



Les ressorts de la « biopolitique » : « dispositifs de sécurité » et processus de « subjectivation » au prisme de l'histoire de la santé

Luc Berlivet

DANS **REVUE D'HISTOIRE MODERNE & CONTEMPORAINE** 2013/4 n° 60-4/4 bis , PAGES 97 À 121
ÉDITIONS **BELIN**

ISSN 0048-8003

ISBN 9782701181059

DOI 10.3917/rhmc.604.0097

Date de mise en ligne : 04/03/2014

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/revue-d-histoire-moderne-et-contemporaine-2013-4-page-97?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour Belin.

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur cairn.info/copyright.

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

Les ressorts de la « biopolitique » : « dispositifs de sécurité » et processus de « subjectivation » au prisme de l'histoire de la santé

LUC BERLIVET

Après une première période marquée par l'expression de nombreuses réticences, les historiens ont manifesté, depuis longtemps déjà, leur intérêt pour les analyses de Michel Foucault¹. Si bien que l'invitation lancée par la Société d'Histoire Moderne & Contemporaine à s'interroger sur l'actualité du travail de Michel Foucault soulève, d'emblée, la question préalable de savoir de quelle manière l'on pourrait contribuer au renouvellement de chantiers de recherche ouverts, pour certains, il y a près de trente ans. L'objet de ma contribution est de revenir sur l'analyse foucauldienne de la « biopolitique », l'une de ses catégories les plus fameuses, en abandonnant le plan de l'exégèse théorique et des interrogations sur l'intentionnalité historique sous-jacente aux tentatives pour établir un « biopouvoir », au profit de l'analyse empirique de son mode opératoire.

La question de l'actualité de la biopolitique peut s'entendre de deux manières différentes, quoique complémentaires, qui renvoient à l'intérêt de cette notion pour penser, au présent, une série de processus historiques caractéristiques de l'époque moderne et (a fortiori) contemporaine, d'une part ; et à l'effectivité des stratégies, évoquées par Michel Foucault, visant à instaurer une « politique du vivant », de l'autre. Entendu dans cette seconde acception, le terme renvoie à la question de l'efficacité des tentatives gouvernementales et autres en ce domaine ; interrogation cruciale si l'on veut éviter d'hypostasier la biopolitique, comme on a pu hypostasier le « pouvoir disciplinaire » en décrétant l'existence de panoptiques largement imaginaires. L'on se propose de revenir sur les conditions de possibilité, et donc simultanément sur les limites, d'une biopolitique en mobilisant une configuration conceptuelle constituée de termes apparus dans les écrits du philosophe à différents moments, à partir de la seconde moitié des années 1970 : « dispositifs de sécurité » (envisagés en contrepoint des « disciplines »), « gouvernementalité » et

1. La parution de l'ouvrage collectif : *Au risque de Foucault*, Paris, Éditions du Centre Georges Pompidou, 1997, remonte ainsi à plus de quinze ans.

«subjectivation», essentiellement. La tendance dominante de l'exégèse foucauldienne consistant à diviser ce corpus en périodes hermétiques les unes aux autres (le moment «disciplinaire» faisant place à une phase dite de la «gouvernementalité», elle-même éclipsée par l'avènement du dernier «Foucault»: celui des «techniques de soi») explique en grande partie que ces concepts soient presque systématiquement envisagés isolément. Contre cette réification trop rarement questionnée, on voudrait montrer tout l'intérêt qu'il y a à les tenir ensemble, tant les processus sociaux auxquels ils renvoient sont en réalité imbriqués².

La biopolitique dont il sera question ici est devenu un objet de plus en plus central des sciences sociales à mesure que croissait l'intérêt des historiens, sociologues et politistes pour l'objet «population» et pour l'étude des politiques visant à intervenir (d'une manière ou d'une autre) sur la morphologie des collectivités humaines, envisagées à travers les savoirs qui les informent, les dispositifs spécifiques à ce mode d'action publique singulier et (plus rarement) leurs effets tangibles³. Les travaux menés depuis une vingtaine d'années sur ces tentatives, emblématiques de la «modernité biologique»⁴, pour «gouverner» les aspects les plus intimes de l'existence humaine ont fait émerger un champ de recherche nouveau à l'interface de domaines connexes, tels que la démographie historique, l'histoire de la santé publique et des sciences du vivant, l'histoire sociale, la sociologie historique du *Welfare State* et la science politique.

Pour mieux mettre en lumière certains ressorts de cette politique des populations, on s'appuiera sur l'analyse des stratégies mises en œuvre, au cours du XX^e siècle, par des institutions françaises chargées de l'élaboration et de la publicisation (par des moyens qui ont varié au fil du temps) de messages sanitaires. Après avoir retracé rapidement l'évolution de ce domaine, de la «propagande d'hygiène sociale» (apparue aux lendemains de la Première Guerre mondiale) jusqu'à l'avènement de «l'éducation pour la santé» (dans les années 1970), en passant par l'institutionnalisation (à la Libération) d'une «éducation sanitaire et sociale», on s'arrêtera plus longuement sur les logiques ayant présidé à l'élaboration d'une série de films télévisuels et radiophoniques, du milieu des années 1970 jusqu'aux années 1990 essentiellement. On s'attachera notamment à expliciter les enjeux dont s'est graduellement chargée, aux yeux de leurs concepteurs même, l'étude de la réception des messages par le public

2. L'invitation de la Société d'Histoire Moderne & Contemporaine à contribuer à cette table ronde nous a fourni l'occasion de revenir sur un chantier de recherche ouvert il y a près de vingt ans, pour tenter d'analyser dans leur complémentarité différents aspects que nous n'avions pu aborder simultanément dans de précédentes publications dont on trouvera les références *infra*.

3. Une exception notable étant l'ouvrage de Simon SZRETER, *Fertility, Class and Gender in Britain 1860-1940*, Cambridge, Cambridge University Press, 1996, qui lie ensemble, de manière magistrale, ces trois aspects complémentaires. Pour une introduction aux problématiques plus proprement historiographiques d'un champ désormais extrêmement ramifié: Paul-André ROSENTAL, «Pour une histoire politique des populations», *Annales. Histoire, sciences sociales*, 61-1, janvier 2006, p. 7-29.

4. Pour paraphraser la fameuse définition foucauldienne: «ce qu'on pourrait appeler le «seuil de modernité biologique» d'une société se situe au moment où l'espèce entre comme enjeu dans ses propres stratégies»: Michel FOUCAULT, *La volonté de savoir*, Paris, Gallimard, 1976, p. 188.

auquel ils étaient destinés. L'une des fragilités caractéristiques de la prévention en santé publique réside, en effet, dans la difficulté récurrente éprouvée par ses promoteurs à apporter la preuve de son efficacité aux pouvoirs publics comme à la profession médicale et *in fine* aux populations censées en profiter. Ce «biopouvoir» là n'a donc, de prime abord, rien de bien redoutable... Au point que l'on pourrait juger, a priori, ce mode d'intervention comme marginal au regard de l'histoire de la biopolitique, voire quelque peu trivial. Pourtant, ce sont précisément leurs difficultés de mise en œuvre et l'incertitude quant à leurs effets qui rendent le cas des politiques de prévention intéressant. Elles sont, en effet, emblématiques de la situation commune aux promoteurs de tout type d'action visant à amener une population à rompre avec certaines pratiques, dès lors que le recours à la coercition n'apparaît pas (ou plus) envisageable, pour des raisons de faisabilité pratique et/ou d'acceptabilité politique. De quel registre peuvent-ils jouer ? Je m'attacherai à analyser l'évolution ayant conduit les concepteurs des «grandes campagnes nationales d'éducation pour la santé» à tenter d'instrumentaliser à leur profit certains «processus de subjectivation».

Mais, pour mieux souligner les enjeux que recèle ce recours désormais routinier à la «boîte à outils» foucauldienne⁵, il convient de revenir préalablement sur certaines analyses, devenues classiques, de la santé publique et plus généralement des interventions publiques de prévention inspirées par les écrits du philosophe.

«DISCIPLINE» VS «SÉCURITÉ» : NORMATIVITÉ ET MODE OPÉRATOIRE DU POUVOIR SUR LA VIE

Dès le tournant des années 1970-1980, la référence à la notion foucauldienne de «discipline» commença à apparaître dans quelques travaux d'historiens de la médecine et de sociologues de la santé de langue anglaise⁶. Elle se diffusa dans la décennie suivante, au point que, paradoxalement, *Surveiller et punir* finit par jouir dans ces deux champs interconnectés (du moins à cette époque) d'une notoriété supérieure à celle dont avaient bénéficié les livres de Michel Foucault

5. L'expression fut introduite par Gilles Deleuze, en 1972, au cours d'une discussion avec Michel Foucault : «Les intellectuels et le pouvoir», in M. FOUCAULT, *Dits et écrits. 1954-1988*, Paris, Gallimard, 1994, t. 2 (texte 106), p. 306-315 : «C'est ça une théorie, c'est exactement comme une boîte à outils. Rien à voir avec le signifiant. Il faut que ça serve, il faut que cela fonctionne. Et pas pour soi-même» (citation p. 309).

6. M. FOUCAULT, *Surveiller et punir. Naissance de la prison*, Paris, Gallimard, 1975. Pour une étude de sa réception par les sociologues et les historiens de la médecine, voir respectivement : Peter CONRAD, «Medicalization and social control», *Annual Review of Sociology*, 18-1, août 1992, p. 209-232 et Colin JONES, Roy PORTER (ed.), *Reassessing Foucault: Power, Medicine and the Body*, Londres, Routledge, 1994, que l'on pourra confronter à la lecture plus circonspecte de Jacques LÉONARD, «L'historien et le philosophe. À propos de *Surveiller et punir. Naissance de la prison*», in Michelle PERROT (éd.), *L'impossible prison. Recherches sur le système pénitentiaire au XIX^e siècle*, Paris, Seuil, 1980, p. 9-28, et la réponse (acérée) de M. FOUCAULT, «La poussière et le nuage», in *ibidem*, p. 29-39.

consacrés à des questions proprement médicales⁷. La critique du « pouvoir médical » et de ses prétentions normalisatrices inséparablement politiques et scientifiques, instruite depuis le début des années 1970 par les pionniers d'une histoire sociale de la santé autant que par les nouvelles générations de sociologues de la médecine, se nourrit de l'analyse foucauldienne des « dispositifs disciplinaires » et le modèle du « panoptique » fut mobilisé, sans trop de précautions, pour décrire les effets objectivants du « regard médical » (*medical gaze*) se posant sur les corps. L'ouvrage le plus influent, dans cette veine, fut sans doute celui que David Armstrong consacra à l'histoire de la médicalisation du corps humain et de certaines conduites de vie au XX^e siècle, envisagée à partir du cas britannique⁸. Le caractère heuristique de cette réappropriation ne fait aucun doute lorsqu'il s'agit d'analyser le mode opératoire de certaines institutions pionnières, comme le *Peckham Health Center*, qui fascina littéralement Armstrong. Cette expérimentation médico-sociale, menée à partir de 1935 dans ce quartier du Sud-Est de Londres, visait à améliorer l'état de santé de la population locale en combinant examens médicaux réguliers et approfondis (cliniques et biologiques) des volontaires, conseils personnalisés aux familles (étroitement suivies à travers le temps) et mise à leur disposition, au sein même du *Health Center*, d'une série d'équipements permettant une grande variété d'activités physiques (sports, jeux...) sous la surveillance discrète, parfois même invisible, des soignants et de leurs assistants. L'analogie avec le panoptique, permettant d'observer l'ensemble des prisonniers sans être vu, apparaissait donc parfaitement justifiée⁹. Le problème vient de ce que ce type de dispositif (version souriante des institutions totales asilaires et carcérales étudiées par Foucault) fondé sur un confinement autorisant à son tour un niveau fin de contrôle sur les corps, à travers l'agencement de l'espace et des installations mises à la disposition du public, constitue l'exception et non la norme de l'action sanitaire et sociale. La stratégie consistant à « faire venir la communauté à l'intérieur des murs »¹⁰ de l'institution n'est que rarement envisageable en pratique : les tentatives de médicalisation de la vie humaine à travers l'alimentation, l'hygiène corporelle, les modes d'habitation, etc., apparues, sous des formes extrêmement variées (et plus ou moins abouties) depuis les XIII^e-XIV^e siècles à tout le moins¹¹ supposent au contraire le plus souvent

7. On pense bien sûr ici à M. FOUCAULT, *Folie et déraison. Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Plon, 1961 (republié par Gallimard sous le titre : *Histoire de la folie à l'âge classique* en 1972) et ID., *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*, Paris, PUF, 1963. Le premier de ces ouvrages fit très rapidement l'objet d'une traduction partielle en anglais : *Madness and Civilization: A History of Insanity in the Age of Reason*, New York, Pantheon Books, 1965, tandis que le second fut traduit sous le titre : *The Birth of the Clinic: An Archaeology of Medical Perception*, Londres, Tavistock, 1973.

8. David ARMSTRONG, *Political Anatomy of the Body. Medical Knowledge in Britain in the Twentieth Century*, Cambridge, Cambridge University Press, 1983 ; son projet est explicité à la p. XII.

9. *Ibidem*, en particulier p. 35-38, *passim*.

10. Comme le résume justement Armstrong : *ibidem*, p. 36.

11. Sur la chronologie et les ressorts des premières tentatives d'encadrement médical des activités humaines, Marilyn NICLOUD, « Formes et enjeux d'une médicalisation médiévale : réflexions sur les cités italiennes (XIII^e-XV^e siècles) », *Genèses*, 82, 2011/1, p. 7-30.

d'intervenir «à distance» et à une plus grande échelle, pour chercher à modifier les pratiques de populations numériquement importantes. De fait, Foucault s'est bien gardé d'ériger la discipline en modèle universel de tout rapport de pouvoir.

Au contraire, dans *La volonté de savoir* (paru moins de deux ans après *Surveiller et punir*) il introduisait déjà une distinction fondamentale entre ce qu'il percevait comme les «deux formes principales» de «ce pouvoir sur la vie [qui] s'est développé depuis le XVII^e siècle», précisant que, sans être à proprement parler «antithétiques»¹², elles différaient sur les deux plans fondamentaux de leur normativité et de leur mode opératoire¹³. La question revêtait une importance suffisante aux yeux de Foucault pour qu'il revienne, dans son cours au Collège de France de l'année 1977-1978 (en particulier dans sa leçon du 25 janvier 1978), sur les différences observables entre les «disciplines» et ce qu'il désignait alors, de manière provisoire, comme des «dispositifs de sécurité»¹⁴, sous le double rapport de la détermination de la norme au fondement de l'action, d'une part, et des logiques au principe de cette action, de l'autre.

Concernant le premier point, il soulignait ainsi que

«la normalisation disciplinaire consiste à poser d'abord un modèle, un modèle optimal qui est construit en fonction d'un certain résultat, et l'opération de la normalisation disciplinaire consiste à essayer de rendre les gens, les gestes, les actes conformes à ce modèle, le normal étant précisément ce qui est capable de se conformer à cette norme et l'anormal, ce qui n'en est pas capable»¹⁵.

Au contraire, le cas des «dispositifs de sécurité» (et, par extension, de tout ce qui relève de la «gouvernementalité») est, selon Foucault

«exactement inverse de celui que l'on pouvait observer à propos des disciplines. Là, au contraire, on va avoir un repérage du normal et de l'anormal, on va avoir un repérage des différentes courbes de normalité, et l'opération de normalisation va consister à faire jouer les unes par rapport aux autres ces différentes distributions de normalité, et de faire en sorte que les plus défavorables soient ramenées à celles qui sont le plus favorables»¹⁶.

12. De son point de vue : «elles constituent plutôt deux pôles de développements reliés par tout un faisceau intermédiaire de relations». M. FOUCAULT, *La volonté de savoir*, op. cit., p. 182-183.

13. Tandis que la discipline s'intéresse au «corps comme machine» et relève de ce fait d'une *anatomo-politique du corps humain*, l'autre forme de pouvoir sur la vie «est centré[e] sur le corps espèce, sur le corps traversé par la mécanique du vivant et servant de support aux processus biologiques : la prolifération, les naissances et la mortalité, le niveau de santé, la durée de vie, la longévité avec toutes les conditions qui peuvent les faire varier ; leur prise en charge s'opère par toute une série d'interventions et de contrôles régulateurs : une bio-politique de la population». M. FOUCAULT, *La volonté de savoir*, op. cit., p. 183 (souligné dans le texte).

14. M. FOUCAULT, *Sécurité, territoire, population. Cours au Collège de France, 1977-1978*, Paris, Gallimard-Seuil-EHESS, 2004 (texte édité par Michel Senellart), p. 57-89 ; Foucault se montre insatisfait de ce terme : «un mot qui à coup sûr n'est pas satisfaisant et sur lequel il faudra revenir» (p. 59).

15. *Ibidem*, p. 59. La norme est première, le normal et l'anormal s'en déduisent ; au point qu'à tout prendre, insiste Foucault, «le mot barbare» de «normation» conviendrait sans doute mieux que celui de «normalisation».

16. *Ibidem*, p. 65 ; c'est moi qui souligne. Pour une exploration des usages possibles de ce type d'analyse de la normativité, menée simultanément par G. Canguilhem, on pourra se reporter au numéro de *Quaderni Storici* : «Normale/patologico, sano/malato dal medioevo al contemporaneo», édité par Luc BERLIVET et Maria Pia DONATO, en particulier : EID., «Premessa», *Quaderni Storici*, 46-1, avril 2011, p. 3-12.

On perçoit aisément ce que ce style de pensée doit à l'essor, au cours du XIX^e siècle, des dispositifs d'objectivation statistique¹⁷. Ainsi, lorsque des médecins analysent les chiffres de mortalité recueillis dans les différents quartiers de Paris durant une épidémie de choléra, comme dans le cas cité par Foucault au cours de ses leçons de l'hiver 1978 (mais ce serait également vrai de toute analyse statistique de variations observées au sein d'une population, quelle qu'elle soit), ils ne font rien d'autre que mettre en évidence des mortalités *différentielles*, donc relatives, avec des situations moins défavorables que d'autres, qui vont, de ce simple fait, finir par être considérées comme « normales » et sur lesquelles il va s'agir de « rabattre les situations les plus défavorables »¹⁸.

La seconde différence majeure entre disciplines et dispositifs de sécurité pointée par Foucault dans la suite de son cours réside dans leurs modes opératoires, leurs grammaires respectives. En effet, tandis que les techniques disciplinaires s'exercent « de l'extérieur », « jusque sur le grain le plus fin des comportements individuels »¹⁹, sur un sujet dont on n'attend rien d'autre qu'une obéissance aussi complète que possible, le dispositif de sécurité implique de faire jouer « de l'intérieur » certains aspects du phénomène considéré, pour tenter de neutraliser ses effets les plus délétères. Par là, les gouvernants prennent donc également acte, implicitement ou explicitement selon les cas, de ce qu'ils n'ont d'autre choix que de rechercher dans la dynamique sociale elle-même²⁰ le moyen de son retournement.

USAGES HISTORIQUES D'UNE ANALYSE PHILOSOPHIQUE

Les vertus heuristiques de ce distinguo entre « discipline » et « sécurité » sont multiples et nous aurons l'occasion de les donner à voir dans les développements qui suivent. Il convient, toutefois, de l'aborder avec prudence, comme d'ailleurs toutes les analyses développées par Foucault au fil de ses cours au Collège de France (lui-même ne cessait d'y inciter ses auditeurs), même si beaucoup de commentateurs les mobilisent pourtant de la même manière que les ouvrages publiés de son

17. Pour des perspectives complémentaires sur ces innovations : Theodore M. PORTER, *The Rise of Statistical Thinking (1820-1900)*, Princeton, Princeton University Press, 1986 ; Ian HACKING, *The Taming of Chance*, Cambridge, Cambridge University Press, 1990 ; Alain DESROSIÈRES, *La politique des grands nombres. Histoire de la raison statistique*, Paris, La Découverte, 1993 ; Gerd GIGERENZER *et alii*, *The Empire of Chance. How Probability Changed Science and Everyday Life*, Cambridge, Cambridge University Press, 1990.

18. M. FOUCAULT, *Sécurité, territoire, population*, *op. cit.* : « La norme [dans ce cas] est un jeu entre les différentes normalités différentielles. [...] C'est le normal qui est premier, et c'est la norme qui s'en déduit, ou c'est à partir de cette étude des normalités que la norme se fixe et joue son rôle opératoire. Je dirai là qu'il ne s'agit plus d'une "normation", mais plutôt au sens strict, enfin, d'une normalisation » (p. 65).

19. *Ibidem*, p. 68 ; Foucault parle également de « quadrillage disciplinaire ».

20. Si dans le cas de la variolisation, pris en exemple par Foucault (*Sécurité, territoire, population*, *op. cit.*, p. 61-64), le mode opératoire consiste à instrumentaliser un processus naturel (l'infection et la réponse immunitaire qu'elle suscite), dans celui de la disette et dans les autres situations analysées ultérieurement au fil de ses leçons sur la « gouvernementalité », c'est bien de dynamiques sociales qu'il est question.

vivant. Lieux de l'expérimentation radicale, les cours et séminaires sont peuplés d'ébauches de notions et de raisonnements qui seront abandonnés, déconstruits, amendés ou simplement ignorés dans la suite de l'enseignement²¹. Avant de les mettre à l'épreuve de quelque analyse empirique que ce soit, il convient donc de commencer par leur porter l'attention critique que Foucault n'a pas toujours eu le temps, ou le désir, de leur accorder. Dans le cas des « dispositifs de sécurité », par exemple, un point crucial concerne le lien entre le travail d'objectivation d'une normalité (toujours relative, fréquemment statistique) et la mise en œuvre d'une intervention visant à prendre appui sur certains traits du phénomène réputé problématique, pour le retourner contre lui-même. Si, dans les cas de figure analysés par Foucault, ces deux dimensions semblent s'enchaîner harmonieusement, comme deux phases d'un unique processus²², il ne faudrait pourtant pas conclure à une quelconque automaticité en la matière. Au contraire, l'histoire de la santé (et des politiques de population en général) depuis le XIX^e siècle est parsemée d'exemples de travaux statistiques ayant attiré l'attention des savants, des autorités, voire d'un public plus large, sur les origines d'innombrables maux, sans pour autant déclencher d'intervention répondant aux critères rappelés plus haut; très souvent ces « alertes » ne suscitèrent d'ailleurs pas la moindre réaction concrète.

Le premier exemple d'un travail d'objectivation numérique d'une norme sanitaire visant à guider l'action publique est sans doute à mettre à l'actif de William Farr (1807-1883)²³. Ce médecin réformateur anglais, devenu le responsable de la collecte et de l'analyse des statistiques démographiques et sanitaires (*vital statistics*) au General Register Office²⁴, joua un rôle de premier plan dans le mouvement hygiéniste britannique. Il élaborait ainsi un dispositif statistique permettant de surveiller l'évolution de la mortalité dans l'ensemble des districts anglais et gallois, qui fut institutionnalisé au travers du *Public Health Act* de 1848. Considérant, pour une série de raisons en partie arbitraires, que la mortalité « naturelle » (entendre : normale) ne devait pas dépasser celle observée dans les districts sanitaires situés dans le décile supérieur, le texte de loi autorisait l'administration centrale (le Privy Council, le Home Office, puis, après 1871, le Local Government Board) à mener une enquête épidémiologique dans chaque district où le taux de mortalité excédait ce *Standard Mortality*

21. La notion de « dispositif de sécurité » elle-même ne passera pas l'hiver 1978, Foucault préférant ensuite réfléchir en termes de « gouvernementalité », de manière certes plus générale et englobante, mais pas nécessairement plus précise.

22. Ce choix de raisonner sur des exemples particulièrement « achevés » est fort compréhensible de la part d'un philosophe cherchant à cerner les traits d'un processus sous sa forme la plus aboutie; c'est à celui qui prétend ensuite les reprendre à son compte pour les mettre au travail sur son propre terrain d'enquête de tenir compte des différences entre les cas de figure qui l'intéressent et les « modèles », quasi idéal-typiques, construits par Foucault.

23. John M. EYLER, *Victorian Social Medicine. The Ideas and Methods of William Farr*, Baltimore, Johns Hopkins University Press, 1979.

24. Le GRO, bureau central de statistique institué par le *Births and Deaths Registration Act* de 1836, n'avait pas compétence en Écosse, ni en Irlande; voir Edward HIGGS, *Life, Death and Statistics: Civil Registration, Censuses and the Work of the General Register Office*, Hatfield, University of Hertfordshire (Local Population Studies Supplement), 2004.

*Rate*²⁵. Dans la réalité, la mesure se révéla vite impraticable, ne serait-ce que parce qu'elle excédait les capacités d'intervention d'une administration sanitaire étique. En outre, même lorsque de telles investigations furent entreprises, les interventions prescrites par les *Medical Officers of Health (MoHs)* reposaient sur des injonctions (ne pas consommer l'eau de tel cours d'eau sans précautions, etc.²⁶) et/ou des travaux publics (canalisations, drainages...) n'impliquant aucunement de prendre appui sur les interactions au sein de la communauté locale afin de la transformer de l'intérieur.

De fait, longtemps l'hygiène et la prophylaxie ne furent envisagées qu'au prisme de la discipline, la prescription se faisant plus ou moins autoritaire ou euphémique selon l'époque, le pays et la population cible considérés. Même l'apparition, dans le dernier quart du XIX^e siècle, d'une « propagande sanitaire » mobilisant, à l'instar de son homologue « commerciale », les ressources de l'illustration (affichage, feuilles volantes, etc.) de la campagne de presse et bientôt du cinéma²⁷, n'impliqua aucune rupture radicale avec cette posture en surplomb. L'histoire de l'émergence de stratégies affines aux dispositifs de sécurité foucaaldiens en santé publique (et, plus largement, dans les politiques de population) est encore à écrire. Cependant, on dispose déjà d'éléments concernant certains jalons essentiels, tel que le succès rencontré, à partir des années 1930, par les reproblématisations de l'action humaine en termes de « comportements » : « *behavio(u)r* »²⁸. Analysant la littérature médicale britannique des XIX^e et XX^e siècles, David Armstrong²⁹

25. Dont la valeur fut initialement fixée à 23/1 000; sur le dispositif de Farr, voir par exemple Libby SCHWEBER, *Disciplining Statistics. Demography and Vital Statistics in France and England (1830-1885)*, Durham (NC), Duke University Press, 2006, p. 109-110.

26. Christopher HAMLIN, *A Science of Impurity: Water Analysis in Nineteenth Century Britain*, Bristol, Adam Hilger, 1990, détaille les enjeux des stratégies rhétoriques mises en œuvre, à partir du milieu du siècle, pour « communiquer » au public les résultats des analyses des eaux et des études sur l'efficacité relative des différents procédés de filtration (en particulier p. 153 sq., p. 213 sq.). Le point de vue des *sanitarians* eux-mêmes est bien restitué dans l'anthologie récente de Michelle ALLEN-EMERSON et alii (ed.), *Sanitary Reform in Victorian Britain*, Londres, Pickering & Chatto, 2013 (en particulier, vol. 3/part I: « Sanitary Engineering »).

27. Contemporain de la naissance du cinéma, le film sanitaire connaîtra un développement considérable aux lendemains de la Première Guerre mondiale, sous l'impulsion de la mission de la Fondation Rockefeller contre la tuberculose; pour un témoignage doublé d'une analyse des vertus du cinéma en matière de propagande sanitaire: Lucien VIBOREL, « Introduction. Le cinéma, créateur d'impressions distrayantes est, avant tout, un prodigieux agent d'éducation », in *Catalogue de la cinémathèque du ministère du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévention sociales, de l'Office National d'Hygiène Sociale et du Comité National de Défense contre la Tuberculose*, Paris, s.d., p. 3-8. Voir aussi Valérie VIGNAUX, « L'éducation sanitaire par le cinéma dans l'entre-deux-guerres en France », *Sociétés & Représentations*, 28, 2009-2, p. 67-85; Christian BONAHE, « "Health crusades": Environmental approaches as public health strategies against infections in sanitary propaganda films, 1930-1960 », in Virginia BERRIDGE, Martin GORSKY (ed.), *Environment, Health and History*, Londres, Palgrave, 2011, p. 152-175. Pour une présentation synthétique du cas britannique: Timothy M. BOON, « Health education films in Britain, 1919-1939: production, genres and audiences », in Graeme HARPER, Andrew MOOR (ed.), *Signs of Life: Cinema and Medicine*, Londres, Wallflower Press, 2005, p. 45-57.

28. Même si la publication de la fameuse conférence de John B. WATSON: « Psychology as the behaviorist views it » dans la *Psychological Review* remonte à mars 1913 (20-2, p. 158-177), il faudra attendre près de vingt ans pour que ce programme soit repris dans un nombre croissant de domaines.

29. D. ARMSTRONG, « Origins of the problem of health-related behaviours: a genealogical study », *Social Studies of Science*, 39-6, décembre 2009, p. 909-926.

a mis en évidence l'effacement graduel de termes traditionnels tels que «*habit*» ou «*conduct*» et l'apparition concomitante de références à la manière dont le «comportement» général, qui n'était plus uniquement (ou plus directement) envisagé en termes moraux (de «*good behaviour*»), influait sur les états de santé des individus. Consolidée dans les années 1950 autour de la notion épidémiologique de «comportement à risque» (fumer, boire sans modération, manger gras, etc.)³⁰, cette innovation conceptuelle posa les bases d'une nouvelle approche des conduites de vie humaine et des interventions visant à les modifier. Pour autant, il faut se garder de conclure à un changement irréversible de paradigme médical, caractérisé par la reconnaissance de la complexité psycho-sociale des «comportements» humains et de l'inanité consécutive des injonctions sanitaires.

LES INJONCTIONS PRESCRIPTIVES DE L'ÉDUCATION SANITAIRE ET SOCIALE

Comme Foucault n'eut de cesse de le répéter, souveraineté, discipline et sécurité ne doivent nullement être envisagées comme trois moments successifs d'une quelconque évolution historique linéaire³¹. De fait, pour se limiter au cas qui nous occupe, la santé publique contemporaine regorge d'injonctions prescriptives de type disciplinaire, y compris dans l'ordre de l'action symbolique³² qui, dans le cas français, fut dénommée tour à tour «propagande d'hygiène sociale», puis «éducation sanitaire et sociale» (dans l'après-guerre), enfin «éducation pour la santé» (au début des années 1970) ou, dans certains discours, «éducation à la santé»³³. Dans ce domaine, à la fois essentiel pour un État soucieux de manifester son intérêt pour la prévention de pathologies affectant la vie de ses citoyens et

30. Pour une analyse des transformations de la statistique médicale et de l'épidémiologie ayant induit l'apparition d'une problématisation de la santé en termes de «risque» («facteurs de risque», «comportement à risque», «risque relatif», etc.): William G. ROTHSTEIN, *Public Health and the Risk Factor: A History of an Uneven Medical Revolution*, Rochester (New York), University of Rochester Press, 2003; L. BERLIVET, «"Association or causation?" The debate on the scientific status of risk factor epidemiology, 1947-c. 1965», in V. BERRIDGE (ed.), *Networks of Knowledge and Power: Science, Research and Policy since 1945*, Londres & Amsterdam, Rodopi, 2005, p. 43-74.

31. Même si ces différentes formes de pouvoir sont apparues de manière échelonnée, au cours de périodes historiques éloignées dans le temps, elles ne se sont pas pour autant succédées les unes aux autres. Foucault réfutait ainsi par avance l'idée d'un «remplacement d'une société de souveraineté par une société de discipline, puis d'une société de discipline par, disons, une société de gouvernement» et insistait, au contraire, sur l'existence d'un triangle: M. FOUCAULT, *Sécurité, territoire, population...*, op. cit., p. 111.

32. Ainsi de l'injonction (très euphémique) à consommer «au moins 5 fruits et légumes par jour», émanant du Programme National Nutrition Santé (institué en 2001). On ne pourra pas aborder ici la question, complémentaire, des interdictions sanitaires (de fumer dans les lieux publics, de vendre alcool et tabac aux mineurs de moins de 16 ans, etc.) dont la logique et le mode opératoire appartiennent bien évidemment au registre «disciplinaire».

33. L. VIBOREL, *La technique moderne de la propagande d'hygiène sociale*, Paris, Éditions de «La Vie Saine», 1930, expose (sur plus de 700 pages) une théorie et une pratique qu'il continuera d'illustrer jusqu'au début des années 1950 et qui se prolongera à travers les actions du Haut comité d'étude et d'information sur l'alcoolisme (HCEIA) créé en 1954 par Pierre Mendès-France, à l'instigation de Robert Debré: L. BERLIVET, «Les démographes et l'alcoolisme: du «fléau social» au «risque de santé»», *Vingtième siècle*, 95, juillet 2007, p. 93-113. Sur le glissement, symbolique, de «l'éducation sanitaire» à «l'éducation pour la santé», voir *infra*.

cependant marginal au regard des ressources affectées à la médecine curative (en particulier aux hôpitaux), un travail doctrinal spécifique fut même mené au tournant des années 1960-1970 afin de re-légitimer un mode d'intervention extrêmement normatif, sur fond de contestations politiques³⁴. Jouant des inquiétudes croissantes suscitées par l'augmentation massive des dépenses de santé et de l'espérance placée dans les vertus économiques de la prophylaxie, les responsables du principal organisme en charge de ces questions, le *Comité français d'éducation sanitaire et sociale*³⁵, confèrent une actualité nouvelle à la notion de « responsabilité individuelle » face à sa propre santé en rappelant les limites à la liberté individuelle imposées par les exigences de la vie en société :

« Cette accession de chacun à une responsabilité personnelle, rendue consciente de ses devoirs vis-à-vis de soi-même et des autres, en vue d'une sauvegarde réaliste du bien-être physique, mental et social de chacun et de tous [qui est l'objet même d'une éducation sanitaire bien comprise], nous ne pensons pas qu'elle doive être considérée comme un mythe »³⁶.

De là la nécessité pour l'individu de suivre les injonctions (désignées sous le terme euphémique de « conseils ») d'un corps médical éclairé et bienveillant :

« L'éducation sanitaire et sociale cherche à fournir [au citoyen], avec les informations les plus indispensables, les nécessaires motivations dont il a besoin afin d'éviter des actes susceptibles de mettre en péril sa santé, celle de ses proches ou celle de ses concitoyens. Elle le prépare à accepter, en toute connaissance de cause, les conseils qui peuvent lui être donnés par son médecin, par les autorités sanitaires et par les services sociaux. Elle développe en lui le sens le plus élevé, celui de la solidarité devant les contraintes de la santé et du bien-être social »³⁷.

34. Louis-Paul AUJOLAT, « Avez-vous lu Herbert Marcuse ? L'éducation sanitaire à l'épreuve des contestations du moment et des évolutions en cours », *La santé de l'homme*, 158, septembre 1968, p. 2-5. Après avoir explicité le sens du titre : « C'est un étudiant qui me pose brutalement cette question au cours d'une séance de contestation à laquelle j'avais le privilège d'être convié », ce théoricien de l'éducation sanitaire (voir *infra*) expose les termes du problème : « Notre monde d'aujourd'hui peut-il encore entendre parler d'éducation à l'heure de la participation généralisée ? Peut-il encore accepter des informations sanitaires, évocatrices de barrières, de défenses ou de précautions, à l'heure où les progrès de la thérapeutique comme les audaces de la chirurgie invitent l'humanité à l'euphorie d'une santé garantie contre les périls ou les excès » (citation p. 4), avant de conclure par un appel au réarmement doctrinal.

35. Créé à la Libération, tout comme le Centre national d'éducation sanitaire et sociale, à l'instigation du Pr. Jacques Parisot et du Dr. Lucien Viborel (voir la préface du premier à l'ouvrage du second : L. VIBOREL, *L'éducation sanitaire, science d'action*, Tours, Arrault & Cie, 1944, p. 11-14), le CFESS absorba le Centre National en 1966, devenant l'unique institution publique généraliste dans ce domaine ; sur son activité jusqu'à la période considérée ici : CFESS, *Au service de la santé publique, le Comité français d'éducation sanitaire et sociale, une organisation nationale dont l'objectif est de promouvoir la santé par l'éducation*, Paris, COFEP, 1967.

36. L.-P. AUJOLAT, « Communications et changements. Discours d'ouverture de la VII^e conférence mondiale sur l'éducation sanitaire et sociale », *La santé de l'homme*, 165, novembre 1969, p. 7-11, citation p. 10. Médecin, ancien député du Cameroun (1946-1956), sous-secrétaire, puis secrétaire d'État à l'Outre-Mer (1949-1953), ancien ministre de Pierre Mendès-France (Santé et population, puis Travail et Sécurité sociale), Aujoulat était alors secrétaire général du CFESS et, conjointement, de l'Union internationale pour l'éducation sanitaire (UIES).

37. L.-P. AUJOLAT et Xavier LECLAINCHE, « La promotion de la santé par l'information et l'éducation. Communication à l'Académie de médecine, séance du 5 mai 1970 », *La santé de l'homme*, 169, juillet 1970, p. 2-7, citation p. 5. Sur l'histoire de cette revue, fondée en 1942 par le Dr. Pierre Delore et devenue ensuite l'organe du Comité français : Isabelle VON BUELTZINGSLOEWEN, « Retour sur les origines de *La santé de l'homme* », *La santé de l'homme*, 420, septembre 2012, p. 17-18.

En butte aux évolutions délétères d'une « société de consommation » au sein de laquelle le respect dû aux « lois de la vie » s'était presque entièrement perdu³⁸ et où les « classes populaires » n'avaient plus « d'éléments de culture et d'information autres que la télévision »³⁹, l'éducateur sanitaire était donc pleinement justifié à mobiliser à son tour les « mass médias », afin de diffuser au plus grand nombre ses injonctions aussi directes qu'impératives : on ne doit pas fumer, il ne faut pas boire de manière excessive, etc. Les logiques sociales au principe des conduites de vie des populations cibles n'avaient, dans cette perspective, guère d'importance, non plus que de savoir comment les messages sanitaires pouvaient être effectivement reçus par le public.

RETOURNER LA PERSPECTIVE : SUR LA FONCTION LIBÉRATRICE DES « GRANDES CAMPAGNES MÉDIATIQUES » DE PRÉVENTION

La critique de cette vision extrêmement hiérarchique, verticale, de la communication en santé qui se fit jour, dans la seconde moitié des années 1970, jusqu'au cœur de ce qui était devenu le Comité français d'éducation pour la santé (CFES)⁴⁰, visa simultanément le simplisme a-scientifique et le paternalisme moralisateur de la doctrine défendue par l'institution.

Ce point de vue hétérodoxe fut élaboré à partir de 1976 par un groupe initialement restreint, mais qui s'imposa bientôt comme la nouvelle génération de spécialistes ès prévention, à la faveur d'un contexte marqué par les interrogations sur son efficacité réelle. Cette poignée de jeunes hommes (dans leur grande majorité), âgés d'une trentaine d'années à peine, venait tout juste d'être engagée pour renforcer les fonctions « Études et recherches » et « Communication » d'un Comité récemment chargé par le gouvernement d'explorer les potentialités des médias audiovisuels, en instrumentalisant au bénéfice de la santé publique l'outil favori des agences de publicité : le « spot » de quelques dizaines de secondes, ponctué d'un slogan et diffusé dans une plage réservée aux annonceurs, distincte des émissions de la chaîne de télévision ou de la station de radio⁴¹. Rarement

38. Le thème, très présent dans la littérature de l'époque, sera décliné de manière particulièrement radicale dans un rapport influent : Services du Premier ministre – Comité central d'enquête sur le coût et le rendement des services publics, *Sur l'éducation sanitaire et sociale. Rapport présenté par M. Legrand, administrateur civil*, 1972. Le haut fonctionnaire y réaffirme le bien fondé « des quatre règles de conduites déduites des lois fondamentales de la nature humaine » formulées par Alexis Carrel (p. 19, p. 356-357, *passim*).

39. Dr. ARNAUD, « La TV et son impact. Session d'étude sur les techniques d'éducation sanitaire d'avril 1969 », *La santé de l'homme*, 165, novembre 1969, p. 20-26.

40. L'abandon du très administratif « sanitaire », remplacé par « pour la santé » dans le titre de l'institution et la dénomination de son activité, fin 1971 (voir *La santé de l'homme*, 176, novembre 1971), se voulait une manière de prendre en compte (nominalement) l'importance de la contestation « contre-culturelle » impulsée par « mai 1968 » sans pour autant amender (substantiellement) les principes d'intervention.

41. Sur les déterminants politiques et institutionnels de cette innovation : L. BERLIVET, « Uneasy prevention : the problematic modernization of health education in France after 1975 », in V. BERRIDGE, Kelly LOUGHLIN (ed.), *Medicine, the Market and Mass Media: Producing Health in the Twentieth Century*, Londres, Routledge, 2005, p. 95-122.

médecins, à la différence de leurs prédécesseurs, ils avaient été recrutés pour leurs compétences en sciences sociales (attestées par un diplôme d'étude spécialisé, parfois même un doctorat, en économie ou en sociologie) afin de définir, élaborer et mettre en œuvre l'ensemble des opérations nécessaires à la réalisation d'une « campagne médiatique », depuis sa conception jusqu'à son évaluation⁴². Car la ministre de la Santé, Simone Veil, intéressée par l'exemple des actions de prévention routière organisées depuis 1973 (qu'elle avait pu suivre en détail de par ses fonctions au Conseil d'administration de l'ORTF, où elle avait siégé de 1972 à 1974), avait d'emblée décidé que la loi « relative à la lutte contre le tabagisme », qu'elle fit adopter définitivement le 29 juillet 1976, serait accompagnée d'une « action d'information » d'ampleur inédite. Elle fit nommer le délégué général adjoint à la Sécurité routière, Michel Le Net, à la tête du CFES et cet ingénieur des Ponts et chaussées n'eut que quelques mois pour élaborer et mettre en œuvre, avec l'aide des nouvelles recrues et d'une agence de communication, cette expérience sans précédent dans le champ de la santé publique française. Annoncée par une grande conférence de presse de Simone Veil, le 28 septembre 1976, la campagne dura deux mois, du 1^{er} octobre au 30 novembre⁴³. Neuf films d'une vingtaine de secondes chacun furent diffusés (un peu plus de quatre fois en moyenne) sur chacune des deux chaînes existantes et dix-huit « spots » de la même durée passèrent sur les ondes des radios nationales et « périphériques » trois cent trente fois au total⁴⁴. Le nombre élevé de ces créations audiovisuelles (au regard des standards de la publicité commerciale) s'expliquait par le souhait d'aborder une grande variété

42. Les principaux protagonistes étaient : Marc Danzon, médecin ayant également étudié les sciences de la communication, qui fut ensuite promu délégué général adjoint, puis délégué général, à l'Éducation pour la santé ; Claude Vilain, économiste et statisticien, directeur du service Études et recherche du Comité, puis délégué général adjoint du CFES ; et Jean Tavarès, docteur en sociologie, qui remplaça Vilain à la tête des Études et recherche. Sa thèse, sous la direction de Pierre Bourdieu, donna lieu à plusieurs publications, par exemple : Jean TAVARÈS, « Le Centre catholique des intellectuels français. Le dialogue comme négociation symbolique », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 38, 1981, p. 49-62 ; ID., « Éducation pour la santé et sociologie », *Sciences sociales et santé*, 2-3/4, 1984, p. 117-123. Pour une présentation plus complète de ce champ : L. BERLIVET, « Une santé à risques. L'action publique contre l'alcoolisme et le tabagisme en France (1954-1999) », thèse, Université Rennes 1, 2000, chapitres 5 et 6 ; ID., « Une biopolitique de l'éducation pour la santé. La fabrique des campagnes de prévention », in Didier FASSIN, Dominique MEMMI (éd.), *Le gouvernement des corps*, Paris, Éditions de l'EHESS, 2004, p. 37-75.

43. Voir le dossier de presse : *Campagne d'information sur le tabagisme*, 28 septembre 1976, service de documentation du CFES, devenu Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) en 2002.

44. Enfin, pour accompagner et prolonger l'utilisation des « moyens de communication de masse », 400 000 affiches et 1 500 000 brochures d'information furent collées ou distribuées sur l'ensemble du territoire. Au total, le coût de la campagne fut évalué à 2,9 millions de francs (équivalent d'1,8 million d'euros actuels), soit 43 % environ du budget du CFES pour l'année 1976, sans compter le coût des enquêtes par sondages sur l'opinion des français au regard du tabagisme avant et après la diffusion des messages sanitaires, commandées directement par le gouvernement. La relative modestie de ces sommes s'explique par l'importance des réductions concédées par les chaînes de télévision publiques et les radios dans leur ensemble. Voir la *Note d'information 125* de la division de la presse et de l'information du ministère de la Santé : *Premier bilan d'éducation sanitaire sur le tabagisme*, s.d. (vraisemblablement décembre 1976), p. 2.

de thèmes, une douzaine au total, allant de la perte d'espérance de vie induite par le tabagisme aux risques pour l'embryon, en passant par les dangers du tabagisme passif, en particulier pour les enfants.

Cette segmentation thématique, initialement envisagée comme le moyen de s'adresser à des publics différents (des jeunes adultes aux femmes enceintes), commença à faire l'objet de critiques lorsque les services Études et recherches et Communication du CFES entreprirent d'analyser les résultats d'une étude d'opinion menée par une agence spécialisée quelques semaines après la diffusion des «spots» audiovisuels⁴⁵. Plus généralement, la formation en sciences sociales des chargés de recherche et responsables de ces services, fraîchement arrivés au Comité, ainsi que leurs conversations avec quelques professionnels de la publicité et du *marketing* attirés par la perspective d'un essor de la communication publique, les conduisaient à douter de ce que des comportements puissent être modifiés par la simple diffusion de messages censés «informer» sur les risques d'une pratique aussi ancrée socialement que le tabagisme. C'est dans ce contexte marqué par le doute qu'ils cherchèrent à élaborer une alternative au mode de communication promu par Michel Le Net (et les générations précédentes de dirigeants du CFES) décrit comme «vertical», confiné dans le registre de l'injonction plus ou moins euphémique (jouant alternativement ou simultanément, selon les cas, sur la raison du spectateur et sa peur) et partant inefficace, voire contre-productif. La dégradation des relations entre Le Net et son ministre de tutelle, qui aboutit à l'été 1977 à son remplacement par Françoise Buhl, la conseillère en communication de Simone Veil, encouragea les plus critiques au sein du CFES à persévérer dans cette voie, en recherchant le concours de compétences extérieures.

De manière significative, ils identifièrent et nouèrent des collaborations avec des acteurs importants du monde de la communication qui jouissaient également d'une légitimité universitaire-scientifique. Deux d'entre eux contribuèrent ainsi à formaliser une approche de l'éducation pour la santé coïncidant, terme à terme, avec les caractéristiques du «dispositif de sécurité» foucauldien. L'aîné, Emeric Deutsch, avait joué un rôle essentiel dans l'importation des «études de motivations» américaines en France et dirigeait la Sofrès-Communication, tout en enseignant la psychologie sociale à Sciences Po⁴⁶. Représentant du pôle savant du champ des «études de marché», il fut approché dès 1977 par les responsables du département Études et recherches du Comité, désireux de mieux comprendre les ressorts de l'initiation au tabac, d'autant plus paradoxale que le premier contact avec la cigarette n'a rien d'agréable.

45. Sur les usages des résultats de ce type d'enquête, voir la *Note à l'attention de monsieur le ministre de la Santé et de la Sécurité sociale*, 14 mai 1980 (service de documentation du CFES/INPES), rédigée par Françoise Buhl, déléguée générale à l'Éducation pour la santé, qui synthétise et commente les résultats des enquêtes d'opinion réalisées à la suite de campagnes du CFES, de 1976 à 1979.

46. On peut consulter le polycopié du cours d'Emeric DEUTSCH, *Psychologie sociale appliquée. Cours 1974-1975*, Paris, FNNSP, 1974 et celui de certaines des années qui suivirent à la bibliothèque de Sciences Po (FNNSP).

La réponse de Deutsch et de son équipe à cette première commande prit la forme d'une enquête sur « l'image sociale de la cigarette » dont la méthodologie autant que les conclusions marquèrent durablement l'éducation pour la santé française : dans leurs analyses de plusieurs dizaines d'entretiens approfondis avec des enfants et des adolescents se déployaient un ensemble d'éléments, notamment symboliques, déterminant la conduite de ces « jeunes » et dont il fallait impérativement tenir compte pour pouvoir espérer modifier leur rapport au tabac⁴⁷. Le propos fut immédiatement transcrit en « stratégie de communication ». La campagne organisée par le Comité au printemps 1978, soit quelques mois à peine après la remise du rapport par les psychosociologues de la Sofrès-Communication, s'articulait autour de trois films d'une trentaine de secondes mettant en scène des adolescents très dissemblables (de par leur âge, leur apparence, etc.), saisis dans différents contextes de sociabilité (après le sport, dans l'entre-soi d'une chambre à coucher, au café, etc.) mais ayant en commun d'écraser puis de jeter par-dessus l'épaule, de manière railleuse, la cigarette que leur proposait un(e) ami(e). Le slogan de cette campagne (qui demeura longtemps célèbre) : « Une cigarette écrasée, c'est un peu de liberté gagnée ! » venait souligner, sur un ton également léger, facétieux, le caractère réfractaire, gentiment séditieux, de ce geste⁴⁸.

Les fondements de la « stratégie de communication » du Comité jusqu'aux années 2000 étaient ainsi posés : identifier et faire fond sur un élément clef de la sociabilité du groupe cible, tel que l'esprit de rébellion censé caractériser l'adolescence, pour « motiver » ses membres à abandonner ou modérer un « comportement à risque ». Cette approche fut approfondie et perfectionnée jusqu'au milieu des années 1980 grâce, notamment, à la collaboration d'un second « communicant » au capital scientifique plus important encore : Eliseo Verón. Cet Argentin, venu à Paris au début des années 1960 pour étudier l'anthropologie sociale sous la direction de Levi-Strauss, découvrit la sémiologie à travers les enseignements de Roland Barthes et s'engagea alors dans différentes recherches universitaires⁴⁹, tout en développant une activité de consultant, notamment au sein de la Société d'organisation de gestion et de marketing (SORGEM), dont il devint le directeur scientifique. Chargés par le CFES, au printemps 1983, de réfléchir à la « stratégie » d'une importante

47. Sofrès-Communication, *Les jeunes et le tabac. Étude psycho-sociologique*, février 1978 (archives du service Études et recherches du CFES/INPES). Ce rapport de plus de cent pages reposait sur l'exploitation de 44 des 46 « entretiens libres » réalisés auprès d'individus de 8 à 16 ans.

48. Les films, réalisés par l'un des principaux publicitaires français, Daniel Robert (de l'agence CFR), sont visibles à : www.ina.fr/video/PUB3491031043, www.ina.fr/video/PUB3491031039/, et www.ina.fr/notice/voir/PUB3491031037/ ; consultés le 16 décembre 2013.

49. Son ouvrage le plus connu reste Eliseo VERÓN, *Construire l'événement. Les médias et l'accident de Three Mile Island*, Paris, Minuit, 1981 ; Voir également sa thèse : ID., « Production de sens », doctorat d'État en linguistique, université Paris 8, 1985 ; ID., *La semiosis sociale : fragments d'une théorie de la discursivité*, Saint-Denis, Presses Universitaires de Vincennes, 1988. Verón enseigne tour à tour dans de nombreuses universités françaises (Bordeaux 3, Paris 8...), argentines (Torcuato di Tella, UNR...) et américaines (Columbia).

campagne sur «la consommation excessive d'alcool» (dénomination officielle visant à éloigner le procès en prohibitionnisme...), Verón et ses collaborateurs se fondèrent sur l'analyse «d'entretiens semi-directifs» et de «*focus groups*» pour construire une «typologie des occasions de boire»⁵⁰, au café, à table, entre amis, etc., en s'attachant à analyser tout particulièrement les mécanismes contribuant à entretenir et à intensifier la consommation d'alcool, dans chacune de ces différentes catégories d'interactions. Leur attention se porta sur la dynamique collective conduisant insensiblement de l'usage modéré et récréatif d'alcool à «l'excès», et à laquelle les personnes interrogées déclaraient fréquemment ne pas pouvoir se soustraire sans rompre immédiatement avec les règles constitutives de cette sociabilité: «on ne peut pas refuser de boire un coup»⁵¹, alors même qu'ils demeuraient conscients du fait que cet excès était non seulement dangereux pour leur santé, mais également source de désagréments (physiques et/ou sociaux). La proposition d'Eliseo Verón aux dirigeants du Comité consista à rechercher dans les manifestations du savoir populaire sur les boissons alcooliques des éléments de discours susceptibles d'être mobilisés par les acteurs sociaux, dans leur vie quotidienne, pour signifier leur refus de relancer le processus de consommation, sans pour autant paraître se faire le porte-parole d'une autorité (en l'occurrence sanitaire) extérieure au groupe d'appartenance et se mettre ainsi en porte-à-faux. Leur rapport laissait entrevoir une véritable fascination pour la forme proverbiale comme mode de verbalisation d'un point de vue s'autorisant d'une sorte de «sagesse pratique» et empruntant aux codes de la culture populaire⁵². La suggestion fut accueillie avec enthousiasme et la campagne élaborée par le CFES avec le concours d'un célèbre publicitaire, Daniel Robert, prit appui sur huit films de vingt secondes (diffusés du 20 mars au 31 mai 1984) représentant autant «d'occasions de boire». Ils mettaient en scène un homme ou une femme refusant (gentiment) qu'on lui resserve à boire en ponctuant son geste d'une formule en forme de dicton: «1 verre ça va, 3 verres... bonjour les dégâts!»⁵³.

50. SORGEM, *Stratégies de communication pour la prévention de l'excès de consommation de boissons alcoolisées*, 7 octobre 1983 (archives du service Études et recherches du CFES/INPES).

51. Les propos des interviewés insistant sur ce point sont détaillés in *ibidem*, p. 19 sq. Verón et ses collaborateurs analysèrent le «processus du boire» comme un jeu itératif, tel que le remplissage des verres par l'un des adultes présents qui appelait, à brève échéance, un geste symétrique de la part des autres participants à l'interaction (principe de la «tournée»), *ibidem*, p. 10.

52. Leur rapport incluait ainsi une collecte de proverbes et dictons relatifs à ce thème (trois pleines pages); cette forme verbale était présentée comme un excellent moyen d'évacuer toute notion de sujétion à une autorité morale supérieure: «Le dicton fait appel à la sagesse populaire. Celui qui l'énonce ne se construit pas en tant qu'autorité morale particularisée [...]. La forme dicton est grammaticalement impersonnelle. L'énonciateur d'un dicton n'est donc pas engagé personnellement, mais il se valorise en trouvant le bon moment pour le «placer»», *ibidem*, p. 14.

53. Le slogan initialement proposé par Daniel Robert: «Un verre c'est bon, trois verres c'est con!» fut jugé difficile à assumer pour un annonceur public (entretien avec Jean-Martin Cohen-Solal, délégué général à l'Éducation pour la santé de 1982 à 1986; 23 janvier 1996). Celui qui fut finalement adopté compterait parmi les plus connus et les mieux mémorisés de toutes les campagnes de communication publique menées des années 1970 au début des années 1990 (voir l'analyse à huit ans dans *La lettre du CFES*, 2, avril 1992).

DOCUMENT 1

« Santé, sobriété », HCEIA, seconde moitié des années 1950

**DOCUMENT 2**

« Un verre ça va... », CFES, affiche de Cabu, 1984



DOCUMENT 3

«Ne fumez pas», CFES, 1976-77



DOCUMENT 4

«Fumer, c'est pas ma nature», CFES, 1991



Le parallélisme avec la logique du « dispositif foucauldien » est patent, tant du point de vue normatif (il n'est question que de normalités relatives, exprimées en termes de « facteurs de risque relatifs » probabilistes), que du mode opératoire : prendre appui sur les dynamiques sociales au principe de ces « comportements à risque » (fumer, boire de manière « excessive ») pour essayer d'en inverser l'issue. Cependant, la sophistication d'une stratégie n'est pas nécessairement gage de son efficacité et la question de la réception, ainsi que de l'effet, même à court terme, de telles campagnes, fut posée dès l'apparition de cette nouvelle approche de la prévention. C'est même en analysant les résultats de leurs interventions que les spécialistes français d'éducation pour la santé en vinrent à s'intéresser à des processus que Foucault avait abordés, quelques années plus tôt, au travers de sa réflexion sur les modes de « problématisation » et les processus de « subjectivation ».

L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ : INSTRUMENT DE « PROBLÉMATISATION », VECTEUR DE « SUBJECTIVATION »

Contrairement à ce que l'on pourrait imaginer, la question de savoir quels mécanismes psychologiques ont pu être activés, renforcés ou inhibés par les actions de prévention en santé publique n'est pas nécessairement pertinente aux yeux de ceux (spécialistes de l'éducation pour la santé, statisticiens, épidémiologistes, économistes, etc.) qui se sont efforcés, dans différents contextes, d'en évaluer l'efficacité. En effet, le moyen privilégié pour objectiver de manière aussi rigoureuse que possible l'effet propre d'une intervention de ce type, en neutralisant l'effet d'autres facteurs s'exerçant de manière contemporaine sur la population cible, consiste à comparer directement les comportements observés dans la population ayant été « exposée » aux messages de prévention (quel qu'en soit l'objet : tabagisme, consommation excessive d'alcool, etc.) à ceux relevés dans une population « témoin », strictement comparable à la première mais qui n'aura pas été « exposée » aux dits messages⁵⁴. Dans ces conditions, seuls importent les points d'entrée (exposition, ou absence d'exposition, à des messages de prévention) et de sortie du dispositif (existence, ou non, d'une différence mesurable entre les deux groupes réputés comparables), l'entre-deux étant traité comme une sorte de « boîte noire ».

54. L'unique moyen pour constituer deux groupes strictement comparables consiste à tirer au sort les individus les constituant selon des principes définis dès les années 1920 (Ronald A. FISHER, *Statistical Methods for Research Workers*, Édimbourg, Oliver & Boyd, 1925). Dans le cas, le plus fréquent, où les conditions d'une telle « randomization » ne sont pas réunies, il est possible de confronter le groupe « exposé » à un « groupe témoin » constitué en fonction d'une série de critères supposés assurer une comparabilité suffisante des deux groupes : structure de genre et d'âge, lieu de résidence, stratification sociale, etc., la liste devenant plus ou moins longue selon les exigences de comparaison, elles-mêmes fonction du type d'action à évaluer. Ces méthodes sont utilisées de manière routinière par les épidémiologistes et les bio-statisticiens, depuis les lendemains de la Seconde Guerre mondiale, pour mettre au jour les facteurs responsables des maladies et l'efficacité des médicaments.

Malheureusement pour les dirigeants successifs du CFES, la préférence accordée dès 1976 et régulièrement réaffirmée jusqu'au début du XXI^e siècle aux « grandes campagnes médiatiques nationales » par rapport à une approche dite « de terrain » (menée avec d'autres moyens dans des populations plus circonscrites), rendait impossible ce type d'évaluation⁵⁵. Dans un tel cas, en effet, l'ensemble de la population nationale étant susceptible d'avoir été « exposée », d'une manière ou d'une autre, aux messages de prévention diffusés par télévision et radio interposées, aucun « groupe témoin » ne peut être constitué⁵⁶. Cette impossibilité fut source de grandes frustrations pour les équipes qui se succédèrent au sein de l'institution, dont le désir d'appréhender les effets propres de leur action dépassait le simple souci de la légitimer aux yeux de leur ministre de tutelle ou du corps médical⁵⁷. Là encore, l'unique voie qui s'ouvrit à eux pour essayer de sortir de cette impasse consista à prendre appui sur certains outils élaborés par les professionnels du *marketing*, en dépit de leurs nombreuses limites méthodologiques, afin de tenter de construire des indicateurs susceptibles d'objectiver, de manière nécessairement indirecte, l'effet produit par leurs films et leurs slogans.

Les seules indications dont disposaient les personnels du CFES émanaient des enquêtes d'opinion réalisées, de manière routinière, au terme de chaque « campagne médiatique » (comme il était d'usage dans le monde de la publicité depuis les années 1970, à tout le moins). Ces « post-tests », également dénommés « mesures d'impact » avaient en effet été standardisés par les professionnels de la communication commerciale de manière à informer l'annonceur et l'agence sur quatre points essentiels : 1) la « visibilité » de la campagne aux yeux du public cible (c'est la définition restrictive de « l'impact »), estimée par le pourcentage de l'échantillon interrogé se souvenant d'avoir vu un ou plusieurs films, soit spontanément, soit après lecture du résumé par l'enquêteur ; 2) le niveau de « mémorisation » des messages de prévention, soit la proportion d'enquêtés ayant

55. En revanche, dans les rares cas où le CFES organisa une campagne « de terrain » sans recourir parallèlement aux médias nationaux, une évaluation expérimentale put être mise en place. Ainsi de l'action de prévention des maladies sexuellement transmissibles organisée dans six départements français (trois « exposés » et trois « témoins ») dans la seconde moitié des années 1980 : Laurence MEYER *et alii*, « Prevention of sexually transmitted diseases : a randomised community trial », *Journal of Epidemiology and Community Health*, 45-2, 1991, p. 152-158. Sur l'approche anglaise en matière d'éducation pour la santé et ses limites : Ian SUTHERLAND, *Health Education, half a Policy. The Rise and Fall of the Health Education Council*, Cambridge, National Extension Trust, 1987.

56. Au début des années 1980, une tentative analogue pour quantifier l'effet de la politique de sécurité routière avait acheminé sur la même difficulté : Françoise HATTON *et alii*, « Évaluation chronologique des mesures préventives des accidents de la circulation routière en France. Problèmes méthodologiques et résultats », *Revue d'épidémiologie & de santé publique*, 29-3, 1981, p. 341-353.

57. Le souci d'objectiver l'effet de leurs interventions pour mieux faire reconnaître le statut scientifique de leur activité était déjà au centre des préoccupations de la génération précédente (voir par exemple Louis-Paul AUJOLAT, « Voies et moyens d'une éducation sanitaire et sociale dynamique, humaine et intégrale », in *Journées scientifiques nationales d'éducation sanitaire et sociale*, Nice, 1-3 mai 1969, cité in Premier ministre – Comité central d'enquête sur le coût et le rendement des services publics, *Sur l'éducation sanitaire et sociale...*, *op. cit.*, p. 245). Cependant, alors même que leurs pratiques étaient bien plus faciles à évaluer, il ne semble pas qu'ils soient jamais parvenus à le faire de manière rigoureuse, même à titre expérimental.

vu au moins une partie des films et messages radios à même d'en restituer des éléments exacts et précis (qu'ils aient trait au contenu des films ou au slogan proprement dit); 3) «l'appréciation» portée sur la campagne par le public, objectivée par le pourcentage de personnes interrogées se disant en accord avec les propositions énoncées, le traitement du message, etc.; 4) enfin, ce qu'il est convenu d'appeler «le pouvoir d'implication» des réalisations audiovisuelles; il s'agit ici de savoir quels secteurs du public ont pu se sentir personnellement concernés par ces propos et dans quelles proportions⁵⁸.

Des quatre, c'est ce dernier critère qui retint le plus durablement l'attention des services Études et recherches et Communication du Comité français, et c'est en cherchant à analyser cette dimension éminemment réflexive «d'implication» du public qu'ils s'intéressèrent à des processus désignés par Foucault sous les termes de «problématisation» et de «subjectivation».

Le premier de ces deux concepts renvoie au fait que les organisateurs des campagnes médiatiques perçurent graduellement et théoriserent ensuite l'idée selon laquelle la première fonction de leurs productions audiovisuelles était de contribuer à représenter sous un jour problématique (de «risque», «danger potentiel» etc.), des pratiques sociales telles que le tabagisme ou la consommation fréquente et/ou abondante de boissons alcooliques, qui étaient encore extrêmement prégnantes dans la population française à l'époque où les premières campagnes furent organisées, en dépit des conseils prodigués par le corps médical, notamment, depuis des décennies. La puissance symbolique supposée des «spots» télévisés et de leurs déclinaisons radiophoniques, sous forme d'affiches, etc. devenait, dans ce raisonnement, un vecteur de problématisation⁵⁹ de comportements dommageables pour la santé, dont l'efficacité relative pouvait être appréhendée à travers la mesure de la proportion des spectateurs ayant reconnu l'utilité de communiquer sur ce thème ou, mieux encore, «apprécié» le traitement qui en était proposé par la campagne⁶⁰.

58. Pour une présentation synthétique: CFES, *Les post-tests*, s.d. (vraisemblablement dernier trimestre 1996, service de documentation du CFES/INPES). Ces indicateurs «d'impact» sont relevés depuis la campagne inaugurale de 1976: ministère de la Santé, *Premier bilan de la campagne d'éducation sur le tabagisme*, note d'information 125, février 1977, faisant état d'un taux de mémorisation du slogan de 88 % (p. 2). Au fil du temps, une importance croissante va être accordée aux indicateurs «réflexifs» (voir *infra*).

59. «Problématisation ne veut pas dire représentation d'un objet préexistant, ni non plus création par le discours d'un objet qui n'existe pas. C'est l'ensemble des pratiques discursives ou non discursives qui fait entrer quelque chose dans le jeu du vrai et du faux et le constitue comme objet pour la pensée (que ce soit sous la forme de la réflexion morale, de la connaissance scientifique, de l'analyse politique, etc.)». M. FOUCAULT, «Le souci de la vérité», in ID., *Dits et écrits, op. cit.*, t. 4 (1984; texte 350), p. 668-678, citation p. 670.

60. Ce point a également été théorisé par de nombreux chercheurs en sciences sociales: Michael Schudson, pionnier des travaux sur la publicité, souligne ainsi qu'indépendamment de savoir si une campagne de prévention a induit, ou non, des modifications de comportement, le fait d'être parvenu à «faire parler» du thème de la campagne comme d'un «comportement dangereux» renforce la représentation collective selon laquelle cette manière d'être constitue un problème; Michael SCHUDSON, «Symbols and smokers: advertising, health messages, and public policy», in Robert L. RABIN, Stephen D. SUGARMAN (éd.), *Smoking Policy: Law Politics and Culture*, Oxford & New York, Oxford University Press, 1993, p. 208-225, particulièrement p. 220.

Enfin, les « post-tests » réalisés pour le compte du CFES, tout comme ceux que les annonceurs commandaient au terme d'une action commerciale, s'achevaient invariablement par deux questions : « vous êtes-vous sentis concernés par le thème de la campagne ? », soit à titre personnel, soit en référence aux « fumeurs » et gros buveurs « de leur entourage » ; demande immédiatement suivie d'une interrogation complémentaire, également standardisée : « en avez-vous discuté avec votre entourage ? ». Ces informations étaient considérées comme les plus intéressantes de toutes, en ce qu'elles permettaient de savoir si l'implication éventuelle s'était accompagnée d'une forme de « prise de conscience » d'un « problème personnel », voire de sa verbalisation, même dans l'intimité familiale ou amicale.

Bien sûr, avant même la formalisation du *marketing*, les vendeurs étaient déjà attentifs aux « effets boule de neige » susceptibles de démultiplier leurs efforts. Cependant, ici ce n'était certes pas la transmission de « bouche à oreilles » d'informations relatives à un produit, ou le positionnement du (télé)spectateur dans un univers de « valeurs » chères à la marque qui intéressait les praticiens de l'éducation pour la santé. Leur souci était de savoir si leurs films, slogans et affiches avaient pu induire (ou même simplement alimenter) un processus de « prise de conscience », voire de prise de parole des membres du public « concernés » à propos de leur propre « comportement à risque ». Or cette réflexion et ce discours sur soi, ce processus de construction individuelle médiatisé par des catégories produites par des acteurs dépositaires d'une double autorité médicale et étatique, constitue un moment clef des « processus de subjectivation », au sens que Foucault donnait à ces termes⁶¹. Le « jeu de vérité », simultanément scientifique et politique, proposé par les concepteurs des supports audiovisuels n'avait certes rien de coercitif : leur mode opératoire consistait à inciter le public cible à prendre appui sur des éléments réputés constitutifs de leur identité « profonde » (le souci d'indépendance des adolescents ; un désir de désinhibition sociale modérée, sans excès dommageable chez l'adulte) pour se défaire de conditionnements aliénants, produits par la pression de pairs autant ou sinon plus que par la publicité. Il n'empêche, cette éducation pour la santé qui prétendait aider les fumeurs et autres « buveurs excessifs » à reconnaître la vérité ultime de leur statut d'individus « à risque » reposait malgré tout sur un type de relations de pouvoir analysé par Foucault dans son travail sur les processus de « subjectivation » :

61. Soit « le processus par lequel on obtient la constitution d'un sujet, plus exactement d'une subjectivité », M. FOUCAULT, « Le retour de la morale », in ID., *Dits et écrits, op. cit.*, t. 4 (1984 ; texte 354), p. 1515-1526 (citation p. 1525). Subjectivité que le philosophe avait définie peu avant comme « la manière dont le sujet fait l'expérience de lui-même dans un jeu de vérité où il a rapport à soi » : Foucault, *ibidem*, p. 1450-1455 (citation p. 1452). On n'abordera pas ici le débat complexe concernant la possibilité d'une autre modalité de « subjectivation », non plus hétéronome mais reposant sur des « pratiques de soi », et le recours à des « techniques de soi » permettant un travail d'« autoconstitution » (ou d'« autoformation ») du sujet ; soit une « subjectivation » entendue, cette fois, comme « la manière dont le rapport à soi à travers un certain nombre de techniques, permet de se constituer comme sujet de sa propre existence », selon la formule de Judith REVEL, *Foucault : une pensée du discontinu*, Paris, Mille et une nuits, 2010, p. 227-228.

« Cette forme de pouvoir s'exerce sur la vie quotidienne immédiate, qui classe les individus en catégories, les désigne par leur individualité propre, *les attache à leur identité, leur impose une loi de vérité qu'il leur faut reconnaître et que les autres doivent reconnaître en eux*. C'est une forme de pouvoir qui *transforme les individus en sujets*. Il y a deux sens au mot "sujet" : sujet soumis à l'autre par le contrôle et la dépendance, et sujet attaché à sa propre identité par la conscience ou la connaissance de soi. Dans les deux cas, ce mot suggère une forme de pouvoir qui subjugue et assujettit »⁶².

Cette dernière formulation était pour le moins malheureuse, en ce qu'elle n'envisageait (implicitement) de relation de pouvoir qu'unilatérale, sans laisser de place aux éventuelles résistances à un pouvoir de subjugation et d'assujettissement dont l'effectivité ne saurait être postulée, mais demande au contraire à être systématiquement évaluée⁶³. Foucault voyait juste, en revanche, lorsqu'il soulignait le caractère central des processus de construction identitaire, du discours sur soi et de l'identification à des figures et des rôles construits (au moins en partie) par des institutions agissant (plus ou moins directement) au nom d'une autorité publique, dans ce type de dispositif de pouvoir dont l'importance a crû à mesure que s'instituait l'État providence⁶⁴. Ainsi, si l'on voulait résumer le mode opératoire de cette technologie complexe qu'est la « grande campagne médiatique d'éducation pour la santé » (lequel se révèle avec la plus grande acuité dans les tentatives pour mesurer son efficacité), l'on pourrait dire qu'elle vise *in fine* la maximisation d'une forme de subjectivation du public sous l'espèce d'individus capables de « reconnaître » les « risques » qu'ils encourent et de les « affronter », notamment en les verbalisant, avant de transformer leurs pratiques en conséquence.

Et lorsqu'une équipe de chercheurs, en l'occurrence des épidémiologistes et des chercheurs en sciences sociales, vint valider les pratiques en cours au CFES depuis une quinzaine d'années déjà, en développant un modèle psychosociologique légitimant la thèse d'un lien direct entre « implication » dans la thématique d'une campagne, discours à la première personne et « changement de comportement » (l'abandon, à terme, de conduites à risque)⁶⁵, elle contribua

62. M. FOUCAULT, « Le sujet et le pouvoir » [« The subject and Power »], in ID., *Dits et écrits*, op. cit., t. 4 (1982 ; texte 306), p. 222-243 ; citation p. 227, soulignée par nous.

63. Cette formule tendant à hypertrophier le pouvoir est d'autant plus curieuse qu'elle est introduite dans le cours d'un développement consacré aux « oppositions » et « résistances » à ce même pouvoir, au fil duquel Foucault avait précédemment avancé l'idée selon laquelle « pour comprendre en quoi [...] consistent » ces « relations de pouvoir », il conviendrait peut-être de partir d'une analyse des « formes de résistance » observables, *ibidem*, p. 226.

64. De là l'importance des « écrits de soi » et des discours à la première personne dans de nombreuses procédures administratives ; pour un cas de figure contemporain : Didier FASSIN, « La supplique. Stratégies rhétoriques et constructions identitaires dans les demandes d'aide d'urgence », *Annales. HSS*, 55-5, septembre-octobre 2000, p. 955-981.

65. Nathalie BAJOS *et alii*, « Évaluation d'un nouveau modèle de communication et de prévention du Sida. Analyse des réactions suscitées par la campagne "3 000 scénarios contre un virus" », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 44-3, 1996, p. 237-247 : « ces films produisent des effets dont on a toutes les raisons de penser qu'ils contribueront à favoriser l'adoption de comportements de prévention, à savoir une implication personnelle qui s'accompagne d'un questionnement sur ses propres pratiques et/ou des discussions qui permettent une modification des normes sociales » (p. 239). « Une campagne

non seulement à légitimer la stratégie de l'éducation pour la santé élaborée graduellement depuis 1978, mais boucla également un dispositif devenu ainsi parfaitement circulaire.

En dépit de tous ces efforts, le recours aux dispositifs de mesure indirecte de l'effet propre des actions médiatiques n'est pas parvenu à clore le débat sur l'efficacité (et partant l'utilité) de l'éducation du public à «une vie plus saine». Car, s'ils posèrent les bases d'un «espace de commune mesure»⁶⁶, permettant de comparer la capacité relative des supports audiovisuels à susciter des effets de problématisation et de subjectivation du public et d'étalonner ainsi les campagnes les unes par rapport aux autres, ces évaluations partielles fondées sur des conventions purement locales ne permettaient pas d'extrapoler une estimation quantitative de l'impact global des actions de prévention⁶⁷. Pour autant, ces limites ne sont en rien spécifiques à l'éducation pour la santé : elles constituent même le lot commun de la plupart des modalités d'action publique expérimentées depuis le milieu du XIX^e siècle pour tenter de «gouverner» les populations humaines.

De la même manière, l'histoire des interventions de prévention en santé éclaire avec une acuité particulière une ambiguïté, voire une aporie, que l'on retrouve au cœur de bien d'autres formes d'intervention «biopolitiques» (qu'elles relèvent du domaine de l'action sociale ou démographique) dès lors que le recours à la coercition n'est pas envisageable, pour quelque raison que ce soit. Contraints de gagner l'adhésion du public, les institutions et les experts qui les conseillent peuvent emprunter à l'injonction (sans sanction) ou tenter de mobiliser les populations cibles, c'est-à-dire de les guider sans rien laisser paraître, en prétendant ne travailler qu'à renforcer des aspirations préexistantes. Dans la seconde moitié du XX^e siècle, à mesure que l'autonomie individuelle faisait l'objet d'une valorisation sociale croissante, une telle stratégie s'est de plus en

de prévention a donc d'autant plus de chance d'avoir un effet préventif qu'elle provoque des effets de sociabilité qui permettent à l'information d'être relayée et discutée» (p. 245).

66. Au sens d'A. DESROSIÈRES, «Comment fabriquer un espace de commune mesure. Harmonisation des statistiques et réalisme de leur usage», in Michel LALLEMENT, Jan SPURK (éd.), *Stratégie de la comparaison internationale*, Paris, CNRS Éditions, 2003, p. 151-166 (repris in A. DESROSIÈRES, *Pour une histoire de la quantification. L'argument statistique I*, Paris, Presses de l'École des mines, 2008, p. 205-224).

67. L'évaluation est ainsi toujours au cœur des préoccupations de l'INPES, l'institution qui succéda au CFES en 2002 ; voir www.inpes.fr/evaluation/default.asp et les actes du colloque international organisé sous son égide en 2009 : www.inpes.sante.fr/30000/pdf/colloque-9dec/compte-rendu-colloque9dec.pdf (consulté le 16 décembre 2013). Le recours aux «essais contrôlés» et l'analyse économétrique de séries temporelles font l'objet de débats internationaux particulièrement riches, voir par exemple le rapport de l'OCDE : Franco SASSI, Michele CECCHINI, Marion DEVAUX, *Obesity and the Economics of Prevention: Fit not Fat*, octobre 2010 (www.oecd.org/health/fitnotfat). Parallèlement, le recours aux sciences cognitives est défendu par un nombre croissant d'intervenants, voir par exemple le rapport du Centre d'analyse stratégique : Olivier OULLIER, Sarah SAUNERON, *Nouvelles approches de la prévention en santé publique. L'apport des sciences comportementales, cognitives et des neurosciences*, mars 2010 (www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000139/0000.pdf).

plus fréquemment traduite par la production d'images, de sons et de mots visant à populariser l'idée que la « réalisation de soi » (de propensions profondément intériorisées) passait par l'abandon de pratiques aliénantes imposées par une « pression sociale » néfaste. Au point que si Friedrich Nietzsche ne sentait pas tant le soufre, certaines institutions publiques auraient pu choisir comme mot d'ordre le célèbre aphorisme de Zarathoustra : « Deviens qui tu es ! »⁶⁸.

Dans ce contexte, les ressources des sciences sociales, académiques autant qu'appliquées, furent largement mises à contribution. De fait, même si le rôle joué par ces savoirs sur la société dans différents types de projets de gouvernement a déjà fait l'objet d'enquêtes, ce champ de recherche mériterait d'être élargi et approfondi tout à la fois. Plus généralement, l'étude des modalités concrètes de l'action biopolitique gagnerait à être reprise dans une perspective transnationale attentive aux variations (et permanences) d'une configuration locale à l'autre, autant qu'aux effets induits par la circulation des savoirs et des techniques (le cas des « études de motivations » développées par des psychosociologues américains pour les besoins des publicitaires et importées ensuite aux quatre coins du monde, dans différents contextes d'action publique, est emblématique de tels processus, au même titre que le calcul « coût-efficacité », etc.).

Luc BERLIVET
CERMES3, CNRS-EHESS
Site CNRS
7, rue Guy Môquet
94801 Villejuif cedex
berlivet@vjf.cnrs.fr

68. Friedrich Nietzsche, *Ainsi parlait Zarathoustra*, Paris, Gallimard, 1947 [4ème partie, « L'offrande du miel »], p. 273.

Résumé / Abstract

Luc BERLIVET

Les ressorts de la «biopolitique»: «dispositifs de sécurité» et processus de «subjectivation» au prisme de l'histoire de la santé

L'objet de cet article est de contribuer à l'approfondissement de la réflexion sur l'intérêt historique des travaux de Michel Foucault en mobilisant une configuration conceptuelle composée de catégories apparues à différents moments de sa réflexion. Les logiques et le mode opératoire de la «biopolitique» contemporaine sont ici analysés à partir de l'étude des transformations des actions de prévention en santé publique, en France, au XX^e siècle. Après avoir retracé rapidement l'évolution des manières de concevoir les messages de prévention et des supports privilégiés, de l'entre-deux-guerres jusqu'au tournant des années 1970, on revient sur les conditions de l'invention, quelques années plus tard, d'une nouvelle forme d'action publique: la «grande campagne nationale de prévention», inspirée de la publicité commerciale (avec ses «spots» télévisuels et radiophoniques) et des campagnes de «sécurité routière». La transformation radicale du mode de communication privilégié par le Comité Français d'éducation pour la santé (CFES), amorcée dès la fin des années 1970, et l'attention croissante portée à l'étude de la réception des films et slogans par le «public cible» font l'objet d'une analyse approfondie. Tout au long de l'article, l'ensemble des questions sous-jacentes aux évolutions de la communication sanitaire sont analysées au prisme de concepts foucauldien: «dispositifs de sécurité», dont on précise en quoi ils diffèrent des disciplines et quelles conséquences en découlent, en termes d'analyses empiriques; «problématisation»; et «subjectivation».

MOTS-CLÉS: XX^e siècle, France, politiques de population, biopolitique, santé publique, médias audiovisuels, risque ■

Luc BERLIVET

The dynamics of "biopolitics": "dispositifs de sécurité" and "subjectivation" processes in the history of health

This article aims at contributing to ongoing reflections among historians on the empirical uses of Michel Foucault's analyses by reflecting back on a series of partly interrelated concepts that appeared at different moments in his work. The social logics and practicalities of contemporary "biopolitics" are analysed through a study of the transformations of health prevention campaigns, in France, in the 20th Century. I begin by briefly reassessing the evolution in the way health messages were conceived and various (audio)visual media were used, from the interwar period to the early 1970s. Then, I expound the context of the invention, a few years later, of a new form of public health action: the "large national campaign of prevention", drawn from commercial advertising and road safety campaigns. Finally, I analyze the radical reframing of its communication strategy undertaken by the French Committee for Health Education, from the late 1970s to the mid 1980s, as well as the growing attention paid to assessing the reception of films and slogans by the "targeted public". All these questions relating to the transformation of health communication over a few decades are examined through the prism of foucaultian concepts such as: "dispositifs de sécurité" (as opposed to "discipline"), "problematisation", and "subjectivation".

KEYWORDS: 20th century, France, population politics, biopolitics, public health, mass media communication, risk ■