. En 2009, 61 M ont été vaccinés en 3 mois contre le H1N1. CHOFFNES Eileen R *et al.*, *The domestic and international impacts of the 2009-H1N1 influenza A pandemic global challenges, global solutions: workshop summary*, Washington, D.C., National Academies Press, 2010.

La place des épidémiologistes dans le processus de décision est en apparence très différente d'un contexte à l'autre. D'un côté, David Sencer, directeur du CDC, écrit un memo décisif qui fait de lui l'acteur majeur de la décision du président Ford. De l'autre, plusieurs spécialistes de l'INVS répondent aux demandes des décideurs politiques ou d'autres experts, et assurent une veille épidémiologique en étroite relation avec d'autres agences de surveillance et l'OMS. Pourtant, le rôle des épidémiologistes en charge de la surveillance présente bien des points communs.

En premier lieu, le CDC des années 1970 et l'INVS des années 2000 sont des institutions en phase de croissance, qui bénéficient d'une certaine reconnaissance. Sous la direction de Sencer, le CDC a étendu le domaine de son expertise à la lutte contre le paludisme, la nutrition, la lutte contre le tabac, l'éducation à la santé et la santé au travail. L'agence d'Atlanta jouit d'un très grand crédit dans le public et auprès des cercles du pouvoir à Washington, malgré l'épisode de l'étude de Tuskegee sur la syphilis, que la direction du CDC a soutenue jusqu'au scandale public de 1972, quarante ans après son lancement⁵⁶². De même, depuis sa création en 1992 comme RNSP, l'agence française s'est fortement étoffée en personnel et en missions. Elle compte 455 collaborateurs et dispose d'un budget de 62,3 M€⁵⁶³. Le CDC est décrit comme la dernière agence fédérale encore crédible dans le contexte critique des années 1970, cependant que l'INVS a échappé à la mise en cause régulière des experts sanitaires dans les années 2000, notamment en montrant ses capacités d'adaptation rapide à l'occasion de certaines crises comme celle de la canicule en 2003 – c'est sur le ministre et son administration, et d'abord le Directeur général de la santé, que sont portées les accusations. Cependant, les deux institutions connaissent des périodes de restriction budgétaire, l'INVS dans le contexte général de la « rigueur » sous les auspices du nouveau management public triomphant de la fin des années 2000, le CDC dans celui des coupes budgétaires drastiques opérées sous les présidences Nixon et Ford dans la première moitié des années 1970. La pandémie grippale à ces agences offre l'opportunité de montrer leur utilité, sinon de « sanctuariser » une part de leurs recettes.

En second lieu, la perception par les épidémiologistes d'un risque de pandémie grippale, ou plutôt de sa possibilité, se présente de la même façon : le niveau d'alerte est très élevé, sinon maximal, et la précocité de l'alerte et de la décision (février-mars en 1976, avril-mai en 2009) permet de prévoir un programme de vaccination de masse de la population, toute entière menacée par le nouveau virus, avant la date prévue de la pandémie, pour l'automne et l'hiver. Dans les deux cas, évidemment, nulle obligation n'est envisagée, sinon pour les personnels de santé : il s'agit simplement de proposer le vaccin à la population, et de la sensibiliser à son utilité ; mais la production

⁵⁶² Sur l'étude : REVERBY Susan, *Tuskegee's truths: rethinking the Tuskegee syphilis study*, Chapel Hill, NC, University of North Carolina Press, 2000.

⁵⁶³ Rapport annuel 2009 de l'INVS (p. 7).

industrielle doit réaliser un nombre de vaccins suffisant pour la population toute entière (voire le double, en 2009). Il faut souligner le cadrage de l'événement dans la catégorie de l'incertitude et non dans celle du risque : dans les deux configurations, il est impossible de mesurer la survenue de la pandémie en termes probabilistes. Autrement dit, le pire est possible, mais non évaluable comme risque.

En troisième lieu, l'annonce d'une catastrophe sanitaire telle qu'une pandémie grippale rend envisageable un ébranlement sinon de l'ordre politique national, du moins de sa légitimité en matière de protection de la santé de la population. L'arrivée d'une pandémie réveille évidemment le spectre des dizaines de millions de mort de la grippe espagnole, tout particulièrement chez les Américains en 1976, où le souvenir de la pandémie de 1918 se nourrit non seulement du récit des aînés, mais aussi de l'expérience directement vécue par certains membres de l'élite américaine. À vrai dire, l'ébranlement du pouvoir politique lui-même constitue une éventualité prise très au sérieux par les dirigeants américains. À peine sorti de la guerre du Vietnam et du scandale du Watergate, l'État américain est confronté au milieu des années 1970 à une mise en crise majeure sur le plan politique, au travers de différentes formes organisées de contestation ; dans la France des années 2000, les crises économiques et financières à répétition, les troubles (« émeutes » de 2005), et les désaveux réguliers de la démocratie électorale (abstention) alimentent également la critique de l'ordre politique. Légitimes malgré tout, les deux États, et leurs gouvernants davantage encore, n'en demeurent pas moins sous la menace de critiques auxquelles une réponse inadaptée et insuffisante à la pandémie grippale, rendue manifeste par une hécatombe dans la population, donnerait une puissance supérieure. Dans le cas français, la sensibilité aux crises sanitaires est supposée particulièrement forte dans les années 2000, après une série de cas (« vache folle » ou « canicule ») dont l'une au moins a gravement mis en cause les plus hauts responsables politiques (l'affaire du sang contaminé). À dire vrai, au-delà des données d'opinion accumulées par les enquêtes sur échantillon, la sensibilité en question semble plus endurcie qu'à vif.

La possibilité d'une pandémie entraîne ainsi celle d'une crise politique majeure⁵⁶⁴, qui incite d'autant moins les gouvernants à l'inaction qu'elle peut également, et bien plus directement, provoquer un effondrement de la production économique et des échanges – c'est un fait connu depuis la peste que les mesures de santé publique sont contraires aux intérêts des marchands. Mais, dans les sociétés démocratiques, l'annonce de la possibilité d'une pandémie ne peut que mettre en crise les décisions prises et les expertises rendues, et exposer décideurs et experts à des critiques légitimes des professionnels de santé, des élus, des médias et de l'ensemble de la société. Autrement dit, l'anticipation de la catastrophe sanitaire ôte aux responsables en charge une part de leur autonomie, pour faire de la protection de la santé un enjeu transversal que chacun est en droit de traiter. Contrairement à la grippe saisonnière, dont le traitement dépend d'un ensemble relativement routinisé et formalisé de pratiques et d'institutions, d'acteurs et de dispositifs scientifiques, techniques et administratifs, la pandémie grippale échappe aux plus éminents spécialistes de cette

⁵⁶⁴ FASSIN Didier, *L'espace politique de la santé*, op. cit.

maladie infectieuse, virologues (d'abord et avant tout), épidémiologistes, médecins traitants et administrateurs de la santé, qui ne peuvent se réserver le monopole de la parole publique. En d'autres termes, le processus de déssectorisation⁵⁶⁵ de la prise en charge du problème infectieux découle de l'annonce même de la catastrophe et atteint en retour l'annonce elle-même (catastrophisme ou vigilance ?), comme il atteint les mesures prises pour en tirer les conséquences. Le processus affectant surtout les acteurs en charge du problème grippal, ce sont les virologues, véritables propriétaires du problème, plutôt que les épidémiologistes, qui pâtissent de la crise pandémique, ce même, le paradigme dominant dans la lutte contre la pandémie demeure celui de la virologie : le nombre de morts (plutôt que de malades) constitue le premier indicateur d'une épidémie de grippe, et la vaccination de masse (plutôt que l'administration d'antiviraux ou d'antibiotiques) constitue l'*alpha* et l'*oméga* de la réponse à l'épidémie⁵⁶⁶.

Enfin, alors que la santé est un secteur géré au niveau national, et selon des modalités propres à chaque pays, la menace de pandémie modifie la répartition des pouvoirs en procédant à une internationalisation des enjeux : l'OMS, notamment, joue un rôle central dans la coordination des laboratoires de recherches qui identifient les souches virales (128 dans 99 pays en 1009). Certes, celui-ci n'a rien d'inédit en matière de lutte contre les épidémies. L'OIHP ou la Section d'Hygiène de la SDN, notamment, ont tenté avec plus ou moins de succès de jouer ce rôle avant 1945 (cf. supra chapitre 4). Mais l'OMS est particulièrement au centre de l'attention en 2009. Avec l'émergence, à compter de la fin des années 1970, de « nouveaux risques infectieux » et l'accélération concomitante de la double dynamique de renforcement et d'internationalisation de la surveillance épidémiologique (notamment à partir de la fin des années 1990), les conjonctures fluides que sont les « crises » épidémiques confèrent aux études, communiqués et niveaux d'alerte de l'OMS le statut de saillances institutionnelles, *i.e.*, dans la conception de M. Dobry, des « points de convergence des anticipations pour les acteurs des crises, et des points de fixation ou, si l'on préfère, des points d'accrochage des interprétations, « estimations » et perceptions dans l'activité de déchiffrement de la situation à laquelle ces acteurs sont condamnés dans ce type de contexte »⁵⁶⁷. Comme on le verra, l'autonomisation relative des spécialistes de la surveillance épidémiologique par rapport à leur champ national et le fonctionnement en écho et en réseau des systèmes nationaux et internationaux de surveillance et d'alerte autorisent des stratégies complexes d'imputation de responsabilité et d'évitement des blâmes de la part des acteurs nationaux dès lors qu'ils sont mis en accusation suite à la moindre gravité de la pandémie. En 2009, l'action de l'INVS est inséparable de son appartenance à un complexe épidémiologique au centre duquel se situe l'OMS.

⁵⁶⁵ DOBRY Michel, *Sociologie des crises politiques*, op. cit.

⁵⁶⁶ GILBERT Claude, « De l'affrontement des risques à la résilience », *Communication & langages* 176, juin 2013, pp. 65-77.

⁵⁶⁷ DOBRY Michel, *Sociologie des crises politiques*, op. cit. : p. 198.

Cela ne signifie pas pour autant que l'OMS est absente de la crise de 1976. Quand survient l'épisode de Fort Dix, l'OMS a déjà commencé de déplacer son attention de la recherche fondamentale (son premier centre d'intérêt après-guerre) vers l'extension d'un réseau de surveillance facilitant la circulation internationale des souches et surtout la fabrication des vaccins contre la grippe saisonnière des pays riches. En outre, les pandémies de 1957 et 1968 ont montré à la fois l'efficacité de la surveillance (identification des cas, isolement des souches, mise en circulation pour préparer les vaccins), et l'insuffisance de la production de masse (donc l'obligation de cibler des populations prioritaires). Tout mène à considérer la production massive de vaccins, quasi panacée, comme la priorité absolue par l'OMS⁵⁶⁸. Pourtant, l'organisation refuse en 1976 de recommander la production de masse de vaccins contre la souche H1N1 du New Jersey, et se contente d'appeler au stockage des vaccins inactivés dans les pays en capacité de le faire, et à une surveillance accrue au niveau international. Cette décision prise en avril est largement fondée sur l'absence de nouveau cas de grippe H1N1 identifié par les institutions de surveillance, mais aussi par la conscience qu'aucun pays, à l'exception des États-Unis, de la France et du Japon, n'est en capacité de produire et distribuer massivement des vaccins inactivés, alors que les vaccins issus de H1N1 atténués, plus faciles à produire, s'avèrent particulièrement instables, donc à risque de nouvelles mutations. L'OMS minimise le risque d'une pandémie depuis Fort Dix par réalisme ou « pure nécessité » selon le mot d'un haut responsable (Dehner 2010 : 510), mais aussi par crainte de provoquer une panique en raison de l'impossibilité d'une réponse adaptée⁵⁶⁹. On pourrait en conclure que l'action du CDC en 1976 a été réalisée en toute indépendance des recommandations de l'OMS, puisque l'agence américaine réalise exactement l'inverse de ce qu'indiquent ces dernières. Les choses sont en fait plus complexes, car la position de l'OMS est très bien connue et comprise par la direction du CDC. En effet, non seulement le CDC abrite l'un des deux centres coordinateurs de surveillance de la grippe pour l'OMS, mais le haut responsable cité plus haut n'est autre que D. A. Henderson, l'un des premiers *field epidemiologists* formés par Langmuir au CDC, alors « prêté » à l'OMS comme responsable en chef de la campagne d'éradication globale de la variole et numéro 2 des maladies transmissibles dans l'Organisation. Les responsables du CDC sont donc parfaitement conscients qu'ils prônent aux États-Unis une politique qu'ils refusent au reste du monde. Mais l'inverse est aussi vrai puisque les représentants de l'OMS à la réunion cruciale du 10 mars du Comité américain de vaccination ont soutenu la possibilité d'une menace pandémique et l'avantage de la réponse vaccinale massive aux États-Unis. Finalement, l'interdépendance étroite de l'OMS et du CDC n'interdit en rien la dissociation complète des politiques menées par chaque agence.

⁵⁶⁸ ARANZAZU Ana, « Le réseau mondial de surveillance de la grippe de l'OMS. Modalités de circulation des souches virales, des savoirs et des techniques, 1947-2007 », *Sciences sociales et santé* (4), décembre 2013, pp. 41-64.

⁵⁶⁹ Ce que G. Dehner lui reproche, en soulignant que, si pandémie il y avait eu, sa responsabilité aurait été écrasante, et l'erreur de 1957 et 1968 répétée, car il aurait été trop tard pour produire des vaccins en nombre important. DEHNER G., « WHO Knows Best? », *art. cit.*

Face à la menace : de l'attente à l'anticipation préventive

Les cadres de perception, les champs d'expérience et les horizons d'attentes ont considérablement évolué pour les épidémiologistes en charge de la surveillance comme pour les autres acteurs entre les années 1970 et les années 2000. D'un côté, les spécialistes d'une surveillance nationale en plein essor voient dans la pandémie grippale l'une des dernières – sinon la dernière – menaces de type infectieux ; de l'autre, un réseau complexe et internationalisé de surveillance se prépare depuis plus d'une décennie à la survenue d'une pandémie grippale, et plus généralement à l'émergence ou la réémergence de menaces infectieuses.

Au milieu des années 1970, l'horizon d'attente des responsables sanitaires est l'éradication des maladies infectieuses : aux succès de la vaccination ont suivi ceux des sulfamides et des antibiotiques, l'éradication de la variole est sur le point d'être proclamée par l'OMS, et les priorités sont ailleurs, dans ces maladies chroniques (cancers, maladies cardio-vasculaires) responsables de la mortalité générale dans les pays développés. La grippe se distingue cependant des autres maladies par la variabilité de son agent viral, désormais identifié par la virologie. Connu depuis 1933, cultivé à partir de 1940, le virus de la grippe fait en effet l'objet de campagnes de vaccination préventive depuis les années 1950. Les virus de la grippe saisonnière de l'hémisphère nord diffèrent cependant des virus responsables des pandémies grippales. Ces derniers se caractérisent par leur nouveauté et leur dangerosité : ce sont des sous-types nouveaux pour lesquels la population n'a pu acquérir d'immunité. Les américains ont non seulement en tête la pandémie de 1918, qu'ils attribuent à raison au H1N1 de la grippe porcine, mais aussi les deux pandémies de 1957 et 1968, dues aux virus H2N2 et H3N2, responsables d'une nette surmortalité estimée à 1 million de morts en 1957 et 2 millions en 1968 dans le monde. Ils partagent en outre l'hypothèse d'une régularité de l'ordre d'une décennie dans l'apparition d'un nouveau sous-type, et attendent avec une vigilance inquiète la nouvelle occurrence vers la fin des années 1970. En bref, les responsables de la surveillance sont à la fois confiants dans leurs savoirs et leurs moyens et inquiets face à la menace d'une nouvelle pandémie grippale. Quant à l'industrie du vaccin, elle a tiré comme leçons des deux pandémies « asiatiques » (1957 et 1968) qu'il est décisif de prévoir en amont la production de doses vaccinales en nombre suffisant, et s'est réorganisée en conséquence. À bien des égards, les États-Unis attendent la bataille décisive contre le dernier ennemi infectieux. Le cluster de Fort Dix met ainsi en branle des acteurs prêts au combat.

Le contexte des années 2000 est très différent. Comme on l'a rappelé, la pandémie de VIH-sida, mais aussi la découverte d'autres virus nouveaux (ebola, hantavirus, coronavirus du SRAS, etc.) et de bactéries résistantes aux traitements ont considérablement modifié l'horizon d'attente des pays développés à l'égard des maladies infectieuses : à l'espoir d'éradication a succédé la menace de l'émergence et de la réémergence. Ce « retour » de la menace infectieuse a contribué au renouveau de la surveillance épidémiologique en France et en Europe, mais aussi promu le

triptyque recherche-surveillance-médicaments au cœur des plans de « *preparedness* », à la fois d'anticipation et de mise en alerte qui, avec le soutien de l'OMS, se développent tout au long des années 2000. La surveillance épidémiologique a été profondément reconfigurée par le rapprochement de la santé publique et de la sécurité nationale face aux menaces virales et au bioterrorisme, à la fois sur le plan des institutions (dans le travail des agences et des administrations) et sur le plan cognitif (dans l'approche des problèmes)⁵⁷⁰.

La pandémie grippale s'intègre parfaitement dans la logique de « biosécurité », i.e. d'une guerre permanente contre tout ce qui menacer la continuité des flux vitaux⁵⁷¹, mais occupe une place particulière dans cette nouvelle configuration. Les précédents (1918, 1957, 1968) fondent certes toujours le champ d'expérience des responsables sanitaires, auquel contribuent aussi, mais dans une moindre mesure, les fausses alertes, comme celle de 1976. Mais les responsables des années 2000 sont surtout marqués par la grippe aviaire de 1997 à Hong Kong, au cours de laquelle le passage à l'homme d'un virus particulièrement virulent chez les oiseaux a entraîné chez les humains des cas peu nombreux, mais particulièrement graves (fort taux de létalité). Le H5N1 est depuis lors le virus le plus surveillé : l'OMS a notamment mis sur pied son propre Programme global sur la grippe⁵⁷² et encouragé les pays à se préparer à la menace pandémique. La crise du SRAS en 2003 et la nouvelle épidémie de H5N1 en 2004 ont actualisé la peur d'une pandémie due à une souche recomposée de H5N1, et justifié la pertinence des plans. De manière paradoxale, le cadre général est marqué par l'incertitude sur l'identité de l'ennemi : les progrès en virologie ont certes permis de mieux connaître les virus grippaux, mais ils ont mis en évidence son caractère fondamentalement instable et mutant, notamment sur le double plan de la contagiosité et de la létalité. La mobilisation est d'ailleurs portée par des acteurs politiques. Dans une tribune du *New York Times* du 6 juin 2005 souvent citée, surtout après 2009, deux sénateurs membres de la Commission des affaires étrangères ont ainsi demandé avec éclat l'engagement du président Bush dans la préparation à lutte anti-pandémique. Elevant d'entrée de jeu la pandémie de grippe aviaire au statut de « menace majeure » pour la sécurité nationale, aux côtés de la prolifération nucléaire, des États voyous et du terrorisme global, et s'appuyant sur les analyses de la directrice des CDC, Barack Obama et Richard Lugar appelaient à la constitution d'une « *senior-level task force* » spécialisée et à la création d'un schéma permanent de restriction de la diffusion des maladies infectieuses (surveillance, stockage d'antiviraux, planification, recherche) et autres maladies exotiques (i.e., asiatiques) tueuses (*exotic killer diseases*)⁵⁷³. Six mois plus tard, l'OMS publiait un communiqué sur la pandémie grippale en dix points (autant de « choses à savoir »), dont la majorité portait sur les effets d'une pandémie inéluctable. L'agence y soulignait notamment que la pandémie est un événement récurrent, dont la prochaine occurrence est vraisemblablement imminente, que tous les pays seront touchés, la maladie sera généralisée, les

⁵⁷⁰ KING Nicholas B., « The Scale Politics of Emerging Diseases », *art. cit.*

⁵⁷¹ GROS Frédéric, *Le principe sécurité*, *op. cit.*

⁵⁷² Qui s'appuie sur un vaste réseau de surveillance virologique dont l'origine remonte à 1948.

⁵⁷³ Barack Obama et Richard Lugar (2005). « Grounding a pandemic », *New York Times*. June 6.

fournitures médicales insuffisantes, et le nombre de décès considérable, et qu'enfin une forte désorganisation est à prévoir⁵⁷⁴.

Les plans comportent de nombreux volets, relatifs à la coordination et la planification, la mobilisation du secteur de la santé, des autres secteurs, la communication au grand public⁵⁷⁵. Mais là encore, l'encouragement à la surveillance épidémiologique, à la recherche, la production et l'administration de vaccins mais aussi d'antiviraux sont au cœur des plans. Ces derniers ont été l'objet de fortes critiques, portant sur des points particuliers (l'importance accordée aux antiviraux, dont l'efficacité est sujette à caution⁵⁷⁶) mais aussi sur leur architecture générale. Garoon et Dugan ont ainsi montré que les plans nationaux et les *guidelines* de l'OMS insistaient tous sur les aspects légaux et scientifiques (la vulnérabilité biologique) de la réponse aux pandémies, au détriment des aspects sociaux, culturels et éthiques. Les premiers sont homogénéisés, donc déniés, cependant que l'oubli des seconds explique une naïveté certaine à l'égard des réactions « irrationnelles » du grand public⁵⁷⁷. Incontestablement, le cœur du modèle demeure la vaccination, sinon dans ses vertus de protection individuelle (les vaccins sont réputés assez peu efficaces), du moins dans son rôle de barrière à l'expansion pandémique : les vaccins sont considérés comme la « première ligne de défense » en cas d'invasion. Cette primauté de la réponse vaccinale est notamment au principe de la perception des virologistes, les principaux « propriétaires » du problème de la grippe en France⁵⁷⁸.

Enfin, l'une des différences les plus évidentes entre 1976 et 2009 réside bien sûr dans le fait que de nombreux acteurs de 2009 ont en mémoire... la crise de 1976 ! Rendue publique en 1978, publiée en 1983, republiée en 2005, et enfin rééditée sous forme électronique gratuite par Harvey Fineberg en 2009, l'étude est en effet citée très fréquemment⁵⁷⁹. Dans la presse : un article du *Time* en avril 2009 évoque par exemple « l'épidémie qui a échoué à se matérialiser » et décrit la décision en santé publique comme un art autant qu'une science, citant l'historien Howard Markel selon lequel le lancement d'un programme de vaccination de masse est la décision la plus fastidieuse

⁵⁷⁴ OMS, « Dix choses qu'il faut savoir sur la grippe pandémique », Communiqué du 14 octobre 2005.

⁵⁷⁵ Cf. les *guidelines* de l'OMS et pour un exemple d'évaluation de la mise en place des plans au niveau national, MOUNIER-JACK Sandra et COKER Richard J., « How prepared is Europe for pandemic influenza? Analysis of national plans », *The Lancet* 367 (9520), 2006, pp. 1405–1411.

⁵⁷⁶ Epstein, Helen, « Flu Warning : Beware the Drug Companies ! », *New York Review of Books*, 12 may 2011

⁵⁷⁷ GAROON Joshua P. et DUGGAN Patrick S., « Discourses of disease, discourses of disadvantage: A critical analysis of National Pandemic Influenza Preparedness Plans », *Social Science & Medicine* 67 (7), octobre 2008, pp. 1133-1142.

⁵⁷⁸ Cf. l'analyse du Comité de lutte contre le grippe par Claude Gilbert, à paraître.

⁵⁷⁹ Beaucoup plus qu'un autre ouvrage, publié à la même époque : OSBORN June E., *History, science and politics. Influenza in America 1918-1976.*, New York, Prodist, 1977. Y figure notamment un chapitre co-écrit par J. Osborn et Donald Millar, le responsable du Programme spécial de vaccination au CDC. Millar cosigne avec Sencer un autre plaidoyer pro domo en 2006 : SENCER David J. et MILLAR J. Donald, « Reflections on the 1976 swine flu vaccination program », *Emerging infectious diseases* 12 (1), 2006, p. 29.

possible, un véritable choix tragique⁵⁸⁰. Dans les revues scientifiques : deux virologues, dont l'un a travaillé sur le virus de 1976, retiennent de la « chronique » de Neustadt et Fineberg à propos de la « pandémie qui n'est pas venue » qu'il ne faut pas parier quand on ne connaît pas les enjeux⁵⁸¹. Dans les ouvrages de santé publique⁵⁸², et dans les bilans des spécialistes : ainsi en 2010, Antoine Flahault et Patrick Zylberman décrivent 1976 comme la première pandémie « politisée » dans l'histoire, soulignant après R. Krause⁵⁸³ que c'est la première fois dans l'histoire de la santé publique qu'un gouvernement est critiqué non pour ne pas avoir agi mais pour avoir agi contre une épidémie qui n'est pas venue⁵⁸⁴. L'insistance sur l'idée d'une épidémie ou une pandémie qui ne vient pas, idée évidemment paradoxale (si elle ne vient pas, est-ce bien une épidémie ?), ne doit pas surprendre : c'est la reprise pure et simple du titre que Neustadt et Fineberg ont donné à leur étude lorsqu'ils la publient chez Vintage Books en 1983 (le titre exact est *The Epidemic that never was : policy-making and the swine flu scare* ; l'édition de 2005 reprend en revanche le titre de l'étude).

L'étude connaît même une certaine notoriété dans les cercles politiques et administratifs français, comme le montrent les rapports et les auditions (près d'une centaine au total) des deux commissions d'enquête parlementaires. Plusieurs des personnalités auditionnées évoquent l'étude de 1976. Il est évidemment malaisé de déterminer si elles ont eu connaissance de la crise américaine avant, pendant ou après la pandémie de 2009. Mais un acteur au moins, et non des moindres, affirme s'être appuyé sur les leçons du cas américain afin de mieux agir : le DGS Didier Houssin. Celui-ci prétend que le précédent de 1976 a contribué à la décision française de ne pas suivre, fin juin, la recommandation de l'OMS de passage à la phase 6 (le virus est peu grave et « nous avons tous été marqués par l'affaire de la grippe porcine de 1976, lorsque les États-Unis ont lancé une campagne de vaccination contre un risque épidémique finalement inexistant »), et répète *ad nauseam* que sa connaissance du fait que le président Ford a été « lié par son administration [à] prendre une seule décision » l'a poussé à « procéder différemment et faire en sorte en sorte que l'administration puisse formuler ses propositions en se fondant sur l'expertise la plus large possible, pour que le responsable politique puisse à chaque étape prendre ou non la décision ». 2009, en bref, n'aurait pas du ressembler à 1976 puisque 1976 avait aidé à préparer 2009.

Curieusement, ce message n'est entendu ni par les députés, ni par les sénateurs. Pour les premiers, l'histoire de Fort Dix sert uniquement à disculper les vaccins de 2009 de toute responsabilité dans la survenue des syndromes de Guillain-Barré, donc à

⁵⁸⁰ « How to Deal with Swine Flu: Heeding the Mistakes of 1976 », *Time*, April, 27, 2009.

⁵⁸¹ Wang Taia T., Peter Palese, « Unraveling the mystery of Swine Influenza Virus », *Cell*, 137, June 12, 2009, p. 983-985.

⁵⁸² HAMOWY Ronald, *Government and public health in America*, Cheltenham, Edward Elgar Publishing, 2008.

⁵⁸³ KRAUSE Richard, « The swine flu episode and the fog of epidemics », *Emerging infectious diseases* 12 (1), 2006, p. 40.

⁵⁸⁴ FLAHAULT Antoine et ZYLBERMAN Patrick, « Influenza pandemics: past, present and future challenges », *Public Health Reviews* 32 (1), 2010, pp. 319-340.

dédouaner le gouvernement de toute erreur d'appréciation : les adjuvants ne peuvent être mis en cause, puisque les vaccins américains de 1976 n'en comportaient pas. L'argument reprend l'affirmation du professeur Claude Hannoun, spécialiste français le plus réputé de la grippe, mais également connaisseur de la grippe porcine de 1976 puisqu'il travaillait alors aux États-Unis et a lui-même servi de cobaye au vaccin. Par ailleurs, dans leur conclusion, les députés tirent de la crise de 2009 l'enseignement même que le DGS disait avoir tiré de celle de 1976, mais n'établissent pour autant aucun lien avec ce précédent dont on a leur parlé. Nul apprentissage ici, mais la valorisation d'une expérience d'évaluation fondée sur l'amnésie complète de celles qui l'ont précédée. Quant aux sénateurs, ils s'appuient sur les citations du précédent américain par deux spécialistes étrangers très critiques, Ulrich Keil (directeur de l'Institut d'épidémiologie à l'Université de Münster, centre collaborateur de l'OMS), et Thomas Jefferson (épidémiologiste membre du Cochrane Acute Respiratory Infections Group, un réseau international d'experts indépendants des États), pour déplorer la « mentalité de groupe » et l'excès de confiance des experts sanitaires, ce qui leur permet de mettre en cause de manière très vive certaines des personnalités auditionnées, à commencer par la ministre de la santé R. Bachelot. Nul apprentissage, là non plus, mais la disqualification de la gestion de crise par la répétition des erreurs. Finalement, si le DGS assure que les autorités sanitaires se sont servies de l'analyse de cette crise par Neustadt et Fineberg dans la gestion de la crise en 2009, les parlementaires récusent cette prétention des experts sanitaires à l'apprentissage tout en l'exigeant sans cesse dans leurs « recommandations ». Tout suggère finalement que si le précédent de 1976 a pu servir à l'administration à préparer la réponse à la pandémie de 2009, il n'a pas véritablement servi au moment des prises de décisions les plus précoces.

Mobiliser en contexte d'incertitude : l'arsenal du renseignement épidémiologique

L'examen du rôle des responsables de la surveillance épidémiologique dans chaque crise met en valeur une même modalité d'action (proposer des scénarios) et un usage très similaire de la ressource temporelle (agir à temps), mais aussi une différence notable qui tient à l'allongement des circuits et à la complexification des réseaux épidémiologiques.

Proposer le scénario du pire ?

Dans leur présentation des faits trente ans plus tard, le directeur du CDC John Sencer et celui qu'il avait nommé à la tête du Programme de vaccination (NIIP ou *National Influenza Immunization Program*), Donald Millar, expliquent avoir été convaincus de la nécessité d'un programme de vaccination de masse dès la réunion du Comité consultatif du 10 mars : « si nous croyons dans la prévention, nous n'avons pas d'autre alternative que de proposer la vaccination à la population et l'inciter à se faire vacciner ». Pourtant, le memo que Sencer adresse le 13 mars au secrétaire d'état Matthews et son adjoint Cooper (*Health Education and Welfare*) présente, on l'a dit, quatre possibilités : « *business as usual* » ; la vaccination de masse ; la vaccination des

personnes vulnérables ou sensibles (par exemple les militaires) ; la vaccination des seuls bénéficiaires des programmes fédéraux. La deuxième option, celle qui a la préférence du CDC donc, est défendue par un argument fort : « l'Administration peut plus facilement tolérer des dépenses de santé non nécessaires que des décès et des maladies non nécessaires si une pandémie devait survenir ». SFA montre pourtant, rappelons-le, que le memo est un coup de force qui convainc le secrétaire d'État Matthews (l'épidémie est jugée « certaine » à l'automne) et lie les mains du Président Ford. Le premier scénario, l'inaction, est intenable, et sa proposition de pure forme. Les troisième et quatrième sont au contraire crédibles, et à vrai dire soulèvent les enjeux classiques de toute politique de vaccination préventive⁵⁸⁵ : faut-il vacciner toute la population (bénéfice individuel) ou une partie d'entre elle seulement (protection collective) ? si la deuxième option est retenue, et la vaccination de masse prévue dans le cas où l'épidémie se développerait de manière incontrôlable, quels groupes doivent bénéficier en priorité du vaccin à titre préventif, les plus fragiles (pauvres, non couverts etc.) ou les personnes essentielles à la lutte contre les épidémies (personnels de santé) ou au fonctionnement et à la protection de la société (militaires, pompiers, etc.) ? La seconde option est d'autant plus crédible que le programme mondial d'éradication de la variole a montré l'efficacité de la vaccination « en anneau », c'est-à-dire celle qui vise d'abord les contacts de la personne atteinte (et contagieuse)⁵⁸⁶. Mais l'argument du précédent de 1918, « jeu trouble entre mémoire et histoire » qui est de l'ordre « de la séduction et de la manipulation »⁵⁸⁷, pèse dans la décision du président Ford d'autant plus fortement que celle-ci représente un risque politique fort, en pleine campagne pour l'élection présidentielle, alors que le Président, non élu sur le ticket de 1972, est tout sauf certain de battre son challenger Ronald Reagan pour l'investiture du Parti Républicain.

Ne pas lier le pouvoir politique à un seul choix, mais lui laisser la possibilité d'en modifier les termes à chaque étape : telle est la leçon retenue de SFA par le DGS Didier Houssin. De fait, à première vue, le rôle joué par l'INVS en 2009 est très différent de celui du CDC en 1976. Il est certain en effet que ce n'est pas un memo de la directrice de l'Institut Françoise Weber qui a poussé le gouvernement Fillon à décider à son tour un programme de vaccination de masse. D'une part, la décision n'est pas isolée. Certains pays (Royaume-Uni, Pays-Bas et Suède) ont acheté des doses de vaccins couvrant toute leur population, alors que la France, comme le Canada, n'a couvert par ses achats que 75% de sa population⁵⁸⁸. D'autre part, le processus de décision est différent, en ce qu'il engage d'emblée une alerte internationale, via l'OMS et son réseau de surveillance, et des structures administratives spécifiques, telles le

⁵⁸⁵ ZYLBERMAN Patrick, *Tempêtes microbiennes: Essai sur la politique de sécurité sanitaire dans le monde transatlantique*, Paris, Gallimard, 2013. : chapitre 9.

⁵⁸⁶ La vaccination en anneau suppose des enquêtes épidémiologiques de terrain sur le modèle des CDC, mais aussi des mesures très classiques de contraintes sur les personnes (isolement, quarantaine) à un niveau inégalé (encercllement militaire et vaccinations forcées) difficilement réalisable dans les pays développés. Ibid.

⁵⁸⁷ Ibid. : p. 462.

⁵⁸⁸ Cour des comptes, « La campagne de lutte contre la grippe A(H1N1) : bilan et enseignements », *Rapport annuel 2011*.

secrétariat général à la sécurité nationale à Matignon, dont le rôle, à la suite de la menace de la grippe aviaire, est encadré par un plan national de prévention et de lutte contre la pandémie grippale. La direction de la sécurité nationale à l'intérieur et la DGS collaborent ainsi au sein d'une cellule interministérielle de crise (CIC). La complexité du dispositif de gestion de crise, impliquant services de santé et services de sécurité nationale, place en outre les agences sanitaires en général, et l'INVS en particulier⁵⁸⁹, dans une position d'expertise ou plutôt de renseignement : elles fournissent des notes et avis à la demande de la CIC via la DGS.

En 2009, les responsables de la surveillance sont d'abord chargés de renseigner les décideurs sur l'avancée incontestable de l'épidémie. Un dispositif de suivi en temps réel de la situation internationale a été mis en place le 26 avril 2009 : un point sur les cas humains de nouvelle grippe A (H1N1) est fait quotidiennement jusqu'au 20 mai, quasi-quotidiennement jusqu'à mi-juillet, puis de manière hebdomadaire jusqu'au 20 avril 2010. D'autre part, une quinzaine d'études plus approfondies paraissent dans des bulletins de surveillance au cours de l'année 2009. L'Institut réalise en outre des investigations dans quelques établissements (scolaires, hospitaliers ou des centres de vacances). Mais le travail du renseignement épidémiologique ne se résume pas au suivi et à l'investigation : il consiste aussi, là encore, à proposer des scénarios.

Devant la commission de l'Assemblée, la directrice de l'INVS présentera l'écriture de scénarios comme l'une des missions de l'Institut, chargé de « réévaluer régulièrement les hypothèses, les scénarios possibles et plausibles d'évolution de la pandémie, afin d'aider les pouvoirs publics dans leur prise de décision de mesures préventives et de préparation du système de soins à la prise en charge des malades ». « L'objectif » de l'agence n'est « pas de faire des prédictions, impossibles par nature, mais d'évaluer la menace ». Or, inscrire l'action de l'Institut dans la logique d'une évaluation de la « menace » revient à sortir du registre de l'évaluation scientifique au profit d'une orientation politique du savoir, de son utilité pour l'action, qui le désarme largement. L'écriture des scénarios peut bien être fondée scientifiquement, elle est d'abord déterminée politiquement : comment préparer à une menace sans se préparer au pire ?

Si, dans le cas précis de la pandémie de 2009, l'impact de l'agence de surveillance épidémiologique sur la stratégie vaccinale n'est pas direct et immédiat, il n'est pas négligeable pour autant. Le rapport de la Cour des comptes étaye sa critique d'une stratégie gouvernementale insuffisamment évolutive d'abord par la rigidité du Plan de prévention (assez peu satisfaisant : trop général, pas assez souple notamment au regard de l'évolution de la gravité), ensuite par les réservations de vaccins (trop précoces), enfin par le choix discutable d'une « couverture large » (sinon totale) de la population sur la base du scénario proposé par l'INVS, selon lequel 40 % de la population serait touchée, et 16 à 40 000 personnes décèderaient ; il attribue du même coup à ce scénario un poids non négligeable dans la stratégie gouvernementale. Le rapport ajoute sèchement que la certitude dès la mi-juin qu'il n'y a pas d'intérêt

⁵⁸⁹ Notamment l'AFSSAPS mais aussi l'INPES et le HCSP.

collectif à la vaccination, mais seulement un intérêt individuel⁵⁹⁰, aurait dû conduire à la révision du plan, et qualifie la décision du Premier ministre, début juillet, d'acheter 94 millions de doses, de « choix politique » participant d'une logique de protection individuelle proposée à tous, quel que soit le coût.

Le BEH du 29 juin 2010 propose les « premiers éléments » d'un bilan épidémiologique et virologique de l'épidémie, qui signale l'importance du rôle des épidémiologistes pendant la crise. Après une description de la dynamique et de l'impact de l'épidémie, un article revient sur les différences entre les projections réalisées et la réalité (« de l'estimé à l'observé ! »), cependant que l'article suivant est consacré à une étude de l'INSERM sur les « déterminants de l'acceptation individuelle de la vaccination pandémique ». L'organisation même du Bulletin met ainsi en balance le travail difficile des professionnels dévoués et compétents, les experts de l'INVS, et les attitudes de la population voire de certains professionnels de santé, qui, malgré les efforts de communication et de transparence des autorités, n'ont pas pris la juste mesure de la pandémie (certes « d'une grande bénignité » dans l'ensemble puisque moins létale que la grippe saisonnière).

Pour l'Institut, l'épisode de 2009 s'avère « tout à fait inédit dans l'histoire de la santé publique », et de fait, si la pandémie est incontestable (du moins au sens de l'existence d'une nouvelle souche qui se diffuse dans le monde) et précoce, elle est peu létale, malgré une surreprésentation de la mortalité dans certains groupes non à haut risque par rapport à la grippe saisonnière. Paradoxe à relever : d'un côté, on reproche à la société de lire la pandémie avec les cadres de la grippe saisonnière, alors que c'est autre chose ; de l'autre, on dramatise les conséquences en référence à la grippe saisonnière. « Inédit » ne renvoie pas ici à « nouveau » : ce n'est évidemment pas la première fois qu'une menace ne se concrétise pas (1976 !). « Inédit » signifie que c'est la première fois que la surveillance suit une pandémie présentant des caractéristiques que les scénarii « pré-pandémiques » n'avaient pas pris en compte – c'est que la « probabilité de leur conjonction était sans doute très faible »⁵⁹¹. Ces caractéristiques sont les suivantes : immunité préexistante d'une partie de la population ; stabilité du virus ; fréquence des formes asymptomatiques ; efficacité des antiviraux et du système de soins. En outre, il est indiqué que les scénarii ne sont pas de la prédiction, mais des outils pour « envisager la préparation » du système de soins aux situations les plus plausibles. Résumons : l'INVS produit des scénarii qui ne disent pas ce qui va se passer, mais comment se préparer à ce qui va se passer. On est en situation d'incertitude, on estime/projette quelque chose, qui n'arrive pas : il y a un écart, d'autant plus grand qu'on a retenu l'estimation/projection la plus pessimiste.

Concrètement, l'article précise qu'il y a eu « trois estimations, faites *a priori* », c'est-à-dire avant l'arrivée de l'épidémie en France à l'automne. La première estimation était

⁵⁹⁰ La mise à disposition du vaccin ne pouvant être assurée avant l'épidémie, nul effet barrière n'était envisageable (la problématique est ici la même qu'en 1976).

⁵⁹¹ On retrouve cependant ici le problème classique des sciences de l'observations : l'inédit est-il dans l'objet observé (la pandémie) ou dans sa mesure par l'observateur (les dispositifs de surveillance) ?

prête depuis 2003 (et publiée dès 2005), sur la base des trois pandémies précédentes, avec des valeurs hautes et basses pour les trois paramètres principaux (nombre de cas, nombre d'hospitalisation, nombre de décès). Deux autres estimations ont été proposées à la demande de la DGS au cours de la crise, début août et fin septembre. L'article contient un tableau synthétique qui présente pour chaque estimation non seulement un minimum et un maximum, mais aussi une différence entre la « fin de la 1^{ère} vague » et la « fin de la pandémie ». Or, il conclut qu'il aurait été « hasardeux de baser les scénarios considérés comme les plus plausibles » sur des facteurs favorables (notamment l'immunisation d'une partie de la population), autrement dit qu'il est hasardeux de ne pas retenir le pire ; mieux, l'article indique dès l'introduction que, au vu des hypothèses permettant d'envisager un scénario optimiste et un scénario pessimiste afin de planifier les ressources nécessaires, « le scénario pessimiste a été privilégié » *a priori* dans les premières estimations (mais pas dans la troisième). Si l'on regarde les maximums, on est passé de 20,9 millions de cas, 1,4 million d'hospitalisations et 300 000 morts à 19,2 millions, 384 000 et 38 400 début août (les fameux « 40 000 »), puis 19,2 millions, 192 000 et 19 200 fin septembre (le minimum des décès étant alors de 6 400, comparable à la grippe saisonnière, contre 312 observés). La décroissance est nette pour les hospitalisations (divisé par 4 puis par 2) et pour les décès (divisé par 7,5 puis par 2).

Alors qu'en 1976, les responsables de la surveillance proposent des scénarios de réponse, dont un seul, la réponse massive à une possible catastrophe, est politiquement tenable, en 2009 ils sont chargés par le pouvoir politique de proposer des scénarios gradués de réponse à une pandémie, dont seul le pire peut être retenu. D'un côté, des solutions ; de l'autre, des estimations. Mais si l'écriture du scénario repose en 2009 sur la science épidémiologique⁵⁹², elle demeure prédéfinie par la nature même de son objectif : préparer à faire face à une menace qui peut être la pire, dans une situation d'incertitude.

Poussée dans ses retranchements par le député Gérard Bapt, Françoise Weber déclare : « C'est une chose que de constater un état de fait à un instant t, mais c'en est une autre que d'établir des hypothèses et des scénarios pour préparer un système de santé à une menace et tout un pays à affronter une crise. Nous étions dans la préparation à une menace, dont on ne savait, par définition, ni quand ni comment elle allait se réaliser ».

Autant dire que la science ne sert pas à grand-chose ici :

⁵⁹² « Ne croyez pas que nos estimations résultent d'une intuition ou procèdent d'un caprice personnel : elles sont le fruit de travaux scientifiques et d'échanges entre équipes internationales, basés sur une technique scientifique qui s'appelle l'épidémiologie. Celle-ci a ses limites et ses incertitudes, et ce sont elles que nous percevons aujourd'hui. Mais nous pouvons justifier à chaque étape de notre évaluation des données scientifiques qui ont été prises en compte et de la validité de nos calculs par rapport à l'état de la littérature scientifique internationale. Tous les scientifiques de l'INVS ont cependant l'humilité de reconnaître les limites de ces estimations. Notre objectif n'était pas de prédire ce qui allait se passer, mais de donner la fourchette des hypothèses possibles d'évolution. » Audition de Françoise Weber devant la commission d'enquête de l'Assemblée nationale (rapport précité).

« Certains ont eu assez tôt l'intuition de ce que serait l'évolution de la pandémie mais il s'agissait avant tout d'opinions qui n'étaient pas fondées sur les éléments scientifiques opposables. Tant que nous sommes dans l'incertitude, nous devons avoir l'humilité de dire qu'il est trop tôt pour tirer des conclusions scientifiquement fondées. J'assume le corollaire de cette humilité, à savoir le risque d'être quelquefois les derniers à avoir raison ». En bref : dans l'incertitude, l'épidémiologie ne peut que servir le scénario du pire.

Du même coup, les responsables de la surveillance contribuent à la sollicitation des peurs. Insister sur la crainte d'un nouveau 1918 et poser la grippe espagnole, l'une des plus grandes catastrophes du 20^e siècle, comme un précédent, ressort à l'évidence de cette mobilisation des peurs. Ainsi, tout à la défense et à la préparation de son programme de vaccination, Sencer n'hésite pas à outrepasser les limites de sa fonction. Un exemple concerne le débat sur la responsabilité juridique des producteurs de vaccins en cas de litige (non sur la qualité du produit, mais sur les questions d'information préalable). L'affaire Reyes vs Wyeth (1974) relative à l'infection d'un enfant à la suite d'une vaccination contre la poliomyélite a abouti à des dédommagements considérables aux dépens du producteur du vaccin, mais Sencer et son staff n'ont pas tenu compte des avertissements lancés par les juristes du CDC. Or, aucun assureur ne veut garantir la responsabilité d'une firme engagée dans un programme de vaccination de masse (vacciner tous les Américains) : les coûts potentiels sont trop importants, les risques incalculables. Tout au long du mois de juillet, les firmes font pression sur les pouvoirs publics pour obtenir la garantie fédérale en cas de litige. L'absence du moindre nouveau cas depuis février, désormais objet de controverses publiques, pèse sur les débats. L'irruption d'une épidémie brutale lors de la Convention d'anciens combattants à Philadelphie, le 2 août, fait alors figure d'aubaine. Les médias s'emparent d'une maladie qui a tué plusieurs personnes, et dont on craint qu'elle ne soit la grippe porcine : l'épidémie de légionellose, qui ne sera identifiée comme telle que plusieurs mois après, vient au secours du CDC. Neustadt et Fineberg remarquent que si Sencer avait pointé un revolver sur la tempe de Ford en mars, les événements en pointent un autre sur le Congrès en août. En urgence, celui-ci approuve le décret donnant la garantie fédérale aux firmes. Mais Sencer a là encore lui-même joué de la gâchette. En effet, le CDC savait dès le 5 août que l'épidémie de Philadelphie n'était pas de type grippal, ce que Sencer et Matthews reconnaissent devant la commission présidée par le sénateur Kennedy le lendemain. Mais ils se servent de l'épisode pour faire peur aux sénateurs. Matthews reconnaît que les demandes de garantie n'ont aucun rapport avec le cas de Philadelphie, auquel on ne comprend encore rien. Mais il ajoute aussitôt que la leçon à en tirer est que le public va demander une vaccination quand la pandémie surviendra à l'automne, et que la demande des firmes doit être satisfaite. Plus osé encore : devant un Robert Kennedy ébahi, Sencer explique que ce qui est en jeu n'est pas seulement l'anticipation d'une pandémie grippale, mais la participation des compagnies d'assurance aux programmes de vaccination contre la poliomyélite et la rougeole : les contrats ne sont pas signés, la rentrée scolaire approche, l'État dispose de réserves de

vaccins insuffisantes. Or, la poliomyélite est une maladie infectieuse qui hante le souvenir des Américains, à laquelle la vaccination a apporté une solution définitive.

Le discours des épidémiologistes et des responsables sanitaires en 2009 n'est pas aussi caricatural dans l'alarmisme, loin s'en faut. Mais eux aussi jouent sur la peur, comme le reconnaît implicitement Didier Houssin dans une interview donnée en mars 2010. Selon le DGS, la politique de vaccination a été efficace, i.e. la couverture vaccinale a été élevée, dans deux pays où elle reposait sur des modèles différents⁵⁹³. En Suède, le réseau des soins primaires est bien organisé, la tradition veut que la population suive les recommandations des autorités sanitaires : « est-ce une question de confiance ? » ajoute benoîtement le DGS. Au Canada, un autre phénomène explique selon lui le fort taux de vaccination (80 %) : « Au Canada, il y avait un niveau de peur très important, lié à une forte sensibilité de la population suite à l'épidémie de SRAS et, dès le début de la pandémie, à la survenue de cas très graves qui ont marqué les esprits ». En bref, faute de confiance, il convient de faire peur, par exemple en « marquant les esprits » avec quelques cas très graves. La peur est un outil de santé publique. Et la France ne semble pas avoir pu jouer sur la confiance, pour plusieurs raisons : le dispositif centralisé, qui écarte les médecins généralistes, les réticences de certains syndicats professionnels face aux risques d'une vaccination massive, l'image dégradée de la vaccination de masse dans l'opinion (notamment depuis l'hépatite B).

Le hasard n'attend pas : usages de la temporalité dans la veille sanitaire

La situation de crise appelle par définition des décisions rapides. La découverte des cas de Fort Dix en 1976 entraîne immédiatement la mise sur pied de dispositifs de surveillance ; l'alerte de l'OMS en 2009 met en branle une organisation prête à se déployer, notamment via un point quotidien sur la situation. On se trouve donc dans une situation proche de celle de la guerre, l'ennemi étant ici le virus A(H1N1). SFA raconte combien les épidémiologistes du CDC étaient fiers de leur (première) « war room » en 1976 ; l'ouvrage rapporte également que le vice-président Rockefeller proposa en vain la mobilisation de l'armée afin d'appliquer au besoin (i.e. en cas de retard) le programme de vaccination de masse. De même, le dispositif français en 2009, sous la forme d'une Cellule interministérielle de crise (CIC), est piloté par la direction de la planification de sécurité nationale, et la déclinaison territoriale du suivi se traduit par des « états-majors de zone » et des « équipes opérationnelles territoriales ».

La crise exige donc par définition de la rapidité et de la réactivité, qu'elle soit « attendue » (une nouvelle pandémie doit arriver, en 1976) ou qu'on y soit préparé (on attend la pandémie de H5N1, en 2009). La pensée commune est que la mèche est allumée, mais que l'on ne connaît pas sa longueur⁵⁹⁴ : on ne peut séparer le temps de

⁵⁹³ « Didier Houssin sur la grippe A: "On ne referait pas très différemment" », *Libération*, 3 mars 2010 (disponible en ligne sur le blog du journaliste Eric Favereau).

⁵⁹⁴ L'expression est de Norbert Gualdé (GUALDE Norbert, *Comprendre les épidémies: la coévolution des microbes et des hommes*, Paris, les Empêcheurs de penser en rond, 2006).

la crise de la période qui la précède, au cours de laquelle s'éprouve un modèle d'excellence professionnelle, celui du renseignement épidémiologique. Autrement dit, le pouvoir politique exige sans doute de ses agences une réactivité en situation concrète d'urgence, mais celle-ci est plus largement au principe même de leur mission. Surveiller et alerter (recueillir et diffuser) sont les deux credos de la surveillance sanitaire : d'un côté une vigilance permanente (surveiller tout, tout le temps), de l'autre, la détection précoce et la réaction rapide. L'INVS est réactif en 2009 parce qu'il est prêt : il suffit d'activer les réseaux internationaux et d'appliquer les estimations déjà prêtes.

L'une des modalités d'intervention de l'expert est ainsi l'usage du temps. L'épidémiologiste insiste sur la temporalité de la menace (la catastrophe à venir), de l'urgence (la course contre le temps) et de l'action (la vitesse de réaction). On a déjà souligné l'argument selon lequel la temporalité même de l'épidémie, et plus précisément la précocité de son émergence (en février-mars), comptait pour les pays de l'hémisphère nord : on peut alors agir dans l'intérêt de la santé publique et de la veille sanitaire (et inversement) en préparant l'arrivée de l'épidémie à l'automne. Cela signifie d'abord que la surveillance a fait preuve précocement de ses capacités de détection et donné aux responsables un temps d'avance pour agir : quelques mois pour concevoir les vaccins et les produire, mais aussi les expérimenter (une période d'essai est nécessaire), et être prêt le jour J. En 2009, la guerre préparée a bien lieu, elle est bien générale (c'est une pandémie), la progression de l'ennemi est suivi jour par jour, la production vaccinale est possible. Mais le virus s'avère peu dangereux, sinon inoffensif, et la campagne de vaccination est un échec incontestable (moins de 6 millions de personnes vaccinées). Avec le recul du temps, la guerre de 1976 paraît avoir préparée et menée efficacement (il n'y a jamais eu autant d'Américains vaccinés, 40 millions, malgré de nombreux obstacles et l'arrêt de la campagne au bout de quelques semaines), même si l'absence de l'ennemi a rendu la campagne inutile.

Avoir le temps, ce peut aussi signifier avoir *juste* le temps pour se préparer, et faire craindre dès lors tout retard en le requalifiant comme un risque. Sencer fait ainsi preuve en 1976 d'une constance remarquable en opposant à chaque critique et à chaque obstacle l'idée que le temps, pour être encore disponible, demeure compté. La menace est perçue au prisme du précédent de 1918, qui aux États-Unis a connu une deuxième vague particulièrement meurtrière à la fin de l'été : la préparation pour octobre au plus tard est indispensable (ce sera novembre, finalement, sans que le glissement de cette date-butoir ne semble finalement poser problème aux responsables, et pour cause). Mais l'argument peut être renversé : non seulement la préparation a permis d'agir à temps face à un ennemi qui ne s'est pas montré, mais s'il s'était montré à temps, l'action aurait été encore plus efficace. Sencer et Millar regrettent ainsi que le H1N1 ne se soit pas propagé au moment où les cas de syndrome de Guillain-Barré sont repérés, car le faible risque de survenue du syndrome aurait alors été « éclipsé » par le bénéfice immédiat et évident de la protection vaccinale...

Le virus grippal éligible à la pandémie est évidemment un candidat sérieux dans la course de vitesse engagée : parce qu'il est nouveau, sa gravité est possible, et sa contagiosité tout autant (de fait, le nouveau H1N1 est très contagieux, alors que les souches connues de H5N1 ne l'ont guère été). L'idée que l'essor des échanges commerciaux et humains accélère et amplifie la diffusion de l'agent mortel est un lieu commun sans cesse mobilisé : non seulement « *viruses know no borders* », vieil argument de la lutte contre les maladies infectieuses, mais ils les franchissent de plus en plus vite. L'argument de la diffusion par trafic aérien (« *jet spread* ») est ainsi utilisé en 1976 dès qu'un conseiller ose avancer l'idée d'une dissociation entre la production des vaccins (nécessaire) et leur distribution (qui pourrait être suspendue). Or, l'idée de la vitesse de diffusion est essentielle dès lors que le virus apparaît peu dangereux. En 2009, la forte contagiosité du H1N1 est sans cesse mise en avant, comme pour rendre malgré tout menaçant un virus dont non seulement la nouveauté n'est pas si radicale (la souche est certes nouvelle, mais on découvre ensuite que la population la plus âgée était déjà immunisée contre « du » H1N1), mais qui en sus, refusant le combat, n'a pas même daigné muter, restant désespérément « stable ». Le vrai virus pandémique est un virus nouveau et mutant ; H1N1 n'était ni l'un ni l'autre ; mais au moins il était rapide.

Le revers de la médaille de la rapidité est évidemment la précipitation. L'intervention est si précoce, la réaction si vive, que la raison oublie de tenir compte de certains aspects pourtant centraux. Il est aisé après coup de repérer des certitudes énoncées dans l'urgence qui s'avèrent à l'examen plus complexes, sinon carrément fausses. Ainsi les premières évaluations du Comité consultatif en 1976 s'appuient sur des éléments du savoir scientifique incertains (le défaut d'immunité de la population) ou sujets à caution (l'efficacité des vaccins). On l'a vu, l'une des conclusions de SFA est que les spécialistes ont péché par excès de confiance, et n'ont pas pris en compte certaines incertitudes ni remis en question leurs premières recommandations. La critique a été portée en 2009 contre l'OMS d'avoir recommandé trop tôt à la phase 6 du Plan pandémique, qui rend l'approvisionnement automatique, alors même que la faible létalité du virus est déjà avérée dans les pays économiquement avancés du Sud (Australie, Nouvelle-Zélande, Brésil) comparables à ceux du Nord.

Un dernier aspect du jeu sur le temps réside dans la valorisation après coup de la rapidité de l'action menée. En bons professionnels capables de réaliser des « retours d'expérience », les épidémiologistes ne manquent pas de mettre en valeur leur action de manière générale, et de souligner leur capacité à agir en peu de temps en particulier. Sencer et Millar, trente ans après les faits, se félicitent que le Programme de vaccination, sous leur responsabilité, ait touché autant d'Américains en si peu de temps. En 2009, le même argument de la « prouesse dans un temps limité » est mis en avant, qui correspond profondément à la nature de l'action de surveillance, du renseignement scientifique, utile immédiatement, plutôt que de la science, sans utilité immédiate. Mais toute la force de l'expertise sanitaire est de pouvoir jouer des arguments contraires, en faisant valoir que pour être du renseignement, elle n'en est pas moins scientifique et non du domaine de l'opinion, ce qui suppose aussi la

réfutabilité, donc la prudence et l'humilité sinon la lenteur en situation d'incertitude, donc « le risque d'être quelquefois les derniers à avoir raison » (pour reprendre l'expression de F. Weber).

L'allongement des circuits : les nouveaux réseaux internationaux de la surveillance

Une différence majeure oppose pourtant les deux situations : alors que le CDC agit presque seul en 1976, demeurant tout au long de la crise au cœur du dispositif anti-pandémique, l'INVS n'est en 2009 qu'un élément parmi d'autres, un chaînon dans un réseau de surveillance plus complexe mais solidaire. Le caractère international de la crise, évidemment, fonde d'abord cette différence. Mais l'évolution de la configuration institutionnelle en trois décennies, et la brutale accélération de reconfiguration à partir des années 1990, expliquent aussi la différence en cause ici. Un propos de la directrice de l'INVS lors de son audition devant l'Assemblée permet d'illustrer la réalité institutionnelle de l'expertise à la fin des années 2000 :

« Comme tous nos homologues des pays développés, nous avons nos propres réseaux de surveillance et nous sommes partie prenante de réseaux européens et internationaux. La plupart des pays ont mis en place le même dispositif de surveillance de la grippe que nous : des réseaux de médecine générale permettant de surveiller les profils épidémiques associés à des systèmes de recueil et de notification individuelle des hospitalisations des cas graves. Nous sommes ainsi en relation avec les autres pays d'Europe à travers l'European Center for Disease Prevention and Control, qui assure la coordination de la veille et de l'alerte sanitaires au niveau européen, et nous sommes un acteur important. Nous échangeons également des données sur la pandémie au travers de l'Early Warning and Response System (EWRS). Par ailleurs, nous échangeons des éléments d'expertise scientifique, notamment avec nos collègues du Royaume-Uni, des États-Unis et de l'hémisphère Sud, qui nous permettent de travailler sur des planning assumptions, c'est-à-dire des projections sur lesquelles bâtir des hypothèses de prévention et de préparation du système de santé. Ces multiples échanges nous ont permis de produire les mêmes hypothèses pour éclairer la décision publique. Tel a été notre « mot à dire », monsieur le rapporteur : produire des scénarios d'évolution de la pandémie. Sachant que ce phénomène était très difficile à prévoir, nos hypothèses allaient d'un scénario optimiste à un scénario pessimiste. Dès le mois de septembre cependant et sur la base de l'évolution des connaissances et des expériences des pays déjà touchés nous avons exprimé notre inclination en faveur du scénario le plus optimiste. Voilà quelle a été la contribution de l'INVS à la décision. C'est précisément la raison pour laquelle les agences sanitaires ont été créées : distinguer l'évaluation de la décision, afin que la première ne soit pas parasitée par des considérations de gestion. L'INVS est resté dans son rôle d'évaluation et de production de scénarios d'évolution, avec une grande humilité, compte tenu des incertitudes, tout en travaillant en très étroite collaboration avec les pouvoirs publics dans la gestion de cette pandémie, en répondant à toutes les questions qui nous étaient posées dans notre domaine d'expertise. »

L'INVS est resté dans son rôle, qui est le même pour les agences dans tous les pays développés ; mieux, les échanges entre ces agences aboutissent aux mêmes hypothèses et aux mêmes décisions. Il est d'ailleurs remarquable que l'OMS ne soit

pas citée ici nommément, tant son rôle dans la crise a été central. Mais l'on voit aussi que, contrairement à 1976, où le CDC est au cœur des critiques, l'INVS se trouve dans une position autrement plus confortable trente ans plus tard : le critiquer, c'est mettre en cause un rôle à la fois strictement séparé de la décision (l'aide à la décision ne saurait engager la responsabilité au même titre que la décision) et surtout un rôle collectif. Le premier aspect pourrait être issu d'un enseignement de la crise de 1976 mais ne l'est sans doute pas : la réflexion sur l'expertise épidémiologique et en santé publique a de manière générale proliféré depuis les années 1970 et la découverte du « risque » de la trop grande confiance dans les experts scientifiques, dont le fiasco de 1976 n'est qu'un exemple plutôt mineur dans la mémoire collective (comparé par exemple à *Three Mile Island* ou au sang contaminé). La distinction entre *risk assessment* et *risk management*, évaluation et décision, est devenue un lieu commun de la littérature spécialisée. Le deuxième aspect est plus important, qui valorise la nature fondamentalement intégrée du renseignement épidémiologique au niveau international.

Quoique discret, l'usage d'anglicismes (« *planning assumptions* ») et d'acronymes anglais (« EWRS ») devant des élus, dont on sait que la maîtrise des langues étrangères, y compris l'anglais, n'est pas le fort, et ce jusqu'au plus haut sommet de l'État, signale l'intégration des épidémiologistes dans le monde de la science et de l'expertise internationalisées, évidemment anglophones. La surveillance épidémiologique en France, on l'a montré, a grandi avec l'aide des oncles américains, et elle n'est pas seule dans ce cas. Si l'on s'en tient à l'Europe, l'Allemagne, l'Espagne ou l'Italie ont également bénéficié dans les années 1990 des conseils des *field epidemiologists* des CDC ; le programme de formation (EPIET) de l'Union européenne réunissant l'ensemble des centres nationaux de surveillance et chargé de distinguer une élite européenne a d'abord été fondé sur le modèle de l'EIS, dont sont issus ses fondateurs, la mise en réseau graduelle des centres a abouti à la création en 2005 d'un centre européen, l'ECDC (qui a intégré EPIET). La contribution des français, notamment des EIS fellows, n'est pas négligeable dans ce processus, et le réseau ainsi constitué est à la fois institutionnel et interpersonnel : ils accueillent le centre de référence européen sur la surveillance du sida dès 1985, l'INVS lance le bulletin Eurosurveillance en 1995 ; Alain Moren, un EIS fellow français, fonde le programme EPIET que Denis Coulombier, un autre EIS français a longtemps dirigé à l'ECDC. Sans prolonger ici de manière systématique l'analyse des circulations des acteurs français de l'épidémiologie dans les institutions internationales (OMS, ECDC notamment) et étrangers (CDC, par exemple), on peut faire l'hypothèse d'une logique d'autonomisation des spécialistes de la surveillance épidémiologique dans leur champ national.

L'une des critiques fondamentales de Neustadt et Fineberg concernait l'isolement des experts sanitaires, épidémiologistes (Sencer au premier chef) ou virologues. Les principales caractéristiques de l'affaire concernaient ainsi l'excès de confiance des « spécialistes » dans des théories faiblement éprouvées, la place prise par leurs agendas personnels préexistants, leur zèle à convaincre à tout prix leurs supérieurs

hiérarchiques, leur engagement prématuré dans des décisions définitives, leur échec à faire face à l'incertitude en remettant en cause leurs plans, leur questionnement insuffisant de la mise en œuvre, et leur indifférence aux relations avec les médias et à l'égard de la réputation des institutions. Enfermement d'un côté, indifférence (aux supérieurs, aux décideurs, aux metteurs en œuvre, aux médias, aux institutions) de l'autre : la charge indique bien que le problème réside dans ce que Jefferson, du groupe alternatif Cochrane, appellera devant les sénateurs français « la mentalité de groupe », l'isolement d'experts engoncés dans leur certitude. La situation a-t-elle fondamentalement changé en 2009 ? Rien n'est moins évident si l'on en juge par les critiques sévères, et peu ou prou du même ordre, que les parlementaires adressent aux experts lors des auditions du printemps 2010. La réorganisation profonde de l'administration sanitaire en France, en clarifiant la répartition des tâches, a sans doute rendu plus difficile la prétention des experts épidémiologistes à décider à la place des responsables politiques ou à forcer leurs décisions; au niveau national, comme on va le voir, les institutions de la veille sanitaire occupent d'ailleurs une position délicate d'intermédiaire, dont l'intégration à l'État est sans cesse sujette à caution. La crise de la pandémie grippale révèle et renforce, cependant, les ressources de crédit et de légitimité que ces institutions peuvent tirer de leur intégration dans un réseau international de la surveillance au centre duquel se situe – au moins en ce qui concerne l'infection grippale - l'OMS.

En 1976 comme en 2009, les épidémiologistes proposent finalement des scénarii qui, au vu de la situation d'incertitude, invitent nécessairement au choix du pire, et ils n'hésitent pas à jouer sur le manque de temps pour pousser les politiques à la décision. Si les tactiques du renseignement épidémiologique n'ont guère changé en trois décennies, l'arsenal s'est en revanche considérablement renforcé. Non seulement les armes utilisées ont beaucoup évolué : les systèmes de surveillance sont plus nombreux, les savoirs biomédicaux et statistiques se sont raffinés, les technologies de l'information et de la communication ont transformé les pratiques (puissance et vitesse de calcul, rapidité et volume des transmissions, etc.). Mais les institutions elles-mêmes ont proliféré et se sont constituées en un réseau qui modifie les conditions de circulation des informations tout en diluant les responsabilités : tous impliqués, tous responsables. Peut-on décrire ce réseau comme un « complexe épidémiologique » dont Nicholas King nous suggère qu'il est aujourd'hui lié, par le biais du concept de « *preparedness* », aux institutions de la biosécurité nationale et de l'industrie pharmaceutique ? La pandémie grippale contribue bien à une forme spécifique de déssectorisation, une dénationalisation de la maîtrise des questions de santé. Redisons le : celle-ci n'a pas que des désavantages en ce qu'elle permet aux épidémiologistes, mais aussi aux responsables politiques, de se défaire *a posteriori* des accusations de précipitation ou d'emballement sur le mode « nous avons fait comme les autres et agi conformément aux préconisations de l'OMS ». Cette internationalisation des enjeux ainsi que l'allongement et la complexification concomitants des circuits de la surveillance épidémiologique diluent les décisions – donc les responsabilités - comme l'illustre l'esquive de Françoise Weber, interrogée sur la responsabilité de l'OMS dans la dramatisation de la pandémie :

« Vous me permettrez, monsieur le député, de ne pas commenter l'ensemble des interventions de mes collègues épidémiologistes, qu'ils aient été à certains moments plus optimistes ou, à d'autres, plus pessimistes : cela demanderait beaucoup plus de temps que cette commission n'en dispose. »

L'interdépendance des épidémiologistes nationaux et internationaux opacifie la chaîne décisionnelle et l'identification des responsabilités, qui deviennent en partie inaccessibles à l'entendement politique, inaccessibilité encore renforcée par la technicité (donc l'ésotérisme) du savoir épidémiologique. Pour autant, l'autonomie des acteurs du renseignement épidémiologique n'est que très relative.

Légitimer : « retours d'expérience » et prosélytisme

L'acclimatation au sein de la haute fonction publique française des préceptes du *New Public Management*⁵⁹⁵ et la refonte du paysage institutionnel du secteur de la santé sous l'effet de l'impératif de la maîtrise des dépenses de santé et de la succession des scandales sanitaires, ont débouché sur la création d'agences sanitaires, dont les relations au politique, à l'administration centrale, aux autres agences, au monde médical sont frappés d'ambivalence : l'indépendance proclamée des agences coexiste avec des formes plurielles et nouvelles de reddition de compte (contrats d'objectifs et de moyens, évaluations multiples, etc.) qui tendent à les réinsérer dans l'espace administratif tout en faisant d'elles de potentiels fusibles politiques et judiciaires lorsque les événements viennent à mal tourner⁵⁹⁶. En tant qu'agence, l'INVS occupe ainsi une position intermédiaire, entre l'État et la profession médicale (et les autres effecteurs), entre la décision politique et la mise en œuvre des politiques publiques. Cette position oblige les fonctionnaires-scientifiques de l'INVS, d'une part à devoir intéresser et enrôler leurs « partenaires », médecins libéraux et hospitaliers, mais aussi SAMU, pompiers, etc., dans la réalisation de leurs missions de surveillance, d'autre part à sans cesse justifier de leur utilité et de leur efficacité auprès de publics variés selon des modalités plus ou moins formalisées et régulières : auprès des acteurs politiques et de la tutelle administrative bien sûr, mais aussi des instances d'audit (comme les corps d'inspection ou la Cour des comptes), des associations (de malades en particulier), des tribunaux, des médias⁵⁹⁷. Ces différents publics ne sont pas sensibles aux risques, et ils ne hiérarchisent pas, comme les épidémiologistes de la veille sanitaire auraient tendance à le faire. L'INVS est aussi confronté à la concurrence des autres agences sanitaires dans un paysage institutionnel mouvant car périodiquement réformé⁵⁹⁸.

⁵⁹⁵ BEZES Philippe, « Réinventer l'Etat. Les réformes de l'administration française », *art. cit.*

⁵⁹⁶ BENAMOUZIG Daniel et BESANÇON Julien, « Administrer un monde incertain », *art. cit.*

⁵⁹⁷ MARCHETTI Dominique, *Quand la santé devient médiatique*, *op. cit.*

⁵⁹⁸ Comme en atteste encore très récemment la transformation de l'AFSSAPS en Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) suite au scandale du Médiateur.

En un sens, la réputation⁵⁹⁹ et la légitimité des épidémiologistes de la surveillance sanitaire – donc leur survie institutionnelle - sont fragiles et toujours à construire. C'est ainsi que la « *bande de copains* » qui a animé le RNSP après sa naissance difficile car contestée, en 1992, s'est illustrée par une série de « coups » relayés par les médias, pour certains données en exemple par Jacques Drucker dans son ouvrage. Le RNSP est alors une institution dont le fonctionnement est de type charismatique. Fragile et faiblement doté en capital symbolique de reconnaissance, elle doit, pour continuer à recevoir des crédits des tutelles, engranger du crédit par des coups permanents dans une logique de fuite en avant qui minorent les pesanteurs bureaucratiques. Ce registre charismatique a bien sûr tendance à s'estomper à mesure que le RNSP, transformé en INVS, grossit et devient une structure bureaucratique plus imposante, avec un organigramme complexifié et des routines plus pesantes, tout particulièrement après la mise en place de contrats d'objectifs et de moyens dans le cadre de la Loi organique de loi de finances promulguée en août 2001. Néanmoins, la position intermédiaire occupée par l'agence, plus que jamais soumise à des surveillances croisées et multiples, fait que celle-ci ne peut se contenter exclusivement de la légitimité légale-rationnelle et doit, de fait, revendiquer une forme de légitimité charismatique, d'autant plus que la nature de la pratique elle-même (l'alerte, l'investigation rapide, la force d'intervention) sollicite la logique du « coup » contre toutes les routinisations et qu'il lui faut enrôler par la persuasion des producteurs d'information pas toujours disposés à coopérer, et dont les données sont convoitées par d'autres institutions.

Accusée par les acteurs politiques et médiatiques d'avoir contribué, avec d'autres, à dramatiser la menace représentée par le virus H1N1, l'agence doit défendre sa réputation et sa légitimité dans plusieurs arènes publiques (médiatique et parlementaire). Mais les épidémiologistes doivent aussi justifier la pertinence de leurs choix à leurs propres yeux. Confrontés au démenti de la réalité (la catastrophe annoncée et redoutée ne vient pas), les responsables de la surveillance sanitaire peuvent alors recourir à différents types de réduction de la dissonance cognitive entre croyance et réalité. Leon Festinger et son équipe ont distingué le déni (les croyances sont maintenues contre la réalité, dont les éléments dissonants sont oubliés ou minimisés), la rationalisation (les croyances sont reconfigurées en tenant compte de certains éléments au moins de la réalité), et le prosélytisme (l'information renforce encore la croyance, dont la diffusion prouve sa pertinence)⁶⁰⁰. Dans le cas étudié, comme souvent, des formes de déni et de rationalisation sont repérables, parfois de manière intriquée. Il est ainsi possible, à partir des travaux récents de Stanley Cohen, de sociologiser et de complexifier la notion de déni. Le sociologue britannique parle ainsi de « vocabulaire du déni » pour désigner les formes de déni culturellement acceptables pour justifier ou excuser une action ou une inaction : il existerait un stock culturel de formes de déni à un moment donné dans une société donnée. Or, on pourrait sans doute facilement montrer – mais on ne le fera pas ici – que, parmi les

⁵⁹⁹ Sur la notion de « risques réputationnels », assez proche de celle de « risques institutionnels », POWER M. et al., « Reputational Risk as a Logic of Organizing in Late Modernity », *Organization Studies* 30 (2)-(3), février 2009, pp. 301-324.

⁶⁰⁰ FESTINGER Leon, RIECKEN Henry W. et SCHACHTER Stanley, *L'échec d'une prophétie*, op. cit.

différentes formes identifiées par Stanley Cohen, le déni de responsabilité (la distinction évaluation/décision : « nous ne sommes pas les décideurs »), l'accusation des accusateurs (l'exigence politique de surveiller tout, partout, tout le temps : « nous ne pouvons pas tout faire ») et l'invocation de loyautés supérieures (la référence aux études des pairs étrangers ou travaillant pour l'OMS : « nous ne sommes qu'un parmi d'autres ») sont les plus utilisées par les experts du renseignement épidémiologique lors de leur mise en accusation au plan national⁶⁰¹.

Mais il semble particulièrement heuristique d'insister ici sur l'attitude prosélyte telle qu'elle est définie par Festinger et son équipe, car elle est significative de la position occupée par les épidémiologistes, américains hier comme français aujourd'hui (toutes choses différentes par ailleurs)⁶⁰². Le prosélytisme a pour bénéfice cognitif principal de concilier la restauration de la croyance en l'utilité de la surveillance épidémiologique en contexte d'incertitude radicale avec la défense de l'institution et la promotion des intérêts professionnels de la communauté des épidémiologistes de la veille sanitaire.

Le retour d'expérience ou Une menace chasse l'autre

Le prosélytisme selon Festinger se concrétise par l'intensification des activités de propagande après le démenti des faits, car l'arrivée de nouveaux adeptes renforce la légitimité de la croyance. On voudrait montrer que l'exigence du retour d'expériences participe d'un tel prosélytisme : apprendre de la crise passée, rendre des comptes, convaincre les politiques de la nécessité d'une préparation encore meilleure, c'est faire preuve de ses compétences scientifiques (la démarche scientifique suppose la discussion), de ses compétences professionnelles (à l'heure du *New Public Management*), tout en renforçant la croyance dans l'idée que la pandémie grippale va venir (« *not if, but when* »). Ainsi, de l'expérience de la pandémie grippale de 1918, les épidémiologistes ont retenu que la seconde vague était plus mortelle que la première. En 2009, l'exigence d'apprentissage demeure un passage obligé du discours de légitimation :

« Il y néanmoins encore des progrès à faire, notamment en matière de surveillance sérologique et de modélisation, sujet sur lequel nous développons des interfaces avec la recherche. Je suis décidée à ce que nous fassions des constats clairs et sans complaisance, pour tirer tous les enseignements de cet événement sur tous les plans, scientifiques et organisationnels. »⁶⁰³

⁶⁰¹ COHEN Stanley, *Folk devils and moral panics*, *op. cit.*

⁶⁰² Le prosélytisme comme stratégie de réduction d'une dissonance cognitive retient particulièrement l'attention de Festinger et de son équipe car elle est la plus contre-intuitive : « si l'on peut convaincre de plus en plus de gens qu'un système de croyances est valable, celui-ci doit s'en trouver finalement légitimé. En poussant l'hypothèse à l'extrême, si tout le monde partageait une croyance donnée, personne n'irait s'interroger sur sa validité. D'où l'intensification des activités de propagande après le démenti des faits. », FESTINGER Leon, RIECKEN Henry W. et SCHACHTER Stanley, *L'échec d'une prophétie*, *op. cit.* : p. 26-27.

⁶⁰³ Françoise Weber, « Observer, Surveiller, Alerter », *Rapport annuel 2009*, INVS, p. 2.

La mise en scène du retour d'expérience s'accompagne d'ailleurs d'une part de *mea culpa* quant à l'insuffisance du renseignement épidémiologique à cerner les pratiques sociales face aux injonctions à la vaccination ; dès lors les sciences « dures » épidémiologiques et virologiques se doivent de solliciter davantage les sciences sociales, ainsi que le reconnaît la directrice de l'INVS :

« La première vague de cette pandémie, que l'on peut maintenant qualifier de gravité limitée, nous apporte donc une expérience précieuse non seulement en matière épidémiologique et virologique, mais aussi en sciences humaines et sociales. Toutes ces disciplines devront être dès maintenant mobilisées pour un solide retour d'expérience, afin d'améliorer les dispositifs de préparation et de mise en œuvre des mesures de contrôle et de prévention. Se donner les moyens et le temps nécessaire à un retour d'expérience complet et multidisciplinaire, à tous les niveaux : local, national, international, est un devoir aussi important que la révision des plans de préparation, l'amélioration constante de leur flexibilité et surtout leur appropriation par toutes les composantes de la société. Ceci est d'autant plus important que la préparation à des événements sanitaires potentiellement extrêmes, auxquels la société continuera d'être confrontée à l'avenir, implique la participation large de la société, et notamment de l'ensemble des professionnels de santé. »⁶⁰⁴

En somme, seul l'investissement dans des dispositifs de surveillance multi-niveaux, pluri-disciplinaires, de plus en plus précis, permettra d'empêcher le déploiement de menaces sanitaires proliférantes mais encore inconnues. La solution à l'incomplétude et aux approximations du renseignement épidémiologique réside donc dans le renforcement et l'extension permanents de ce dernier, appelé à devenir un véritable panoptique sanitaire. Ainsi, en plus de souligner avec récurrence et force les apports irremplaçables des systèmes de surveillance existants (réseaux sentinelles, etc.) pour le « monitoring » de la pandémie de grippe A⁶⁰⁵, les articles du numéro bilan du BEH tirent les leçons de la pandémie afin d'accroître la pertinence et l'efficacité du savoir épidémiologique pour contrer des menaces sanitaires à la fois inévitables et néanmoins frappées d'une incertitude radicale : l'amélioration des dispositifs de surveillance existants, l'utilisation de modèles dynamiques et de techniques de sérologie, la meilleure compréhension des attitudes profanes à l'égard de la vaccination en contexte pandémique⁶⁰⁶ sont, entre autres, autant de voies d'amélioration de la surveillance et de l'action épidémiologiques. Bref, on ne peut connaître par avance l'identité du prochain ennemi, mais il convient tout de même de se préparer à son surgissement en quadrillant la société par des systèmes d'information de plus en plus sensibles et raffinés.

⁶⁰⁴ « Editorial » de F. Weber dans VAUX S *et al.*, « Numéro thématique - Épidémie de grippe A(H1N1)2009 : premiers éléments de bilan en France », *BEH*, 2010, pp. 257-288.

⁶⁰⁵ Par exemple : « ainsi, le choix fait a priori, lors de la construction du système en 2004, d'une collecte d'informations en routine en des points stratégiques a montré son intérêt. Ce système routinier permet, face à une situation de crise, la mise à disposition quotidienne de données pour la surveillance sanitaire sans adaptation, réduisant d'autant la contrainte sur les professionnels de terrain. Enfin, la robustesse des systèmes développés assure un filet de sécurité à la surveillance sanitaire en période de crise importante. » *Ibid.*

⁶⁰⁶ *Ibid.*

Cependant, la capacité d'anticipation semble devoir être condamnée à demeurer l'horizon fuyant de la surveillance épidémiologique, laquelle est confrontée à une incertitude radicale : « *l'avantage de l'anticipation est la capacité à se préparer. Le corollaire est le degré d'incertitude sur les caractéristiques de l'événement qui croît avec le degré d'anticipation* »⁶⁰⁷. Autrement dit, plus on anticipe, moins l'on sait ce qui va arriver... C'est en fait la position incertaine de l'agence sanitaire – à la fois soumise à de nombreuses régulations et non intégrée dans un réseau de solidarités au niveau national – qui la pousse au prosélytisme en faveur du scénario du pire. L'activité propagandiste est d'autant plus facilement mobilisée *après* la crise qu'elle fonde en partie l'activité ordinaire *hors de* la crise. De même que la paix doit préparer la guerre, de même la réorientation de la sécurité sanitaire autour de la notion de *preparedness* contribue à faire de la préparation à la crise l'ordinaire de la santé publique. Les menaces pandémiques, dans leur incertitude même, constituent une aubaine pour la surveillance épidémiologique, activité relativement récente et dominée dans le champ de la santé : elles autorisent un discours de la catastrophe à venir qui justifie son existence, et dont tout incident est une confirmation. On retrouve ici les « politiques de l'échelle » analysées par N. King tant dans les discours journalistiques que dans les analyses scientifiques, par lesquelles le moindre incident à petite échelle est exploité de manière à mettre en valeur sa signification globale, à l'échelle nationale⁶⁰⁸. Fort Dix en est une excellente illustration, l'urgence étant maintenue pendant neuf mois alors même qu'aucun cas nouveau n'était rapporté.

Plus généralement, les menaces pandémiques constituées en « paniques morales » servent les intérêts du renseignement épidémiologique. Celles-ci revêtent cinq caractéristiques qui entretiennent des affinités fortes avec les phases de crise sanitaire⁶⁰⁹ : le fort intérêt public pour une menace potentielle ou réelle (ici, le virus) ; la mise en cause d'une valeur sociale clé (ici, la protection de la santé de la population) ; l'invocation et la mise en scène d'un consensus sur la gravité de la menace et sur l'idée que quelque chose doit être fait (ici, la campagne de vaccination) ; l'exagération du nombre de cas et de la gravité des dommages (les paniques morales s'accompagnent de mécanismes d'amplification et de distorsion qui entraînent des sur-réactions sociales) ; l'inscription dans un temps court (elles apparaissent et disparaissent rapidement après avoir saturé l'espace public). La concurrence médiatique et la dépendance journalistique aux sources officielles jouent bien entendu un rôle capital dans la séquence de stylisation, de symbolisation, de sensibilisation, de dramatisation et de polarisation qui finit par détacher la réaction sociale et politique de la réalité avérée de la « menace ». Surtout, les paniques morales débouchent *in fine* sur le renforcement du contrôle social et politique s'exerçant sur certains comportements ou groupes labellisés de « dangereux » ou « à risque ». En l'espèce,

⁶⁰⁷ Françoise Weber, « Observer, Surveiller, Alerter », *Rapport annuel 2009*, INVS

⁶⁰⁸ KING Nicholas B., « The Scale Politics of Emerging Diseases », *art. cit.*

⁶⁰⁹ COHEN Stanley, *Folk devils and moral panics*, *op. cit.* : p. xxii.

l'exagération et la dramatisation de la menace représentée par le virus de la grippe A conduisent paradoxalement les épidémiologistes de l'INVS à plaider en faveur de l'extension de leurs systèmes de surveillance et du renforcement de leurs capacités d'anticipation (surveiller tout, tout le temps), mais aussi du perfectionnement de leurs stratégies de communication (et de contrôle) à l'endroit de la presse et de l'« opinion publique » ainsi que d'une meilleure saisie des réactions de la population aux injonctions « scientifiques » à la vaccination. La confrontation aux conjonctures fluides que sont les crises sanitaires conduit ainsi les épidémiologistes de la veille sanitaire (mais aussi les virologues) à développer des velléités de contrôle tous azimuts, espérant ainsi, *la prochaine fois*, maîtriser une dynamique sociale et politique (de déssectorisation) qui ne cesse de se dérober à leur emprise.

C'est la faute à Rousseau ?

Le prosélytisme, enfin, se manifeste par la condamnation sans cesse rejouée de l'ignorance des masses, celles-là même dont les épidémiologistes regrettent qu'elles n'entendent pas les annonces de catastrophe – alors qu'il est possible tout simplement qu'elles ne les écoutent pas. 1976 et 2009 sont ici deux cas presque identiques – et bien d'autres exemples pourraient être choisis ! Accuser l'irrationalité des autres revient en effet à s'arroger le monopole de la rationalité et de la vérité.

Ainsi, Sencer et Millar, revenant trente ans après sur l'épisode de la campagne de vaccination de 1976, concluent que « l'attention des médias et du public peut constituer un obstacle majeur à la mise en œuvre d'un programme ambitieux et innovant répondant à des risques qu'il est difficile, voire impossible de quantifier »⁶¹⁰. Selon eux, un programme qui apparaît comme une initiative présidentielle rend difficile sa modification en cours de route ou son arrêt ; les explications devraient être délivrées par des experts disposant de la légitimité scientifique ; il convient d'organiser des conférences de presse régulières plutôt que de répondre au cas par cas aux sollicitations journalistiques. Autrement dit, il convient d'éviter au maximum que la démarche épidémiologique ne soit « parasitée » par des considérations politiques, journalistiques ou profanes, lesquelles sont considérées comme autant d'obstacles à la conduite d'une politique de santé publique rationnelle. L'essentiel est que « le public doit comprendre que les décisions sont fondées sur [des considérations de] la santé publique, non la politique ».

Faisant écho à cette analyse, le rapport de la commission d'enquête de l'Assemblée nationale dénonce en 2010 la confusion générée par la multiplicité des messages sanitaires, les excès médiatiques, l'irrationalité des débats concurrents sur Internet, les erreurs dans la communication des pouvoirs publics (notamment face aux « rumeurs ») :

« Un point a été unanimement relevé par les personnes auditionnées par la commission d'enquête : la crise de la grippe A(H1N1) a suscité un véritable

⁶¹⁰ SENCER David J. et MILLAR J. Donald, « Reflections on the 1976 swine flu vaccination program », *art. cit.*

emballement médiatique, avec des interventions multiples, parfois contradictoires et même cacophoniques, qui ont conduit les Français, perplexes, à douter à la fois de la nécessité de se faire vacciner et de la sûreté des vaccins. Parallèlement, la communication gouvernementale n'a pas su suffisamment s'adapter pour faire passer le message de santé publique. Dès lors, l'adhésion de nos concitoyens à la campagne n'a cessé de décroître. La communication devra donc, à l'avenir, être considérée comme un enjeu majeur de la gestion des pandémies. »⁶¹¹

En particulier, les parlementaires reprochent au gouvernement d'avoir eu recours à des « instruments traditionnels qui n'ont pas suffisamment pris en compte l'état de l'opinion ». Il est saisissant que les capacités au retour d'expérience, aux enseignements tirés des précédents dont se prévaut la surveillance épidémiologique, tout comme les savoirs pratiques dont elle se réclame, ne semblent lui être d'aucune utilité dès lors qu'elle réfléchit à la réception de ses pratiques dans la société. La surveillance épidémiologique est ainsi empêtrée dans la problématique bien pauvre, mais dominante dans le monde de la santé, de l'acceptation sociale, quand elle n'est pas conseillée par une perspective idéaliste qui, fondée sur le modèle du citoyen éclairé et outillée par les enquêtes par sondage. Le sociologue Michel Setbon souligne ainsi, devant la commission d'enquête de l'Assemblée nationale, les « progrès » réalisés à l'occasion de la grippe A dans la saisie des mobiles des comportements de la population face à la décision de se faire vacciner ou non grâce à une enquête par sondage, réalisée auprès de 1001 personnes, et financée par le gouvernement en juin 2009, renouvelée en décembre de la même année. Il en ressort que l'échec de la campagne de vaccination vient du fait que « la majorité » de la population a considéré que le niveau de risque et de gravité de la grippe A était assez proche de celui de la grippe saisonnière. Le sociologue en conclut que « l'échec de la vaccination pouvait être prévu », soulignant au passage qu'il « est encore plus difficile de corriger ces idées (fausses ou erronées circulant sur Internet ou d'autres supports) lorsqu'on les connaît mal. Je ne dis pas qu'il est facile d'agir sur les perceptions, croyances ou rumeurs, mais la première condition pour cela serait de les connaître, de les mesurer »⁶¹². Autrement dit, le rôle (politique) de l'ingénierie sociologique est de contribuer à réduire l'écart entre les recommandations rationnelles des épidémiologistes et virologues d'un côté, les attitudes souvent irrationnelles – car nourries de rumeurs ou mal-informées - de la population à l'égard de la vaccination, de l'autre.

Ainsi cadrée, la surveillance épidémiologique s'avère incapable de rendre compte de la réalité des pratiques sociales. Elle ne peut par exemple concevoir que la situation de crise provoque chez les acteurs « ordinaires » une régression vers les habitus qui se manifeste par le maintien des modalités ordinaires de perception et de classement des ordres de priorités, pas nécessairement favorables à l'obéissance en matière sanitaire (ou hygiéniste). Elle est donc condamnée à mettre en cause l'irrationalité de l'opinion publique et celle des médias. De ce point de vue, les politistes de Harvard, au moins, avaient œuvre utile en rappelant que les médias aussi ont leurs propres agendas, dont

⁶¹¹ Rapport de l'Assemblée nationale précité, p. 97.

⁶¹² Ibid. : pp. 305-308.

la communication en santé publique devait tenir compte (Sencer et Millar au contraire avaient défendu une conception naïve de la communication: il aurait suffi que de vrais spécialistes communiquent pour que « ça passe... »), même si, par construction d'objet et faute de connaissances sociologiques, ils s'arrêtaient en chemin et oubliaient d'intégrer les « agendas » de la population à leur analyse.

Au-delà des différences de configuration entre la « crise » de 1976 et celle de 2009 (en particulier, le degré d'internationalisation de la surveillance épidémiologique), la comparaison entre les deux épisodes, même en s'appuyant principalement sur des données de seconde main, fait ainsi ressortir certains traits spécifiques du renseignement épidémiologique : s'il se réfère à la science (biostatistique, virologie, etc.), il se situe « tout contre » les décideurs politiques et leur rationalité, ce qui amène parfois ses agents à outrepasser ce que la prudence et la lenteur scientifiques suggéreraient de (ne pas) faire. L'écriture de scénarii dans un contexte d'incertitude radicale, le choix systématique en faveur du scénario du pire et du principe de précaution, le prosélytisme qui aboutit à étendre de façon continue le domaine de la surveillance épidémiologique sont, entre autres, autant de manifestations de l'imbrication étroite des exigences scientifiques et des impératifs politiques. On peut d'ailleurs se demander si le peu de leçons effectives tirées, en 2009, du « précédent de 1976 » ne tient pas, outre à la dépendance au politique, au court-termisme foncier d'une activité vouée à se projeter dans la prochaine menace et la prochaine crise. Comme l'écrit éloquemment le professeur de médecine à la faculté de Marseille et spécialiste des maladies infectieuses et du bioterrorisme, Didier Raoult, « Des nouvelles maladies infectieuses peuvent apparaître en tout endroit du monde et à tout moment (...). Il est impossible de prévoir quelle maladie fera demain son apparition. Une seule chose est certaine, c'est que cela arrivera. Seule la vigilance nous permettra de détecter le plus tôt possible les épidémies avant qu'elles ne frappent une partie trop importante de la population. (...) l'inattendu doit être attendu avec beaucoup de vigilance (...). »⁶¹³.

⁶¹³ RAOULT Didier, *Les nouveaux risques infectieux. Grippe aviaire, SRAS, et après*, Paris, Lignes de repères Edition, 2005.

Conclusion. L'État, l'agence, les risques.

Au début du 21^e siècle, pendant un peu plus de deux décennies, la France a possédé sinon « son » CDC, du moins une agence dédiée à la surveillance épidémiologique, une structure assez légère encore (un budget de 58 M€ et moins de 400 équivalents temps plein en 2015⁶¹⁴), intégrée dans un dispositif national de sécurité sanitaire (peuplé d'autres agences et « d'effecteurs » au niveau déconcentré) et inséré dans des réseaux internationaux et européens. L'institution va évoluer. Un « rapport de préfiguration » a été rendu le 2 juin 2015 par François Bourdillon, directeur de l'INVS, « en vue de la création d'une agence de prévention, de veille et d'intervention en santé publique », réunion de l'INVS avec l'INPES (éducation et promotion de la santé) et l'EPRUS (intervention d'urgence). L'appellation proposée, à ce stade, pour la nouvelle institution est « Agence nationale de santé publique »⁶¹⁵, avec pour « nom de marque » « Santé Publique France », qui évoque directement celui de la nouvelle agence anglaise Public Health England. D'une certaine manière, la nouvelle agence doit épouser les deux temporalités de l'action en faveur de la santé d'une population, le court terme des crises, de l'alerte et de l'urgence, et le long terme de la lutte contre les inégalités de santé et de la promotion de la santé. On pourrait dire qu'elle doit réconcilier sécurité (sanitaire) et justice (santé publique).

Le rapport de préfiguration énonce plusieurs « principes fondateurs » de la nouvelle agence, parmi lesquels le « respect d'une éthique de l'action » consiste à « répondre à un haut niveau d'opérabilité et d'efficacité », et concerne d'abord, par ordre de présentation, la « fiabilité » des systèmes d'information, la « sensibilité » des seuils de déclenchement de l'alerte, « l'accès aux données » (c'est-à-dire la préservation de la confiance du public, de plus en plus de données étant réclamées), la « réactivité » dans l'intervention, et « l'anticipation », qui remet en contexte les signaux d'alerte et permet la préparation aux crises à venir⁶¹⁶. Le lexique de l'excellence technique est ici tout à fait emblématique de l'exigence d'adaptation permanente (sensibilité, réactivité, anticipation) que toute agence sanitaire doit aujourd'hui satisfaire en plus de la rigueur et de l'éthique (fiabilité, exhaustivité et confidentialité). Or, cette exigence correspond exactement à l'action en contexte de crise. Ainsi, le bilan de la pandémie de 2009 tiré par l'Institute Of Medicine (IOM) américain désigne pour nouvel idéal des systèmes d'information la « standardisation flexible » ou « l'uniformité agile » (« *nimble uniformity* »), définie comme le point idéal (« *sweet spot* ») entre des processus standardisés et consistants d'un côté, et des processus hautement fluides et réactifs de l'autre⁶¹⁷. Si les « situations émergentes » exigent que

⁶¹⁴ Budget et effectifs en baisse du fait des mesures de réduction budgétaire des années 2010.

⁶¹⁵ « Françaises » dans les années 1990, les agences sanitaires sont devenues « nationales » dans les années 2010.

⁶¹⁶ Rapport précité, p. 30.

⁶¹⁷ CHOFFNES Eileen R et al., *The domestic and international impacts of the 2009-H1N1 influenza A*

les agences soient « *nimble* », donc légères, vives, agiles⁶¹⁸, cette qualité, que l'esprit du Nouveau management public oppose évidemment à la « lourdeur » de la bureaucratie traditionnelle, doit désormais caractériser l'ensemble de l'action sanitaire ; c'est le sens de la formule « surveiller (non seulement) tout, (mais aussi) tout le temps ».

La nouvelle agence doit ainsi résoudre la tension entre les exigences de la sécurité et les principes de la justice, tout en généralisant à l'ensemble de ses actions « l'agilité », qui caractérise son action à court terme. La contradiction paraît flagrante, et on peut craindre que la future ANSP ne souffre des mêmes difficultés que l'INVS dès lors que sera exigée d'elle la surveillance permanente et complète des menaces impliquant la santé. Si l'on voit bien que la volonté est de rassembler dans une même institution les fonctions de contrôle et les fonctions de prévention – donc de se rapprocher encore plus des CDC américains –, on peut craindre que les premières continuent de prendre le pas sur les secondes. Dans tous les cas, l'insistance mise par les préfigureurs à affiner les modalités de l'action de la nouvelle agence est significative de sa position, comme de celles dont elle sera issue : dans l'État. La trajectoire de la veille sanitaire en France dès années 1980 aux années 2010 montre que cette activité manifeste à la fois le retour de l'État central dans l'administration centrale, au travers d'un processus d'intégration qui fait des agences des bureaucraties de second rang, et l'extension de la juridiction médicale au sein de l'État, avec le développement longtemps attendu d'une médecine de santé publique. Celle-ci semble cependant de plus en plus prise au jeu des concurrences professionnelles et disciplinaires (notamment avec les juristes ou les statisticiens), tout en demeurant au bas des hiérarchies propres à la profession médicale, et corrélativement, cantonnée dans la production de politiques sanitaires plutôt que dans leur mise en œuvre, contribuant du même coup à renforcer la séparation entre la « santé » et « le social » plutôt qu'à les articuler (d'où les difficultés permanentes des médecines d'institution, scolaire, pénitentiaire ou du travail).

Agence d'État, agence tous risques ?

Sans doute la surveillance épidémiologique se donne t-elle à voir comme une forme renouvelée de la médecine sociale, qui avait connu un net déclin avec l'entrée de la médecine française dans la modernité biomédicale à compter des années 1950. Pour une part, les rénovateurs sont des médecins, cliniciens (infectiologues) ou de santé publique, qui n'ont pu sortir de leur marginalité ou de leur déclin qu'à la faveur de la survenue de l'épidémie de sida et des nouvelles maladies « émergentes » ; ce retour du péril infectieux leur a permis, depuis la DGS, de renforcer, moderniser et

pandemic global challenges, global solutions, op. cit. : p. 97.

⁶¹⁸ « One of the major themes that arose during the workshops is the ideal of flexible standardization or nimble uniformity—creating systems that find the sweet spot between consistent, standardized processes and highly fluid, reactive ones. As Georgia's Blackwell put it, "Public health agencies have to adapt and evolve quickly. We have to be much more nimble than we have ever been in the past to respond to an emerging situation." » Ibid.

externaliser une surveillance épidémiologique alors en déshérence. Ce travail s'est développé à partir des années 1990 grâce à des professionnels de santé, majoritairement médecins, ayant acquis des compétences épidémiologiques non seulement par la formation à l'épidémiologie de terrain (l'IDEA), mais aussi, plus largement, à compter des années 2000, par la multiplication des formations en santé publique. Pourtant, la surveillance épidémiologique ne se résume pas aujourd'hui au « renouveau » d'une pratique de la médecine, la prévention, que la « transition épidémiologique », le déclin des maladies infectieuses, et la confiance, sans doute excessive, dans les bienfaits actuels et futurs de la biomédecine, avaient semblé vouer aux oubliettes de l'histoire médicale.

Plus qu'à un « renouveau » de la médecine sociale comme santé publique, on a affaire ici à une métamorphose de l'ancienne police sanitaire. Bien plus qu'au champ médical, dont le sous-champ de la médecine clinique a incontestablement été affecté par l'essor de la mathématique probabiliste qui y a aujourd'hui acquis le rang de science accessoire de premier plan, la surveillance épidémiologique appartient en effet au champ étatique. La distinction pourrait paraître spéieuse : le plus souvent, les institutions comme les individus appartiennent simultanément, mais à des degrés divers, à plusieurs champs. Mais le fait est que si la grande majorité des agents de la surveillance épidémiologique sont issus des lieux de formation propres au champ médical (mais aussi, pour certains, du champ scientifique), et si le sous-champ de la santé publique a été profondément transformé, ils agissent avant tout dans des institutions tout entières inscrites dans le champ de l'État – qu'ils contribuent en retour à médicaliser : la surveillance épidémiologique contribue à l'extension du domaine de juridiction du domaine médical. Plus précisément, les acteurs de la surveillance épidémiologique sont nombreux et dispersés, notamment dans le champ médical, et y compris dans le sous-champ de la médecine clinique : tous les médecins, libéraux ou hospitaliers, comme les autres professionnels de santé, participent de la surveillance, quand ils font remonter des informations sanitaires, transmettent des données, signalent des cas, aident à l'investigation ou à l'action de santé publique. Mais les responsables et spécialistes de la surveillance épidémiologique constituent un milieu beaucoup plus restreint, situé sinon confiné dans l'administration de la santé, avec des relations étroites et privilégiées avec la recherche scientifique et médicale, depuis l'échelon central centrale jusqu'à l'échelon déconcentré en passant par les agences.

Une dimension majeure de l'institutionnalisation de la veille sanitaire réside dans la « colonisation » du monde sanitaire par la notion de « risque de santé », au sens habermassien de dynamique endogène et largement auto-entretenu de rationalisation d'un monde vécu (des problèmes, des pratiques) auparavant approchés par d'autres catégories d'action et de pensée⁶¹⁹. La veille sanitaire scelle en effet l'alliance entre les savoirs médicaux et administratifs traditionnels (cliniques, biologiques, de dénombrement et de déclaration), et des savoirs plus récents, les

⁶¹⁹ HABERMAS Jürgen, *La science et la technique comme idéologie*, Paris, Gallimard, 1973 ; PECAUD Dominique, *Risques et précautions: l'interminable rationalisation du social*, Paris, La Dispute, 2005.

technologies de l'information et de la communication mais aussi, avant tout, les outils de la mathématique statistique, qu'elle sort de l'atmosphère « confinée » des laboratoires de l'épidémiologie clinique, où le savoir statistique ancien (descriptif) a été en quelque sorte dépoussiéré et en partie renouvelé, pour les mettre à l'épreuve du « grand air » de l'action (en santé) publique. Ce qui différencie la police sanitaire d'hier de la sécurité et la veille sanitaires d'aujourd'hui, c'est bien la notion de « risque », désormais partout. La santé publique n'est certes pas le seul lieu où s'éprouve l'emprise de la catégorie du risque dans les sociétés post-industrielles, que l'on ne peut plus rapporter uniquement à la vision objectiviste, naïve et souvent intéressée, de l'avènement d'une « société du risque » qui, selon l'analyse fameuse d'Ulrich Beck, résulterait avant tout des changements d'échelle et des sauts qualitatifs opérés par les mutations technologiques. De nombreux travaux ont en effet mis en évidence la contribution d'« entrepreneurs en risques » et/ou « en menaces » pour les démocraties à la banalisation de la catégorie, et l'ont mise en relation avec la consécration de la « gouvernementalité néo-libérale », telle que définie par Michel Foucault, fondée sur la gestion du risque comme technologie politique de gestion à distance des conduites des individus considérés comme des *homo economicus*, acteurs responsables, égoïstes et rationnels dans leurs réponses à des incitations positives ou négatives⁶²⁰.

La santé publique n'en est pas moins devenue le lieu par excellence de tous les risques. On pourrait penser que l'épidémiologie probabiliste porte en elle l'extension indéfinie de la notion. Quand elle s'intéresse aux maladies chroniques – ou chronicisées, comme aujourd'hui le sida –, l'épidémiologie tend en effet à appréhender des personnes en bonne santé comme des patients asymptomatiques auxquelles un traitement préventif peut être prescrit, et les personnes statistiquement exposées au risque comme une « population à risque » à laquelle un dépistage massif doit être conseillé. Le risque de santé étend du même coup le domaine du pathologique, et détache la notion de santé de l'expérience sensible du sujet, pourtant la relation première à la santé dans l'acception de Georges Canguilhem (c'est la thèse fameuse de la « normativité du vivant »)⁶²¹. Mais le cadrage des problèmes de santé publique dans la catégorie du risque ne repose pas plus sur une perspective aussi naturalisante de la multiplication des risques de santé que, inversement, sur une perspective hyper-constructiviste, dont Ian Hacking a pointé les apories et les limites⁶²². Il n'est guère raisonnable de postuler que tous les « risques de santé » sont des construits sociaux et politiques, ne reposant sur aucun fondement objectif, et un constructivisme plus mesuré, séparant les « faits bruts » des « faits institutionnels » (pour suivre John Searle⁶²³) s'impose : l'apparition de maladies infectieuses nouvelles ou la résurgence de

⁶²⁰ BORRAZ Olivier, *Les politiques du risque, op.cit.* ; BERTRAND Romain et LAURENS Sylvain, « Présentation », *Savoir/Agir*, 2009, pp. 9-12 ; DACCACHE Michel, « Gestion de risques et légitimité des élites », *Savoir/Agir*, 2009, pp. 29-39.

⁶²¹ CANGUILHEM Georges et CANGUILHEM Georges, « La santé: concept vulgaire et question philosophique », *art. cit.*

⁶²² HACKING Ian, *Entre science et réalité: la construction sociale de quoi?*, Paris, La Découverte, 2001.

⁶²³ C'est à faire cette distinction entre les faits sociaux et institutionnels d'un côté, les faits bruts (la « réalité externe ») de l'autre, que nous invite SEARLE John R., *La construction de la réalité sociale*, Paris,

maladies que l'on croyait éradiquées ou sous contrôle, ne sont pas de pures inventions des spécialistes de la surveillance épidémiologique, mais aussi des faits bruts ! Pour autant, construction il y a bien eu. D'une part le renseignement épidémiologique pratiqué par Y. Biraud rappelle qu'une forme de veille sanitaire a pu exister sans recours à la mathématique probabiliste et à l'usage généralisé de la notion de risque. D'autre part, l'extension continue du domaine couvert en santé par le risque lui permet d'être utilisé y compris là où en toute rigueur il ne saurait être, en raison des confusions nombreuses entre ce qui est connu et calculable, voire maîtrisable, et ce qui est encore inaccessible à la connaissance – en bref entre le risque et l'incertitude. À bien des égards, la veille sanitaire ne travaille pas sur (et contre) des risques de santé, mais sur (et contre) des *menaces* pour la santé marquées par *l'incertitude*.

En outre, l'extension continue du domaine de la lutte épidémiologique répond pour une part à la pression des acteurs politiques, pour lesquels l'agence peut constituer un fusible politique pratique qui endosse le risque judiciaire. L'épisode de la gestion malheureuse de la canicule de 2003, où le DGS a fait office de fusible, a été l'occasion pour le politique d'explicitier l'objectif inatteignable assigné à l'épidémiologie de surveillance : « prévoir l'imprévisible » et « surveiller tout, partout et tout le temps ». Répondre à de telles exigences formulées par une tutelle sourcilleuse et, en cas de crise, tentée par le rejet du blâme sur un bouc émissaire soumis quant à lui à l'obligation de réserve et de loyauté, constitue une incitation forte, pour l'agence, à étendre son domaine d'observation et d'action et à tenter de se connecter à tous les systèmes d'information existants qui autoriseraient la détection la plus en amont et la plus précoce possible de menaces en gestation⁶²⁴. Bien entendu, un tel projet est largement illusoire : quand bien même la surveillance épidémiologique parviendrait à devenir le panoptique sanitaire que sa tutelle politique et administrative lui demande d'être, l'incomplétude inévitable des systèmes d'information existants (qui accordent une prime à l'existant en valorisant les fléaux et les enjeux déjà constitués en cause et faisant l'objet d'une réponse institutionnelle), les capacités forcément limitées de traitement de l'information (malgré des moyens matériels et humains renforcés), les routines organisationnelles constituent, entre autres, autant de facteurs de limitation de sa rationalité, comme l'ont montré il y a longtemps les travaux de sociologie des organisations inspirée par Herbert Simon⁶²⁵. En un sens, « la peur est au-dessus de nos moyens », selon l'expression de l'économiste de la santé Jean de Kervasdoué⁶²⁶ : la

Gallimard, 1998. (chapitre VII notamment).

⁶²⁴ POWER M. *et al.*, « Reputational Risk as a Logic of Organizing in Late Modernity », *art. cit.*

⁶²⁵ Le même écueil limite les ambitions délirantes de la surveillance numérique (dite « programmatique ») par *data mining* réalisée par la NSA américaine à partir des années 1990 pour assurer la lutte contre le terrorisme. Les données sont inutiles pour anticiper la moindre menace, et ne servent au mieux qu'à reconstituer a posteriori des trajectoires. Un ancien directeur de la NSA a d'ailleurs reconnu que la lutte antiterroriste n'est pas la première motivation de la surveillance. Les motivations, le lanceur d'alerte Edward Snowden les appelle « espionnage économique », « contrôle social » et « manipulation diplomatique ». (d'après Grégoire Chamayou, « Dans la tête de la NSA », *Revue du Crieur* n°1, p. 20-39.

⁶²⁶ DE KERVASDOUE Jean, *La peur est au-dessus de nos moyens: pour en finir avec le principe de précaution*, Paris, Plon, 2011. : chapitre 7 (« de la peur des gouvernants d'être un jour poursuivis naît leur volonté de se protéger. Cette protection ne peut se concevoir par eux que si les moyens ne sont pas limités et si

veille sanitaire est condamnée à se faire déborder par la survenue de nouvelles menaces et fléaux qui, après une phase de mise en « crise » politique et médiatique, seront convertis ou codés en risques de façon à faire l'objet d'une prise en charge institutionnelle par la surveillance épidémiologique, qui étend ainsi son périmètre d'intervention. Les exemples de la canicule en 2003 et de la pandémie grippale en 2009 (cf. chapitre 7) sont, à cet égard, édifiants.

La centralité acquise par la notion de risque dans la surveillance épidémiologique renouvée a des conséquences décisives sur la manière de penser et hiérarchiser les problèmes de santé publique⁶²⁷. Parce qu'elle recouvre souvent celle de danger immédiat, la notion de risque incline à la gestion de crise plutôt qu'à l'action de long terme sur les déterminants sociaux de morbidité et de mortalité. Autrement dit, l'approche en termes de risques sanitaires concurrence et domine la problématique des inégalités sociales de santé. On pourrait multiplier les indices de la marginalisation persistante de la problématique des inégalités sociales de santé (ISS) dans le débat et l'action publics⁶²⁸ : la réduction des ISS n'a pas été retenue parmi les priorités des États généraux de la santé ; dans la grande loi de santé publique du 9 août 2004, un seul objectif sur 100 vise la réduction des inégalités sociales de santé (le n° 34) ; la loi HPST de 2009 a délaissé ces questions, il est vrai socialement peu visibles, au profit d'une focalisation sur les problèmes d'accès aux soins rencontrés par les populations les plus fragiles, qui constituent en revanche l'une des inégalités les plus mal tolérées par les Français⁶²⁹. Or, cette marginalité est en partie le revers de la consécration du « risque sanitaire » par une épidémiologie des facteurs de risque (*riskfactorology*), au demeurant plus encline à incriminer les comportements et des styles de vie des individus, voire leur « culture »⁶³⁰, qu'à agir sur les contextes sociaux dans lesquels ils évoluent⁶³¹. Comme l'écrivent P. Peretti-Watel et J.-P. Moatti, « (...) le risque n'a pas seulement fourni une technologie à la prévention. Il a aussi bouleversé ses priorités. En effet, le risque a une dimension morale et idéologique. Il permet de mettre en scène un individu devenu maître de son destin, qui décide de prévoir le futur pour mieux le contrôler. Le développement de la notion de risque est donc coextensif d'une certaine conception de l'homme et de la société, qui met l'accent sur l'autonomie et la responsabilité de chacun »⁶³². Finalement, le « pouvoir sanitaire » retrouvé, armé de

leur pouvoir, et donc leur capacité de contrôle, est absolu. Par essence, ce désir de contrôle évacue toute confiance et induit la création d'une bureaucratie nouvelle. », p. 133)

⁶²⁷ GILBERT Claude et HENRY Emmanuel (éds), *Comment se construisent les problèmes de santé publique*, Paris, La Découverte/PACTE, 2009.

⁶²⁸ HAUT CONSEIL DE SANTE PUBLIQUE, *Inégalités sociales de santé: sortir de la fatalité*, Paris, La Documentation française, 2009.

⁶²⁹ Sur ce point, voir les travaux en cours de Frédéric Pierru.

⁶³⁰ DOZON Jean-Pierre et FASSIN Didier (éds), *Critique de la santé publique, op. cit.*

⁶³¹ A l'inverse, les recherches sur les inégalités sociales de santé enjoignent de distinguer les causes « proximales » - les comportements des individus - des causes « fondamentales » - les contextes dans lesquels ces comportements s'insèrent. L'enjeu pour l'action publique est bien entendu d'agir sur les racines du mal, *i.e.*, les causes « fondamentales ». HAUT CONSEIL DE SANTE PUBLIQUE, *Inégalités sociales de santé, op. cit.* p. 11.

⁶³² PERETTI-WATEL Patrick et MOATTI Jean-Paul, *Le principe de prévention: le culte de la santé et ses dérives*, Paris, Seuil, 2009 (La République des idées).

savoirs de plus en plus nombreux (médical, biologique, technique, statistique, etc.), œuvre surtout à la surveillance des menaces, l'extension des interdits et la répression des écarts et déviances.

Un espace intermédiaire

L'institutionnalisation de l'épidémiologie d'intervention contredit l'idée répandue selon laquelle l'État serait en voie de démantèlement dans le domaine de la santé sous l'effet du néolibéralisme triomphant. En effet, la tendance lourde est plutôt celle, inverse, du retour de l'État dans un secteur traditionnellement dominé par des intérêts professionnels (d'abord la profession médicale), sociaux (le paritarisme associant syndicats patronaux et salariés), industriels (les firmes pharmaceutiques) ou politiques (les dirigeants politiques locaux dans le secteur hospitalier). Si la sous-administration a longtemps caractérisé la santé en France, les réformes intervenues depuis les années 1990 ont inscrit l'administration dans une dynamique d'affirmation aux dépens des intérêts qui ont participé de l'entretien de sa faiblesse et de sa marginalisation. Le renforcement des *state capacities*⁶³³ par la modernisation des bureaucraties anciennes (les directions centrales et les services déconcentrés) et la création de nouvelles « bureaucraties techniques » (les agences), a complexifié les relations étroites et jeux d'influences entre intérêts sectoriels et acteurs politiques. Renforcée, l'administration sanitaire est en charge de la promotion d'objectifs qui, à un titre ou à un autre, contrarient les intérêts des professions et industries de la santé, qu'il s'agisse de la maîtrise des dépenses de santé ou de la sécurité et la veille sanitaires.

Le processus de modernisation de la surveillance participe ainsi d'un mouvement plus général de *centralisation* de la santé publique. L'analyse socio-historique de la genèse de l'INVS a montré les difficultés avec lesquelles est reconnue sa nécessité, malgré les crises et scandales sanitaires qui tendent à en justifier l'existence. Loin d'être le produit direct des « crises », il a fallu non seulement une fenêtre d'opportunité politique (les « affaires » appellent l'intervention ministérielle et le soutien de la haute fonction publique), mais surtout une double mobilisation, pour que la surveillance épidémiologique prenne forme institutionnelle et surmonte les résistances de l'administration centrale contre l'externalisation de l'activité, les réticences des médecins libéraux à l'égard de la médecine administrative, et le mépris des épidémiologistes de l'INSERM envers une statistique trop descriptive. Mais cette externalisation vaut centralisation, au regard des liens maintenus entre l'agence et sa tutelle. La création et la montée en puissance rapide des agences sanitaires, à (faible) distance de l'administration centrale, a absorbé les crédits budgétaires qui n'ont pas pu bénéficier *de facto* aux administrations déconcentrées pourtant structurellement

⁶³³ SKOWRONEK Stephen, *Building a new American state: The expansion of national administrative capacities, 1877-1920*, Cambridge, Cambridge University Press, 1982. Pour une présentation de ces travaux, BEZES Philippe et PIERRU Frédéric, « Politiques publiques et sociologie de l'État », *Références*, février 2010, pp. 491-501 ; BEZES Philippe et PIERRU Frédéric, « État, administration et politiques publiques : les dé-liaisons dangereuses », *Gouvernement et action publique* (2), juin 2012, pp. 41-87.

sous dotées au regard de l'ampleur des missions dont elles ont la charge⁶³⁴. Cette médecine administrative *new look* se concentre sur la production de politiques et de recommandations par le haut plutôt qu'à la définition et à la mise en œuvre d'actions de santé publique par le bas. D'autre part, son action se situe davantage dans le registre du contrôle à distance que dans celui de la prévention et la protection « rapprochées », localisées, de l'ancienne santé publique : elle exerce ses missions au nom de l'État de police qui se donne pour tâche de gérer l'insécurité et de parer les menaces qu'il contribue à identifier, définir, voire produire lui-même. L'INVS est, comme les autres agences sanitaires, l'une de ces bureaucraties de contrôle qui balisent désormais le territoire de la santé publique.

L'étatisation de la santé publique, au sens de réinvestissement des fonctions régaliennes et d'autonomisation contre les intérêts sectoriels et professionnels, se traduit concrètement par un processus transversal *d'intégration* institutionnelle. Frédéric Pierru et Daniel Benamouzig ont montré que les caractéristiques de ce processus l'opposaient en tout point au modèle professionnel traditionnel, que la médecine a très longtemps incarné et su défendre contre l'administration de la santé (introduction d'une verticalité, agrégation des intérêts, appel à la coordination et à la transversalité, formalisation et standardisation des pratiques, et production en routine d'informations)⁶³⁵. Un tel processus entraîne l'émergence d'« espaces intermédiaires », dont les agences sanitaires sont un cas exemplaire, qui s'intercalent entre le niveau de la décision et celui de l'« exécution » des activités professionnelles proprement dites, selon un schéma analogue à celui qui a fait émerger la grande entreprise à la fin du XIX^{ème} siècle (avec l'émergence des contremaîtres ou managers)⁶³⁶. L'analogie présente l'avantage d'éviter de postuler *a priori* la portée des dynamiques en cours, par exemple en prophétisant la « déprofessionnalisation » ou la « prolétarianisation » de la médecine ou, à l'inverse, la capacité des professionnels de santé à préserver leur autonomie en contournant, détournant, voire retournant les tentatives répétées de régulation externe de leurs pratiques. Surtout, elle invite à investiguer, plus longuement que les pistes ébauchées ici, ce que ces espaces doivent au fait qu'ils occupent une position *intermédiaire* entre l'État et les professionnels.

Certes, le processus d'intégration institutionnelle de la santé en France a coïncidé avec la consécration du *New Public Management*. Mais il ne s'y réduit pas. Les transformations de l'État sanitaire ont sans conteste respecté les préceptes du NPM qui invite à casser les grandes bureaucraties wébériennes en de multiples agences de gestion et d'expertise autonomes, à promouvoir les mécanismes de concurrence à

⁶³⁴ PIERRU Frédéric et ROLLAND Christine, « La quadrature du cercle de la territorialisation des politiques de santé. La fusion de l'administration territoriale à l'épreuve de la concurrence des institutions et des rationalités de l'action publique », in ALAM Thomas et GURRUCHAGA Marion (éds), *Collectivités, territoires et santé: Regards croisés sur les frontières de la santé*, Paris, L'Harmattan, 2015, pp. 45-73.

⁶³⁵ BENAMOUZIG D. et PIERRU F., « Le professionnel et le système!: l'intégration institutionnelle du monde médical », *Sociologie du travail* 53, 2011, pp. 327-333..

⁶³⁶ Notamment CHANDLER Alfred D., *La main visible des managers*, Paris, Economica, 1999 ; LEFEBVRE Philippe, *L'invention de la grande entreprise*, Paris, Presses Universitaires de France, 2003.

l'intérieur de la sphère publique (libéralisation), à développer les relations concurrentielles et de nature contractuelles entre opérateurs publics et privés, à développer les systèmes d'information et à banaliser le recours aux indicateurs de performance, etc. La création d'agences d'expertise ou de gestion, la généralisation du recours à la technologie libérale du contrat (d'objectifs et de moyens) pour formaliser, à tous les niveaux, les relations entre les acteurs du système de santé, l'élaboration de *guidelines* à partir de systèmes statistiques nouveaux, adossés à des mécanismes incitatifs, la publicité donnée à certains indicateurs de performance de façon à permettre aux patients subjectivés en « consommateurs » de faire des choix « avisés » en matière de recours aux soins, etc. pourraient laisser accroire à une remise en cause de l'État et de ses modalités traditionnelles d'action que sont la hiérarchie, la règle générale et impersonnelle ou encore la planification. Il n'en est rien.

L'INVS occupe en effet une position intermédiaire entre l'État et la profession médicale. Sa création a offert à la médecine de santé publique non seulement un débouché important, et donc à la profession médicale une nouvelle possibilité de l'extension de son champ d'action, mais aussi une opportunité unique d'accéder à une reconnaissance qui lui était jusque là refusée, en ajoutant à l'activité peu gratifiante de contrôle du respect de la législation sanitaire celles, plus « moderne », de spécialistes de l'anticipation et de la gestion du risque sanitaire. La position est assez inconfortable entre soumission aux directives de la hiérarchie étatique et manque de prises sur la profession médicale. D'un côté, l'indépendance initialement confiée aux agences sanitaires est contredite par la multiplication des contrôles et la procéduralisation de leur activité qui ont contribué à leur réinsertion dans le giron de l'administration. Comme l'ont souligné Daniel Benamouzig et Julien Besançon⁶³⁷, l'ambition initiale de la triple ouverture administrative, scientifique et médicale des agences semble avoir fait long feu et leur mode de fonctionnement les rapprochent de « bureaucraties techniques de second rang » adossées à l'État, chasses gardées de certains segments de la profession médicale, lieux encore confinés dans leur légitimité étatique et scientifique mais soumis aux décisions politiques de leur « tutelle », comme tend à le montrer l'exemple du montage de la déclaration obligatoire de l'infection à VIH (cf. chapitre 6). De l'autre, la veille sanitaire doit réunir et produire des informations potentiellement utiles à la surveillance épidémiologique, afin de proposer aux décideurs administratifs et politiques les recommandations et avis nécessaires à l'accomplissement de la mission régaliennne de protection de la santé des populations, mieux, de « surveiller tout, partout, tout le temps ». Or, l'INVS, dont les antennes régionales sont très peu fournies en personnel (3 à 10 personnes par antenne), ne peut guère exercer un pouvoir de contrainte sur les producteurs d'informations ou les effecteurs des politiques de sanitaire, qu'il lui faut par conséquent intéresser et enrôler. Mais la médecine de ville a construit – et construit encore – son identité « libérale » contre l'État et la Sécurité sociale. La campagne de vaccination contre le virus grippal H1N1 en 2009 a illustré une fois de plus, de façon éclatante, la faible intégration des médecins de ville à la conduite des politiques de santé publique. Quant au secteur hospitalier, contexte plus favorable à la surveillance car étatisé et

⁶³⁷ BENAMOUZIG Daniel et BESANÇON Julien, « Administrer un monde incertain », *art. cit.*

bureaucratisé, les spécialistes de santé publique n'y sont guère nombreux et ils occupent une position périphérique, sinon marginale, dans l'épicentre de la biomédecine française dont les figures d'excellence nourrissent un certain dédain à l'endroit d'une pratique de la médecine très éloignée des préoccupations cliniques et, facteur aggravant, menée au service de l'État. Au final, dans le travail de construction, d'entretien et d'animation de réseaux de producteurs d'information, qui déborde d'ailleurs le monde de la santé pour concerner d'autres administrations et services publics, comme les sapeurs-pompiers, la position intermédiaire et d'intermédiaire de l'activité de veille sanitaire participe de l'allongement des circuits de la décision et de l'action administratives : la santé publique « rénovée » n'est plus celle, locale et directe, du dispensaire et des règlements sanitaires, mais celle, indirecte et centralisée, des bonnes pratiques dûment expertisées et diffusées auprès des effecteurs locaux des politiques de santé.

Un fatalisme de l'expert ?

Tout invite à considérer le succès de la rénovation de la santé publique par la veille sanitaire, dans le sillage des travaux d'inspiration foucauldienne, comme l'une des manifestations de la gouvernementalité néolibérale, dont le projet est de faire de chaque individu, supposé responsable et rationnel, un gestionnaire/entrepreneur de « risques », sopesant avec soins les coûts et les bénéfices qu'il pourrait retirer de ses actions (voir par exemple la distinction, aux relents de racisme social, entre « risquophiles » et « risquophobes »). *L'homo sanitas* tout comme *l'homo medicus* se distinguerait par la conscience de sa responsabilité individuelle et son rapport actif et maîtrisé aux risques sanitaires. Ce niveau de généralité n'est cependant pas très stimulant, beaucoup moins que d'autres travaux sur les transformations de l'État. En particulier, les travaux de Christopher Hood sur « l'art de l'État » ont permis d'invalider le récit diffusé par les gourous du management selon lequel la « modernisation » de l'État obéirait à un schéma évolutionniste qui verrait des formes dysfonctionnelles (bureaucratiques en particulier) être supplantées par le *one best way* du *NPM*⁶³⁸. En s'appuyant sur la théorie culturelle de Mary Douglas, Hood soutient dans une veine néo-institutionnaliste qui fait aussi écho à l'approche des révolutions scientifiques par Thomas Kuhn⁶³⁹, que la réforme de l'État ne cesse d'osciller entre quatre formes culturelles fondamentales d'organisation de la sphère publique (hiérarchique, individualiste, égalitariste et fataliste) : lorsque une forme culturelle domine à une période donnée, ses défauts et lacunes finissent par apparaître, redonnant du lustre et de l'attrait à des formes concurrentes. Hood montre notamment que l'impérialisme de l'organisation bureaucratique/hiérarchique entre la fin du XIXème et la première moitié du XXème siècle a débouché sur la mise en évidence, par la sociologie des organisations en particulier, de ses cercles vicieux, de ses rigidités, de ses surcoûts et de la qualité supposée déficiente du service rendu, laquelle a permis l'éclosion, dès les

⁶³⁸ HOOD Christopher, *The art of the state: Culture, rhetoric, and public management*, Oxford, Oxford University Press, 2000.

⁶³⁹ KUHN Thomas S., *La structure des révolutions scientifiques*, Paris, Flammarion, 1972.

années 1960, de la forme individualiste, sous les atours du *NPM*, puis sa consécration à compter des années 1980 et 1990⁶⁴⁰. Selon Christopher Hood, la nouvelle domination de la forme individualiste va, inévitablement, induire ses propres effets pervers et démontrer ses limites, redonnant le blason des formes concurrentes. Autrement dit, l'histoire de la réforme de l'État n'est pas celle d'un progrès inéluctable vers une modernité managériale indépassable, mais, au contraire un mouvement pendulaire entre des formes d'organisation qui se définissent dialectiquement dans une opposition et une concurrence permanentes.

La théorie culturelle de Mary Douglas⁶⁴¹ présente un espace social à deux dimensions (*grid*, selon la force de la régulation de l'espace considéré ; *group*, selon le degré d'intégration plus ou moins élevé de l'espace considéré), d'où il ressort quatre « styles de pensée » : hiérarchique, individualiste, égalitarienne, fataliste ou isolée. Il s'agit d'une carte du monde social, fidèle à la perspective durkheimienne de l'anthropologue britannique : ces styles de pensée, incompatibles entre eux, se posent en s'opposant, mais correspondent surtout à des formes de pression sociale sur les individus (dans les organisations, les professions ou des activités comme la perception des risques) ou à des types préférentiels de relations sociales. L'opposition principale, dans le sens commun, mais aussi sur le plan des idées et des théories, oppose les hiérarchistes (*grid* et *group* forts) aux individualistes (*grid* et *group* faibles)⁶⁴², opposition cardinale des valeurs d'ordre et de liberté, du statut et de la négociation, de la bureaucratie et du marché. Les égalitaires (valeur de la justice et/ou de l'égalité) s'opposent aux hiérarchistes par leur moindre régulation (*grid* faible), et aux individualistes par leur plus grande intégration (*group* fort). Quant aux isolés, ils font figure de parents pauvres dans la pensée de Mary Douglas comme dans la recherche en sciences sociales, en tant qu'ils ne semblent porteurs d'aucune valeur positive et distinctive : condamnés à la passivité et à l'apathie politiques, ils sont définis par défaut. On saisit mal a priori ce que serait une société plutôt atomisée (*group* faible) mais prise dans des routines fortes (*grid* faible).

Bien avant d'être utilisée par Hood, la théorie culturelle a servi à Mary Douglas et Aaron Wildavsky à identifier des rapports individuels aux risques très contrastés⁶⁴³. Schématiquement, le bureaucrate (l'État) évite toute prise de risque, toute initiative

⁶⁴⁰ BEZES Philippe, « Réinventer l'État. Les réformes de l'administration française », *art. cit.*

⁶⁴¹ DOUGLAS Mary, *Comment pensent les institutions: suivi de La connaissance de soi et Il n'y a pas de don gratuit*, Paris, La découverte, 2004.

⁶⁴² Comme le note le philosophe Vincent Descombes, qui se sert du schéma de Douglas pour identifier les biais culturels des prises de positions à l'égard de la réforme de l'université française, Mary Douglas « cherche à transposer la théorie durkheimienne des représentations collectives dans un idiome inspiré de l'éthnométhodologie : le sociologue examine ce que dit ou fait quelqu'un et remonte de là au contexte social qui fournit à cet individu ses formes de pensées », mettant ainsi en évidence des biais culturels « invariants » mais aussi irréductibles. (Vincent Descombes, « L'identité collective d'un corps enseignant », *La vie des idées*, 3 mars 2009).

⁶⁴³ DOUGLAS Mary et WILDAVSKY Aaron, *Risk and culture: An essay on the selection of technological and environmental dangers*, Berkeley, Univ of California Press, 1983. Pour une présentation synthétique de la théorie culturelle du risque, cf. PERETTI-WATEL Patrick, *Sociologie du risque*, Paris, A. Colin, 2000 (Collection U).

qui introduirait de l'incertitude dans sa routine : il est plutôt rétif et dans le déni du risque. En revanche, l'entrepreneur (les industriels), confronté à un environnement concurrentiel dans lequel aucune situation n'est définitivement acquise, perçoit au contraire le risque (de court terme) comme une opportunité et lui accorde donc une valeur positive. L'égalitarien (les associations écologiques dans l'étude de Douglas et Wildavsky) craint le risque catastrophique de long terme dont les effets seraient irréversibles. Enfin, les « exclus » sont incapables de se mobiliser et d'agir, et se réfugient dans une attitude fataliste par rapport aux risques. On comprend mieux pourquoi les chercheurs qui ont étudié la réorganisation des organisations administratives bureaucratiques traditionnelles sous l'effet de la diffusion du NPM ont fait le constat de la montée en puissance de la catégorie du risque et, simultanément, des professionnels et des technologies qui se proposent de les gérer⁶⁴⁴. Dans un contexte de mise en concurrence accrue, de multiplication des indicateurs de performance, des procédures d'évaluation et de reddition de comptes, les agents de l'État doivent de moins en moins se comporter en bureaucrates et, consciemment ou non, sont de plus en plus saisis par le style de pensée individualiste qui incline à la prise de risque et, plus fondamentalement, à l'établissement d'un rapport positif aux risques.

Invitées par l'« État régulateur » à réaliser leur mission de gestion des risques « sociétaux », ici sanitaires, les agences apprennent ainsi à gérer également des risques « institutionnels » ou « réputationnels », risques pour leur légitimité et leur survie politiques⁶⁴⁵. Le « risque » devient une catégorie des agences de régulation qui tendent à recoder dans cette catégorie de perception leur environnement institutionnel et ses incertitudes. S'enclenche alors une dynamique circulaire et réflexive de production de risques : plus le système de régulation est performant, cohérent et dense, plus les failles de la régulation publique ne manquent pas d'apparaître, plus le risque devient une catégorie pour gérer à la fois l'objet de la régulation et l'activité de régulation elle-même. Pour Henry Rothstein et ses collègues, les stratégies de maîtrise des risques institutionnels peuvent même inciter les agences à se détourner de leur mandat premier, à savoir la régulation des risques « sociétaux ». Dans cette perspective, le NPM et les agences qu'il crée participent du procès de prolifération du risque en tant que catégorie de pensée et d'action, de la colonisation de la sphère publique par le risque.

Une telle grille institutionnaliste éclaire sous un autre jour la colonisation de la santé publique par la catégorie du risque par l'intermédiaire de l'agence de surveillance épidémiologique. En charge d'une mission politiquement sensible – l'anticipation, la prévention et la neutralisation des menaces labellisées comme « risques sanitaires » -, l'agence est également confrontée aux exigences, parfois contradictoires, de publics

⁶⁴⁴ POWER Michael, *The audit society: Rituals of verification*, Oxford, Oxford University Press, 1999.

⁶⁴⁵ CARPENTER Daniel, *Reputation and Power: Organizational Image and Pharmaceutical Regulation at the FDA.*, Princeton, Princeton University Press, 2014 ; ROTHSTEIN Henry, HUBER Michael et GASKELL George, « A theory of risk colonization: The spiralling regulatory logics of societal and institutional risk », *Economy and society* 35 (1), 2006, pp. 91–112.

variés auxquels elle doit rendre des comptes selon des modalités plus ou moins formalisées et régulières : aux acteurs politiques et à la tutelle administrative bien sûr, mais aussi aux instances d'audit (comme les corps d'inspection ou la Cour des comptes⁶⁴⁶), aux associations (de malades en particulier), aux tribunaux, aux médias. On l'a dit (cf. chapitre 7), l'INVS est encore confronté à la concurrence des autres agences sanitaires dans un paysage institutionnel mouvant car sans cesse réformé. Surveillances multiples et croisées et concurrence inter-organisationnelle sont deux facteurs de risques institutionnels. Les épidémiologistes de l'INVS sont dans l'obligation permanente de faire preuve de leur utilité et de leur efficacité dans l'anticipation et la neutralisation des menaces « réelles » (celles que les épidémiologistes surveillent de façon préférentielle, en fonction de leur propre hiérarchie des risques) ou supposées (les menaces perçues et ou craintes par les publics « profanes »). En un sens, leur réputation et leur légitimité – donc leur survie institutionnelle - est fragile et toujours à construire. Ce n'est pas un hasard si l'ouvrage de Jacques Drucker dépeint « ses » épidémiologistes en hommes d'action qui dominent les épidémies grâce à leurs savoirs et savoir-faire mais aussi à leurs qualités morales (courage, détermination, ingéniosité, adaptabilité), et s'il annonce leurs interventions par des titres de roman noir ou de films à suspense (« Scalpel mania aux Caraïbes », « Alerte sur la ville », « la bataille de l'air », etc.). Même si le registre charismatique s'est estompé à mesure que l'agence grossissait et se bureaucratisait, la position intermédiaire contribue à le rendre pertinent, tout comme, le cas de la pandémie grippale l'a bien montré, la pratique de la surveillance elle-même, qui sollicite la logique du « coup » (certes préparé) contre toutes les routinisations, qui fait de la « préparation » et de l'anticipation une exigence dont il faut sans cesse renouveler les procédures, qui oblige à enrôler par la persuasion des producteurs d'information pas toujours disposés à coopérer, et qui place au cœur des savoir-faire de base la capacité à « gérer » les attentes des différents acteurs présents sur la scène des alertes sanitaires (élus, bureaucrates, journalistes et populations locales).

Il peut sembler assez délicat, en première approche, de caractériser le déplacement opéré par l'organisation de surveillance épidémiologique en France au cours des années 1990 et 2000 à partir de la carte du monde social établie par Mary Douglas. Il semble logique de faire de la situation égalitarienne le point de départ du mouvement d'intégration qui affecte la santé publique en général. En effet, l'organisation sanitaire apparaît jusqu'aux années 1980 fragmentée en autant d'enclaves (« égalitariennes »), professionnelles ou industrielles, sur lesquelles l'État peine à avoir prise. À partir de cette situation égalitarienne initiale, le processus d'intégration réalise à la fois un déplacement vers la situation hiérarchique (manifeste avec la création de ces préfectures sanitaires que sont les ARS⁶⁴⁷) et vers l'organisation individualiste (banalisation du recours au contrat et mise en concurrence des « offreurs de soins », etc.). Cette formalisation de la trajectoire du système de santé n'est pourtant pas complètement satisfaisante, car les principes individualistes font toujours l'objet d'un

⁶⁴⁶ Il faudrait mener une étude spécifique et systématique aux rapports très nombreux des corps administratifs ou des commissions parlementaires sur l'INVS.

⁶⁴⁷ Voir les travaux de F. Pierru en cours.

rejet fort de la part des professions de santé : pour l'enclave qu'est la profession ou la corporation, la voie individualiste fait office de repoussoir absolu. Au demeurant, les mécanismes de marché sont précisément censés discipliner et banaliser la profession médicale par trop émancipée de la double tutelle de l'État et du marché⁶⁴⁸.

Le processus de rénovation de la surveillance épidémiologique invite à penser que, pour leur part, les épidémiologistes se sont déplacés d'une position plutôt hiérarchique, au temps de la surveillance depuis la DGS, vers une position plutôt individualiste, en tant qu'agence. Mais derrière l'individualisme de façade du NPM se déploie un processus d'intégration de type hiérarchiste : la multiplication des contrôles et des audits, la formalisation et la bureaucratisation croissantes de leur activité réinsèrent les agences sanitaires dans l'espace administratif. En outre, la colonisation partielle de la surveillance épidémiologique par la médecine tend à favoriser la constitution d'une nouvelle égalitarienne dans l'État – un « espace mixte » où les logiques du champ médical concurrenceraient avec succès celles du champ étatique. Faut-il donc renoncer à attribuer aux épidémiologistes de la veille sanitaire un style de pensée, et un seul ? En revenant à la prétention des épidémiologistes à l'expertise, il est possible de proposer une autre interprétation. L'agencification de la surveillance aurait moins favorisé le style de pensée hiérarchiste ou individualiste que le style de pensée fataliste. L'intégration produirait des mondes « isolés », paradoxe qui n'est qu'apparent : dans la carte de Mary Douglas, les isolés, jamais vraiment pensés comme elle le reconnaissait volontiers⁶⁴⁹, ne sont pas de purs isolats, mais, par opposition aux espaces égalitariens, des mondes fortement régulés mais non intégrés, dispersés, voire en compétition. De fait, l'agence est soumise à des règles fortes : ses missions et activités sont formalisées, ses résultats périodiquement évalués, et, plus généralement, elle doit respecter les exigences de ses tutelles politiques et administratives. Pour autant, son intégration comme espace intermédiaire la place d'abord et avant tout dans une situation d'égalité voire de concurrence, plus que de hiérarchie. Plus exactement, son degré d'intégration dans le monde sanitaire est faible en cela qu'elle est certes soumise à des contraintes hiérarchiques fortes (liées aux règles qui pèsent sur son activité), mais qu'elle ne dispose de presque aucun pouvoir de contrainte à l'égard de « partenaires » qu'elle doit convaincre (médecins praticiens, public, mais aussi administration déconcentrée, sans parler de tous les producteurs potentiels d'informations intéressant la santé), ou avec lesquelles elle entretient des rapports de type concurrentiel (les autres agences, ou les institutions scientifiques ou expertes).

La proposition est stimulante, et ouvre des perspectives, car elle correspond assez bien à la situation de l'expert occupant une position intermédiaire entre le groupe des commanditaires et les sujets/objets de l'expertise, et mieux encore, à ces nouvelles

⁶⁴⁸ PIERRU Frédéric, *Hippocrate malade de ses réformes*, op. cit.

⁶⁴⁹ DOUGLAS Mary, « Being fair to hierarchists », *University of Pennsylvania law review*, 2003, pp. 1349–1370. Si les sciences sociales se sont beaucoup intéressées aux organisations égalitariennes (sociologie des professions), hiérarchiques (sociologie de l'État et des administrations) et marchandes (sociologie économique), elles se sont nettement moins penchées sur les « isolats », généralement perçus en creux, négativement, comme des exclus politiquement apathiques et fatalistes par rapport aux risques.

figures d'expert fondées sur la disjonction entre le processus (autonomie dans l'activité quotidienne) et le résultat (contrôle bureaucratique et organisationnel des résultats du travail)⁶⁵⁰. En outre si une intégration « fataliste » ressemble à un oxymore, elle apparaît tout à fait compatible avec la gouvernementalité néo-libérale (contraindre les institutions à l'autonomie), mais aussi et surtout avec le processus politique d'étatisation de la santé, en cela qu'elle contribue tout autant à réduire l'enclave égalitarienne historiquement constituée par le monopole professionnel de la médecine sur la santé. Il est évidemment surprenant de prêter aux épidémiologistes de la veille sanitaire, spécialiste des risques sanitaires, un style de pensée fataliste. Mais ce style mérite aussi d'être pensé de manière positive, et non négative ou résiduelle. Dans cette optique, c'est peut-être dans la « neutralité » du spécialiste du renseignement face aux menaces sanitaire, confronté à la recherche de l'excellence professionnelle dans la réponse la plus « agile » à ce qui met en cause l'ordre politique que réside le style de pensée de la surveillance épidémiologique.

⁶⁵⁰ VION Antoine et LE BIANIC Thomas, *Action publique et légitimités professionnelles*, Paris, LGDJ, 2008 (Collection droit et société).

Bibliographie

- ABENHAÏM Lucien, *Canicules*, Paris, Fayard, 2003.
- ALAM Thomas, « Les mises en forme savante d'un mythe d'action publique: la sécurité sanitaire », *Genèses* (78), 2010, pp. 48–66.
- ALAM Thomas, *Quand la vache folle retrouve son champ. Une comparaison transnationale de la remise en ordre d'un secteur d'action publique.*, Université du Droit et de la Santé-Lille II, 2007.
- ALDER Ken, *Engineering the Revolution - Arms and Enlightenment in France, 1763-1815*, Chicago ; London, University of Chicago Press, 1999.
- ANTONIOTTI S. et al., « Déclaration obligatoire de l'infection par le VIH. Justifications épidémiologiques et interrogations éthiques », *Santé Publique* (1), mars 2002, pp. 63-73.
- ARANZAZU Ana, « Le réseau mondial de surveillance de la grippe de l'OMS. Modalités de circulation des souches virales, des savoirs et des techniques, 1947-2007 », *Sciences sociales et santé* (4), décembre 2013, pp. 41-64.
- ASTOR Gerald, *The disease detectives: deadly medical mysteries and the people who solved them*, New York, New American Library, 1983.
- BALINSKA Marta Aleksandra, « The Rockefeller Foundation and the National Institute of Hygiene, Poland, 1918–45 », *Studies in History and Philosophy of Science Part C: Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences* 31 (3), 2000, pp. 419–432.
- BALTAZARD Marcel, « La recherche épidémiologique et son évolution. L'exemple d'un travail d'équipe sur la peste », *Bulletin de l'Institut Pasteur* 67 (2), 1969, pp. 235-262.
- BARBOT Janine, *Les malades en mouvement: la médecine et la science à l'épreuve du sida*, Paris, Balland, 2002 (Voix et regards).
- BARDET Fabrice, *La contre-révolution comptable: ces chiffres qui (nous) gouvernent*, Paris, Les Belles Lettres, 2014.
- BARRET AS et al., « Focus. e-DO : nouvel outil de télé-déclaration pour l'infection par le VIH et le sida », *BEH*, 2015, pp. 162-163.
- BAZIN Jean, *Des clous dans la Joconde: l'anthropologie autrement*, Toulouse, Anacharsis, 2008 (Essais).
- BENAMOZIG Daniel, *La santé au miroir de l'économie*, Paris, Presses Universitaires de France, 2005.
- BENAMOZIG Daniel et BESANÇON Julien, « Administrer un monde incertain : les nouvelles bureaucraties techniques. Le cas des agences sanitaires en France », *Sociologie du Travail* 47 (3), juillet 2005, pp. 301-322.
- BENAMOZIG D. et PIERRU F., « Le professionnel et le système!: l'intégration institutionnelle du monde médical », *Sociologie du travail* 53, 2011, pp. 327–333.
- BERLIVET Luc, « Between expertise and biomedicine: public health research in France after the Second World War », *Medical history* 52 (4), 2008, p. 471.
- BERLIVET Luc, « Exigence scientifique et isolement institutionnel : l'essor contrarié de l'épidémiologie française dans la seconde moitié du XXe siècle », in JORLAND Gerard, WEISZ George et OPINEL Annick (éds), *Body Counts: Medical Quantification In Historical And Sociological Perspectives/ La quantification médicale, perspectives historiques et*

- sociologiques*, Montréal ; Ithaca, McGill-Queen's University Press, 2005, pp. 335-358.
- BERLIVET Luc, « Déchiffrer la maladie », in FASSIN Didier et DOZON Jean-Pierre (éds), *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique.*, Paris, Balland, 2001, pp. 75–101.
- BERLIVET Luc, *Une santé à risques. L'action publique de lutte contre l'alcoolisme et le tabagisme en France (1954-1999)*, Rennes 1, 2000.
- BERTRAND Romain, *L'Histoire à parts égales : Récits d'une rencontre Orient-Occident*, Paris, Seuil, 2011.
- BERTRAND Romain et LAURENS Sylvain, « Présentation », *Savoir/Agir*, 2009, pp. 9-12.
- BESANÇON Julien et GROUPEMENT D'INTERET SCIENTIFIQUE RISQUES COLLECTIFS ET SITUATIONS DE CRISE, *Les agences de sécurité sanitaire en France: revue de littérature commentée*, [s. l.], Publications de la MSH-Alpes, 2004.
- BEZES Philippe, « Réinventer l'Etat. Les réformes de l'administration française », *Presses Universitaires de France, Paris, France*, 2009.
- BEZES Philippe et al., « L'État à l'épreuve des sciences sociales », *La fonction recherche dans les administrations sous la V e République. Paris. La Découverte (Recherche)*, 2005.
- BEZES Philippe et PIERRU Frédéric, « État, administration et politiques publiques : les déliaisons dangereuses », *Gouvernement et action publique* (2), juin 2012, pp. 41-87.
- BEZES Philippe et PIERRU Frédéric, « Politiques publiques et sociologie de l'État », *Références*, février 2010, pp. 491-501.
- BOLTANSKI Luc, « L'espace positionnel. Multiplicité des positions institutionnelles et habitus de classe », *Revue française de sociologie*, 1973, pp. 3–26.
- BOLTANSKI Luc et CLAVERIE Elisabeth, « Du monde social en tant que scène d'un procès », in BOLTANSKI Luc et al. (éds), *Affaires, scandales et grandes causes: De Socrate à Pinochet*, Paris, Stock, 2007, pp. 395–452.
- BONGRAND Philippe et LABORIER Pascale, « L'entretien dans l'analyse des politiques publiques: un impensé méthodologique? », *Revue française de science politique*, 2005, pp. 73–111.
- BOROWY Iris, *Coming to Terms with World Health*, Frankfurt am Main ; New York, Peter Lang GmbH, 2009.
- BORRAZ Olivier, *Les politiques du risque*, Paris, Sciences Po, les presses, 2008.
- BOSMAN A., SCHIMMER B. et COULOMBIER D., « Contribution of EPIET to public health workforce in the EU, 1995-2008 », *Euro Surveillance: Bulletin Européen Sur Les Maladies Transmissibles = European Communicable Disease Bulletin* 14 (43), 2009.
- BOURDIEU Pierre, *Sur l'État: cours au Collège de France, 1989-1992*, Paris, Raisons d'agir-Seuil, 2011 (Cours et travaux).
- BOURDIEU Pierre, « Les conditions sociales de la circulation internationale des idées », *Actes de la recherche en sciences sociales* 145, 2002, pp. 3-8.
- BOURDIEU Pierre, *Méditations pascaliennes*, Paris, Seuil, 1997 (Liber).
- BOURDIEU Pierre, « Esprits d'Etat [Genèse et structure du champ bureaucratique] », *Actes de la recherche en sciences sociales* 96, 1993, pp. 49–62.
- BOURDIEU Pierre, « L'illusion biographique », *Actes de la recherche en sciences sociales* 62, 1986, pp. 69-72.
- BOURDIEU Pierre, *Leçon sur la leçon*, Paris, Éditions de Minuit, 1982.

- BOURDILLON François *et al.*, *Traité de santé publique*, Paris, Médecine Sciences Publications, 2007.
- BOUVET Elisabeth, « Le Bulletin épidémiologique hebdomadaire, son histoire et son rôle dans le partage et la diffusion de données épidémiologiques. Numéro hors-série. 1998-2008 : dix ans de renforcement de la veille sanitaire en France », *BEH*, 2008.
- BROQUA Christophe, *Agir pour ne pas mourir !: Act up, les homosexuels et le sida*, Paris, les Presses de Sciences po, 2006 ([Collection académique]).
- BROWNSON R. C. et PETITTI Diana B., *Applied Epidemiology: Theory to Practice*, New York, Oxford University Press Inc, 1998.
- BROWNSON Ross C., SAMET Jonathan M. et THACKER Stephen B., « Commentary: What Contributes to a Successful Career in Epidemiology in the United States? », *American Journal of Epidemiology* 156 (1), janvier 2002, pp. 60-67.
- BRUNO Jobert, « Le social en plan », *Paris, Les Éditions ouvrières*, 1981.
- BUTON François, *L'administration des faveurs. L'État, les sourds et les aveugles (1789-1885)*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 2009.
- BUTON François, « Sous l'empire des risques sanitaires: les métamorphoses de la santé publique », *Savopir.agir* (5), 2008, pp. 75-82.
- BUTON François, « De l'expertise scientifique à l'intelligence épidémiologique : l'activité de veille sanitaire », *Genèses* (65), 2006, pp. 71-91.
- BUTON François, « Sida et politique : saisir les formes de la lutte », *Revue française de science politique* (5), décembre 2005, pp. 787-810.
- BUTON François, « Le droit comme véhicule. Portrait sociologique d'un justiciable », in ISRAËL Liora *et al.* (éds), *Sur la portée sociale du droit*, Paris, Presses Universitaires de France, 2004, pp. 127-144 (CURAPP).
- BUTON François et MARIOT Nicolas (éds), *Pratiques et méthodes de la socio-histoire*, Paris, Presses universitaires de France, 2009 (CURAPP).
- BUTON François et PIERRU Frédéric, « Instituer la police des risques sanitaires », *Gouvernement et action publique* (4), novembre 2012, pp. 67-90.
- BUTON François *et al.*, « Médecins français et épidémiologie américaine. Trois générations d'échanges transatlantiques au XXe siècle », in *Savoirs de gouvernement*, Paris, Economica, 2013, pp. 38-53.
- CALLON Michel, LASCOUMES Pierre et BARTHE Yannick, *Agir dans un monde incertain: essai sur la démocratie technique*, Paris, Éd. du Seuil, 2001 (La couleur des idées).
- CANGUILHEM Georges et CANGUILHEM Georges, « La santé: concept vulgaire et question philosophique », in *Écrits sur la médecine*, Paris, Seuil, 2002, pp. 49-68.
- CARPENTER Daniel, *Reputation and Power: Organizational Image and Pharmaceutical Regulation at the FDA.*, Princeton, Princeton University Press, 2014.
- CASSIER Maurice, « Flu Epidemics, Knowledge Sharing and Intellectual Property », in GILES-VERNICK Tamara et CRADDOCK Susan (éds), *Influenza and public health: learning from past pandemics*, London ; Washington, DC, Earthscan, 2010, pp. 241-255.
- CAZEIN F *et al.*, « Dépistage de l'infection par le VIH en France, 2003-2013. N° thématique. Dépistage du VIH en France », *BEH*, 2014, pp. 534-540.
- CÉLINE Louis-Ferdinand, *L'église comédie en cinq actes*, Paris, Gallimard, 1982.
- CHANDLER Alfred D., *La main visible des managers*, Paris, Economica, 1999.
- CHIFFOLEAU Sylvia, *Genèse de la Santé Publique Internationale. De la peste d'Orient à*

- l'OMS, Rennes, Presses Universitaires de Rennes et Ifpo, 2012.
- CHOFFNES Eileen R et al., *The domestic and international impacts of the 2009-H1N1 influenza A pandemic global challenges, global solutions: workshop summary*, Washington, D.C., National Academies Press, 2010.
- COHEN Stanley, *Folk devils and moral panics: The creation of the mods and rockers*, London, MacGibbon and Kee, 1972.
- COMSTOCK George W., « Cohort analysis: WH Frost's contributions to the epidemiology of tuberculosis and chronic disease », *Sozial-und Präventivmedizin* 46 (1), 2001, pp. 7–12.
- COSTE J. et LEPLEGE A., « Pour l'épistémologie et l'histoire de l'épidémiologie », *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique* 57 (5), octobre 2009, pp. 317-318.
- DABIS François, DRUCKER Jacques et MOREN Alain (éds), *Epidémiologie d'intervention*, Paris, Arnette, 1992.
- DAB William, « Observation, surveillance et décision. De la contemplation à l'action », *Actualités et dossier en santé publique* (8), 1994.
- DAB William, *La décision en santé publique: surveillance épidémiologique, urgences et crises*, Rennes, Ed. Ecole nationale de la santé publique, 1993.
- DAB William, *Décideurs tous risques: du bon usage de l'épidémiologie*, Rennes Paris, Ecole nationale de la santé publique Frison-Roche, 1993.
- DAB William, *La Mesure de la santé d'une population: étude critique à partir d'une typologie des indicateurs de santé*, 1980.
- DAB William et SALOMON Danielle, *Agir face aux risques sanitaires: pour un pacte de confiance*, Paris, PUF, 2013.
- DACCACHE Michel, « Gestion de risques et légitimité des élites », *Savoir/Agir*, 2009, pp. 29-39.
- DALGALARRONDO Sébastien et URFALINO Philippe, « Choix tragique, controverse et décision publique: Le cas du tirage au sort des malades du sida », *Revue française de sociologie*, 2000, pp. 119–157.
- DANIEL Thomas M., *Wade Hampton Frost, Pioneer Epidemiologist 1880-1938: Up to the Mountain*, Rochester, University of Rochester Press, 2006.
- DA SILVA Alfred et OTHERS, « Expérience d'une formation en épidémiologie de terrain en Afrique: le cours IEIAA », *Médecine tropicale* 64 (6), 2004, pp. 603–608.
- DEHNER G., « WHO Knows Best? National and International Responses to Pandemic Threats and the "Lessons" of 1976 », *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences* 65 (4), mars 2010, pp. 478-513.
- DEHNER George, *Influenza : A Century of Science and Public Health Response*, Pittsburgh, University of Pittsburgh Press, 2012.
- DE KERVASDOUE Jean, *La peur est au-dessus de nos moyens: pour en finir avec le principe de précaution*, Paris, Plon, 2011.
- DELEUZE Gilles, *Pourparlers 1972-1990*, Paris, Minuit, 1990.
- DELMAS Corinne, *Sociologie politique de l'expertise*, Paris, La Découverte, 2011.
- DELOYE Yves, IHL Olivier et JOIGNANT Alfredo (éds), *Gouverner par la science : perspectives comparées*, Grenoble, PUG, 2013.
- DESENCLOS Jean-Claude et VISO Anne-Catherine, « Sécurité et veille sanitaires », in FASSIN Didier et HAURAY Boris (éds), *Santé publique. L'état des savoirs*, Paris, La découverte,

- 2010, pp. 341-350.
- DESROSIERES Alain, *Pour une sociologie historique de la quantification*, Paris, Presses de l'École des mines, 2008.
- DESROSIERES Alain, *Gouverner par les nombres*, Paris, Presses de l'École des mines, 2008.
- DESROSIERES Alain, *La politique des grands nombres. Histoire de la raison statistique*, Paris, La Découverte, 2000.
- DESSERTINE Dominique et FAURE Olivier, *Combattre la tuberculose: 1900-1940*, Lyon, PUL, 1988.
- DOBRY Michel, *Sociologie des crises politiques: la dynamique des mobilisations multisectorielles*, Paris, Presses de la Fondation nationale des sciences politiques, 1992 (Références 29).
- DODIER Nicolas, *Leçons politiques de l'épidémie de sida*, Paris, Éd. de l'École des hautes études en sciences sociales, 2003 (Cas de figure).
- DOUGLAS Mary, *Comment pensent les institutions: suivi de La connaissance de soi et Il n'y a pas de don gratuit*, Paris, La découverte, 2004.
- DOUGLAS Mary, « Being fair to hierarchists », *University of Pennsylvania law review*, 2003, pp. 1349–1370.
- DOUGLAS Mary et WILDAVSKY Aaron, *Risk and culture: An essay on the selection of technological and environmental dangers*, Berkeley, Univ of California Press, 1983.
- DOWDLE Walter R., « The 1976 experience », *Journal of Infectious Diseases* 176, 1997, pp. S69–S72.
- DOZON Jean-Pierre, « Quand les Pastoriens traquaient la maladie du sommeil. », *Sciences sociales et santé* 3 (3)-(4), 1985, pp. 27–56.
- DOZON Jean-Pierre et FASSIN Didier (éds), *Critique de la santé publique: une approche anthropologique*, Paris, Balland, 2001 (Voix et regards).
- DRUCKER Jacques, *Les détectives de la santé: virus, bactéries, toxiques, enquêtes sur les nouveaux risques*, Paris, Nil éd, 2002.
- DRUCKER Jacques, « Le réseau national de santé publique: un nouveau dispositif d'épidémiologie d'intervention », *Revue d'épidémiologie et de santé publique* 41 (5), 1993, pp. 349–351.
- DUBIN Martin David, « The League of Nations Health Organisation », in WEINDLING Paul (éd.), *International health, organizations and movements*, 1995, pp. 56–80.
- DURKHEIM Emile, *Textes 3 : Fonctions sociales et institutions*, Paris, Les Editions de Minuit, 1975.
- EILSTEIN D., SALINES G. et DESENCLOS J.-C., « Veille sanitaire : outils, fonctions, processus », *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique* 60 (5), octobre 2012, pp. 401-411.
- EPSTEIN Steven, *Impure science: AIDS, activism, and the politics of knowledge*, vol. 7, Berkeley, Univ of California Press, 1996.
- ETHERIDGE E., *Sentinel for Health*, Berkeley, University of California Press, 1992.
- FARLEY John, *Brock Chisholm, the World Health Organization, and the Cold War*, Vancouver, UBC press, 2008.
- FASSIN Didier, *L'espace politique de la santé: essai de généalogie*, Paris, Presses universitaires de France, 1996 (Sociologie d'aujourd'hui).
- FEARNLEY Lyle, « Epidemic Intelligence. Langmuir and the Birth of Disease Surveillance », *Behemoth* 3 (3), janvier 2010.

- FEE E et BROWN TM, « The unfulfilled promise of public health: Deja vu all over again », *HEALTH AFFAIRS* 21 (6), décembre 2002, pp. 31-43.
- FEE Elizabeth, « Wade Hampton Frost, Pioneer Epidemiologist 1880-1938: Up to the Mountain (review) », *Bulletin of the History of Medicine* 80 (2), 2006, pp. 382–384.
- FEE Elizabeth, *Disease & Discovery: A History of the Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health 1916-1939*, Baltimore and London, Johns Hopkins University Press, 1987.
- FESTINGER Leon, RIECKEN Henry W. et SCHACHTER Stanley, *L'échec d'une prophétie: psychologie sociale d'un groupe de fidèles qui prédisaient la fin du monde*, Paris, Presses universitaires de France, 1993 (Psychologie sociale).
- FILLION Emmanuelle, *À l'épreuve du sang contaminé: pour une sociologie des affaires médicales*, Paris, Éd. de l'École des hautes études en sciences sociales, 2009 (En temps & lieux 4).
- FLAHAULT Antoine et VALLERON Alain-Jacques, « Le réseau Sentinelles. Douze années de recherche et de surveillance sur les maladies transmissibles en France. », *Actualités et dossier en santé publique* (18), 1997, pp. 22-26.
- FLAHAULT Antoine et ZYLBERMAN Patrick, « Influenza pandemics: past, present and future challenges », *Public Health Reviews* 32 (1), 2010, pp. 319–340.
- FOUCAULT Michel, *Sécurité, territoire, population: cours au Collège de France, 1977-1978*, Paris, Hautes Etudes Gallimard Seuil, 2004.
- FOUCAULT Michel, *Naissance de la biopolitique : Cours au collège de France 1978-1979*, Paris, Hautes Etudes Gallimard Seuil, 2004.
- FRANÇOISE BOSMAN, *Patrimoine archivistique contemporain des ministères sociaux*, Paris, Ministère du travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle, 1991.
- FRIOT Bernard, « Les ministères sociaux et leurs services centraux depuis 1946 », *Revue française des affaires sociales* 50, 1996, pp. 141–172.
- GARON Joshua P. et DUGGAN Patrick S., « Discourses of disease, discourses of disadvantage: A critical analysis of National Pandemic Influenza Preparedness Plans », *Social Science & Medicine* 67 (7), octobre 2008, pp. 1133-1142.
- GARRETT Laurie, *The coming plague: newly emerging diseases in a world out of balance*, New York, Penguin, 1995.
- GAUDILLIERE Jean-Paul, *Inventer la biomédecine: la France, l'Amérique et la production des savoirs du vivant, 1945-1965*, Paris, La découverte, 2002.
- GERNEZ-RIEUX Charles et GERVOIS Maurice, *Éléments d'hygiène et de médecine sociale*, 1961.
- GERSHOFF Stanley N., « Jean Mayer 1920–1993 », *The Journal of nutrition* 131 (6), 2001, pp. 1651–1654.
- GILBERT Claude, « De l'affrontement des risques à la résilience », *Communication & langages* 176, juin 2013, pp. 65-77.
- GILBERT Claude (éd.), *Risques collectifs et situations de crise: apports de la recherche en sciences humaines et sociales*, Paris, l'Harmattan, 2003 (Risques collectifs et situations de crise).
- GILBERT Claude et HENRY Emmanuel (éds), *Comment se construisent les problèmes de santé publique*, Paris, La Découverte/PACTE, 2009.
- GIRARD Jean-François, *Quand la santé devient publique*, Paris, Hachette littératures,

1998.

GIRARD Jean-François *et al.*, « Rapport de la mission d'évaluation et d'expertise de la veille sanitaire en France », *La Documentation française*, 2006.

GIROUX E., « The Framingham Study and the Constitution of a Restrictive Concept of Risk Factor », *Social History of Medicine* 26 (1), juillet 2012, pp. 94-112.

GIROUX Élodie, « Indications bibliographiques sur l'histoire de l'épidémiologie », *Revue d'histoire des sciences* 64 (2), 2011, p. 319.

GIROUX Élodie, « Contribution à l'histoire de l'épidémiologie des facteurs de risque », *Revue d'histoire des sciences* 64 (2), 2011, p. 219.

GIROUX Élodie, « Origines de l'étude prospective de cohorte : Épidémiologie cardiovasculaire américaine et étude de Framingham », *Revue d'histoire des sciences* 64 (2), 2011, p. 297.

GOFFMAN Erving, *Les Rites d'interaction*, Paris, Les Editions de Minuit, 1974.

GOFFMAN Erving, *La mise en scène de la vie quotidienne. 2. Les relations en public*, Paris, Les Editions de Minuit, 1973.

GOODMAN R. A. *et al.*, « Epidemiologic field investigations by the Centers for Disease control and Epidemic Intelligence Service, 1946-87 », *Public Health Reports (Washington, D.C.: 1974)* 105 (6), décembre 1990, pp. 604-610.

GOT Claude, *L'expertise en santé publique*, Paris, Presses universitaires de France, 2005 (Que sais-je ? 3747).

GOT Claude, *Rapport sur le sida*, Paris, Flammarion, 1989.

GREGG Michael B., DICKER Richard C. et GOODMAN Richard A., *Field Epidemiology*, New York, Oxford University Press Inc, 1996.

GROS Frédéric, *Le principe sécurité*, Paris, Gallimard, 2012 (NRF Essais).

GUALDE Norbert, *Comprendre les épidémies: la coévolution des microbes et des hommes*, Paris, les Empêcheurs de penser en rond, 2006.

GUTWIRTH Jacques, « La professionnalisation d'une discipline: le centre de formation aux recherches ethnologiques », *Gradhiva* (29), 2001, pp. 24-41.

HABERMAS Jürgen, *La science et la technique comme idéologie*, Paris, Gallimard, 1973.

HACKING Ian, *Entre science et réalité: la construction sociale de quoi?*, Paris, La Découverte, 2001.

HAMOWY Ronald, *Government and public health in America*, Cheltenham, Edward Elgar Publishing, 2008.

HASSETEUFEL Patrick *et al.*, « L'émergence d'une «élite du Welfare»? Le cas des politiques de protection maladie et de prestations familiales (1981-1997) », *Cahiers de recherches de la MIRE* (6), 1999, pp. 30-33.

HAUT CONSEIL DE SANTE PUBLIQUE, *Inégalités sociales de santé: sortir de la fatalité*, Paris, La Documentation française, 2009.

HEARD Mélanie, *Un nouveau paradigme en santé publique : droits individuels et VIH/sida, 25 ans d'action publique en France*, Sciences Po Paris, 2007.

HERIDA M *et al.*, « Evaluation du dispositif des maladies à déclaration obligatoire en France : connaissances, attitudes et pratiques des médecins et des biologistes, 2005 », *BEH*, 2008, pp. 503-507.

HERMITTE Marie-Angèle, *Le sang et le droit: essai sur la transfusion sanguine*, Paris, Éd. du Seuil, 1996 (Science ouverte).

- HILGARTNER Stephen et BOSK Charles L., « The rise and fall of social problems: A public arenas model », *American journal of Sociology*, 1988, pp. 53–78.
- HOOD Christopher, *The art of the state: Culture, rhetoric, and public management*, Oxford, Oxford University Press, 2000.
- INSTITUT NATIONAL DE LA SANTE ET DE LA RECHERCHE MEDICALE, *Pesticides: effets sur la santé*, Paris, INSERM, Instituts thématiques, 2013 (Expertise collective).
- ISNARD Hubert et POMAREDE René, « Les relations entre les agences et l'administration », *Actualités et dossier en santé publique* (37), 2001, pp. 30-32.
- JAMOUS Haroun avec la Collaboration de J. Commaille et B. Pons-Vignon, *Sociologie de la décision : la réforme des études médicales et des structures hospitalières*, Paris, Ed. du Cnrs, 1969.
- JENICEK Milos, *Introduction à l'épidémiologie*, Saint-Hyacinthe Paris, EDISEM Maloine, 1976.
- JORLAND Gérard, *Une société à soigner: hygiène et salubrité publiques en France au XIXe siècle*, Paris, Gallimard, 2010 (Bibliothèque des histoires).
- KALUSZYNSKI Martine et PAYRE Renaud (éds), *Savoirs de gouvernement*, Paris, Economica, 2013.
- KING Nicholas B., « The Scale Politics of Emerging Diseases », *Osiris* 19, janvier 2004, pp. 62-76.
- KING Nicholas B., « The influence of anxiety: September 11, bioterrorism, and American public health », *Journal of the history of medicine and allied sciences* 58 (4), 2003, pp. 433–441.
- KING Nicholas B., « Security, Disease, Commerce: Ideologies of Postcolonial Global Health », *Social Studies of Science* 32 (5)-(6), décembre 2002, pp. 763-789.
- KRAUSE G. et al., « Differences and commonalities of national field epidemiology training programmes in Europe », *Euro Surveillace: Bulletin Européen Sur Les Maladies Transmissibles = European Communicable Disease Bulletin* 14 (43), 2009.
- KRAUSE Richard, « The swine flu episode and the fog of epidemics », *Emerging infectious diseases* 12 (1), 2006, p. 40.
- KUHN Thomas S., *La structure des révolutions scientifiques*, Paris, Flammarion, 1972.
- LABORIER, PASCALE et al. (éds), *Les sciences caméras: activités pratiques et histoire des dispositifs publics*, Paris, Presses universitaires de France, 2011 (CURAPP).
- LAHIRE Bernard, *Monde pluriel: penser l'unité des sciences sociales*, Paris, Éd. du Seuil, 2012 (La couleur des idées).
- LAKOFF Andrew et COLLIER Stephen J. (éds), *Biosecurity interventions: global health & security in question*, New York, Columbia University Press, 2008.
- LANGMUIR Alexander D., « The surveillance of communicable diseases of national importance », *The New England Journal of Medicine* 268, janvier 1963, pp. 182-192.
- LANGMUIR Alexander D. et ANDREWS Justin M., « Biological Warfare Defense », *American Journal of Public Health* 42, 1952, pp. 235-238.
- LASCOUMES Pierre, *Expertise et action publique*, Paris, La documentation française, 2005.
- LAURENS Sylvain, « “Pourquoi” et “comment” poser les questions qui fâchent ? », *Genèses* (69), 2007, pp. 112-127.
- LECLERC Bernard-Simon, « L'épidémiologie contemporaine en crise de paradigme »,

- Ruptures, Revue transdisciplinaire en santé* 10 (2), 2005, pp. 178–198.
- LEFEBVRE Philippe, *L'invention de la grande entreprise*, Paris, Presses Universitaires de France, 2003.
- LEPLÈGE Alain, BIZOUARN Philippe et COSTE Joël, *De Galton à Rothman: les grands textes de l'épidémiologie au XXe siècle*, Paris, Hermann, 2011.
- LIDDELL Francis Douglas K., « The development of cohort studies in epidemiology: a review », *Journal of clinical epidemiology* 41 (12), 1988, pp. 1217–1237.
- LILIENTHAL Abraham M., « Wade Hampton Frost : contributions to epidemiology and public health », *American Journal of Epidemiology* 117 (4), 1983, pp. 379-383.
- MACMAHON Brian et PUGH Thomas F., *Epidemiology: Principles and Methods*, Boston, Little, Brown, 1960.
- MALFAIT P. et HELYNCK B., « Seventeen years of intervention epidemiology training at Veyrier-du-Lac, 1984-2000 », *Euro Surveillance: Bulletin Européen Sur Les Maladies Transmissibles = European Communicable Disease Bulletin* 6 (3), mars 2001, pp. 36-37.
- MARCHETTI Dominique, *Quand la santé devient médiatique: les logiques de production de l'information dans la presse*, Grenoble, Presses universitaires de Grenoble, 2010 (Communication, médias et sociétés).
- MARTINET Bruno et MARTI Yves-Michel, *L'intelligence économique: comment donner de la valeur concurrentielle à l'information*, Paris, Editions d'organisation, 2002.
- MARTIN Olivier et KECK Frédéric, « *Revue d'histoire des sciences humaines* », (1285), 2004.
- MCKENNA Maryn, *Beating Back the Devil: On the Front Lines with the Disease Detectives of*, New York, Free Press, 2004.
- MEMMI Dominique, *Les gardiens du corps: dix ans de magistère bioéthique*, Paris, Éd. de l'École des hautes études en sciences sociales, 1996 (Recherches d'histoire et de sciences sociales).
- MERIEUX Charles, *Virus passion*, Paris, R. Laffont, 1997.
- MILLS Charles Wright, *L'imagination sociologique*, Paris, la Découverte, 1997 (La découverte poche 39).
- MORABIA Alfredo (éd.), *A History of Epidemiologic Methods and Concepts*, Basel, Birkhäuser Basel, 2004.
- MORELLE Aquilino, *La défaite de la santé publique*, Paris, Flammarion, 1996 (Forum).
- MOUNIER-JACK Sandra et COKER Richard J., « How prepared is Europe for pandemic influenza? Analysis of national plans », *The Lancet* 367 (9520), 2006, pp. 1405–1411.
- MURARD Lion et ZYLBERMAN Patrick, *L'Hygiène dans la République : La Santé publique en France ou l'utopie contrariée : 1870-1918*, Paris, Fayard, 1996.
- MURARD Lion, ZYLBERMAN Patrick et ZILBERMANN Patrick, « La Mission Rockefeller en France et la création du Comité National de Défense contre la tuberculose (1917-1923) », *Revue d'histoire moderne et contemporaine (1954-)* 34 (2), 1987, pp. 257–281.
- NAPOLI Paolo, *Naissance de la police moderne: pouvoir, normes, société*, Paris, La découverte, 2003.
- NEUSTADT Richard E. et FINEBERG Harvey V., *The Swine Flu Affair: Decision-making on a Slippery Disease*, Honolulu, University Press of the Pacific, 2005.
- NOIRIEL Gérard, *Les fils maudits de la République: l'avenir des intellectuels en France*, Paris, Fayard, 2005 (Histoire de la pensée).

- OFFERLE Michel, *Sociologie des groupes d'intérêt*, Paris, Montchrestien, 1994.
- OPPENHEIMER Gerald M., « Causes, cases, and cohorts: The role of epidemiology in the historical construction of AIDS », in FEE Elizabeth et Fox Daniel M. (éds), *AIDS: The making of a chronic disease*, Berkeley, University of California Press, 1992, pp. 49–83.
- OSBORN June E., *History, science and politics. Influenza in America 1918-1976.*, New York, Prodist, 1977.
- PARASCANDOLA Mark, « The epidemiologic transition and changing concepts of causation and causal inference », *Revue d'histoire des sciences* 64 (2), 2011, p. 243.
- PASSERON Jean-Claude, *Le raisonnement sociologique: un espace non poppérien de l'argumentation*, Paris, A. Michel, 2006 (Bibliothèque de « L'évolution de l'humanité » 50).
- PASSERON Jean-Claude, « Biographies, flux, itinéraires, trajectoires », *Revue française de sociologie* 31 (1), 1990, pp. 3-22.
- PECAUD Dominique, *Risques et précautions: l'interminable rationalisation du social*, Paris, La Dispute, 2005.
- PERETTI-WATEL Patrick, *Sociologie du risque*, Paris, A. Colin, 2000 (Collection U).
- PERETTI-WATEL Patrick et MOATTI Jean-Paul, *Le principe de prévention: le culte de la santé et ses dérives*, Paris, Seuil, 2009 (La République des idées).
- PESTRE Dominique, *Introduction aux Science Studies*, Paris, La Découverte, 2006.
- PICARD Jean-François, « Aux origines de l'Inserm : André Chevallier et l'Institut national d'hygiène », *Sciences sociales et santé* 21 (1), mai 2003, pp. 5-26.
- PICARD Jean-François, « La Fondation Rockefeller et la recherche médicale », *Science, histoire et société*, 1999.
- PICARD Jean-François, « Poussée scientifique ou demande de médecins? La recherche médicale en France de l'Institut national d'hygiène à l'INSERM », *Sciences sociales et santé* 10 (4), 1992, pp. 47–106.
- PICARD Jean François, *La république des savants: la recherche française et le CNRS*, Paris, Flammarion, 1990.
- PIERRU Frédéric, « Le mandarin, le gestionnaire et le consultant », *Actes de la recherche en sciences sociales* 194 (4), septembre 2012, pp. 32-51.
- PIERRU Frédéric, *Hippocrate malade de ses réformes*, Bellecombe-en-Bauges, Éd. du Croquant, 2007 (Savoir-agir).
- PIERRU Frédéric et ROLLAND Christine, « La quadrature du cercle de la territorialisation des politiques de santé. La fusion de l'administration territoriale à l'épreuve de la concurrence des institutions et des rationalités de l'action publique », in ALAM Thomas et GURRUCHAGA Marion (éds), *Collectivités, territoires et santé: Regards croisés sur les frontières de la santé*, Paris, L'Harmattan, 2015, pp. 45-73.
- PINELL Patrice, « Héritiers et novateurs : les transformations de l'espace cancer français (1945-1960) », *Genèses* 87, septembre 2012, pp. 69-89.
- PINELL Patrice, « La genèse du champ médical : le cas de la France (1795-1870) », *Revue française de sociologie* (2), juillet 2009, pp. 315-349.
- PINELL Patrice, « Champ médical et processus de spécialisation », *Actes de la recherche en sciences sociales* 156-157, 2005, p. 4.
- PINELL Patrice et al., *Une épidémie politique: la lutte contre le sida en France, 1981-1996*, Paris, Presses universitaires de France, 2002 (Science, histoire et société).

- PORTER Dorothy, *Health, Civilization and the State: A History of Public Health from Ancient to Modern Times*, London ; New York, Routledge, 1998.
- PORTER Theodore M., « Statistiques et épidémiologie : la question des données », in LEPLÈGE Alain, BIZOUARN Philippe et COSTE Joël (éds), *De Galton à Rothman: les grands textes de l'épidémiologie au XXe siècle*, Paris, Hermann, 2011, pp. 9-15.
- POWER Michael, *The audit society: Rituals of verification*, Oxford, Oxford University Press, 1999.
- POWER M. et al., « Reputational Risk as a Logic of Organizing in Late Modernity », *Organization Studies* 30 (2)-(3), février 2009, pp. 301-324.
- PRESTON Richard, *The hot zone*, New York, Anchor Books, 1995.
- RAOULT Didier, *Les nouveaux risques infectieux. Grippe aviaire, SRAS, et après*, Paris, Lignes de repères Edition, 2005.
- RETIÈRE Jean-Noël et al., « L'ingénieur et le préfet. Prévoir la crue de la Loire (1846-1936) », in *Les sciences de gouvernement*, Paris, Economica, 2003, pp. 169-180.
- REVERBY Susan, *Tuskegee's truths: rethinking the Tuskegee syphilis study*, Chapel Hill, NC, University of North Carolina Press, 2000.
- ROBELET Magali et HASSENTEUFEL Patrick, « Les médecins placés sous observation. Mobilisations autour du développement de l'évaluation médicale en France », *Politix* 12 (46), 1999, pp. 71-97.
- ROQUEPLO Philippe, *Entre savoir et décision, l'expertise scientifique*, Paris, Editions Quae, 1997.
- ROSENTAL Paul-André, *L'Intelligence démographique : Sciences et politiques des populations en France*, Paris, Odile Jacob, 2003.
- ROTHSTEIN Henry, HUBER Michael et GASKELL George, « A theory of risk colonization: The spiralling regulatory logics of societal and institutional risk », *Economy and society* 35 (1), 2006, pp. 91-112.
- RUMEAU-ROUQUETTE Claude et SCHWARTZ Daniel, *Méthodes en épidémiologie*, Paris, Flammarion, 1970.
- SARTWELL Philip. E., « The contributions of Wade Hampton Frost », *American Journal of Epidemiology* 104 (4), 1976, pp. 386-391.
- SAUNIER Pierre-Yves, « Circulations, connexions et espaces transnationaux », *Genèses* (57), 2004, pp. 110-126.
- SAUNIER Pierre-Yves, « Administrer le monde? Les fondations philanthropiques et la Public Administration aux États-Unis (1930-1960) », *Revue française de science politique* 53 (2), 2003, pp. 237-255.
- SAUNIER P.-Y. et Tournes L., « Philanthropies croisées: a joint venture in public health at Lyon (1917-1940) », *French History* 23 (2), avril 2009, pp. 216-240.
- SCHAFFER Simon et al., *The Brokered World: Go-Betweens and Global Intelligence, 1770-1820*, Sagamore Beach, MA, Science History Pubns, 2009.
- SCHNEIDER William H., « The Model American Foundation Officer: Alan Gregg and the Rockefeller Foundation Medical Divisions », *Minerva* 41 (2), juin 2003, pp. 155-166.
- SCHNEIDER William H., « War, philanthropy, and the National Institute of Hygiene in France », *Minerva* 41 (1), 2003, pp. 1-23.
- SCHNEIDER William H., *Rockefeller philanthropy and modern biomedicine: International initiatives from World War I to the Cold War*, Bloomington, Indiana University Press,

2002.

SCHWARTZ Daniel, *Le jeu de la science et du hasard: la statistique et le vivant*, Paris, Flammarion, 1994.

SCHWARTZ Daniel, *Daniel Schwartz. Méthodes statistiques à l'usage des médecins et des biologistes*, Paris, Flammarion (Orléans, Impr. nouvelle), 1963.

SCHWARTZ Daniel et LAZAR Philippe, *Philippe Lazar et Daniel Schwartz. Éléments de probabilités et statistique, à l'usage des étudiants en biologie humaine et générale*, Paris, Flammarion, 1967.

SCHWARTZ Daniel et LAZAR Philippe, *Daniel Schwartz et Philippe Lazar. Éléments de statistique médicale et biologique, à l'usage des étudiants en propédeutique médicale (C.P.E.M.)*, Paris, Flammarion (Orléans, Impr. nouvelle), 1964.

SEARLE John R., *La construction de la réalité sociale*, Paris, Gallimard, 1998.

SENCER David J. et MILLAR J. Donald, « Reflections on the 1976 swine flu vaccination program », *Emerging infectious diseases* 12 (1), 2006, p. 29.

SILVERSTEIN Arthur M., *Pure politics and impure science: The swine flu affair*, Baltimore, Johns Hopkins University Press, 1981.

SKOWRONEK Stephen, *Building a new American state: The expansion of national administrative capacities, 1877-1920*, Cambridge, Cambridge University Press, 1982.

SPIRA Alfred, « Santé publique, statistique et renouveau de la médecine », *Savoir/Agir* (3), septembre 2008, pp. 89-105.

STAR Susan Leigh et GRIESEMER James R., « Institutional ecology, translations' and boundary objects: Amateurs and professionals in Berkeley's Museum of Vertebrate Zoology, 1907-39 », *Social studies of science* 19 (3), 1989, pp. 387-420.

STROUP Donna F. et TEUTSCH Steven M., *Statistics in Public Health: Quantitative Approaches to Public Health Problems*, 1^{re} édition, Oxford, Oxford University Press, 1998.

SUSSER Mervyn et STEIN Zena, *Eras in epidemiology: the evolution of ideas*, Oxford ; New York, Oxford University Press, 2009.

SUSSER M. et SUSSER E., « Choosing a future for epidemiology: I. Eras and paradigms », *American Journal of Public Health* 86 (5), mai 1996, pp. 668-673.

TABUTEAU Didier, *Les contes de Ségur: les coulisses de la politique de santé, 1988-2006*, Paris, Editions OPHRYS, 2006.

TABUTEAU Didier, HERAIL Élisabeth et LE SAULNIER Carole, *La sécurité sanitaire*, Paris, Berger-Levrault, 2002.

THACKER S. B. *et al.*, « Surveillance in environmental public health: issues, systems, and sources », *American Journal of Public Health* 86 (5), mai 1996, pp. 633-638.

THEVENIN Étienne, *Jacques Parisot: 1882-1967 un créateur de l'action sanitaire et sociale*, Nancy, Presses universitaires de Nancy, 2002 (Domaine sanitaire et social).

THEVENOT Laurent, « Les investissements de forme », *Conventions économiques* 29, 1986, pp. 21-71.

THIAUDIERE Claude, *Sociologie du sida*, Paris, La Découverte, 2002.

TISSOT Sylvie, « Identifier ou décrire les « quartiers sensibles » ? », *Genèses* 54, 2004, pp. 90-111.

TORNY Didier, « De la gestion des risques à la production de la sécurité », *Réseaux* (1), 2012, pp. 45-66.

- TORNY Didier, *Un seul cas suffit. Une étude sociologique de l'engagement du futur en biomédecine*, EHESS, 2001.
- TOURNES Ludovic, « Le réseau des boursiers Rockefeller et la recomposition des savoirs biomédicaux en France (1920-1970) », *French Historical Studies* 29 (1), 2006, pp. 77–107.
- TREPOS Jean-Yves, *La sociologie de l'expertise*, Paris, Presses Universitaires de France, 1996.
- VALLERON A. J. *et al.*, « A computer network for the surveillance of communicable diseases: the French experiment », *American Journal of Public Health* 76 (11), novembre 1986, pp. 1289-1292.
- VALLERON Alain-Jacques *et al.*, *L'épidémiologie humaine : Conditions de son développement en France, et rôle des mathématiques*, Les Ulis; Paris, EDP Sciences, 2006.
- VAUX S *et al.*, « Numéro thématique - Épidémie de grippe A(H1N1)2009 : premiers éléments de bilan en France », *BEH*, 2010, pp. 257-288.
- VIET Vincent, *La santé en guerre, 1914-1918: une politique pionnière en univers incertain*, Paris, Sciences po, les presses, 2015.
- VION Antoine et LE BIANIC Thomas, *Action publique et légitimités professionnelles*, Paris, LGDJ, 2008 (Collection droit et société).
- WARSHOFSKY Fred, *Epidemic Detectives*, Stoughton, Scholastic Book Services, 1963.
- WEINDLING Paul, « Public health and political stabilisation: The Rockefeller Foundation in Central and Eastern Europe between the two world wars », *Minerva* 31 (3), 1993, pp. 253–267.
- WORBOYS Michael, « The colonial world as mission and mandate: Leprosy and empire, 1900-1940 », *Osiris*, 2000, pp. 207–218.
- WRIGHT Russell O., *Chronology of public health in the United States.*, Jefferson, N.C, McFarland & Co Inc Publishers, 2005.
- ZYLBERMAN Patrick, *Tempêtes microbiennes: Essai sur la politique de sécurité sanitaire dans le monde transatlantique*, Paris, Gallimard, 2013.
- « Théorie du champ », *Actes de la recherche en sciences sociales* (200), 2013.
- Emerging Infectious Disease* 12 (1), 2006.
- Éthique, sida et société: rapport d'activité du Conseil national du sida, janvier 2001-juin 2003*, Paris, la Documentation française, 2004.
- Éthique, sida et société: rapport d'activité du Conseil national du sida, Tome IV, janvier 1999-décembre 2000*, Paris, la Documentation française, 2001.
- Les figures urbaines de la santé publique: enquête sur des expériences locales*, Paris, Éd. la Découverte, 1998 (Recherches).
- « A tribute to Alex Langmuir », *American Journal of Epidemiology* 144 (8), 1996.

Remerciements

Cette recherche a bénéficié entre 2003 et 2005 d'un financement du Programme « Sciences Biomédicales, Santé et Société » (CNRS, INSERM-Mire), dont je remercie les responsables pour la confiance accordée à cette occasion. Des résultats provisoires ont été présentés en novembre 2007 lors d'un séminaire de restitution des recherches, à Vaux-en-Cernay.

Elle doit énormément aux deux collègues avec lesquels l'enquête collective a été menée dans un premier temps. D'abord, et par-dessus tout, à Frédéric Pierru : au-delà des terrains pratiqués ensemble (notamment aux Etats-Unis), nous avons présenté ensemble une dizaine de communications, et signé ensemble plusieurs articles ; j'ai pu aussi bénéficier de sa lecture critique d'une grande partie de ce manuscrit. Sa collaboration m'a été d'une aide inestimable : je suis persuadé que je n'aurais pu trouver un alter ego plus compétent et plus stimulant que lui. Ensuite, à Claude Thiaudière, qui m'a énormément apporté par sa profonde connaissance de l'État sanitaire, et par son habileté à débusquer les évidences du monde de l'épidémiologie.

Depuis 2004, ces travaux ont été présentés, seul ou en collaboration, en différentes occasions, où ils ont bénéficié de discussions critiques stimulantes. Je remercie, par ordre chronologique, Pascale Laborier, Pierre Noreau, Marc Rioux et Guy Rocher (Colloque « Les réformes, le droit, la gouvernance », CURAPP-CRDP, Montréal, 2004), Frédéric Audren, Pascale Laborier, Paolo Napoli et Jakob Vogel (Colloque « Les sciences camérales : activités pratiques et histoire des dispositifs publics », CURAPP, Amiens, 2004), Thomas Alam et Jérémie Nollet (Séminaire « Administration du risque », CERAPS, Lille, 2005), Bernard Champaloux et Alain Leplège (ACI « Savoirs », Amiens, 2006), Odile Henry, Olivier Martin et Gisèle Sapiro (Session coordonnée « Expertise et science », 2^e Congrès de l'Association Française de Sociologie, Bordeaux, 2006), Christophe Traïni (Colloque « Les mobilisations collectives et les dispositifs de sensibilisation », CSPP, Aix-en-Provence, 2006), Eric Agrikoliansky et Pascale Dufour (Section « La politique des mouvements sociaux », 2^e Congrès international des associations francophones de science politique, Université Laval, Québec, 2007), Michel Agier, Jean-François Bayart, Rémy Bazenguissa, Romain Bertrand et Béatrice Hibou, (Séminaire « Limites du politiques », EHESS Paris, 2008), Valérie Schwoebel (Journée scientifique CIRE Toulouse, « De l'alerte à l'action en santé publique : quelle contribution des acteurs régionaux à la veille sanitaire ? » 2009), Odile Henry, Thomas Le Bianic, Frédéric Pierru (Séminaire « Organisation des professions, expertise et action publique », IRISSO, Paris-Dauphine, 2009), Soraya Boudia et Emmanuel Henry (Séminaire « Européanisation et transnationalisation des risques sanitaires et environnementaux », MISHA, Strasbourg, 2010), Philippe Bongrand, Julie Gervais, Petra Overath et Renaud Payre (Colloque « Les savoirs de gouvernement à la frontière entre administration et politique France-Allemagne 19e-20e siècles », TRIANGLE et CMB, Berlin, 2010), Olivier Ihl, Martine Kaluszynski, Renaud Payre, et Gilles Pollet (Colloque Sciences de gouvernement : circulation(s), traduction(s), réception(s), TRIANGLE et PACTE, Lyon et Grenoble, 2010), Bertrand Baldet, Geoffrey Carrère,

Frédéric Nicolas et Aude Sturma (Colloque « Le risque en question : fenêtre d'opportunité ou renouvellement de l'action publique ? », Toulouse, LISST-LASSP-LEREPS, 2011), Muriel Figuié (Séminaire ATP « Emergences et risques sanitaires en Méditerranée », CIRAD Montpellier, 2011), Michael Bresalier et Patrick Zylberman (Colloque « After 1918 : History and Politics of Influenza in the 20th and 21st centuries », EHESP-CHSTM, Rennes, 2011), Claude Gilbert et Emmanuel Henry (ST 24 « Les crises de santé publique : une question politique ? », XIe Congrès AFSP, Strasbourg, 2011), Laure Bonnaud et Nicolas Fortané (Séminaire PAN, RITME-INRA, 2012), sans oublier le Haut comité en santé publique (2009, Paris), le comité scientifique du Congrès de la Société Française de Santé publique (2011, Lille), le CIRAD (Séminaire « Analyse des politiques publiques », 2010, Montpellier) et l'ENSV et l'IEP de Lyon (Séminaire « Gestion des risques sanitaires, 2009 et 2010).

Ce travail a également bénéficié de discussions approfondies dans le cadre de deux collectifs, le Programme du « Groupe de travail interdisciplinaire franco-allemand L'expertise et les usages administratifs des savoirs scientifiques » (CIERA-CURAPP-CMB-CESTA, 2005-2006), que je co-dirigeais avec Philippe Bongrand, Heinrich Hartmann et Jakob Vogel, ainsi que le séminaire « Sociologie politique de la santé » (2003-2005), à l'initiative de Daniel Benamouzig et Patrick Hassenteufel, au pilotage duquel étaient associés Janine Barbot, Luc Berlivet, Olivier Borraz, Frédéric Pierru, Magali Robelet et moi-même.

Cet ouvrage doit beaucoup aux conditions de travail exceptionnelles que m'ont offert le CNRS et les deux unités mixtes de recherche qui m'ont accueilli, le CURAPP à l'université de Picardie et le CEPEL à l'Université de Montpellier. Merci à Diane Delacourt, Florence Gallemand, Franck Krawczyk, Valérie Pacaud et Corinne Robinson au CURAPP, à Jacques Fontaine, Sylvia Gonçalves, Maguelone Sié et Ludovic Sposito au CEPEL, dont le rôle au quotidien est bien plus que du « soutien » à la recherche.

Merci enfin à toutes celles et tous ceux qui, à des titres divers, ont nourri ma vie scientifique, parfois bien au-delà de la « vie de laboratoire », depuis une quinzaine d'années : Nicolas Mariot, Philippe Olivera, André Loez, Sylvain Bertschy, Emmanuelle Picard, Boris Gobille, Patrick Lehingue, Sabine Rozier, Pascale Laborier, Antoine Vauchez, Christelle Marchand-Lagier, Frédéric Lebaron, Philippe Bongrand, Laurent Gayer, Eric Agrikoliansky, Sylvie Thénault, Sylvain Laurens, Romain Bertrand, Eric Soriano, Julien Mary, Frédéric Rousseau, Paul Pandolfi, Muriel Figuié, Céline Braconnier, Alexandre Dézé, Julien Audemard, Nicolas Ferran, Jean-Yves Dormagen, Laurent Visier, Jonathan Cohen-Scali, Guilhem Birouste, Claire Lemercier, Stéphane Latté, Gérard Noiriél, Renaud Payre, Guillaume Mouralis, Henry Rousso et Michel Offerlé.

Annexe

Liste des personnes interrogées

Les 52 entretiens réalisés dans le cadre de l'enquête originale, ont été produits dans des configurations variables. Il y avait une liste de personnes à interroger, et même plusieurs listes en fonction des objets. Ces listes ont été modifiées au fur et à mesure de l'avancée, et évidemment la liste finale (même si elle n'est jamais vraiment finie autrement qu'en invoquant la « saturation » du corpus, formule magique) ne ressemble pas du tout à la liste originale. Une bonne partie a été réalisée à deux enquêteurs, mais la majeure partie par un enquêteur seul ; certains enquêtés avaient déjà été interrogés par les enquêteurs dans le cadre de recherches précédentes, d'autres étaient connus personnellement. Les grilles d'entretien étaient très variables d'un enquêteur à l'autre, et même pour chaque enquêteur ; en un mot, les entretiens ne sont absolument commensurables. Par exemple, j'ai réalisé plusieurs entretiens sur la question particulière de la déclaration obligatoire, d'autres sur l'histoire de la surveillance épidémiologique, d'autres sur les observatoires régionaux de santé. Mener des entretiens à deux présente plusieurs avantages : on peut s'imposer plus facilement à des imposants (les compétences/titres/connaissances s'additionnent), on risque moins d'oublier des questions, on peut varier les propos et les relances, on apprend sur sa manière d'être à l'écoute (du collègue et de l'enquêté), on peut se répartir les tâches de transcription, les « debriefings » immédiats sont beaucoup plus riches.

33 entretiens ont été utilisés dans cet ouvrage. J'en ai conduit 25, dont 11 avec Frédéric Pierru et 1 avec un Claude Thiaudière. Ce dernier en a conduit 8, dont 1 avec Frédéric Pierru. Les entretiens ont eu lieu pour la majorité en 2004 et 2005, mais certains ont été conduits jusqu'en 2011. Quelques enquêtés ayant souhaité l'anonymat, on n'a pas reproduit ici les dates d'entretien (indiquées approximativement dans les notes de bas de page).

Je remercie donc pour leur disponibilité l'ensemble des personnes interrogées, et en particulier les personnes suivantes :

- Elizabeth Bouvet, Jean-Baptiste Brunet, Françoise Cazein, Dominique Costagliola, Anne Laporte, Florence Lot, Alain Moren, Josyane Pillonel, Christian Saout, Alfred Spira, Philippe Stoeckel, Bernard Toma, Alain-Jacques Valleron (par FB)
- Gilles Brücker, Laurent Chambaud, François Dabis, Jean-Claude Desenclos, Jacques Drucker, Jean-François Girard, Bruno Hubert, Jean-François Lacronique, Louis-Rachid Salmi, Stephen Thacker, Carl Tyler (par FB et FP)
- Louis Massé (par FB et CT)
- Catherine Patris (par CT et FP)
- Michel Ballereau, Dominique Bessette et Jean-Claude Nansot (ensemble), Daniel Levy-Bruhl, Hubert Isnard, Eric Jouglu, Annick Morel, Jean Sénécal (par CT).