

Sciences et politique : essai sur quelques déterminismes d'affinités électives entre des politiques et des « savoirs pratiques »

Henri Bergeron et Jean-Noël Jouzel, Sciences Po, CSO, CNRS

Juillet 2011

Introduction

Les deux dernières décennies ont été marquées en France par une intense politisation des enjeux de santé publique. En témoigne une succession de réformes législatives et institutionnelles qui, depuis le début des années 1990, en réaction aux « affaires », « scandales » et autres « crises », visent à instituer et organiser les politiques de santé publique et à constituer, *ex nihilo*, le champ de la sécurité sanitaire (Alam, 2010 ; Bergeron et Nathanson, 2012). Il n'est point besoin de revenir sur ces développements historiques déjà abondamment commentés (cf. les travaux, entre autre, de Gilbert, Henry, Pinell, Dodier, Barbot, Steffen, Alam, Favre, etc.), si ce n'est à rappeler que de nombreuses agences ont été créées, de nombreuses lois adoptées (en particulier, celle d'août 2004) et de nombreuses mesures mises en œuvre ; au point qu'après s'être résolu à l'idée que la santé publique fut longtemps une « utopie contrariée » (Murard et Zylbermann, 1996), et avoir dénoncé sa « défaite » (Morelle, 1995), certains analystes ont finalement conclu que la survenue de l'épidémie de sida, en France, avait contribué à l'épanouissement de nombreux apprentissages institutionnels, amenant, pour la première fois, l'Etat à conduire une profonde « structuration du domaine de la santé publique » (Steffen, 2000, p. 31). Si la santé publique a ainsi pu « normaliser » une épidémie conçue longtemps comme « exceptionnelle », c'est qu'elle possède désormais elle-même, peu ou prou, certaines des propriétés d'une institution.

Certains analystes se sont intéressés plus particulièrement à la manière dont les acteurs de l'institutionnalisation de la santé publique ont mobilisé divers savoirs pour légitimer leur action : économie (Benamouzig, 2005), démographie (Berlivet, 2007), et, bien sûr, biomédecine (Gaudillière, 2006). Cependant, les deux disciplines scientifiques les plus constamment sollicitées par les politiques contemporaines de santé publiques, l'épidémiologie et la toxicologie, ont fait l'objet d'une moindre attention de la part des politistes et des sociologues.¹ L'objectif de cette présentation est de tenter d'identifier les déterminants, en particulier institutionnels, de l'appropriation politique de ces savoirs académiques : quelles formes de savoirs et de connaissances sont mobilisées dans l'action publique, à quelles conditions, et comment ceux-ci contribuent-ils non seulement au dessin des instruments mais également au destin des politiques. Afin de tenter de répondre à ces questions, nous étudierons en particulier les cas de deux problèmes publics de santé (ou pour être plus précis : deux problèmes publics de santé publique), l'obésité et le surpoids, d'une part, et les maladies liées à l'utilisation de toxiques professionnels, d'autre part, études qui nous permettront d'interroger les liens qu'entretiennent respectivement l'épidémiologie et la toxicologie à la politique.

¹ Même si quelques auteurs se sont intéressés à certaines de leurs dimensions. Pour l'épidémiologie, voir Buton (2006), Perreti-Watel (2004), Berlivet (2000 ; 2005) et Calvez (2004). Pour la toxicologie, voir Jas (2007).

Pareille analyse va nous conduire à soulever de manière inédite et heuristique la question de l'indépendance des savoirs, problématique au cœur d'une abondante littérature sur l'expertise (pour une synthèse, voir Robert, 2008). Celle-ci explore, typiquement, cette question de l'indépendance sous trois angles principaux :

1. Elle étudie, en particulier, le degré d'autonomie (et réciproquement, d'hétéronomie) institutionnelle des organisations scientifiques ou expertes (comme les agences) vis-à-vis des pouvoirs politiques et des organisations marchandes : a) existence ou non de phénomènes de capture par les industries (mesurés par différents items : modes de financement de la structure, existence de *revolving doors*, degré de conflictualité (existence ou non de contestation) des décisions prises par l'institution, etc.) ; b) formes de gouvernance (indépendance des dirigeants, fonctionnement et agencement institutionnel, mode de nomination des dirigeants, plus ou moins grande stabilité de l'équipe de managements, etc.) (liste non exhaustive). Il est ici fait l'hypothèse qu'une forte dépendance institutionnelle détermine le contenu de la production experte, même si, dans ces recherches, l'on n'exhibe guère les mécanismes précis par lesquels cette dépendance institutionnelle trouve une traduction concrète dans la substance de l'expertise (cf. les travaux dans le *JEPP* ou *Gouvernance* de Thatcher, de Carpenter, d'Abraham, etc.).
2. Elle analyse également, de manière plus spécifique, le degré d'autonomie (et réciproquement, d'hétéronomie), cette fois, des processus mêmes de production des savoirs et connaissances : existence ou non de conflits d'intérêt chez les producteurs de savoirs, non transparence des activités de production des savoirs et expertises (c'est-à-dire des savoirs *pour* l'action), sédimentation (intentionnelle ou non) de considérations proprement politiques – normatives et/ou utilitaristes – dans les activités de production des savoirs et connaissances (design des études, protocoles méthodologiques, orientations des conclusions, etc.).
3. Elle s'intéresse, enfin, aux opérations (politiques) – le plus souvent stratégiques, au sens de : réflexives – de traduction, transformation, distorsion ou manipulation de savoirs et connaissances académiques. C'est ici la réception (politique) de savoirs et connaissances – considérés comme globalement purs – qui est vue comme la cause principale d'une connaissance hétéronome (L'hétéronomie entendue comme le sort d'une entité, réduite à subir la règle du milieu environnant).

Quelque soit l'angle privilégié, il apparaît que ces recherches et études sont celles qui nourrissent la formulation de recommandations dites « procédurales » dont on veut croire que leur mise en œuvre contribuera si ce n'est à l'indépendance du moins à la réduction de la dépendance de l'expertise.

Il nous paraît qu'il existe cependant une autre forme de dépendance, qui ne revoie ni aux conditions d'existence institutionnelle des structures productrices de savoirs, ni aux opérations de production des savoirs elles-mêmes, ni aux stratégies individuelles ou collectives de réception des « œuvres » scientifiques, mais à ce que l'on pourrait qualifier de structure d'opportunités discursives (au sens de Myra Ferec dans son article de *l'AJJ*) et institutionnelles, laquelle détermine la capacité qu'ont certaines connaissances et savoirs à « entrer » en politique. Pour être plus précis, nous montrerons que les savoirs et connaissances (ou plutôt, les sous-ensembles de savoirs et connaissances) qui pénètrent en politique sont ceux dont le contenu et conclusions sont compatibles d'un point de vue tant normatif et cognitif qu'instrumental avec les politiques publiques possibles à un instant donné. Nous défendrons ainsi l'hypothèse de l'existence de « savoirs pratiques » : « pratiques », en ce qu'ils permettent l'élaboration d'instruments d'action publique ; « pratiques », également, en ce que les instruments qu'ils permettent de dessiner sont

aussi ceux qui sont « praticables » (Padioleau, 1977), d'un point de vue politique, à un instant donné. En prolongeant l'argument de D. Stone (1989) selon lequel l'existence d'une solution est une condition de la transformation d'une situation sociale donnée en problème public, nous avançons ici que les sciences qui pénètrent en politique sont celles qui permettent au problème public de trouver une solution *acceptable*, au sens de politiquement peu coûteuse. Nous montrerons finalement que cette praticabilité est elle-même largement déterminée par l'état des rapports de force structurels qui unissent et opposent l'Etat, le marché et le citoyen.

Partie I – La domestication de savoirs potentiellement abrasifs

La toxicologie et l'épidémiologie sont des disciplines qui peuvent potentiellement produire des résultats scientifiques aux conséquences politiques délétères : elles peuvent, en effet, révéler le rôle décisif de certains déterminants structurels dans la genèse de problèmes de santé publique, et pointer ainsi la responsabilité de l'Etat (providence) ou des acteurs marchands. Nous disons « potentiellement », car ces deux disciplines savent également produire des résultats et des constats moins abrasifs, moins menaçants pour les équilibres institutionnels.

1.1. Epidémiologie

Ce constat vaut bien sûr, et de manière assez manifeste, pour les sciences de la santé publique, et en particulier, pour l'épidémiologie qui s'affirme comme une de leurs disciplines reines. L'épidémiologie, comme la sociologie d'ailleurs, peut, en effet, accoucher de deux types de produits *cognitifs* : 1. Elle contribue d'une part à l'identification de types d'individus caractérisés par leurs maladies, leurs états biologiques (taux de cholestérol, niveau d'IMC, etc.) ou psychologiques, et/ou leurs comportements à risques ; 2. L'épidémiologie découvre d'autre part le social : elle met en évidence la distribution sélective de ces maladies, états et comportements dans une population, dans un environnement et/ou dans une ère historique donnés. Ce faisant, l'épidémiologie révèle l'existence de puissants déterminismes structurels, en particulier de types socio-économique et environnemental. La recherche en santé publique peut donc, en théorie *a minima*, rendre « à la société des pathologies et des états biologiques qui étaient principalement tombés dans la juridiction de la médecine, et des comportements qui peuvent paraître relever de la seule sphère d'action d'un moi autonome » (Bergeron, 2010). Les produits cognitifs de l'activité scientifique des sciences de la santé publique trouvent donc des prolongements *normatifs* et politiques, en ce qu'ils soulignent volontiers « la contribution décisive des inégalités sociales et économiques aux inégalités face aux risques, à la maladie et à la santé » (*Ibid.*).

Ceux qui se sont penchés sur l'histoire française de l'épidémiologie ont souligné son « essor contrarié » (Berlivet, 2005), conséquence d'une difficile institutionnalisation de la santé publique en France. Il a fallu attendre les années 1980, et plus sûrement, le début des années 1990, pour que l'épidémiologie sorte de sa « tour d'ivoire » académique dans laquelle elle s'est, au départ, principalement développée (Berlivet, 2001, 2005) et que s'émançipe ainsi une épidémiologie d'intervention, tournée vers l'action (publique), et qui constituera les fondations sur lesquelles les agences actuelles en charge de l'étude des états de santé des populations et de la veille sanitaire ont bâti (Buton, 2006). Notre propos n'est pas tant ici – et encore une fois – de revenir sur ces développements institutionnels que de souligner le type d'épidémiologie qui s'est lentement imposé dans le paysage institutionnel et politique, notamment français : les travaux épidémiologiques qui se sont, en effet, plus volontiers épanouis sont ceux qui ont révélé l'existence d'un vaste ensemble de conduites individuelles (usages de drogues, de tabac, d'alcool, alimentation déséquilibrée, actes sexuels non protégés, etc.) ou d'états psychologiques ou biologiques (hypertension, hyperlipidémie, obésité, diabète, etc.), renvoyant eux-mêmes souvent à

des comportements individuels, et considérés comme des facteurs de risques pour certaines pathologies ou troubles. Comme le montrent certains travaux (Perreti-Watel, 2004, 2011), l'épidémiologie a beau jeu de revendiquer une approche dite « multifactorielle » ou « écologique », quand elle accorde, en réalité, une attention privilégiée aux facteurs individuels (*Ibid.*). Or, au premier rang de ceux-ci se trouvent les comportements individuels, qui, de variables dépendantes sont devenus variables indépendantes, et sur lesquels il convient d'agir (Armstrong, 2009). Alors que les symptômes et les signes cliniques de la médecine classique étaient plutôt « enfermés dans les corps », s'affirme une « médecine nouvelle de surveillance » qui s'intéresse plus volontiers à cet « espace extracorporel » que l'on circonscrit souvent par le vocable de « style de vie » (Armstrong, 1995).

1.2. Toxicologie

La toxicologie est une science dont les racines disciplinaires sont multiples : pharmacie, santé vétérinaire, hygiène industrielle. Dans ce dernier domaine, les évolutions épistémologiques et méthodologiques du savoir des toxicologues ont été majeures au 20^e siècle. L'étude des maladies professionnelles induites par la manipulation et l'inhalation de substances toxiques par le travailleur a longtemps été portée par des médecins hygiénistes effectuant des enquêtes *in situ*, dans les ateliers, et des examens cliniques (Jorland, 2005 ; Moriceau, 2009). Au lendemain de la première Guerre Mondiale, l'hygiène industrielle a pris un tournant expérimental radical (Sellers, 1997). Elle est devenue une science de laboratoire, la toxicologie industrielle, utilisant des instruments permettant d'*isoler* les substances pour observer leur toxicité *in vivo* (sur des animaux de laboratoire génétiquement sélectionnés pour offrir une faible variabilité physiologique aux substances étudiées) ou *in vitro*, sur des cultures cellulaires. Ce tournant expérimental a permis aux toxicologues de mettre en lumière les effets pathogènes de très nombreuses substances, alors que seules quelques dizaines de « toxiques professionnels » étaient auparavant bien connus.

Ce savoir, comme celui que portent les épidémiologistes, était (et est) potentiellement porteur d'effets politiques puissants. Le tournant expérimental de l'hygiène industrielle a eu lieu dans le contexte de l'émergence des Etats providence, et de la reconnaissance du droit des salariés à l'indemnisation des accidents et des maladies liés à leur travail. La capacité des toxicologues à identifier les effets toxiques des substances présentes sur les lieux de travail pouvait donc déboucher sur la reconnaissance en maladies professionnelles de nombreuses pathologies dont souffraient les travailleurs. Elle pouvait dès lors avoir pour conséquence la mise en cause de la responsabilité de certains employeurs (Clark, 1997). Néanmoins, les savoirs des toxicologues sont progressivement devenus non une source de critique sociale envers les employeurs mais une « science de gouvernement » (Jasanoff, 1990). Les toxicologues sont en mesure d'établir des relations quantifiées entre doses d'exposition et effets pathogènes. Ils peuvent ainsi fixer des « valeurs-limites » en-dessous desquels les substances étudiées sont censées ne pas induire d'effets préoccupants pour la santé humaine. Au fil du 20^e siècle, ces valeurs limites sont devenues un « indispensable instrument de prescription » (Sellers, 1997) permettant aux industriels comme aux pouvoirs publics de gouverner par les seuils les molécules de plus en plus nombreuses auxquels les travailleurs industriels se sont trouvés exposés. Les savoirs toxicologiques ont ainsi été utilisés par les employeurs comme par les pouvoirs publics pour instaurer un « usage contrôlé » (Henry, 2007) des substances toxiques sur le lieu de travail, rendant compatibles les intérêts du développement économiques et ceux de la protection des salariés.

Le cas des problèmes publics « toxiques professionnels » et « obésité » est significative de l'« épanouissement politique » d'un certain type de savoirs ; non pas tellement dans la phase de publicisation de ces problèmes, c'est-à-dire lors des processus de construction sociale des problèmes public et d'inscription sur l'agenda ; mais, plus précisément, dans les phases d'instrumentation (Lascoumes et Le Galès, 2007), c'est-à-dire au moment où sont élaborés les instruments d'action publique censés répondre (non strictement) à ces constructions sociales. Nous voulons ici montrer que les instruments de politiques publiques finalement mis en œuvre dans le cadre des politiques de lutte contre l'obésité et les « toxiques professionnels » paraissent répondre aux seules connaissances « individualisantes » que produisent ces savoirs : dans le cas de l'obésité, les plans et lois qui ont été adoptées sédimentent un mode d'action responsabilisant principalement les individus, en les invitant à réduire leur Indice de Masse Corporelle (IMC) et s'adressent aux « facteurs générateurs » de l'obésité qu'un pan particulier des recherches épidémiologiques a identifié. Du côté des toxiques professionnels, la Dose Limite d'Exposition Professionnelle, artefact d'une essence apparemment scientifique, peut enfermer une version politique radicale de la responsabilisation individuelle.

2.1. Obésité et changement de comportement individuel

Qu'il s'agisse du Plan National Nutrition Santé (PNNS), lancé en 2001, puis renouvelé dans ses grandes lignes, en 2006, puis 2011, du plan obésité de 2010 (qui composera, quand il sera finalisé, le volet « lutte contre l'obésité » du nouveau PNNS (2011-2015)) et de la loi de 2004 (qui comporte des articles relatifs la lutte contre l'obésité), les instruments d'action publique qui sont proposés par les autorités publiques et législateur, en dépit de précaution restées essentiellement rhétoriques, reposent principalement sur la responsabilisation des individus, en les invitant à réduire leur IMC ; et ce indépendamment du fait que le problème public « obésité » ait été principalement construit comme la conséquence d'un « environnement obésogène » (alimentation anémique, développement de la voiture, du chauffage, des ascenseurs, rôle des inégalités sociales et économiques, etc.) (Bossy, 2010 ; Bergeron, Castel, Saguy, 2011) et n'ait donc pas été exclusivement présenté dans l'espace public comme la conséquence de styles de vie particuliers, contrairement à ce qui s'est passé aux Etats-Unis (Ryley et Saguy, 2005 ; Saguy, Gruys, and Gong, 2010)². La loi de 2004 est hautement significative de ce point de vue ; elle stipule certes que « la politique de santé publique (...) traite des déterminants dans l'environnement physique, social, économique et culturel qui contribuent à créer des conditions favorables pour améliorer l'état de santé, pour prévenir la survenue ou l'aggravation des maladies, pour réduire leurs conséquences sur les capacités fonctionnelles, l'activité et la qualité de vie des personnes touchées par la maladie. » Mais il est ajouté immédiatement qu'elle « incite les individus à faire eux-mêmes des efforts pour maîtriser et améliorer leur propre santé. ». Cette double ambition d'action au niveau collectif et d'incitation individuelle ne résiste cependant guère à l'examen des mesures et instruments finalement proposés et mis en œuvre. La réduction des problèmes d'obésité paraît passer, en effet, principalement par la transformation des comportements individuels que l'épidémiologie « individualiste » a identifiés : alimentation anémique et absence d'exercice physique essentiellement. Les plans de lutte contre l'obésité et les mesures adoptées privilégient, en effet, la mise en œuvre de grandes campagnes de communication invitant les individus à respecter des normes nutritionnelles (les fameux « repères alimentaires » du PNNS) et à pratiquer des activités physiques, en particulier sportives, lesquelles campagnes nationales se prolongent sur

² De ce point de vue, il faut noter la disjonction qui peut exister entre problématisation et publicisation, d'une part, et instrumentation, d'autre part. Ces deux phases sont pourtant pensées dans les littératures sur l'action publique, les mouvements sociaux, les problèmes sociaux et les instruments d'action publique comme relativement articulées, pour ne pas dire, parfaitement liées dans un lien de causalité (la seconde comme conséquence de la première) ; pour une discussion théorique de ces aspects, voir: Bergeron, Castel et Saguy (2011).

les territoires locaux par la réalisation d'opérations de prévention fonctionnant comme des « technologies de soi » (Bergeron, Castel, Nouguez, 2011).

Les politiques de lutte contre l'obésité, définies par les lois et plans que nous avons mentionnés plus haut, entendent également agir sur l'offre : elles prévoient la signature de chartes d'engagement volontaire par les firmes agro-alimentaires, ayant pour objectif une auto-responsabilisation du secteur marchand, puisque celui-ci s'engagerait ainsi à mener toutes sortes d'opérations visant la reformulation de ses produits, afin de les rendre plus « sains » et moins « obésogènes » ; elles prévoient également la conduite de campagnes de sensibilisation de la filière agro-alimentaire, invitant notamment les industriels à ne pas saturer les créneaux horaires pendant lesquels les enfants regardent massivement la télévision avec des publicités pour des aliments gras, sucrés ou salés, et à toujours accompagner les publicités de bandeaux informatifs sur les risques liés à la consommation excessives ; la « charte publicitaire », lancée en 2009, a, pour sa part, l'ambition, toujours selon le principe de l'autorégulation mais cette fois du secteur audiovisuel (chaînes, producteurs, annonceurs), d'éviter ce que l'on nomme parfois le « harcèlement publicitaire », ainsi que les communications nutritionnelles sans fondement scientifique. Elles envisagent, enfin, la création de labels ou d'étiquettes – équipement-produits – autorisant, en principe, une meilleure information du consommateur.

Mais on conviendra aisément 1. Qu'il ne s'agit pas là d'une politique très agressive vis-à-vis de l'industrie : l'essentiel des mesures sont fondées sur la bonne volonté du secteur marchand, laquelle n'est pas forcément acquise, si l'on prend comme critère d'évaluation le faible nombre de chartes signées jusqu'à présent (une grosse vingtaine) ou l'échec de la charte publicitaire, une année après sa mise en œuvre³ ; une politique qui n'est guère agressive, quand l'on sait que la seule mesure réglementaire stricte et significative – l'interdiction des distributeurs de « *junk food* » dans les écoles –, qui ait été adoptée compose plus manifestement une menace pour la santé économique des entreprises de fabrication de ces automates que pour les bénéficiaires de l'industrie agro-alimentaire ; 2. Que le concept d'offre – même « responsable » – manifeste un entendement bien réducteur des déterminismes extra-individuels, qu'ils soient d'ordre environnemental ou socio-économique. L'action sur « l'environnement », dans les politiques de l'obésité en France, est, en effet, une action qui se porte sur ce que l'on peut qualifier d'« environnement de consommation », essentiellement, et il n'est guère étonnant qu'elle utilise les technologies commerciales les plus classiques à ces fins principales : publicité, packaging, merchandising, distribution, etc. La prévention, finalement, « fait sienne une conception marchande des comportements individuels, sur lesquels on peut agir, selon les cas, par les technologies de l'information et de la communication, par les prix et par la qualité. Et la boîte à outil du décideur en santé publique a plus avoir avec le marketing mix, qu'avec la panoplie des instruments de lutte contre les inégalités sociales face à la santé. » (Bergeron, 2010). Quand Nicolas Sarkozy entend donner une nouvelle impulsion à la politique de lutte contre l'obésité, en 2010, en capitalisant, selon ses mots, sur les acquis du PNNS, il ne modifie pas fondamentalement l'angle d'attaque : il invite en effet le Pr Basdevant, grand spécialiste médical de l'obésité, chef de service Nutrition, à l'hôpital Pitié-Salpêtrière, non seulement à créer un vaste plan de recherche sur le sujet, mais surtout à « - faciliter l'application des recommandations existantes, en améliorant l'alimentation scolaire, la restauration collective et la restauration solidaire et en développant l'activité physique pour la santé à l'école ; - organiser d'ici 2012 le dépistage de l'obésité des enfants et une prise en charge de qualité sur tout le territoire, y compris l'outre-mer, en apportant une attention particulière aux populations fragiles » (Lettre de mission du Président de la République, datée du 28 juin 2010). S'il est incontestable, finalement, que de nombreux efforts ont été menés afin

³ Cf. Le communiqué de la presse de la Société française de santé publique (SFSP), intitulé : « Lutte contre l'obésité : à l'occasion du bilan à un an de la charte alimentaire, la SFSP réitère sa demande de régulation de la publicité aux heures de grande écoute des enfants », en date du 6 juillet 2010; voir également, le communiqué de Presse de *Que Choisir* du 7 décembre 2010, sur la base de leur rapport intitulé : « Marketing télévisé pour les produits alimentaires à destination des enfants. Analyse des engagements des professionnels et impact sur les comportements alimentaires. »,

d'améliorer la restauration collective, et la restauration scolaire en particulier, il n'est pas non plus impertinent d'avancer, que le comportement individuel est, en prévention, la variable d'ajustement politique principale et que les politiques menées *au nom* de lutte contre l'obésité, s'inscrivent, en pratique, le *locus* de l'action chez l'individu, au sein même de son esprit (*Ibid.* ; Bergeron et Castel, 2011).

2.2. Toxiques professionnels et santé des travailleurs

Au milieu des années 1990, la crise de l'amiante a brutalement mis en évidence les lacunes d'une politique de contrôle des toxiques professionnels reposant sur la fixation de valeurs-limites. Le décret du 17 août 1977 réduisant à 2 fibres par cm³ la concentration en amiante des espaces de travail s'est avérée insuffisamment protecteur pour les salariés⁴. Les années 2000 ont vu se multiplier les controverses autour de substances manipulées ou inhalées par des travailleurs et pour lesquelles les données toxicologiques indiquent de potentiels effets cancérigènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction (CMR) : éthers de glycol, pesticides, nanotubes de carbone... Ces controverses ont favorisé la pénétration dans les politiques de santé au travail de logiques d'action publique issues de la loi de sécurité sanitaire du 1^{er} juillet 1998 : création d'agences, procéduralisation du recours à l'expertise... Ainsi, l'Agence française de sécurité sanitaire environnementale créée en 2002 a vu son mandat s'étendre aux enjeux de santé au travail en 2005. Dès cette époque, l'agence a entamé une campagne toujours en cours de révision de plusieurs dizaines de valeurs limites d'exposition professionnelle sur la base des savoirs toxicologiques disponibles.

Toutefois, le renouvellement des interrogations autour de la dangerosité des substances auxquelles sont exposés les travailleurs ne contribue guère à modifier des pratiques de prévention des maladies professionnelles toujours essentiellement orientées vers l'usage contrôlé des substances toxiques. La production des savoirs sur la dangerosité des toxiques professionnels se trouve à la fois stimulée et canalisée par la recherche d'une meilleure prévention des risques CMR sur le lieu de travail. Dans le domaine des nanosciences et nanotechnologies, les montées des préoccupations politiques relatives aux effets pathogènes potentiels des nanomatériaux manufacturés au début des années 2000 a ainsi été corrélé à l'émergence d'un nouveau sous-champ disciplinaire, la nanotoxicologie, dont l'objet d'étude est l'ensemble des propriétés toxicologiques spécifiques aux matériaux dont une ou plusieurs dimensions est inférieure à 100 nanomètres. Les recherches nano-toxicologiques ont certes pu alimenter des controverses publiques relatives à la toxicité de certains nanomatériaux déjà largement utilisés en milieu professionnel, notamment les nanotubes de carbone. Pour autant, ces recherches sont d'abord orientées vers la définition de métriques appropriées permettant d'établir des relations entre doses d'exposition et effets physiologiques, de déterminer des seuils d'exposition sans effet, et de quantifier les expositions. Ce type de savoir, particulièrement ajusté à l'horizon d'attente des politiques de protection des travailleurs, a été abondamment mobilisé à l'occasion des processus d'expertise initiée au sein de l'Afsset, afin de reconfigurer les principes de l'usage contrôlé dans l'environnement incertain des expositions professionnelles aux nanomatériaux et de rendre compatible le développement des nanotechnologies avec la santé des travailleurs exposés à ces matériaux.

Dans certains contextes professionnels, les savoirs que produit l'hygiène industrielle tendent bien souvent à renforcer l'idée qu'une meilleure prévention des risques CMR sur le lieu de travail passe par une meilleure formation des travailleurs afin qu'ils adoptent un comportement conforme aux prescriptions d'usage contrôlé issues des recherches toxicologiques. Dans le domaine du travail agricole, la mise en évidence au cours des années 2000 par des études

⁴ Les études épidémiologiques réalisées dans les années 1990 prévoyaient 100 000 décès dus à l'amiante à l'horizon 2025. Parmi ces morts, la plupart sont ou seront des travailleurs de l'industrie de transformation de l'amiante, du BTP et des chantiers navals, ayant manipulé l'amiante sur leur lieu de travail.

de biométrie d'un phénomène de contaminations des opérateurs par des pesticides notoirement cancérigènes *en dépit du port d'équipements de protection individuelle* (gants, masques, combinaisons) a contribué à renforcer les préoccupations politiques relatives aux risques chimiques en agriculture. Elle a notamment incité l'Afsset à entamer une réflexion, toujours en cours, sur l'efficacité des vêtements de protection, à l'occasion de laquelle ont pu être soulignées les limites de plusieurs types de combinaison dont l'usage était préconisé lors des traitements phytosanitaires. Pour autant, ces constats n'ont pas affaibli l'idée d'un possible usage professionnel contrôlé de ces substances, bien au contraire. Ils ont débouché sur la mise en place de formations « certifiantes » destinées à renforcer le respect des consignes de sécurité. Se trouve ainsi évacuée la question de la possibilité même d'appliquer dans l'espace de travail agricole (caractérisée par des conditions climatiques variables, un terrain accidenté, une main d'œuvre mobile) ce type de prescriptions, qui pour la plupart procèdent d'un « transfert de technologies » (Nash, 2004 ; Garrigou *et al.*, 2008) depuis le monde industriel vers le monde agricole. Dans ce contexte, plus on en apprend sur la dangerosité des matériaux auquel il est exposé, plus on s'en remet à la responsabilité individuelle du travailleur pour organiser une prévention plus efficace des maladies professionnelles.

Conclusion : Un Etat faible ; un citoyen encore plus faible

Nous voudrions pour conclure montrer que cette situation signe l'existence d'un rapport de force structurellement défavorable aux citoyens. Comme nous avons tenté de le documenter, les politiques de lutte contre l'obésité et les toxiques professionnels mobilisent abondamment ce que Foucault appelait des « technologies de soi », censées permettre aux citoyens de cultiver leurs capacités à contrôler leur vie, à agir de manière « responsable » et surtout, vocable clef de la vulgate sanitaire contemporaine, à devenir autonomes. Comme c'est également le cas dans les politiques environnementales (Rumpala, 2009), l'autonomisation réussie est pensée, en politique, comme devant mener au choix de comportements préventifs dont l'agrégation permettra de réaliser le bien commun.

S'il est tentant de faire ces politiques visant la responsabilisation individuelle, et fondées sur la représentation sociale d'une capacité individuelle d'action autonome, des sous-produits de transformations anthropologiques séculaires, amorcées en particulier par un « processus de civilisation », qui consacre l'avènement d'une « société des individus » (Elias, 1991), en affirmant que « si l'intériorisation normative des interdits et l'autocontrôle des pulsions nourrissent la formation d'une représentation d'un individu conçu en dehors des interdépendances sociales et du collectif, il n'est pas étonnant que se développent des politiques de santé publique qui se focalisent, de manière atomistique, sur les individus et leur autonomie » (Bergeron, 2010), on peut toutefois faire trois hypothèses complémentaires :

1. On peut, pour commencer, faire valoir que le coût « public » de ces politiques est bien modeste en comparaison de celui de politiques qui s'attaqueraient plus directement aux facteurs sociaux, économiques des inégalités de santé. Il est donc nécessaire, pour comprendre l'orientation principalement individualiste de ces politiques, de les situer dans le cadre d'évolutions historiques qui accouchent d'un Etat (en particulier providence, mais pas seulement) qui n'a guère plus les moyens de développer de vastes politiques de réduction des déterminants socio-économiques et environnementaux des états de santé, et en l'espèce de l'obésité et des maladies liées aux toxiques professionnels. Il existe, de manière manifeste, une conjonction historique entre un effritement des politiques de couverture collective du risque maladie et l'insistance politique croissante sur la responsabilité individuelle.

2. On ne peut aussi manquer de noter la puissance de négociation des industries, soutenue par la volonté politique de faire de l'emploi l'objectif principal de l'action publique, tant au niveau national qu'au niveau européen. Ces politiques doivent donc également se lire dans le cadre de rapports de force structurellement favorables aux industries, qui, bien organisées, trouvent les conditions institutionnelles propices à l'affirmation de leurs intérêts économiques.
3. Les citoyens ne sont, de leur côté, guère organisés en collectifs puissants (c'est-à-dire dotés de ressources négociables) pour résister aux politiques, qui, compte tenu des deux points précédents, veulent les voir assumer la responsabilité de la réalisation du bien commun (ici, la santé publique).

Enfin, les relations de pouvoir qui unissent/opposent notre triptyque relationnel – Etat, industrie, citoyen – paraissent s'être stabilisées en un état qui fait du dernier listé le point de convergence des forces institutionnelles : il en est le maillon faible sur laquelle la tension porte tendanciellement. C'est en ce sens que nous soutenons l'existence d'une structure d'opportunités discursives (individualisme dominant) et institutionnelles dans laquelle l'épidémiologie et la toxicologie- ou plus exactement : certaines de leurs versions - peuvent devenir des « savoirs pratiques » : ceux-ci permettent effectivement la formation d'instruments d'action publique « praticables » (Padioleau, 1977)⁵. L'épidémiologie, en ce qu'elle cherche à étudier les variations d'un phénomène « en fonction de facteurs *modifiables* [souligné par nous] (...) pour déterminer sur quel facteur il faut jouer pour éradiquer le mal » ; elle le fait en délaissant « la compréhension des phénomènes étudiés », car ce sont les exigences de l'action qui priment (Perreti-Watel, 2004, p. 106 et 108). La toxicologie, en ce qu'elle reconnaît les effets pathogènes de l'environnement de travail sur le corps du travailleur en « séparant » (Nash, 2004) l'un et l'autre, donnant ainsi au travailleur les moyens (théoriques) de limiter son exposition aux substances qui contaminent son espace de travail. Si l'on ne peut manquer de noter que ces savoirs individualistes, voire atomistes (Bergeron, 2010), servent objectivement les intérêts économiques, l'on ne peut cependant faire de leur utilisation politique la conséquence exclusive d'une stratégie subjectivement visée et collectivement coordonnée. Et l'on voit bien, également, que leur « vie politique » n'est guère déterminée, ni par les conditions institutionnelles qui pèsent sur les organisations qui les produisent, ni par celles qui régissent les processus de production eux-mêmes. Il y a donc là une forme supplémentaire de dépendance des savoirs, qui, nous espérons l'avoir suggéré dans ce texte, mériterait d'être plus systématiquement étudiée.

Ces quelques commentaires appellent de plus amples développements sur les affinités électives entre les besoins instrumentaux de l'action publique, eux-mêmes en partie déterminés par l'état des rapports de force institutionnels, et certains segments de savoirs scientifiques. Ces développements pourraient prolonger la perspective de recherche tracée par la « nouvelle sociologie politique des sciences » (Frickel et Moore, 2006) sur la manière dont l'articulation entre savoirs et politique « organise l'ignorance » relative aux enjeux de santé environnementale. Alors que les travaux s'inscrivant dans cette lignée de recherche ont beaucoup travaillé la question de la visibilité et de l'invisibilité des liens de *causalité* entre environnement et santé, ils disent en général peu de chose des liens de *responsabilité* que ces chaînes d'imputation causales construisent implicitement.

Cette perspective de recherche pourrait d'ailleurs être étendue au-delà des seuls enjeux de santé environnementale. De même que M. Calvez (2004) montre que l'action publique puise volontiers dans le réservoir des recherches de sciences sociales celles qui ont fait des comportements individuels leur objet principal, on pourrait par exemple risquer une analyse

⁵ On peut ajouter que ces « savoirs pratiques » de type individualiste ont le mérite de proposer des solutions « simples » que les savoirs de type « structurels » ne sauraient suggérer. Comme le dit Stone (1989, p. 289) : « Complex causal explanations are not very useful in politics, precisely because they do not offer a single locus of control, a plausible candidate to take responsibility for a problem, or a point of leverage to fix a problem. »

similaire concernant la formidable, autant que soudaine, « carrière politique » de l'économie comportementale, développée par, entre autre auteurs, Thaler et Sustein (2008). Le succès politique de l'approche qui insiste tant sur l'efficacité des *nudges*⁶ tient certainement moins aux bénéfices scientifiques nets que ces recherches apportent (l'école de Carnegie, autour des travaux de Simon, March, Kahneman, Tversky, etc. avait pointé, il y a 50 ans déjà, l'existence de biais cognitifs qui ruinent l'idée et la possibilité d'une rationalité parfaite, du type de celle supposée par l'économie néo-classique), qu'à la « praticabilité politique » des résultats qu'elle produit, et des instruments qu'elle suggère. Il est d'ailleurs piquant, qu'en Grande-Bretagne, pays dans lequel la théorie des *nudges* connaît un succès politique considérable et plus ancien qu'en France, les premières critiques commencent à poindre ; et il n'est pas anecdotique qu'elles soulignent, comme vient de le faire un comité de la chambre des *lords*, que ce type d'approche ne doit pas exonérer l'Etat d'une intervention plus agressive vis-à-vis des industries et l'empêcher de mettre en œuvre des dispositions réglementaires contraignantes⁷.

Bibliographie

- Alam T., Les mises en forme savante d'un mythe d'action publique: la sécurité sanitaire, *Genèses*, 2010, n° 78, p. 48-66.
- Armstrong D. (1995), The rise of surveillance medicine, *Sociology of Health and Illness*, vol. 17, n° 3, p. 393-404.
- Armstrong D., Origins of the problem of health-related behaviours: a genealogy study, *Social studies of science*, Electronic publication, August 2009, p. 1-18.
- Benamouzig D., *La santé au miroir de l'économie*, Paris, PUF, 2005.
- Bergeron H., « Les Politiques de santé publique », in Borraz O., Guiraudon V. (dir.), *Politiques publiques*, Paris, Presses de Sciences Po, 2010, p. 79-111.
- Bergeron H., Castel P., « Regards croisé sur des regards croisés », in Bergeron H., Castel P. (eds.), *Regards croisés sur l'obésité*, Presses de Sciences Po-Editions de santé, 2010, p. 7-18.
- Bergeron H., Castel P., Nouguez E., Un entrepreneur privé de politique publique : la lutte contre l'obésité, entre santé publique et intérêt privé, *Revue française de science politique*, 2011, vol. 61, n° 2, p. 201-229.
- Bergeron H., Castel P., Saguy A., *Instrument-driven frames*, Papier présenté dans le cadre du CES, Barcelone, Juin 2011.
- Bergeron H., Nathanson C., Construction of a Policy Arena: The Case of Public Health in France, *Journal of Health Politics, policy and Law*, vol. 37, n° 1, à paraître en janvier 2012.
- Berlivet L., « Argumentation scientifique et espace public. La quête de l'objectivité dans les controverses autour des « risques de santé » », in François B., Neveu E. (dir.), *Espaces publics mosaïques. Acteurs, arènes et rhétoriques des débats publics contemporains*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 1999, p. 185-322.
- Berlivet L., « De l'éducation sanitaire à la promotion de la santé : la santé publique face aux accusations de moralisme », in Garrigou A. (dir.), *La santé dans tous ses états*, Paris, Atlantica, 2000, p. 242-270.

⁶ Pour une présentation rapide mais suggestive, voir : Emilie Frenkiel, « Nudge ou le paternalisme bienveillant », *La Vie des idées*, 22 octobre 2009. ISSN : 2105-3030. URL : <http://www.laviedesidees.fr/Nudge-ou-le-paternalisme.html>.

⁷ Cf. l'article du *Guardian* en date du 19 juillet 2011 et intitulé : « Healthier behaviour plans are nudge in the wrong direction, say peers » et le rapport en question : House of Lords, Science and Technology Select Committee, *Behaviour Change*, 2nd Report of Session 2010–12, London, The Stationery Office Limited, HL Paper 179, 19 July 2011.

- Berlivet L., « Déchiffrer la maladie », in Dozon J. P., Fassin D. (dir.), *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*, Paris, Editions Balland (coll. « Voix et regards »), 2001, p. 75-102.
- Berlivet L., « Exigence scientifique et isolement institutionnel : l'essor contrarié de l'épidémiologie française dans la seconde moitié du XXe siècle », in Jorland G., Opinel A., Weisz G. (dir.), *Body Counts: Medical Quantification in Historical and Sociological Perspectives*, 2005, p. 335-357.
- Berlivet L., *Une santé à risques. L'action publique contre l'alcoolisme et le tabagisme en France (1954-1999)*, Thèse pour le Doctorat de Science Politique, Rennes, Université de Rennes I, 2000.
- Bossy T., *Poids de l'enjeu, enjeu de poids. La mise sur agenda de l'obésité en Angleterre et en France*, Thèse de Doctorat en Sciences Politiques, Paris, Sciences Po, 2010.
- Buton F., De l'expertise scientifique à l'intelligence épidémiologique : l'activité de veille sanitaire, *Genèses*, 2006, vol. 65, p. 71-91.
- Calvez P., *La prévention du Sida. Les sciences sociales et la définition des risques*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes (coll. « Des sociétés »), 2004.
- Clark, C., *Radium Girls. Women and Industrial Health Reform, 1910-1935*, Chapel Hill, The University of North Carolina Press, 1997.
- Garrigou, A., Baldi, I., Dubuc, P., « Apports de l'ergotoxicologie à l'évaluation réelle des EPI devant protéger du risque phytosanitaire : de l'analyse de la contamination au processus collectif d'alerte », *Pistes*, vol. 10, n° 1, 2008.
- Gaudillière J. P., *La médecine et les sciences*. Paris, La Découverte (coll. « Repères »), 2006.
- Henry, E., *Amiante : un scandale improbable. Sociologie d'un problème public*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 2007.
- Jas, N., "Public Health and Pesticides Regulation in France before and after Silent Spring", *History and Technology*, vol. 23, n° 4, 2007, p. 369-388.
- Jasanoff, S., *The Fifth Branch: Science Advisors as Policymakers*, Cambridge Massachusetts, Harvard University Press, 1990.
- Jorland, G., « L'hygiène professionnelle en France au XIXe siècle », *Le mouvement social*, n° 213, 2005, p. 71-90.
- Lascoumes P., Le Galès P., Understanding public policy through its instruments – From the nature of Instruments to the sociology of public policy instrumentation, *Governance*, 2007, Vol. 20, n°1, p. 1-21.
- Moriceau, C., « Les perceptions des risques au travail dans la seconde moitié du XIXe siècle : entre connaissance, déni et prévention », *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, vol. 56, n° 1, 2009, p. 11-27.
- Murard L. et Zylberman P., *L'hygiène dans la République. La santé publique ou l'utopie contrariée, 1870-1918*, Paris, Fayard, 1996.
- Murphy, M., *Sick Building Syndrome and the Problem of Uncertainty*, Durham, Duke University Press, 2006.
- Nash, L., « The Fruits of Ill-Health: Pesticides and Workers' Bodies in Postwar California », *Osiris*, n° 19, 2004, p. 203-219.
- Padioleau J. G., La lutte contre le tabagisme : action politique et régulation étatique de la vie quotidienne, *Revue française de science politique*, 1977, Vol. 27, n° 6, p. 932-959.
- Peretti-Watel P., "Epidemiology as a model: processing data through a black box", in Hunt G., Milhet M., Bergeron H. (dir.), *Drugs and Culture. Knowledge, Consumption and Policy*, Ashgate Editors, 2011, p. 53-70.
- Peretti-Watel P., Du recours au paradigme épidémiologique pour l'étude des conduites à risque, *Revue française de sociologie*, 2004, vol. 45, n° 1, p. 103-132.

- Robert C., « Expertise et action publique », in Borraz O., Guiraudon V., *Politiques publiques. La France dans la gouvernance européenne*, Paris, Presses de Sciences Po, 2008, p. 309-335.
- Saguy, Abigail C., Kevin W. Riley (2005), “Weighing Both Sides: Morality, Mortality, and Framing Contests over Obesity”, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 30 (5), pp.869-921.
- Sellers, C. C., *Hazards of the Job. From Industrial Disease to Environmental Health*, Chapel Hill, The University of North Carolina Press, 1997.
- Steffen M., Les modèles nationaux d’adaptation aux défis d’une épidémie : France, Grande-Bretagne, Allemagne, Italie, *Revue française de sociologie*, 2000, vol. 41, n° 1, p. 5-36.
- Stone D., Causal stories and the formation of policy agenda, *Political science quarterly*, 1989, vol. 104, n° 2, p. 281-300.
- Thaler R., Sunstein C., *Nudge: Improving Decisions about Health, Wealth, and Happiness*, Yale University Press, 2008.