

**Direction des bibliothèques**

**AVIS**

Ce document a été numérisé par la Division de la gestion des documents et des archives de l'Université de Montréal.

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

**NOTICE**

This document was digitized by the Records Management & Archives Division of Université de Montréal.

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

LA SANTÉ PUBLIQUE GLOBALISÉE

Par

Véronique Lapaige

Thèse de doctorat effectuée

Au

Département d'Administration de la santé

Faculté de Médecine

Université de Montréal

Thèse présentée à la Faculté des Études Supérieures  
de l'Université de Montréal

En vue de l'obtention du grade de Philosophiae Doctor (Ph. D.)

En Santé Publique, option Organisation des soins

Octobre 2007

© Véronique Lapaige, 2007



Université de Montréal

Faculté des Études Supérieures

Cette thèse intitulée

La santé publique globalisée

Présentée et soutenue à l'Université de Montréal par

Véronique Lapaige

A été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Président-rapporteur  
Et membre du jury

*Georges Desrosiers*

Directeur de recherche

*Nicole Deboelbeke*

Co-Directeur de recherche

*André Perreault Contandrossopoulos*

Membre du jury

*Raymond Proulx*

Examineur

*Michel O'Neill*

Représentant du doyen de la  
Faculté des Études Supérieures

*Georges Desrosiers*

## Résumé

Cette thèse porte sur la transmutation de la santé publique sous l'égide globalitaire des quelque 25 dernières années et sur la gouvernance en santé publique en contexte global.

Le but de cette thèse est, premièrement, de conduire une analyse critique sur la globalisation de la santé publique et sur la gouvernance globale en santé publique ainsi que d'élaborer, secondement, une théorie sur la santé publique *globalisée*. Nos objectifs spécifiques se répartissent comme suit : 1) construire un cadre conceptuel qui permette, i) d'analyser la nature des liens entre la santé publique et la globalisation (perspective synchronique du modèle) et, ii) de mieux comprendre la transformation de la santé publique durant la périodisation 1980-2007 (perspective diachronique du modèle), c'est-à-dire élaborer un modèle socio-historique de la santé publique globalisée, qui introduise une cohérence conceptuelle entre les deux perspectives (synchronique et diachronique) en même temps qu'il confère un sens à la transformation évolutive de la santé publique durant les quelque 25 dernières années; 2) en tenant compte du précédent modèle, proposer (s'il y a lieu) de nouvelles pistes de réflexion pour une gouvernance globale en santé publique.

L'accélération de la mondialisation depuis le début des années 1980 pose à la santé publique des enjeux et défis théoriques et pratiques, étant donné les multiples avatars liés à l'ordre globalitaire : crises internes des États-providence, crise institutionnaliste, crise des normes et des valeurs accompagnant une montée en puissance de l'évaluation avec hégémonie de l'efficacité et promotion subséquente d'une culture de résultat. Depuis environ un quart de siècle d'économie globalisée, la primauté du technocratisme ou du « techno-instrumentalisme » a effectivement gagné de nombreux secteurs professionnels tandis que l'on assiste à la montée d'un

véritable « pouvoir évaluatif » dans le domaine de la santé. Au cours de cette même périodisation (1980-2007), l'évaluation se traduit ainsi dans la plupart des pays post-industriels par l'émergence successive et le développement croissant de différents secteurs d'activités pour la prise de décision clinique et politique : évaluation de programmes sanitaires, évaluation des technologies en santé, mouvement des « meilleures pratiques » et médecine fondée sur les données probantes (*evidence-based medicine*).

À l'aube du XXI<sup>ème</sup> siècle, la globalisation constitue donc un défi théorique et pratique majeur auquel sont confrontés les professionnels de la santé publique. En 2007, la question de la gouvernance du vivant en général, de la santé publique en particulier se révèle éminemment problématique pour tous les pays industriels avancés. Ainsi, la santé apparaît-elle à l'heure actuelle comme un domaine d'intervention majeur des politiques internationales pour les années à venir, une mésestimation des enjeux pouvant conduire à une grande instabilité globale.

Les liens entre la santé publique et la globalisation se révèlent cependant complexes. En effet, en dépit de l'abondance de la littérature traitant de l'importance de la globalisation pour la santé, il n'existe actuellement aucun consensus sur les voies ou les mécanismes par lesquels la globalisation influe sur la santé publique ou sur les réponses politiques appropriées à apporter à ce problème. En outre, dans la littérature internationale, aucun(e) modélisation conceptuelle ou cadre analytique portant sur les interrelations entre le champ de la santé publique et la globalisation, d'une part, portant sur la dynamique de la gouvernance globale en santé publique, d'autre part, n'a été proposé(e). Jusqu'ici, seuls Woodward et al. (2002) ont élaboré un cadre conceptuel comprenant cinq liens identifiés comme critiques du point de vue des effets de la globalisation sur la santé. De nombreux auteurs insistent pourtant sur la nécessité de tels cadrages analytiques, ceux-ci se révélant indispensables à l'évaluation des effets de la globalisation de l'économie sur

la santé, à l'élaboration de programmes de recherche et à la proposition de réponses politiques appropriées. Notre thèse répond précisément à ce besoin puisqu'en s'inscrivant dans une logique de production d'une compréhension théorique de la *santé publique globalisée*, elle met en place des pistes de réflexion (et d'action) pour le présent et l'avenir de la santé publique.

L'inscription de notre recherche dans la pensée complexe et la non-linéarité accréditées toutes deux en santé publique nous permettra de proposer une lecture multiréférentielle et transversale de la globalisation de la santé publique et de ses enjeux. Nous avons ainsi opté pour une recherche qualitative et avons privilégié la collecte de documents et l'« analyse qualitative en mode écriture », méthode d'analyse promue depuis quelques années par Mucchielli (2001) et par Paillé et al. (2003). Se situant dans une perspective à la fois transdisciplinaire et socio-historique, cette thèse a mobilisé autant de réflexion théorique que de données factuelles précises répertoriées, issues de différentes littératures (sociologie, socio-anthropologie, relations internationales, économie politique, histoire de la médecine, évaluation, médecine, éthique publique, linguistique et sciences du langage).

**Mots clés :** santé publique globalisée, théorie interactive, modèle théorique/conceptuel, paradigme de la complexité/non-linéarité, transdisciplinarité, globalisation (mondialisation), santé publique, gouvernance globale, gouvernance orientée publiquement, méthodologie/recherche qualitative, analyse qualitative en mode écriture, cadrage synchro-diachronique, causalité circulaire, dialectique, crises, propositions.

## **Abstract**

This thesis focuses on the evolutionary transformation of public health within the context of the past 25 years of globalization, and on governance for public health in a globalizing world.

This thesis aims primarily to allow a critical analysis of the globalization of public health and of global governance for public health. Secondly, it is aimed at developing a theory on globalizing public health. Specific goals are allocated as follows: 1) build a conceptual framework that enables us to i) analyze the links between public health and globalization (synchronic perspective of the model), and ii) better understand the transformation of public health during the 1980-2007 period (diachronic perspective of the model); in other words, develop a socio-historical model of globalizing public health that introduces a conceptual coherence between the two perspectives (synchronic and diachronic), while explaining the evolutionary transformation of public health over the past 25 years, and 2) propose new trains of thought for a global governance for public health, while taking into account the preceding model.

Since the beginning of the 1980s, the acceleration of globalization has introduced certain theoretical and practical issues and challenges to the field of public health as a result of the constantly changing global order: Welfare State crises, institutionalist crises, crises of standards and values that come with an increase in the influence of assessment with the hegemony of subsequent efficiency, and promotion of a results-based culture. For the quarter-century or so that the global economy has been a reality, the predominance of technocratism or “techno-instrumentalism” has extended to many professional sectors, while a true “assessment supremacy” has seized the health field. During this same period (1980-2007), in most post-industrial countries, this assessment has been manifested through the successive

emergence and growing development of various sectors of activity for clinical and political decision-making: health program evaluation, health technologies assessment, the “best practices” movement, and evidence-based medicine.

At the dawn of the 21<sup>st</sup> century, globalization constitutes a major theoretical and practical challenge for public health professionals. In 2007, the issues of “living governance” in general, and of governance for public health in particular, are proving to be highly problematic for all advanced industrialized nations. Thus, health is presently a major area of concern insofar as international policies are concerned, and will remain so for years to come, and underestimating the issues at stake may lead to major global instability.

However, the links existing between public health and globalization are complex. Despite all the ink that has been spilled writing about how important globalization is for health, there is currently no consensus on the paths or mechanisms through which globalization influences public health, or on the appropriate political responses to bring to this problem. Furthermore, in international literature, no recommendation has been made as to the conceptual modelling or analytical framework for the interrelations between the field of public health and globalization, on the one hand, and for global governance for public health, on the other hand. Until now, only Woodward et al. (2002) have developed a conceptual framework, which includes five critical links between globalization and its effects on health. However, many authors insist on the need for such analytical frameworks, as they are essential in assessing the effects of globalization on the health economy, in developing research programs and in proposing appropriate political responses. Our thesis responds precisely to this need; by fitting in perfectly with the logic of the production of a theoretical understanding of *globalizing public health*, it establishes certain reflection (and action) paths for the present and for the future of public health.



By situating our research directly within complex thinking and non-linearity, both constructs which are fully accepted within the public health arena, we are able to propose a multi-reference and cross-cutting reading on the globalization of public health and its stakes. We therefore chose to conduct qualitative research and favoured the collection of documents and “qualitative write analysis”, an analysis method that has been promoted for several years by Mucchielli (2001) and by Paillé et al. (2003). Based on a perspective that is both trans-disciplinary and socio-historical, this thesis has mobilized theoretical reflection as well as precise and indexed factual data garnered from various literature sources (sociology, socio-anthropology, international relations, economics, history of medicine, discipline of evaluation, medicine, public ethics, linguistics and language sciences).

**Key words :** Globalizing public health, Interactive theory, Theoretical/conceptual model/framework, Complex non-linear paradigm, Non-linearity, Transdisciplinarity, Globalization, Public health, Global governance, Publicly oriented governance, Qualitative research/method, Qualitative write analysis, Combined synchronic diachronic perspective, Circular causality, Crises, Dialectics, Recommendations.

## Table des matières

|                         |       |
|-------------------------|-------|
| Résumé.....             | III   |
| Abstract.....           | VI    |
| Table des matières..... | IX    |
| Liste des tableaux..... | XXII  |
| Liste des figures.....  | XXIII |
| Remerciements.....      | XXIV  |

|  |          |
|--|----------|
| <b>POINT DE DÉPART DE LA THÈSE ET DÉMARCHE INTELLECTUELLE.....</b> | <b>3</b> |
|--|----------|

|   |           |
|---|-----------|
| <b>AVANT-PROPOS MÉTHODOLOGIQUE.....</b> | <b>16</b> |
|---|-----------|

|  |           |
|--|-----------|
| <b><u>0.1.L'« écriture analytique » comme praxis d'analyse : une stratégie d'analyse qualitative fluide, adaptée pour repenser les phénomènes de manière compréhensive et critique, et pour théoriser.....</u></b> | <b>18</b> |
|--|-----------|

|  |           |
|--|-----------|
| <b><i>0.1.1. Les spécificités de la méthode.....</i></b> | <b>19</b> |
|--|-----------|

|   |           |
|---|-----------|
| <b><i>0.1.2. Les opérations du travail de transposition en mode écriture.....</i></b> | <b>21</b> |
|---|-----------|

|  |           |
|--|-----------|
| <b><u>0.1.2.1. L'opération UN : l'appropriation.....</u></b> | <b>21</b> |
|--|-----------|

0.1.2.2. Les opérations *DEUX* et *TROIS* : la déconstruction et la reconstruction.....22

*0.1.3. Les étapes de l'écriture analytique.....*23

*0.1.4. La validité de la méthode.....*25

*0.1.5. Comment lire cette thèse?.....*31

**Chapitre 1 – 1980-2007 : L'ACCÉLÉRATION DE L'HISTOIRE, L'ÉMERGENCE D'UN « NOUVEAU MONDE GLOBAL » ET SES AVATARS.....**40

**1.1.Premier contrecoup de l'ordre globalitaire : l'effondrement d'un compromis historique institué, le keynésianisme.....**43

*1.1.1. Le repli et la refonte de l'État-nation.....*45

*1.1.2. Subséquente à la refonte du cadre étatique : la recherche d'une nouvelle gouvernance.....*50

**1.2.Autres corollaires de l'ordre globalitaire : la promotion d'une culture de performance et l'hégémonie technocratique.....**54

**1.3.Dissolution de la société, de la socialité... et de la santé.....**57

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1.3.1. La « toute nouvelle DIT » et la (sur)charge mentale.....</b>                                  | <b>59</b> |
| <b>1.3.2. Une culture du risque, creuset de vulnérabilité et berceau d'incertitude.....</b>             | <b>63</b> |
| <b>1.3.3. Le domaine socio-environnement-sanitaire et la gouvernance du vivant à l'ère globale.....</b> | <b>67</b> |

## **Chapitre 2 – GLOBALISATION ET SANTÉ PUBLIQUE : POUR DE NOUVELLES « DONNES ÉPISTÉMOLOGIQUES ».....70**

|  |           |
|--|-----------|
| <b>2.1. <u>Problématique</u>.....</b>          | <b>70</b> |
| <b>2.2. <u>Objectifs de recherche</u>.....</b> | <b>77</b> |

## **Chapitre 3 – GLOBALISATION ET GOUVERNANCE GLOBALE.....81**

### **3.1. La globalisation : son existence factuelle, concrète et historique.....81**

#### **3.1.1. *Origine du concept de globalisation et son extension progressive*.....82**

#### **3.1.2. « Globalisation » et « mondialisation(s) » : quel(s) mot(s) pour le dire?.....85**

##### **3.1.2.1. Mondialisation versus globalisation : des notions sémantiquement très différentes.....86**

|  |                   |
|--|-------------------|
| <u>3.1.2.2. Une « longue » histoire à retracer : trois mondialisations successives préludent à la globalisation.....</u> | <u>87</u>         |
| <u>3.1.2.3. Le marché global et son ancrage socio-historique.....</u>  | <u>94</u>         |
| <b>3.1.2.3. <math>\alpha</math> – Anthropologie historique du marché.....</b>  | <b>96</b>         |
| <b>3.1.2.3. <math>\beta</math> – La crise du capitalisme fordiste et l'émergence du capitalisme actionnarial.....</b>    | <b>100</b>        |
| <b>3.1.2.3. <math>\gamma</math> – Un pur <i>kratein sans demos</i> : la « société de marché ».....</b>                   | <b>104</b>        |
| <b>3.1.2.3. <math>\delta</math> – Le marché global ou la marchandisation endogène.....</b>                               | <b>107</b>        |
| <b>3.1.3. La globalisation : ses « pro- » et ses « anti- », ses arguments « pour » et ses arguments « contre ».....</b>  | <b>110</b>        |
| <u>3.1.3.1. Un débat polarisé : être pro- ou être anti-globalisation.....</u>  | <u>112</u>        |
| <u>3.1.3.2. La globalisation comme « destruction créatrice » : et des effets pervers et des effets vertueux.....</u>     | <u>116</u>        |
| <b>3.1.4. Les « moteurs » de la globalisation et les 20 questions globales contemporaines à résoudre.....</b>            | <b>123</b>        |
| <b><u>3.2. La gouvernance, un tenant inséparable de la globalisation.....</u></b>  | <b><u>126</u></b> |

|  |            |
|--|------------|
| <b>3.2.1. Généalogie de la gouvernance.....</b>  | <b>128</b> |
| <b>3.2.2. Les acteurs de la gouvernance globale.....</b>   | <b>131</b> |
| <br>   |            |
| <b><u>3.3. La « déconstruction » de la globalisation : là où nous<br/>choisissons d'isoler certaines « essences » de la<br/>globalisation.....</u></b> | <b>137</b> |
| <br>   |            |
| <b>3.3.1. Les trois variantes de la thèse de la<br/>globalisation.....</b>   | <b>139</b> |
| <br>   |            |
| <u>3.3.1.1. Première variante de la thèse de la globalisation.....</u>   | <u>140</u> |
| <br>   |            |
| <u>3.3.1.2. Deuxième variante de la thèse de la<br/>globalisation.....</u>   | <u>141</u> |
| <br>   |            |
| <u>3.3.1.3. Troisième variante de la thèse de la globalisation.....</u>  | <u>142</u> |
| <br>   |            |
| <u>3.3.1.4. Les variantes de la thèse de la globalisation : des sujets à<br/>caution... et à réflexion.....</u>  | <u>143</u> |
| <br>   |            |
| <b>3.3.2. La périodisation 1980-2007 analysée à travers différents<br/>filtres.....</b>  | <b>148</b> |
| <br>   |            |
| <u>3.3.2.1. Le filtre des « paradigmes épistémiques » et des<br/>« communautés épistémiques ».....</u>   | <u>148</u> |

|   |     |
|---|-----|
| <u>3.3.2.2. Le filtre sociologique des « crises »</u> .....   | 156 |
| <b>3.3.2.2. <math>\alpha</math> – La crise habermassienne de l’État social</b> .....  | 157 |
| <b>3.3.2.2. <math>\beta</math> – La crise freitagienne de la normativité</b> .....  | 159 |
| <b>3.3.2.2. <math>\gamma</math> – La crise des identités selon Dubar</b> .....  | 161 |
| <b>3.3.2.2. <math>\delta</math> – La crise éthico-politique selon Beauchemin</b> .....  | 163 |
| <br>  |     |
| <u>3.3.2.3. Le filtre de différents auteurs et de différentes œuvres<br/>choisi(e)s : Anders, Jonas (et Arendt), le trio Lasch, Sennett et<br/>Lipovetsky</u> ..... | 164 |
| <br>  |     |
| <b>3.3.2.3. <math>\alpha</math> – Anders : L’obsolescence de l’homme</b> .....  | 164 |
| <br>  |     |
| 3.3.2.3. <u><math>\alpha.1</math></u> . <i>L’œuvre andersienne : une anthropologie<br/>négative</i> .....   | 166 |
| 3.3.2.3. <u><math>\alpha.2</math></u> . <i>L’artificialité et la contingence dans le temps et dans<br/>l’espace</i> .....   | 168 |
| 3.3.2.3. <u><math>\alpha.3</math></u> . <i>Le hiatus entre le produire et le représenter comme défaut de<br/>l’imaginaire</i> .....                                 | 170 |
| <br>  |     |
| <b>3.3.2.3. <math>\beta</math> – Jonas : le principe responsabilité</b> .....   | 172 |
| <br>  |     |
| 3.3.2.3. <u><math>\beta.1</math></u> . <i>Le principe responsabilité</i> .....  | 173 |
| 3.3.2.3. <u><math>\beta.2</math></u> . <i>L’heuristique de la peur</i> .....  | 176 |
| 3.3.2.3. <u><math>\beta.3</math></u> . <i>Les générations futures</i> .....   | 177 |
| <br>  |     |
| <b>3.3.2.3. <math>\gamma</math> – Lasch, Sennett et Lipovetsky : la montée du nouvel<br/>individualisme en Occident</b> .....                                       | 178 |
| 3.3.2.3. <u><math>\gamma.1</math></u> . <i>Une mutation du mode de socialisation disciplinaire des<br/>personnes</i> .....  | 179 |

|  |            |
|--|------------|
| <u>3.3.2.4. Le filtre socio-anthropologique du risque.....</u>   | <u>181</u> |
| <b>3.3.2.4. <math>\alpha</math> – La société du risque selon Beck.....</b>   | <b>182</b> |
| <b>3.3.2.4. <math>\beta</math> – L'ère de l'incertitude et de la vulnérabilité.....</b>                                | <b>185</b> |
| <u>3.3.2.5. Le filtre de la « réalité sociale » .....</u>  | <u>186</u> |
| <b>3.3.2.5. <math>\alpha</math> – La désymbolisation.....</b>  | <b>187</b> |
| 3.3.2.5. <u><math>\alpha.1.</math> De la valeur du symbolique.....</u>   | 187        |
| 3.3.2.5. <u><math>\alpha.2.</math> La montée de la désymbolisation.....</u>  | 189        |
| 3.3.2.5. <u><math>\alpha.3.</math> La désymbolisation appréhendée comme tendance de longue<br/>durée.....</u>          | 193        |
| 3.3.2.5. <u><math>\alpha.4.</math> L'ambiguïté entourant la désymbolisation et la pluralité de ses<br/>causes.....</u> | 194        |
| <b>3.3.2.5. <math>\beta</math> – Le déracinement comme violence symbolique.....</b>                                    | <b>196</b> |
| 3.3.2.5. <u><math>\beta.1.</math> Les sociétés du risque : des sociétés de déracinement et<br/>d'incertitude.....</u>  | 198        |
| <b>3.3.2.5. <math>\gamma</math> – L'être-ensemble, le « commun » ou la solidarité.....</b>                             | <b>200</b> |
| <b>3.3.3. La globalisation : entre formes, logiques et<br/>imaginaires.....</b>  | <b>206</b> |
| <u>3.3.3.1. Les formes de la globalisation : nombreuses et parfois<br/>même indéterminées.....</u>                     | <u>208</u> |



|  |            |
|--|------------|
| <u>3.3.3.2. Les logiques-clés de la globalisation.....</u>   | <u>212</u> |
| <b>3.3.3.2. <math>\alpha</math> – La logique « dromocratique » inhérente à la mutation du rapport au temps subjectif ou la logique d'accélération.....</b> | <b>212</b> |
| <b>3.3.3.2. <math>\beta</math> – L'effondrement des limites et la logique épidémique.....</b>  | <b>221</b> |
| 3.3.3.2. <u><math>\beta.1.</math></u> <i>L'exemple de la pandémie du sida.....</i>   | <i>225</i> |
| 3.3.3.2. <u><math>\beta.1. A-</math></u> <i>L'émergence d'une mutation viro-induite : le VIH-1 ou HIV-1.....</i>   | <i>227</i> |
| 3.3.3.2. <u><math>\beta.1. B-</math></u> <i>La mise en œuvre progressive de la lutte contre le sida : un véritable fait social.....</i>                    | <i>232</i> |
| 3.3.3.2. <u><math>\beta.1. C-</math></u> <i>L'incertitude et le risque liés à l'internationalisation du sida.....</i>                                      | <i>236</i> |
| 3.3.3.2. <u><math>\beta.2</math></u> <i>L'exemple de l'épizootie d'ESB.....</i>  | <i>238</i> |
| <b>3.3.3.2. <math>\gamma</math> – La technique et ses logiques techno- : la logique technocratique et la logique technoscientifique.....</b>               | <b>241</b> |
| 3.3.3.2. <u><math>\gamma.1.</math></u> <i>L'émergence de la technocratie.....</i>  | <i>244</i> |
| 3.3.3.2. <u><math>\gamma.2.</math></u> <i>Les problèmes philosophico-politiques posés par le développement technoscientifique .....</i>                    | <i>248</i> |
| 3.3.3.2. <u><math>\gamma.3.</math></u> <i>L'expertise scientifique selon la logique technocratique.....</i>  | <i>250</i> |
| <u>3.3.3.3. Les imaginaires de la globalisation.....</u>   | <u>256</u> |

## **Chapitre 4 – SANTÉ PUBLIQUE : PASSÉ, PRÉSENT ET PERSPECTIVES D’AVENIR.....259**

### **4.1. La « construction » de la santé publique.....259**

#### **4.1.1. *La santé publique : quelle définition?.....260***

#### **4.1.2. *Finalité et missions de la santé publique.....266***

#### **4.1.3. *L’histoire de la santé publique.....270***

##### **4.1.3.1. ...Une histoire faite d’histoire ancienne .....271**

##### **4.1.3.1. α. – *L’histoire des épidémies, des situations sanitaires, des préoccupations et politiques de santé.....271***

##### **4.1.3.1. β. – *L’histoire de la médecine, du savoir et du « raisonnement médical ».....283***

##### **4.1.3.1. β.1. *La médecine des temps préhistoriques.....284***

##### **4.1.3.1. β.2. *Les débuts des temps historiques.....285***

##### **4.1.3.1. β.3. *Les premiers éléments de raisonnement.....285***

##### **4.1.3.1. β.4. *L’aube de la médecine scientifique.....286***

##### **4.1.3.1. β.5. *Le XIX<sup>ème</sup> siècle.....287***

##### **4.1.3.1. β.6. *L’ère des progrès biologiques et thérapeutiques.....289***

##### **4.1.3.1. γ. – *L’histoire de la mesure du risque.....290***

##### **4.1.3.1. γ.1. *Une petite histoire de statistiques.....292***

##### **4.1.3.1. γ.2. *L’inoculation de la variole au début du XVIII<sup>ème</sup> siècle.....293***

##### **4.1.3.1. γ.3. *La vaccination contre l’hépatite.....297***

|  |     |
|--|-----|
| 4.1.3.1. <u>δ</u> – <i>L’histoire de la mesure et de l’évaluation</i> .....  | 305 |
| 4.1.3.1. <u>ε</u> – <i>L’histoire de la solidarité</i> .....   | 309 |
| 4.1.3.1. <u>ε.1.</u> <i>Une histoire de solidarité démocratique</i> .....  | 311 |
| 4.1.3.1. <u>ε.2.</u> <i>Un projet fondé sur le recours à la solidarité démocratique</i> .....  | 313 |
| <u>4.1.3.2. ...Une histoire faite d’histoire récente</u> .....   | 314 |
| 4.1.3.2. <u>α</u> – <i>L’histoire du concept de santé et des déterminants de la santé</i> .....  | 314 |
| 4.1.3.2. <u>β</u> – <i>L’histoire de la démarche évaluative et l’irruption de l’ « Evidence-based medicine » ouvrant la course aux données probantes dans le domaine de la santé</i> ..... | 325 |
| 4.1.3.2. <u>δ</u> – <i>L’histoire de la bataille du risque</i> .....   | 339 |
| 4.1.3.2. <u>δ.1.</u> <i>La saillance sociale des risques</i> .....   | 340 |
| 4.1.3.2. <u>δ.2.</u> <i>L’irruption du risque en santé publique</i> .....  | 350 |
| <u>4.2. Le champ contemporain de la nouvelle santé publique : un champ normatif à cinq visages</u> .....   | 352 |
| 4.2.1. <i>La nouvelle santé publique : pourquoi un « champ » et pas une « discipline » ?</i> .....   | 356 |
| 4.2.2. <i>La cartographie des déterminants de la nouvelle santé publique : cinq visages différents</i> .....   | 360 |
| 4.2.3. <i>La normativité inhérente à la nouvelle santé publique</i> .....  | 365 |

|   |            |
|---|------------|
| <b><u>4.3. Professionnalisation, formation, rôle de la recherche et « Advocacy » en santé publique.....</u></b>                               | <b>368</b> |
| <b>4.3.1. La professionnalisation en santé publique.....</b>  | <b>368</b> |
| <b>4.3.2. Se former ou « étudier » en santé publique.....</b>   | <b>374</b> |
| <b>4.3.3. La recherche en santé publique.....</b>   | <b>377</b> |
| <b>4.3.3. L'« Advocacy » ou défendre les intérêts de la santé publique.....</b>   | <b>381</b> |
| <b><u>4.4. Santé publique, globalisation et gouvernance.....</u></b>  | <b>382</b> |
| <b>4.4.1. Globalisation et santé publique : des incidences positives, des incidences négatives.....</b>                                       | <b>386</b> |
| <b>4.4.2. Santé publique et gouvernance globale : ses acteurs, ses défis.....</b>   | <b>398</b> |
| <br>  |            |
| <b>Chapitre 5 – LA « SANTÉ PUBLIQUE GLOBALISÉE » :<br/>MODÈLE THÉORIQUE ET PISTES POUR UNE<br/>GOUVERNANCE GLOBALE EN SANTÉ PUBLIQUE.....</b> | <b>415</b> |
| <br>  |            |
| <b><u>5.1. Le CD-ROM ou Figure 4 : présentation succincte et mise à la disposition du lecteur .....</u></b>                                   | <b>425</b> |

**5.2. Répondre à notre premier objectif de recherche : un modèle théorique appelé « La santé publique globalisée » 427**

***5.2.1. La Figure 4 : une théorie non-linéaire, « interactive » et transdisciplinaire.....430***

**5.2.1.1. La Figure 4: le recours au CD-ROM et quelques exemples de « voyages » pour le lecteur.....433**

***5.2.2. La Figure 4 : un système dynamique non-linéaire historico-social à cinq caractéristiques.....443***

**5.2.2.1. Première caractéristique : un cadrage synchro-diachronique.....444**

**5.2.2.2. Deuxième caractéristique : la non-linéarité des interactions.....445**

**5.2.2.3. Troisième caractéristique : une causalité circulaire.....448**

**5.2.2.4. Quatrième caractéristique : un fonctionnement homéostatique du système.....449**

**5.2.2.5. Cinquième caractéristique : le caractère dialectique du système.....450**

|  |            |
|--|------------|
| <b>5.2.3. La Figure 4 : des cinq caractéristiques du modèle aux cinq propositions du second objectif de recherche.....</b>               | <b>453</b> |
| <b><u>5.3. Répondre à notre second objectif de recherche : cinq propositions pour une gouvernance globale en santé publique.....</u></b> | <b>456</b> |
| <b>5.3.1. La gouvernance globale en santé publique : première proposition sur les savoirs.....</b>                                       | <b>457</b> |
| <b>5.3.2. La gouvernance globale en santé publique : deuxième proposition sur le développement d'un sens civique global.....</b>         | <b>458</b> |
| <b>5.3.3. La gouvernance globale en santé publique : troisième proposition sur l'identité du champ de la santé publique... </b>          | <b>462</b> |
| <b>5.3.4. La gouvernance globale en santé publique : quatrième proposition sur un droit humain global à la santé.....</b>                | <b>470</b> |
| <b>5.3.5. La gouvernance globale en santé publique : cinquième proposition sur les firmes transnationales.....</b>                       | <b>473</b> |
| <b><u>5.4. En conclusion : penser « santé publique globalisée » et agir localement.....</u></b>  | <b>476</b> |
| <b>RÉRÉRENCES.....</b>   | <b>485</b> |

## Liste des tableaux

|  |         |
|--|---------|
| <b>Tableau 1 :</b> Représentants des courants « trop... » et « pas assez de globalisation » .....  | 114     |
| <b>Tableau 2 :</b> Représentants de l'approche pragmatique de la globalisation.....  | 115     |
| <b>Tableau 3 :</b> Effets positifs et négatifs de la globalisation les plus fréquemment présentés dans la littérature.....   | 117     |
| <b>Tableau 4 :</b> Les débats d'« idées » entourant les effets de la globalisation.....  | 118-122 |
| <b>Tableau 5 :</b> Correspondances oppositionnelles entre les sociétés moderne et postmoderne dans la perspective freitagienne.....  | 204     |
| <b>Tableau 6 :</b> Synthèse des différentes études réalisées en France sur la relation entre la vaccination contre l'hépatite B et la sclérose en plaques (SEP) ou un épisode aigu de démyélinisation (EAD)..... | 299     |

## Liste des figures

|   |            |
|---|------------|
| <b>Figure 1 : Les principales questions non résolues que pose la globalisation.....</b>   | <b>125</b> |
| <b>Figure 2 : Périodisation 1980-2007 : la « chaîne » des crises du nouveau monde global.....</b>   | <b>418</b> |
| <b>Figure 3 : Santé publique et nouveau monde global : concepts intégrateurs pour une double mise en perspective synchro-diachronique .....</b> | <b>424</b> |
| <b>Figure 4 : Modèle théorique.....</b>   | <b>426</b> |

(Cette dernière figure est numérisée sur un support CD-ROM  
qui est fourni à la page notée)



## Remerciements

Un très (Très! Très!!...) grand merci à mes directeurs de thèse :

- Monsieur André-Pierre Contandriopoulos
- Madame Nicole Dedobbeleer

Pour la qualité de leur directorat et la richesse de leur enseignement. Merci pour leur soutien indéfectible, pour leurs explications éclairées et nuancées, pour leurs conseils bienveillants et leur patience attentive. Merci pour la généreuse confiance et pour la liberté qu'ils m'ont accordées, tout au long de ma recherche, quant à l'ouverture transdisciplinaire de celle-ci.

Mes plus vifs remerciements à mon mentor au programme *Research in Addictions and Mental Health Policy and Services* (RAMHPS), Monsieur Alain Lesage, pour ses précieux conseils, pour le témoignage concret de son soutien inébranlable ainsi que pour sa générosité et sa communicabilité intellectuelles étayées par une expérience avancée de l'Humain et une expertise en Santé hors du commun.

Un grand merci tout spécialement à :

- Monsieur Régis Blais
- Monsieur Jean-Marc Brodeur
- Madame Nicole Leduc

Pour la qualité de leur enseignement et leurs judicieux conseils tout au long de notre formation doctorale.

Un merci tout particulier à Madame Louise Fournier, qui m'a permis de découvrir le monde *passionnant* de l'« évidence » en santé publique mentale, *merveilleuses* données probantes qui ont appelé réflexion, lectures, recherche personnelle, questionnements et... critiques. Merci, Louise, aux grandes qualités professionnelles et au grand cœur, merci de m'avoir laissé m'« envoler » vers le monde « *evidence-based* ». Merci également de m'avoir

permis de changer de sujet de recherche et de te quitter en tant que directrice afin de poursuivre ma route, mon questionnement, mes réflexions et de mon chemin d'étudiante.

Merci également à tous ceux qui – durant quelques instants, quelques heures ou quelques jours, voire pendant plusieurs mois ou années – ont accompagné mon cheminement d'étudiante au doctorat en Santé publique à l'Université de Montréal:

- Monsieur Léo Marcos Ancelovici, du Massachusetts Institute of Technology et du Center for European Studies (Harvard University)
- Monsieur Marc Angenot, de l'Université McGill
- Madame Zulmira Maria de Araujo Hartz, de l'Université de Montréal
- Madame Marie-Dominique Beaulieu, de l'Université de Montréal
- Monsieur François Béland, de l'Université de Montréal
- Monsieur Jean-Pierre Borin, du Centre de recherche Fernand Seguin
- Monsieur Richard Boyer, du Centre de recherche Fernand Seguin
- Madame Catherine Briand, de l'Université de Montréal
- Madame Sylvie Carrière, de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine
- Monsieur Georges-Étienne Cartier, de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine
- Monsieur François Champagne, de l'Université de Montréal
- Madame Linette Cohen, de l'Université de Montréal
- Monsieur Chaïm Schlomo Cohen ainsi que ses collègues, amis et les membres de la communauté juive de Côtes-des-Neiges à Montréal
- Monsieur Jean-Louis Denis, de l'Université de Montréal
- Madame Aline Drapeau, du Centre de recherche Fernand Seguin
- Monsieur Lambert Farand, de l'Université de Montréal
- Monsieur Daniel Gélinas, du Module de soutien évaluatif des services en santé mentale, de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine
- Monsieur Elliot Godner, de la Simon Fraser University

- Madame Paula Goering, de la Toronto University
- Madame Ginette Gosselin, de Laval
- Monsieur Pierre Gosselin, de Montréal
- Madame Lise Goulet, de l'Université de Montréal
- Madame Sylvie Gravel, de l'Université de Montréal
- Monsieur Thierry Hentsch<sup>†</sup>, de l'Université du Québec à Montréal
- Monsieur Jean-Paul Jonkheere ainsi que les autres professeurs de philosophie et de phénoménologie des Facultés Universitaires Saint-Louis (Belgique)
- Monsieur Pierre Lalonde, de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine
- Monsieur Paul Lamarche, de l'Université de Montréal
- Monsieur Bino Lapaige, de Flobecq (Belgique)
- Monsieur Yves Lecomte, de la TÉLUQ
- Madame Pascale Lehoux, de l'Université de Montréal
- Monsieur Arnold Love, de Toronto
- Madame Anne MacManus, de l'Université de Montréal
- Madame Nadège Maisy, du Module de soutien évaluatif des services en santé mentale, de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine
- Monsieur Mel Mark, de l'Institute for Policy Research and Evaluation (Pennsylvania State University)
- Monsieur Alex Mucchielli, du Centre d'Étude et de Recherche sur l'Information et la Communication (CÉRIC, Université Montpellier 3)
- Monsieur Raynald Pineault, de l'Université de Montréal
- Madame France Pinsonneault, de l'Université de Montréal
- Madame Michèle Proulx, de l'Université de Montréal
- Madame Louise Potvin, de l'Université de Montréal
- Monsieur Rosario Rodriguez, de l'Université de Montréal
- Monsieur Michel Rossignol, de l'Institut national de santé publique
- Madame Marilyn Sakiyama, de la Simon Fraser University
- Monsieur Marc Sasseville, de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine
- Monsieur Claude Sicotte, de l'Université de Montréal

- Monsieur David Streiner, de la Toronto University
- Madame Tonia..., « de l'Unité 218 » et dont j'oublie sans cesse le nom (!)
- Monsieur Jean-Pierre Unger, de l'Institut de Médecine Tropicale Prince Léopold ainsi que les membres du Département de santé publique internationale de l'IMT d'Anvers (Belgique)
- Madame Catherine Vallée, de l'Université de Montréal
- Madame Madeleine Van Trimpont, d'Ollignies (Belgique)
- Madame Marie Van Trimpont, de Ghoy (Belgique)

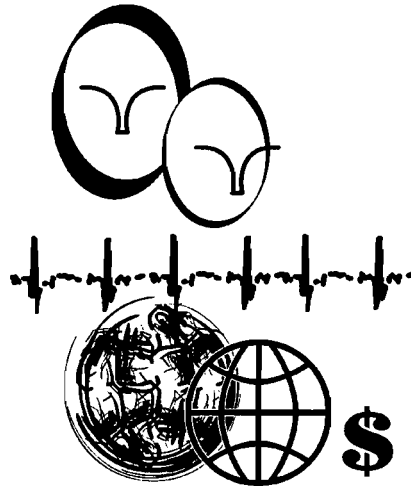
Je tiens par ailleurs à souligner l'appui solide et fort apprécié que m'ont accordé le Groupe de Recherche Interdisciplinaire de Santé (GRIS) et le programme d'Analyse et Évaluation des Interventions en Santé (AnÉIS) ainsi que le soutien administré par le Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ) et les Instituts de Recherche en Santé du Canada (IRSC). Je remercie également et tout particulièrement le programme *Research in Addictions and Mental Health Policy and Services* (RAMHPS) pour leur généreux soutien.

En outre, je me permets d'insister sur l'importance déterminante qu'ont revêtu pour moi, durant toute ma formation à l'Université de Montréal, les séminaires et les multiples activités de formation (y compris les communications et activités de formation à l'étranger) promus dans le cadre du programme de formation AnÉIS. J'exprime encore une fois toute ma reconnaissance aux nombreuses personnes y ayant participé et avec lesquelles il m'a été donné d'échanger, à un moment ou à un autre, à un endroit ou à un autre.

Enfin, je tiens à remercier tout particulièrement Monsieur Guillaume Grandazzi et les membres du Laboratoire d'Analyse Socio-anthropologique des Risques de l'Université de Caen/Basse Normandie qui m'ont sensibilisée à cette approche à la fois historique, critique, comparative et pluridisciplinaire

que constitue la socio-anthropologie, et qui m'ont ainsi permis de (ré)intégrer directement mes tout premiers questionnements qui portaient sur la santé publique et sur la gestion des risques sanitaires (environnemento-sanitaires) dans la sphère politico-sociale.

## La santé publique globalisée



*La Santé Publique c'est un brin de philosophie sur l'être et le mal-être, c'est l'étude de la conjonction des facteurs qui contribuent au mieux-être, c'est la quête d'une satisfaction de professionnels motivés et de patients fragilisés, c'est un mariage de la discipline née de l'observation et de l'innovation sociale au service des populations qui ne soit pas confiné à la productivité du seul colloque singulier entre le patient et le médecin.*

MARIE-PASCAL POMEY, JEAN-PIERRE POUILLIER et BENOIST LEJEUNE,  
dans leur livre intitulé *Santé publique*, 2000, page 23.

*L'enracinement est peut-être le besoin le plus important et le plus méconnu de l'âme humaine. C'est un des plus difficiles à définir. Un être humain a une racine par sa participation réelle, active et naturelle à l'existence d'une collectivité qui conserve vivants certains trésors du passé et certains pressentiments d'avenir.*

SIMONE WEIL,  
dans son livre intitulé *L'enracinement*, 1949, page 61.

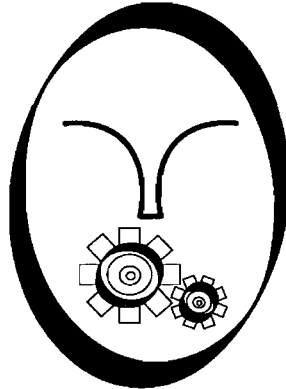
*On ne peut combattre efficacement la technocratie internationale qu'en la défiant sur son terrain de prédilection, celui des sciences économiques et en opposant à la pensée mutilée dont elle fait usage un savoir qui ait plus de respect pour les gens et pour les réalités auxquelles ceux-ci font face.*

PIERRE BOURDIEU,  
dans un discours aux grévistes de la gare de Lyon, Paris, 12 décembre 1995.

*Aucune découverte ne nous délivrera de notre angoisse. Nous essayons de nous tranquilliser par le sport et les dosages répétés de cholestérol dans le sang, par les tranquillisants et les stimulants. Dans la mesure où nous nous affranchissons de nos traditions, de nos servitudes et des « hasards » que nous impose la nature, notre anxiété s'accroît en même temps que notre liberté.*

JEAN-CHARLES SOURNIA,  
dans son livre intitulé *Histoire de la médecine*, 1997, page 337.

## ***POINT DE DÉPART DE LA THÈSE ET DÉMARCHE INTELLECTUELLE***



La réflexion qui pèse ultimement sur le choix du présent sujet de thèse est suscitée par les propos tenus par deux personnes au sein du Département d'Administration de la santé de l'Université de Montréal, propos saisis au cours de l'année 2004. Deux personnes qui, de façon très différente et sans congruence, inspirent notre curiosité pour aiguillonner ensuite notre désir de comprendre les interconnexions entre le contexte de globalisation et le champ de la santé publique. Deux personnes – épidémiologistes de formation et composant chacune avec un solide bagage professionnel et expérientiel en santé publique – qui, sans le savoir et de manière indirecte, éveillent donc notre intérêt pour la « santé publique globalisée ».



Ainsi, à la suite d'un séminaire du GRIS<sup>1</sup> et dans le vif d'un échange de vues touchant à l'identité (problématique) de la santé publique en tant que discipline, Madame Zulmira Maria de Araujo Hartz lance :

Je me considère avant tout comme une évaluatrice, pas comme un médecin (...) ou pas comme simple professionnelle en santé publique. C'est trop général... Aujourd'hui, la santé publique, c'est l'évaluation. (...) Nous sommes d'ailleurs tous appelés à être ou devenir un jour ou l'autre des évaluateurs<sup>2</sup>.

Il est un fait que, depuis près d'un quart de siècle et dans la plupart des pays post-industriels, l'évaluation s'est traduite par l'émergence successive et le développement croissant de différents secteurs d'activités pour la prise de décision clinique et politique : évaluation de programmes sanitaires, évaluation des technologies en santé, mouvement des « meilleures pratiques », *Evidence-based medicine*... Subséquemment, cette importance fondamentale que revêt – pour les divers acteurs des systèmes de santé – la prise de décisions fondée sur des données probantes, va requérir, en santé publique, la présence (la formation) d'« évaluateurs ».

En outre, dans le cadre du programme de formation AnÉIS<sup>3</sup>, nous avons l'occasion de participer, en janvier 2004, aux séminaires en évaluation donnés par l'*Evaluators' Institute*, à San Francisco. Madame Nicole Leduc, directrice du Programme de santé publique à l'Université de Montréal, prend également part à ces séminaires. Au cours des mois suivants, nous échangeons toutes deux nos points de vue et, « de fil en aiguille », abordons

---

<sup>1</sup> **G**roupe de **r**echerche **i**nterdisciplinaire en **s**anté, Université de Montréal.

<sup>2</sup> Communication personnelle.

<sup>3</sup> AnÉIS est l'acronyme utilisé pour **A**nalyse et **É**valuation des **I**nterventions en **S**anté, programme interdisciplinaire créé en 2002 à l'Université de Montréal et visant, d'une part, à accroître la capacité de recherche dans ce domaine (c'est-à-dire en analyse et évaluation de programmes préventifs ou curatifs, de techniques ou technologies innovatrices, de pratiques professionnelles), d'autre part, à accroître la capacité d'échange et de transfert des connaissances entre les communautés.

différentes thématiques afférentes à l'évaluation en Amérique du Nord. À maintes reprises, les discussions avec ce professeur<sup>4</sup> portent ainsi sur :

- Le développement de la théorie de programme ainsi que la professionnalisation en évaluation en Amérique du Nord, qui remontent à une trentaine d'années;
- La montée en puissance de l'évaluation dans différents secteurs (santé, éducation, justice) depuis quelque deux décennies, avec hégémonie de l'efficience et promotion subséquente d'une culture du résultat;
- Le développement de l'épidémiologie évaluative<sup>5</sup> et, à l'époque actuelle, la prépondérance de l'évaluation médico-économique, dans les pays dits développés;
- Le récent « pouvoir évaluatif » dans le domaine de la santé;
- Certains changements de pratique professionnelle advenant dans le même secteur;
- L'actuelle « crise » du champ de la santé publique<sup>6</sup> et son interdépendance avec d'autres crises contextuelles (comme la crise

---

<sup>4</sup> Épicène.

<sup>5</sup> L'épidémiologie évaluative ou l'« épidémiologie d'évaluation des actions » (Lejeune, 2000, p. 119) apparaît à la suite de l'épidémiologie descriptive et de l'épidémiologie analytique (et elle précède la naissance de l'épidémiologie clinique dite *Evidence-based medicine*). Il ne s'agit pas à proprement parler d'une branche de l'épidémiologie mais plutôt d'une « circonstance particulière d'utilisation des techniques épidémiologiques pour évaluer les résultats d'une action de santé publique » (Gerbaud, 2000, p. 203).

<sup>6</sup> Comme l'explique le Professeur Desrosiers (2007) lorsqu'il présente l'histoire de la recherche et de l'enseignement de la santé publique à l'Université de Montréal depuis 1911 jusqu'en 2007 (histoire organisationnelle ayant conduit à la très récente fondation

des États-providence, la crise dite « des valeurs », la crise « des connaissances », la crise éthique).

Sachant, par ailleurs, que le champ de la santé publique en est un qui se structure dans le temps et dans l'espace, qui n'obéit à aucune logique déterministe et est donc entièrement soumis à l'influence du contexte (politico-économique, social, sociétal), nous nous tournons dès lors vers ce « contexte ».

---

de l'École de santé publique), ce qu'on désigne aujourd'hui sous le terme de « santé publique » a, au sein même de l'Université de Montréal, changé à trois reprises au cours des quatre dernières décennies. L'expression « hygiène publique et privée » dominante dans les années 1960 est ainsi, début des années 1970, remplacée par celle de « santé communautaire », qui marque la désunion d'avec les hygiénistes et prône parallèlement la valeur de participation. L'expression « santé publique » apparaît à la fin des années 1980. Elle est associée à la fonction de protection devenue dès ce moment nécessaire du fait : i) du retour d'anciennes maladies infectieuses/parasitaires (paludisme) et de l'apparition de nouvelles infections (sida, ébola), et ii) de la menace croissante associée aux facteurs environnementaux (pollution) (voir *page 353*). En 1986, une définition de la santé publique est par suite proposée à l'Université de Montréal, ceci dans le cadre de la mise en place d'un sous-comité de planification d'intégration des trois départements de l'époque (département de médecine sociale et préventive; département d'administration de la santé; département d'hygiène des milieux). Le Professeur Desrosiers, mandaté pour former ledit sous-comité, précise :

*Selon le sous-comité, l'expression santé publique a été historiquement utilisée pour désigner à la fois une forme d'organisation du système de santé et l'application d'un ensemble de sciences à tout ce qui touche à l'aspect collectif des problèmes de santé et d'organisation des soins et des services, par opposition à l'approche individuelle qui est le fait de la médecine. Les sciences sur lesquelles elle se fonde sont l'épidémiologie et la biostatistique, les sciences de l'administration, les sciences sociales et certaines sciences physiques liées à la compréhension de l'environnement. (...) Ses champs d'application couvrent un vaste éventail qu'on peut diviser par groupes d'âge ou par problèmes spécifiques comme la santé maternelle et périnatale, la santé infantile, la santé des jeunes, la santé au travail, la santé mentale, la santé des personnes âgées, l'hygiène de l'environnement. (...) [La santé publique] intervient dans le champ de la planification et de la coordination, et de l'évaluation du système de santé sur tous les plans. (...) La mission principale du secteur des sciences de la santé publique est la formation de spécialistes et de chercheurs dans les différents champs de la santé publique et de gestionnaires du système de santé dont la formation de base dépasse largement la médecine pour inclure à peu près toutes les professions de la santé et d'autres disciplines (Desrosiers, 2007, p. 226-227).*

Mais d'abord : quel contexte « restituer » au champ de la santé publique? Dans quel contexte peut-on situer la « mode de l'évaluation en santé », l'hégémonie de l'efficacité et la culture de résultat, la « crise » du champ de la santé publique et les changements de pratique tels que perçus par certains de ses acteurs? S'agit-il du contexte « de modernité avancée » ou « de modernité réflexive », du contexte « post-industriel »; devrait-on plutôt le qualifier de contexte « postmoderne », voire serait-il « global »?

Par ailleurs, même si tout le monde s'entend pour parler de « crise(s) » et de « contexte » – quel que soit le nom de ce dernier –, on ne peut se contenter de constater l'ampleur de la « crise », l'ampleur du « contexte », sans prendre nécessairement « position » sur leur sens et sur leur valeur. Par-delà leur immédiate évidence factuelle, ils demeureraient, *sans une approche critique*, conceptuellement insaisissables ou *innommables*<sup>7</sup>. Mais alors, quels seraient les concepts intégrateurs qui permettraient de saisir théoriquement la réalité sociale et historique (que composent précisément la/les « crise(s) », la « crise » en santé publique, le « contexte ») et le sens de cette/ces crise(s) et de ce contexte?

... *Premier questionnement* resté sur le coup sans réponse.

Après quoi nous colligeons de l'information qui puisse nous permettre de différencier sémantiquement et conceptuellement les contextes précités. Nous entreprenons ensuite une recherche de littérature et, progressivement, en arrivons à la constatation suivante : la globalisation est « notre principale cible contextuelle ».

---

<sup>7</sup> Comme le souligne Freitag, faisant ressortir par l'emploi de ce terme la nécessité, pour le chercheur, d'un engagement et d'un point de vue critique sur ce qui l'entoure (Communication personnelle, 2004).

La globalisation, en tant qu'accélération des interrelations entre les différentes parties du monde, est la forme contemporaine de mondialisation. Les mots *Globalization* en anglais ainsi que « globalisation » et « mondialisation » en français datent du dernier tiers du XX<sup>ième</sup> siècle. Témoignage d'un phénomène récent ou plutôt accélération d'un processus beaucoup plus ancien, la globalisation<sup>8</sup> consiste à produire un niveau social (économique, mais aussi culturel) « pertinent » à l'échelle de l'ensemble des hommes et du monde. Elle passe par la généralisation des échanges entre les différentes parties de l'humanité et entre les différents lieux du globe; des réseaux économiques, politiques, sociaux ou culturels entre les gouvernements, les sociétés, les individus sont dès lors créés, se ramifiant et se multipliant toujours plus vite.

La globalisation n'a pas de finalité propre; elle n'est pas non plus un phénomène fixe ou un idéal-type. C'est un phénomène contingent, historiquement sans précédent. « La globalisation – et le nom et la chose – est une création de notre époque<sup>9</sup> ». Liée à un mouvement politico-économique séculaire remontant au XVI<sup>ième</sup> siècle, la globalisation – c'est-à-dire tout à la fois « processus<sup>9</sup> », « système<sup>9</sup> », « idéologie<sup>9</sup> », « alibi<sup>9</sup> », « mythologie moderne<sup>9</sup> » et, aussi, terme fréquemment galvaudé<sup>10</sup> – se profile dès le début des années 1980.

Mais, par-delà son existence factuelle, concrète et historique, la globalisation transparaît également à travers : i) une littérature très abondante et de qualité variable (la globalisation aussi subit un effet de mode!), ii) de multiples définitions parfois contradictoires, iii) diverses thèses théoriques, iv) des

---

<sup>8</sup> Dans la présente thèse, nous avons choisi d'utiliser préférentiellement le terme de globalisation à celui de mondialisation (voir *Journal de bord* en 3.1.2.1.).

<sup>9</sup> Gélinas (2000, p. 21).

<sup>10</sup> Gélinas (2000, p. 41-51).

dynamiques cumulatives, v) différents « moteurs » conduisant à son émergence, vi) des formes ou des types distinct(e)s, des représentations et des imaginaires variés. Ainsi, la globalisation – que certains rattachent à une notion générale, floue ou élastique, que d'autres entrevoient comme phénomène simple, restrictif ou pur – correspond à un processus complexe et multiforme, processus se révélant par ailleurs indissociable de la gouvernance globale<sup>11</sup>.

Nous pouvons également remarquer que l'histoire du sida, tout comme la démarcation de cette infection (par rapport à toutes les autres pathologies existantes) comme fléau social et enjeu politique mondial, est étroitement liée à la globalisation.

De même, soulignent Woodward et al. (2002), la globalisation présente un impact sur les déterminants de la santé. Les effets *directs* de la globalisation sur la santé incluent : i) l'impact immédiat sur les systèmes et les politiques de santé (par exemple : les effets de l'Accord général de l'Organisation mondiale de la santé sur le Commerce des services); ii) les effets s'exerçant par l'intermédiaire des marchés internationaux (comme les effets sur les prix des produits pharmaceutiques de l'Accord de l'Organisation mondiale du commerce sur les Aspects des Droits de Propriété intellectuelle qui touchent au Commerce); iii) les effets directs sur d'autres déterminants au niveau de la population (par exemple : la transmission transfrontalière de certaines maladies infectieuses, la commercialisation du tabac). Quant aux effets *indirects* de la globalisation sur la santé, ils comprennent : i) les effets qui s'exercent sur le domaine de la santé à travers l'économie nationale (par

---

<sup>11</sup> En effet, la globalisation n'est pas uniquement un phénomène culturel ou économique : elle change considérablement les règles du jeu à l'échelle mondiale, offrant l'occasion à de nouveaux acteurs de s'affirmer alors que pour d'autres, elle va miner leur importance. C'est précisément le concept de « gouvernance globale » qui permet de rendre compte de la nouvelle politique globale (mondiale), liée à l'accroissement important du nombre d'acteurs internationaux et à l'exigence d'un minimum d'ordre, de réajustement et de collaboration entre eux.

exemple : les effets de la libéralisation du commerce et des flux financiers sur les ressources disponibles pour le financement des dépenses publiques de santé); ii) les effets sur les risques encourus par la population (par exemple : les effets sur la nutrition et sur les conditions de vie eux-mêmes secondaires à l'impact sur le revenu des ménages) (Woodward, 2002, p. 37-38).

Enfin, la globalisation exerce une influence indéniable sur la santé, comme l'atteste d'ailleurs une très abondante littérature. Toutefois, il semble étonnant – voire paradoxal – de constater, à côté de cette littérature pléthorique, le nombre très restreint de travaux qui traitent de l'impact de la globalisation sur la *santé publique*, celle-ci étant appréhendée en tant que champ (ou domaine) d'action (d'intervention), de recherche ou de connaissances. Étonnant?!... Non, répond Woodward (2002), puisque jusqu'ici aucune *analyse conceptuelle* n'a été menée en ce sens. Il n'existe en effet aucun cadre analytique qui prenne en compte « simultanément » (c'est-à-dire dans une double perspective synchronique et diachronique) et le champ de la santé publique et le contexte global – compte tenu de la périodisation de ce contexte, de ses avatars sociaux (sociétaux), politiques, économiques. En effet, constate Dixneuf (2003), les travaux de sciences sociales ou de science politique relatifs aux dimensions internationales de la santé publique, non seulement, demeurent rares, mais de plus, ils relèvent d'une démarche énumérative plutôt que d'une présentation analytique.

... *Second questionnement* apparaissant à ce moment-là, traduit sous forme de trois *questions de recherche*<sup>12</sup> :

---

<sup>12</sup> Nous remercions tout particulièrement Monsieur A. Mucchielli (Communication personnelle, mai 2005) qui nous a guidée dans la (re)formulation de nos questions de recherche.

- Qu'y a-t-il à rapporter, à constater, à mettre de l'avant, à articuler relativement à la santé publique en contexte global, c'est-à-dire relativement aux interrelations existant entre, d'une part, le processus et contexte de globalisation, d'autre part, le champ de la santé publique?
- Quels seraient les concepts intégrateurs qui permettraient, d'abord, de saisir théoriquement la réalité socio-historique et le « sens » de la globalisation pour pouvoir ensuite comprendre et, de manière analytique, rattacher un sens à la « crise » de la santé publique?
- Qu'y aurait-il à théoriser relativement à « une santé publique globalisée », c'est-à-dire une santé publique en contexte global?

Nous sommes alors en septembre 2004.

Durant l'automne 2004, alors que nous nous préparons en vue de notre examen de synthèse (épreuve écrite et orale du Ph.D. en santé publique), nous « tombons » – par effet de pure contingence – sur le dictionnaire de l'OMS de Lee<sup>13</sup>. La lecture d'un des articles, intitulé « *Understanding HIV/AIDS as a global security issue* » (Altman, 1998a), suivie de celle de *La grande révolte des malades (Histoire du sida 2)* d'Epstein (2001a, 2001b) nous permet de constater combien le développement de cette épidémie a contribué à l'émergence de nouveaux acteurs associatifs sur la scène internationale et a profondément modifié la place de la santé publique dans le champ politique. Dès ce moment, nous comprenons mieux combien et comment toute l'ampleur de cette pandémie a conduit, au cours de ces dernières décennies, à la prise en compte des interrelations entre la santé et d'autres domaines tels que ceux de l'économie ou du droit (Dixneuf, 2003).

---

<sup>13</sup> Lee, K. (1998). *Historical dictionary of the World Health Organization*. Londres, Royaume-Uni : The Scarecrow Press.



En effet, la visibilité de l'épidémie de sida et celle des réunions internationales qui lui sont consacrées fait aujourd'hui apparaître le sida comme exemple paradigmatique des enjeux politiques et industriels auxquels renvoient les épidémies mondiales ou, encore, comme « le » problème de santé mondial révélateur de tous les enjeux de santé publique : enjeux sociaux, politiques, médicaux, juridiques, économiques.

Nous saisissons dès lors toute l'importance conférée, à l'heure actuelle, à la santé dans les agendas internationaux. Afin de mieux comprendre l'évolution des enjeux sanitaires durant le dernier quart de siècle, nous effectuons une recherche documentaire sur la gouvernance globale et la santé, et nous communiquons avec Monsieur Leo-Marcos Ancelovici<sup>14</sup>, politologue, que nous rencontrons ensuite. Nous comprenons alors à quel point la santé publique constitue, aujourd'hui, un sujet récurrent des discussions interétatiques, à quel point également elle représente un domaine d'intervention majeur des politiques internationales pour la prochaine décennie.

Avec l'apparition des associations de malades dans le domaine de la santé, avec la place croissante prise par des acteurs non gouvernementaux et en parallèle, la limitation du rôle des États<sup>15</sup> et des organisations internationales, nous entrevoyons davantage les transformations que la santé publique en contexte global requiert au niveau de ses modes de régulation. À l'aube du XXI<sup>ème</sup> siècle, la santé publique représente donc un défi de taille pour la gouvernance globale, ce qui nous amène à une...

---

<sup>14</sup> Monsieur Ancelovici enseigne actuellement au *Center for European Studies* de la *Harvard University* et au *Department of Political Science* du *Massachusetts Institute of Technology*. Ses recherches portent sur la politique comparée et les relations internationales; ses champs d'intérêt couvrent les enjeux politiques et sociaux de la globalisation, les transformations de l'action publique ainsi que les politiques de santé.

<sup>15</sup> Qui deviennent des acteurs parmi d'autres, dans un champ de plus en plus complexe, où interagissent responsables politiques, professionnels de la santé, scientifiques, magistrats, experts, groupes de militants.

... *Quatrième question de recherche* reliée à la participation de nouveaux acteurs non étatiques à la mise en œuvre de politiques globales en santé :

- Comment pourrait-on envisager la gouvernance globale en santé publique en termes : i) d'adaptation des pratiques de ses différents acteurs au nouveau contexte global, ii) de coopération des acteurs entre eux?

Nous sommes en décembre 2004.

Et le temps passe...

À la suite de notre examen synthèse (passé en janvier 2005), nous apprenons que notre projet doctoral<sup>16</sup> qui s'inscrit dans le cadre d'un projet de recherche départementale beaucoup plus large n'est pas subventionné. Le projet doctoral<sup>13</sup> tel que présenté à l'examen de synthèse ne peut donc être poursuivi.

Notre intérêt pour la santé publique en contexte global resurgit; les quatre questions de recherche précitées sont réactualisées. Toutefois, bien que la santé publique du dernier quart de siècle (santé publique *globalisée*, comme nous l'appelons dans le chapitre final) puisse constituer un objet de recherche intéressant, le sujet de recherche qui y est affilié (contexte de globalisation) demeure actuellement peu balisé dans la littérature. Par ailleurs, le « matériau à l'étude<sup>17</sup> » dont il faut s'approprier dans le cas d'une telle réorientation de projet doctoral requiert une ouverture à différentes perspectives disciplinaires.

---

<sup>16</sup> Portant sur l'état de stress post-traumatique d'origine professionnelle chez les ingénieurs de locomotive canadiens.

<sup>17</sup> Paillé, et al. (2003, *Chapitre 6*).

Nous discutons avec nos deux directeurs de recherche. Ces derniers, tout en nous en présentant les difficultés spécifiques – difficultés du moment et à venir – d'un tel projet, affranchissent notre choix et acceptent de nous guider. Nous nous « engageons » alors pleinement dans ce projet... à risque.

Cette thèse est donc, d'emblée, une « thèse à risques » :

- Risque d'être « hors norme » relativement aux travaux présentés habituellement dans le département d'administration de la santé;
- Risque lié au fait de vouloir dépasser une vision moniste de la globalisation et dès lors, de ne pas traiter le sujet de la présente recherche de manière positiviste;
- Risque, donc, d'entrer « dans le vif du sujet » en choisissant de le traiter de manière transdisciplinaire (plutôt que pluridisciplinaire);
- Risque de choisir et d'utiliser une méthode de recherche qualitative qui, comme le demande ce type d'étude, sorte elle aussi des « sentiers battus »;
- Risque d'être confrontée à des phénomènes de migrations conceptuelles et d'hybridations disciplinaires, avec le pari de devoir articuler dans un tout cohérent des positions épistémologiques, des démarches ou des référents théoriques pouvant être paradoxaux;
- Risque, en cours de recherche, d'en appeler à différents systèmes de référence, à des grilles de lecture en concurrence;
- Risque, enfin, de ne pouvoir répondre à notre questionnement initial;

- Et, risque (ultime) de découragement personnel.

Mais qui sait?...

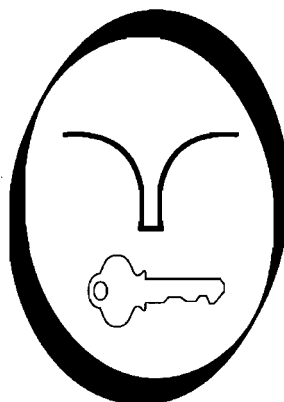
Si la force de l'interprétation le permet, peut-être cette thèse « à risques » pourra-t-elle trouver sa place dans la « société du risque<sup>18</sup> » qui est la nôtre... L'adage<sup>19</sup> universel selon lequel « qui ne risque rien n'a rien » ne se vérifie-t-il pas de temps à autre?

---

<sup>18</sup> Beck (2001).

<sup>19</sup> La Veprie (1495). Autres proverbes apparentés : « *Celui qui ne s'aventure n'a ni cheval ni voiture* » (Proverbe régional d'Agen, date non précisée), « *Qui ne risque rien n'obtient rien : qui risque tout perd tout* » (Proverbe d'origine germanique, date non précisée), « *Celui qui n'ose pas ne doit pas se plaindre de malchance* » (Proverbe de langue indienne, date non précisée).

## AVANT-PROPOS MÉTHODOLOGIQUE



La présente recherche s'inscrit dans une perspective transdisciplinaire<sup>20</sup> et est affiliée à la pensée complexe<sup>21</sup> (Morin, 1990, 1994) et de non-linéarité (Guespin-Michel, et al., 2000; Sève, 2005), accréditées toutes deux en santé publique. Plus intimement, notre recherche participe de la pensée socio-anthropologique (voir *Journal de bord*, en 3.3.2.4.), ce dernier mode de pensée permettant notamment, d'un point de vue méthodologique, l'adhésion de notre travail à une double dimension synchronique et diachronique, et le choix subséquent d'une périodisation donnée, soit celle couvrant les quelque 25 dernières années (périodisation 1980-2007).

<sup>20</sup> Sociologie, socio-anthropologie, relations internationales, économie politique, histoire de la médecine, évaluation, médecine (et psychiatrie), éthique publique, linguistique (sciences du langage).

<sup>21</sup> Le paradigme de la complexité (Morin, 1990, 1994) constitue un cadre épistémologique, théorique et conceptuel servant à l'étude des phénomènes humains et sociaux. Les théories, les concepts, les situations référentielles utilisées dans ce paradigme sont issus de la systémique et du constructivisme. En outre, l'attitude épistémologique de ce paradigme repose sur la volonté de produire des connaissances spécifiques aux sciences humaines et sociales à travers une attention particulière portée aux acteurs et aux significations. Il met également en avant trois principes : le principe dialogique, le principe de récursivité et le principe hologrammatique.

En tant que recherche qualitative, notre thèse est conçue dans une optique d'interprétation en compréhension<sup>22</sup>; elle aborde son objet d'étude, la santé publique, de manière ouverte et assez large, la construction de sa problématique (voir 2.1.) demeurant elle aussi ouverte et large. Cette thèse répond par ailleurs à notre « sensibilité théorique et expérientielle<sup>23</sup> » (Paillé, 1994) face au monde contemporain, ses avatars et ses enjeux, d'une part, face au champ d'action (d'intervention), de recherche et de connaissances que constitue la santé publique, d'autre part.

Sur le plan méthodologique, la collecte de documents par échantillonnage théorique (voir 0.1.5.) et l'« analyse qualitative en mode écriture<sup>24</sup> » sont privilégiées. Cette dernière méthode d'analyse qualitative se retrouve peu fréquemment en santé publique<sup>25</sup> (Ulin, et al., 2005). Compte tenu de notre intérêt pour la théorisation, une telle méthode se montrait cependant plus

---

<sup>22</sup> Une telle optique ou approche dite « compréhensive » (Mucchielli, 2002, p. 29, 34) correspond à un parti pris épistémologique qui s'oppose au positivisme en réfutant l'existence d'une réalité extérieure au sujet. Elle affirme au contraire l'interdépendance du sujet et de l'objet : les objets sont dépendants des caractéristiques sociales et personnelles des sujets qui les observent. L'approche compréhensive postule, d'une part, l'existence d'une hétérogénéité totale entre les faits humains ou sociaux et les faits des sciences physiques ou naturelles. Elle postule, d'autre part, l'intercompréhension humaine, c'est-à-dire la possibilité que détient tout homme de pénétrer le vécu d'un autre homme.

<sup>23</sup> Comme le rapporte Mucchielli (2002) : « [la] sensibilité théorique renvoie à la possibilité, pour un chercheur, de faire une lecture théorique nuancée d'un phénomène. Il ne s'agit pas d'appliquer un cadre théorique préalable (...) mais bien plutôt de nommer, avec un appareil conceptuel approprié, le phénomène en cause dans un vécu, une situation ou une action. C'est donc mettre à profit les mots, les concepts, la terminologie hérités de la formation disciplinaire ou acquis au fil de l'expérience de recherche avec comme objectif de hisser à un niveau plus élevé d'abstraction et de valeur explicative le regard posé sur un vécu, une situation ou une action. La sensibilité est une condition *sine qua non* à toute analyse qualitative dépassant la simple description des données. Elle est liée à la formation fondamentale et continue du chercheur ainsi qu'à son expérience » (p. 225).

<sup>24</sup> Paillé, et al. (2003, *Chapitre 6*, p. 101-108).

<sup>25</sup> Au sein du département d'administration de la santé de l'Université de Montréal et dans le cadre d'une recherche doctorale en santé publique, une seule candidate a jusqu'ici et à notre connaissance eu recours à une démarche méthodologique quelque peu apparentée (Arweiler, 2002).

appropriée que la théorisation ancrée étant donné ses caractéristiques spécifiques et ses avantages particuliers, ci-après exposés.

### ***0.1. L'« écriture analytique » comme praxis d'analyse : une stratégie d'analyse qualitative fluide, adaptée pour repenser les phénomènes en compréhension, de manière critique, et pour théoriser***

La recherche qualitative en santé publique comme la recherche en sciences humaines et sociales procèdent en grande partie d'une activité discursive (Paillé, et al., 2003; Ulin, et al., 2005). L'écriture, non seulement, y est incontournable, mais elle est en soi actualisation de l'analyse, déploiement de la conceptualisation (Paillé, et al., 2003). Dans la méthode d'analyse qualitative en mode d'écriture, le regard interprétatif ou analytique prend forme dans l'écriture, au niveau des mots, au niveau des liens entre les mots, au niveau des propositions et des portions de texte, qui tous reportent une partie de la structuration du sens qui a lieu à propos des phénomènes à l'étude (Paillé, et al., 2003). Autrement dit, *l'écriture comme praxis d'analyse*, sous forme de phrases complètes et de texte suivi, tient lieu de stratégie d'analyse suffisante en soi, dès le tout début et tout au long de l'activité d'analyse (Paillé, et al., 2003). Comme le soulignent Paillé et son collègue :

[Au] lieu de créer des entités conceptuelles, de générer des codes ou tout autre moyen de réduction et d'étiquetage des données, l'analyste [s'engage] dans un travail délibéré d'écriture et de réécriture, sans autre moyen technique, qui tiendrait lieu de reformulation, d'explicitation, d'interprétation ou de théorisation du matériau à l'étude. L'écriture devient ainsi le champ de l'exercice analytique en action, à la fois le moyen et la fin de l'analyse. (Paillé, et al., 2003, p. 101)

Ainsi, cette méthode d'analyse promue depuis quelques années par Mucchielli (2002) et par Paillé et al. (2003) « (...) tient lieu de stratégie unique et complète d'analyse de données d'un corpus » (Paillé, et al., 2003, p. 108). Il s'agit cependant d'une analyse ne convenant qu'aux objectifs de certains types de recherche. Comme le rapportent les précédents auteurs cités, cette façon de faire répond à un type spécifique de question de recherche, à savoir, une « question très générale, [une question] directe mais exigeante [telle que :] qu'y a-t-il à décrire, rapporter, constater, mettre de l'avant, articuler relativement au matériau d'étude? » (Paillé, et al., 2003, p. 106). Comme le soulignent également Paillé et al. (2003, p. 104), cette méthode en tant qu'« écriture comme effort d'analyse compréhensive » a des spécificités et requiert le suivi scrupuleux d'étapes déterminées.

### **0.1.1. Les spécificités de la méthode**

Certains types de recherche en santé publique peuvent constituer une activité discursive (Ulin, et al., 2005). En effet, la santé publique mobilise à la fois les sciences de la vie et les sciences sociales (Contandriopoulos, 1999) et, parallèlement, la recherche en sciences sociales se présente elle-même en grande partie comme une activité discursive, l'écriture servant à l'actualisation de l'analyse et au déploiement de la conceptualisation (Paillé, et al., 2003; Ulin, et al., 2005). Le regard interprétatif ou analytique va donc prendre forme *directement* dans l'écriture, c'est-à-dire *directement* (et comme nous venons de le présenter à la page précédente) à partir des mots, à partir des propositions, des portions de texte, et des liens qui les unissent. L'écriture n'est pas ici seulement un moyen de communication, ou même une activité de consignation mais elle est « acte créateur » (Paillé, et al., 2003, p. 104).



Une telle méthode permet une ouverture et un *affranchissement*, procurés par l'*écriture* et le *texte* comme outils d'analyse (Paillé, et al., 2003, p. 105). L'un des avantages à pratiquer l'écriture en texte suivi est, suivant les mêmes auteurs, qu'elle laisse place à la création et à l'expression spontanée, étant plus sujette à une forme d'abandon créateur que la majorité des autres techniques d'analyse. Parce qu'elle se déploie sous forme de flux, elle favorise l'épanchement et donne lieu à une analyse très vivante. Sa fluidité et sa flexibilité lui permettent effectivement d'épouser les contours parfois capricieux de la réalité à l'étude, d'emprunter des voies d'interprétation incertaines, de poser et de résoudre des contradictions, de faire écho à la complexité des situations, des événements. De façon concomitante, cette méthode permet d'être fidèle – par la forme ouverte qui la caractérise – à la continuité de l'action ou de la réflexion, au tissage, au « métissage » de la toile de fond de la réalité ainsi qu'au temps à l'intérieur duquel s'inscrit le phénomène (Paillé, et al., 2003).

Ajoutons que l'écriture en mode d'analyse peut prendre trois formes différentes :

- Descriptive (lorsqu'elle sert de support à la reconstitution plus ou moins détaillée des actes, événements rapportés dans le corpus de l'étude);
- Évaluative (lorsqu'elle s'exerce à soupeser différents indices le plus souvent prédéterminés et à en faire rapport);
- Analytique (lorsqu'elle déborde de la description pour prendre la forme d'essais plus conceptuels et donc situés à une certaine distance du corpus analysé). La présente thèse adopte cette dernière forme.

## **0.1.2. Les opérations du travail de transposition en mode écriture**

Toute analyse qualitative implique un travail d'écriture, travail qui passe par trois étapes successives : i) la transcription, c'est-à-dire le passage de l'enregistrement audio au verbatim, ii) la transposition, c'est-à-dire l'annotation du corpus et toutes les formes d'essais de sens, iii) la reconstitution, qui correspond à l'écriture du rapport. Dans l'analyse qualitative en mode écriture, c'est la deuxième étape (et cette étape uniquement) qui couvre l'ensemble des opérations permettant de passer d'un matériau neuf, non encore exploré, à une analyse détaillée (Paillé, et al., 2003). Cette étape de transposition peut elle-même être décomposée en trois grandes opérations en boucle, qui interviennent souvent dans l'ordre suivant : l'appropriation, la déconstruction, la reconstruction. Un examen rapide de chacune de ces trois opérations permet de mieux cerner le travail d'interprétation et d'écriture en analyse qualitative, auquel nous recourons dans cette thèse.

### **0.1.2.1. L'opération UN : l'appropriation**

L'appropriation correspond à l'ensemble des processus comprenant l'examen des données, l'articulation de ces données entre elles ou en rapport avec des référents interprétatifs, afin de parvenir à un horizon de compréhension (Paillé, et al., 2003, p. 103). Cette première opération est sélective : il y a en quelque sorte attribution de « valeurs de vérité » relatives ou de valeurs de signifiante aux divers éléments en présence. Ainsi, dès cette opération, le chercheur, après un certain temps d'analyse, accorde une valeur heuristique plus grande à certains éléments du matériau tandis qu'il en délaisse d'autres, considérant ces derniers comme sans signifiante – eu égard aux objectifs de

son étude – ou redondants. Le but de cette opération est de parvenir à une compréhension du matériau analysé.

### **0.1.2.2. Les opérations *DEUX* et *TROIS* : la déconstruction et la reconstruction**

Dans la mesure où une visée analytique est poursuivie, qui procède au-delà de la stricte prise en compte phénoménologique ou descriptive, il s'opère par suite une déconstruction du matériau, celle-ci se réalisant sous la forme d'une sélection et d'une « rétention » (toujours textuelle) des données pertinentes, qui sont fonction de l'orientation de l'investigation en cours (Paillé, et al., 2003). Tesch (1990) parle à ce niveau d'une décontextualisation du matériau, dans le sens où certaines informations, considérées comme plus significatives, sont retenues pour elles-mêmes en dehors de leurs divers contextes d'origine. Ainsi, par exemple (voir *Journal de bord*, en 3.3.2.3. a), nous retenons ou nous « isolons » notamment l'œuvre d'un auteur (Günther Anders, *Die Antiquiertheit des Menschen*) dont l'analyse est faite « en laissant de côté » les caractéristiques associées à la périodisation 1980-2007, à savoir la globalisation, ainsi que le champ de la santé publique. À partir du corpus, un texte est ainsi généré sur cette seule information (la thèse andersienne), qui est sortie momentanément de son contexte temporo-historique. Par suite, intervient la reconstruction, comme effort synthétique d'assemblage signifiant de données relatives au phénomène étudié : recoupements thématiques et modélisation (Paillé, et al., 2003). La reconstruction devient donc, selon Tesch (1990), recontextualisation, dès que les données isolées sont rapportées et amalgamées à leurs contextes respectifs. Dans la présente recherche, l'analyse qualitative en mode d'écriture a fait l'intégralité d'un *journal de bord méthodologique* de 333 pages remis à nos directeurs de recherche (voir 0.1.5.), ce *journal de bord*

correspondant aux *Chapitre 3* et *Chapitre 4* de la thèse. L'opération de déconstruction tient une très grande place dans le *Chapitre 3* alors que le *Chapitre 4* est déjà dominé par l'opération de reconstruction. Plus loin, le *Chapitre 5* de la présente thèse (voir *page 415 et suivantes*), dans le prolongement logique et analytique de notre journal de bord, participe entièrement de cette opération de reconstruction.

### **0.1.3. Les étapes de l'écriture analytique**

Paillé et al. (2003, p. 106-108) exposent les trois étapes successives de l'écriture analytique de la manière suivante :

- La première étape est la production de constats.

Un constat est défini dans le contexte de la présente stratégie d'analyse comme une phrase ou une série de phrases tenant lieu de rapport analytique en lien avec la compréhension qu'atteint l'analyste à un moment donné de son travail.

Durant cette première étape de « constats », il importe avant tout de bien s'imprégner du matériau à l'étude (voir *0.5.1.*). Quand la compréhension émerge, que les données font sens, que des liens apparaissent, il s'agit alors de produire sur une feuille ou dans un document à part, des « constats », plus ou moins longs – pouvant, selon les auteurs, varier d'un paragraphe à « (...) de véritables essais synthétiques d'analyse » (Paillé, et al., 2003, p. 106).

Initialement, c'est la lecture répétée du matériau à l'étude qui suscite l'émergence de constats. L'analyse qualitative va ensuite progresser à mesure de l'écriture, de la réécriture à l'accumulation, d'abord de constats puis, de plus en plus, de textes plus longs. Les constats vont par suite se multiplier et être révisés, reformulés, enrichis. Ils

représentent autant d'essais de sens dans une optique où l'analyse, l'interprétation, la théorisation s'édifient lentement au fil de la consolidation herméneutique de l'ensemble;

- La deuxième étape correspond aux tentatives d'interprétation. L'écriture est maintenant tentative d'interprétation, de mise en relation. Elle se pose comme un discours signifiant par rapport à une volonté de faire surgir le sens, de débusquer le non-dit ou l'implicite, de retracer des lignes de force, de rapprocher ou opposer des logiques. Les constats doivent être assez tôt insérés dans un texte suivi qui va les détailler, les illustrer, les expliciter. Ce seront des textes plus longs qui vont servir de comptes-rendus analytiques. Au sein du travail d'analyse en mode écriture, c'est effectivement, rappellent Paillé et al. (2003), le texte – et non les constats – qui correspond à l'« unité de sens ». Comme le précisent ensuite les auteurs, le texte – qui forge l'expression de l'articulation de la pensée – offre tout l'espace nécessaire à l'élaboration analytique et à la théorisation. Là où l'utilisation de mots-clés, de codes ou de catégories (voire de constats) apparaît limitative, le texte se présente comme une ressource inépuisable (Paillé, et al., 2003, p. 107);
  
- La troisième étape est la recherche de réurrences. Alors qu'au départ, les textes apparaissent comme autant d'essais isolés, des rapprochements, des recoupements vont rapidement être créés. Ainsi, explicitent Paillé et al. (2003), une première option du corpus étant examinée, avec la production de textes qu'elle inspire, la deuxième portion du corpus subit le même examen, jusqu'au moment où l'on sent le besoin de faire référence à des textes antérieurs, c'est-à-dire à des éléments de compréhension ou d'analyse qui revêtent par le fait même un sens nouveau, ou qui semblent en rapport avec les données ayant été examinées jusqu'alors. Une telle convergence des

analyses donne naissance à un texte nouveau qui reprend, dans une perspective plus large ou plus approfondie, les éléments isolés. Il peut s'agir de « collage » ou d'amalgame des extraits pertinents ou encore d'une nouvelle synthèse, lesquels sont à leur tour fondus dans un texte plus englobant, et ainsi de suite. Le texte final est donc une analyse qualitative, c'est-à-dire une proposition de compréhension d'un phénomène, faite par un lecteur. Cette compréhension repose *in fine* sur l'articulation des constats avec le rappel du questionnement de recherche, avec l'évocation de leurs significations possibles (tentatives d'interprétations) ou sur leur articulation à l'intérieur d'un modèle théorique, ce que nous privilégions dans la présente recherche.

#### **0.1.4. La validité de la méthode**

Selon Paillé et al. (2003), la validité du travail d'analyse par l'écriture – qui peut *a priori* sembler problématique relativement aux méthodes d'analyse « (...) plus classiques et apparemment plus systématiques de codification, classification, dénombrement » (p. 102) – ne se pose pas différemment des autres méthodes d'analyse qualitative. En effet, comme l'expliquent les mêmes auteurs, deux aspects doivent être considérés relativement à la question de validité de cette approche d'analyse.

- Premier aspect : si l'on compare l'analyse qualitative en mode écriture aux autres approches d'analyse faisant appel à un système de codification, ces dernières approches recèlent presque autant de texte, quoiqu'il y soit plus implicite. En effet :
  - L'activité discursive narrative, si elle est peu apparente dans les approches d'analyse par codage, n'en constitue pas moins

l'arrière-plan conceptuel et la trame argumentative, en l'absence de quoi les mots isolés ne revêtent qu'un sens limité;

- En réalité, les rubriques, codifications, thèmes ou catégories de ces approches se situent à un niveau discursif plutôt que strictement nominatif, comprenant donc « en germe » du texte;
  - Toute analyse, même quantitative, conduit à une traduction de l'ensemble en termes langagiers, sous la forme privilégiée du texte suivi (Paillé, 1997);
  - Enfin, faute d'une description ou d'une articulation explicite des phénomènes analysés, le lecteur éventuel se réapproprie l'ensemble en l'insérant à l'intérieur d'un discours signifiant;
- Deuxième aspect : la validité, quelle que soit l'approche d'analyse retenue, dépend davantage du travail d'analyse discursive et textuelle que du travail de classement, de mise en colonne ou de rubriquage. Comme le soulignent Paillé et al. (2003), le texte permet de représenter les phénomènes observés pratiquement termes à termes tandis que le travail de codage *stricto sensu* présente avant tout des qualités techniques (comme l'efficacité, la versatilité). Certains pourraient objecter que le passage par l'isolement d'unités de signification ou par l'extraction d'éléments de structure réalise une rupture épistémologique s'avérant indispensable à l'activité scientifique, mais rien – comme l'arguent Paillé et al. (2003) –, rien n'indique qu'une telle rupture ne puisse s'opérer par le biais d'une activité textuelle continue. Au contraire, Mucchielli (2002) ainsi que Paillé et al. (2003) présentent la déconstruction dont il est question dans cette dernière analyse comme se révélant, à la limite, plus

significative puisqu'elle intervient au cœur même de l'acte d'écriture plutôt qu'en marge de ce dernier.

Toujours dans le spectre de la question générale de la rigueur que soulève le choix de toute stratégie de recherche, nous pouvons finalement ajouter que notre démarche répond aux critères de rigueur et de scientificité applicables en recherche qualitative en matière de :

- Validité interne (ou crédibilité, authenticité, cohérence interne suivant les auteurs) qui permet de conférer à notre modèle théorique et aux propositions de gouvernance globale en santé publique (voir *Chapitre 5*) leur « valeur de vérité » (Miles, et al., 2003). Nous avons en effet soigneusement veillé :
  - À la précision, la consistance et l'exhaustivité tout au long de notre travail de transposition en mode écriture (Miles, et al., 2003);
  - À une analyse signifiante et détaillée (*thick*) du contexte global/champ de la santé publique (considéré chacun en tant que matériau) (Denzin, 1989; Geertz, 1973);
  - Au critère de complétude (Mucchielli, 2002) en veillant à ce que le sens final produit au sein du modèle théorique et des propositions émises puisse fournir une compréhension riche, à la portée « explicative » signifiante pour la communauté scientifique (Laperrière, 1997);



- À la triangulation<sup>26</sup> des données (Denzin, 1988), émanant de champs disciplinaires très variés et relevant de différentes approches théoriques, voire d'argumentaires parfois antithétiques. Nous avons en outre communiqué personnellement avec différents professeurs et/ou auteurs en Amérique du Nord et en Europe par souci de clarification ou afin de mieux comprendre certains de leurs points de vue spécifiques;
- À la saturation théorique des données (Glaser, et al., 1967; Strauss, et al., 1990) ainsi qu'à la recherche systématique d'interprétations diverses (Miles, et al., 2003) et à l'identification nette des zones d'incertitude lorsqu'il en était (Miles, et al., 2003);
- Validité externe (ou transférabilité, généralisabilité) : se posait ici la question de la légitimité de l'extension des « résultats » de notre recherche doctorale. Jusqu'où le modèle théorique que nous avons développé et les propositions de gouvernance globale en santé publique (qui en font d'ailleurs partie) peuvent-ils être généralisés?

Les chercheurs qualitatifs sont divisés sur le critère de validité externe (Laperrière, 1997). Pour les uns, c'est la spécification des caractéristiques contextuelles et de la population choisie qui importe le plus. Pour d'autres, c'est la profondeur et l'exhaustivité socio-symbolique de l'analyse qui sont jugées les plus importantes. La présente recherche ne comptait aucun échantillon de population. Nous

---

<sup>26</sup> Denzin (1988) identifie quatre types de triangulation : i) la triangulation des données, ii) la triangulation du chercheur, iii) la triangulation théorique, iv) la triangulation méthodologique. La triangulation des données tente de mettre en relief l'envergure de points de vue variés, faisant ainsi ressortir différentes facettes du phénomène étudié.

avons dès lors porté une attention toute particulière aux points que retient le second groupe de chercheurs qualitatifs, à savoir la profondeur et l'exhaustivité analytiques. Par ailleurs, les différents éléments pouvant être considérés selon Laperrière (1997) comme « menaces possibles pour la généralisation » – ce que Miles et al. (2003) dénomment encore les « effets limitants » des construits – ont été directement incorporés dans le modèle théorique lui-même. Ainsi, par exemple, le modèle théorique (CD-ROM) apparaissant en fin de thèse (voir *page 426*) inclut-il, à la *Figure 4D*, les « pastilles » dites « CP », « C<sup>+</sup> », « C<sup>-</sup> », qui correspondent respectivement au « courant pragmatique », au courant « trop de globalisation », au courant « trop peu de globalisation ». Enfin, toujours en ce qui touche à la validité externe, on peut ajouter que notre modèle théorique et les cinq propositions de gouvernance globale en santé publique qu'il inclut ont été développés de manière à pouvoir être « lus » tant par un lecteur européen que nord-américain;

- Utilisation (application) des résultats : même lorsque les résultats d'une recherche s'avèrent crédibles et transférables, il importe de connaître l'intérêt de l'étude pour ses participants et/ou ses utilisateurs. Dans le cas de notre thèse, il n'y avait pas de participants. Nous avons cependant répondu à cette exigence de « validité pragmatique » de Kvale (1989) de la manière suivante : nous avons veillé à ce que nos « résultats » (c'est-à-dire notre modèle théorique et l'énoncé des propositions de gouvernance globale en santé publique) puissent stimuler des réflexions, des « hypothèses de travail » de la part du/des lecteur(s). Toutefois, comme pour la majorité des études qualitatives, nous ignorons aujourd'hui si nos « résultats » – modèle théorique et propositions – auront en effet un « effet canalisant » conduisant à des actions spécifiques (Lincoln, et al., 1985) ou dans quelle mesure ils

permettront aux utilisateurs de développer de nouvelles capacités ou d'autres recherches (Miles, et al., 2003);

- Confirmabilité : ce dernier critère de scientificité et de rigueur pour la recherche qualitative équivaut au critère d'objectivité en recherche quantitative (Miles, et al., 2003). Il correspond à la demande d'une certaine réflexivité ou « subjectivité critique » faite au chercheur (Guba, et al., 1981; Lincoln, et al., 1985). Afin de répondre à ce critère précis, il lui est demandé, tout au long de sa recherche, de considérer le rôle de la dimension subjective humaine (c'est-à-dire de prendre en compte sa propre subjectivité, son propre positionnement). Ainsi, tout au long de notre travail d'analyse en mode écriture, notre positionnement personnel – positionnement théorique mais aussi social – non seulement a-t-il été pris en compte mais encore a-t-il été explicitement présenté. Ainsi, par exemple, peut-on lire à la *page 146* de la thèse (voir *Journal de bord*, en 3.3.1.4.), que « (...) subjectivement et tant qu'humaniste, nous nous situons dans un courant de pensée et de valeurs progressistes et cosmopolites ». Autre exemple : la globalisation s'articule autour de trois courants de pensée majeurs (voir *Journal de bord*, en 3.1.3.1.), à savoir le courant « pro-globalisation », le courant « anti- ou alter- globalisation » et un courant dit « approche pragmatique » de la globalisation. Nous nous situons dans cette dernière approche, ce qui nous a permis d'émettre des propositions de gouvernance globale qui reflétaient les valeurs précédemment exposées, fondées sur ce qui est aujourd'hui qualifié de « réalisme cosmopolitique » (Beck, 2000, 2002; Held, 2005). Comme nous le précisons plus loin à la *page 79* de la présente thèse, « (...) nous nous [sommes donc située], dès le départ de cette recherche, dans un courant de pensée social-démocrate et cosmopolitique, au sein duquel la globalisation [constituait] une occasion de repenser l'universel et non de le détruire ».

### **0.1.5. Comment lire cette thèse?**

Il importe de souligner, d'entrée de jeu, les particularités de lecture de cette thèse liées – en amont – aux balises paradigmatique et méthodologique retenues (voir *pages 16 et 17*) et associées – en aval et de manière plus concrète pour le lecteur – à l'existence d'un journal de bord et d'un CD-ROM. Nous commençons par le journal de bord, en explicitant le comment et le pourquoi du choix du matériau qui l'étaye, et terminons par le CD-ROM.

Dans la présente thèse, l'« analyse qualitative en mode écriture » se fait à travers un *journal de bord théorique* ou *méthodologique* qui fournit au lecteur l'argumentation analytique du chapitre final, soit le *Chapitre 5* de la thèse où figure le modèle théorique correspondant à l'un de nos objectifs spécifiques de recherche (voir *page 78*). Ce journal de bord, qui couvre les *Chapitre 3* et *Chapitre 4* de la thèse, a par ailleurs été remis à nos deux directeurs de recherche avant la rédaction du *Chapitre 5* (chapitre final) de la thèse. De l'avis de Mucchielli (2002), l'analyse qualitative en mode écriture et le journal de bord peuvent être confondus lorsque l'analyse qualitative conduit secondement à une théorisation. Suivant les auteurs (Geertz, 1973; Malinowski, 1985; Schatzman, et al., 1973), on parle dès lors d'un journal de bord *théorique* ou *méthodologique*. Notre journal de bord méthodologique apparaît ainsi à la suite du *Chapitre 1* (d'introduction) et du *Chapitre 2* (exposant la problématique et présentant nos deux objectifs de recherche). Comme mentionné précédemment, il correspond intégralement aux *Chapitre 3* et *Chapitre 4* de la présente thèse, sa lecture permettant au lecteur de mieux comprendre la théorisation qui mène au modèle du *Chapitre 5* de la thèse.

Par ailleurs, les données (documents) collectées dans la présente recherche reposent sur un échantillonnage théorique (Glaser, et al., 1967). Nous en spécifions ci-après les caractéristiques et les limites.

L'échantillonnage théorique ne renvoie pas seulement à une technique de sélection de données; elle correspond déjà à une stratégie de développement de théorisation. La démarche d'échantillonnage théorique intervient habituellement dans le cadre d'une analyse par théorisation ancrée (Paillé, 1994) mais elle renvoie plus généralement aux diverses formes d'analyse théorisante (Paillé, et al., 2003). Dans la présente thèse, cet échantillonnage théorique a servi à fonder l'inventaire des propositions de sens ou l'inventaire des référents interprétatifs qui allaient directement alimenter l'« analyse qualitative en mode écriture » : ces référents interprétatifs servaient directement à la production de nos constats (voir page 23).

Expliquons-nous... Cet inventaire était un listing rassemblant, de manière plus ou moins organisée et à titre indicatif (pour nous-même), les éléments initiaux de notre propre posture. C'était un mémento pour notre collecte de données en même temps qu'un colligé de repères interprétatifs. Comme recommandé par Paillé et al. (2003), nous avons choisi comme forme pour l'exposé de notre posture, les propositions de sens (c'est-à-dire l'affirmation provisoire concernant le sens à donner aux phénomènes étudiés et pour lesquels des propositions sont d'emblée disponibles). Ces propositions s'accordaient par exemple avec : des constats de nature ontologique, épistémologique, praxéologique; des éléments de modèles théoriques précis; des positions paradigmatiques en lien avec la globalisation, en lien avec la santé publique; des attentes et « intuitions » de différents auteurs par rapport à la globalisation, par rapport à la santé publique, par rapport à « l'époque »; des conclusions issues de recherches antérieures; des suggestions, constats ou principes mis de l'avant par une théorie donnée ou par un auteur.

Ainsi, au tout début de la recherche, notre inventaire comprenait-il, par exemple : « systèmes non linéaires discrets et grands phénomènes des sciences sociales, de la biologie, de la politique » / « la santé internationale n'est la santé globale » / « économie du savoir et globalisation : existe-t-il un

lien avec la poussée à transférer les connaissances en recherche? L'économie du savoir est-elle vécue par les chercheurs de la même façon en Europe? Pourquoi parle-t-on moins là-bas de transfert de connaissances? Mode ou non? Rôle des organismes subventionnaires ou non? » / « responsabilité sociale des entreprises et commerce équitable » / « bien commun, bien public mondial et santé » / « santé publique, environnement et médias » / « fossé technologique et globalisation » / « frontières, limites et déterritorialisation : rapport avec le spatial et le virtuel » / « histoire et événements ou changements sociaux marquants du dernier quart de siècle » / « facticité et types de solidarité et valeurs » / « Appadurai et ses *Landscapes* : existe-il des *Healthscapes*, sinon à quoi cela équivaldrait-il? » / « les différentes mondialisations selon les différents auteurs et les différences terminologiques ou sémantiques ou conceptuelles : globalisation, mondialisation, internationalisation, universalisation, américanisation, etc. » / « la santé n'est pas à vendre; la santé à deux vitesses dans les pays développés; lien avec la déterritorialisation, la globalisation » / « inégalités, pauvreté, développement humain, coopération internationale, aide humanitaire, santé publique internationale » / « nationalismes, phénomènes identitaires et mondialisations : leur évolution » / « les facteurs économiques, technologiques, sociaux, politiques, culturels de la globalisation » / « évolution de la santé publique et définition(s), écoles de pensée dominantes, professionnalisation » / « évaluation en santé publique, données probantes, *Evidence-based public health*, société du savoir, etc : liens avec d'autres choses? » / « post-positivisme toujours dominant ou non en santé publique? » / « incohérences, lacunes, points non éclaircis et questions précises (ou non) en lien avec la globalisation, ou en lien avec la 'santé + monde' », « livres et sites Web en rapport avec la globalisation et/ou la santé publique : le but du site ou du livre est-il informationnel, commercial, promotionnel; l'information est-elle de niveau général ou spécialisé ou technique; est-elle exacte ou vérifiable dans d'autres livres, sources; le vocabulaire est-il scientifique ou de vulgarisation; quel est le degré

d'exhaustivité et de l'analyse; le discours fait-il état de faits, d'opinions; perçoit-on de la propagande; le livre ou le site est-il référé par d'autres auteurs ou non? », « comment peut-on croiser l'état/l'étant et la perspective diachronique : apports de la linguistique, philosophie,... et exemples de recherche l'ayant fait », « pourquoi je ne situe pas ma recherche dans une perspective altermondialiste? Qu'est-ce qui me dérange? Quel est mon positionnement? », « variation des effets de la globalisation selon les auteurs, les thèses, les disciplines : quelle crédibilité, quels débats d'idées? », « le virtuel et la globalisation », « les études, la formation, la recherche et les valeurs en santé publique au cours du dernier quart de siècle », « quelles relations entre le risque (individuel/social), l'incertitude, la vulnérabilité, la peur... et la santé; le risque a-t-il changé, est-il d'un type différent, plus grand? Quel rôle des médias et quel lien avec certains aspects de la globalisation? », etc., etc.

Comme le soulignent Paillé et al. (2003), l'inventaire peut en outre comprendre, des amorces de catégories et des notes analytiques. Attention : l'inventaire n'est pas un cadre (Paillé, et al., 2003) : au contraire, c'est un outil de travail flexible; il n'est ni prédictif, ni prévisionnel, ni normatif, mais plutôt suggestif et strictement instrumental (Paillé, et al., 2003). Il indique seulement au chercheur quels aspects du réel celui-ci devra investiguer et il attire son attention sur certains grands principes incontournables ainsi que sur certaines interprétations potentielles auxquelles le chercheur devra porter attention. De fait, cet inventaire de propositions de sens permet au chercheur de fixer des paramètres initiaux pour l'analyse, et d'aiguiser sa « sensibilité théorique » (Paillé, et al., 2003).

Comme le soulignent encore Paillé et al. (2003), c'est cette même sensibilité théorique et expérientielle qui permet, dès le début de l'échantillonnage théorique, de :

(...) mettre à profit les mots, les concepts, la terminologie hérités de la formation disciplinaire ou acquis au fil de l'expérience avec comme objectif de hisser à un niveau adéquat d'abstraction et de valeur descriptive la dénomination qui va [être utilisée dans la suite de l'analyse] (Paillé, et al., 2003, p. 130).

Cela signifie donc qu'intervient, d'entrée de jeu, le type de réactivité propre au chercheur, c'est-à-dire sa manière déjà constituée de réagir à un matériau, à partir de son propre bagage théorique et expérientiel (bagage en psychiatrie sociale, en phénoménologie et en linguistique fondamentale dans le cas de l'auteur de la thèse). Cette sensibilité théorique va donc se traduire par des préférences au moment d'assigner une proposition de sens ou au moment de fournir une interprétation.

Ce qui ne veut pas dire que le chercheur prend n'importe quel matériau sur la base d'une « réaction positive » à son endroit. Dans cette thèse, nous avons sélectionné et retenu comme pertinentes les données qui nous permettaient de faire des constats non hypothétiques (non spéculatifs), non philosophiques, non idéologiques, non utopiques, non formalisants, non « accumulants » (encyclopédiques) et non « universalisants ».

Par ailleurs, à tout moment lors de la sélection de documents, nous faisons réapparaître notre première question de recherche (voir *page 11*). Enfin, notre maître mot pour la conduite de cet échantillonnage théorique était « équilibre », soit équilibre entre :

- Une variation maximale du phénomène étudié (globalisation + santé publique + contexte socio-historique du dernier quart de siècle) et une variation maximale dans les propositions de sens (que nous devons évaluer) ET...
- Les différents liens possibles à faire entre ces propositions de sens (que nous devons ensuite échantillonner) ET...



- Les possibilités d'intégrer l'ensemble ou le maximum de propositions de sens : nous devons consolider au maximum cette intégration. Ainsi seules les données pouvant subir le resserrement analytique et l'intégration argumentative ont été retenues. Les autres ne pouvaient être gardées, même en position satellite, étant donné leur risque de balkaniser le « tout » qu'allait former le modèle théorique final, et le risque de le parsemer d'incohérence et/ou d'y introduire de la non-cohésion.

Au moment de débiter l'« analyse en mode écriture » (lors de la production des premiers constats), il est devenu impératif, étant donné la multiplication des propositions de sens (un peu plus de 140) :

- De resserrer notre analyse par une collecte plus sélective et par le principe de saturation (certaines propositions de sens sont tombées, comme par exemple : « Appadurai et ses *Landscapes* », celles liées à l'environnement et à la santé environnementale, celles spécifiquement liées au développement humain, à la pauvreté);
- De rechercher la *trame* derrière certaines propositions de sens et de passer d'une vision linéaire et sélective, centrée sur les entités conceptuelles que représentaient certaines propositions de sens, à une vision globale et unificatrice, axée sur la constitution d'un tableau d'ensemble des propositions de sens;
- De faire attention à la grande linéarité liée à certaines propositions de sens lorsqu'elles étaient développées en constats, voire même dans certains cas, à l'absence de propos directeur en lien avec notre objet de recherche;

- De ne forcer ni les propositions de sens ni les constats produits qui leur étaient liés (l'enjeu n'était pas de faire une théorie *sur* les constats mais de faire une théorie *à partir* des constats);
- Et de « rejeter » certaines propositions de sens par rapport auxquelles « nous réagissions positivement » étant donné notre sensibilité théorique, du fait de leur caractère trop spécifique (localisé) ne s'accordant pas avec la visée « générique » du modèle final ni avec le caractère « général » de notre première question de recherche.

Notre échantillonnage théorique s'est poursuivi jusqu'à la fin de l'année 2005 (ce qui correspond à une limite de l'étude puisque nous sommes en octobre 2007). Précisons encore que le journal de bord a été terminé en mai-juin 2006, que la modélisation théorique de la *Figure 4* a vu le jour en novembre 2006 et que la rédaction du chapitre final (*Chapitre 5*) a été complétée en janvier-février 2007. Mentionnons également que le modèle théorique a été présenté à sept reprises dans des séminaires ou lors de conférences ou colloques, sous forme de présentations orales (six) ou par affiche (une), et ce au cours de la période s'étalant de novembre 2006 à septembre 2007.

Le journal de bord présenté au lecteur correspond à la quatorzième « analyse qualitative en mode écriture » telle que conduite en mai-juin 2006, c'est-à-dire au quatorzième « amalgame » (voir *page 25, ligne 3*), à la quatorzième convergence et refonte d'extraits pertinents. Le premier échantillon de documents se composait d'environ 160 documents; après quelques mois, il atteignait 1200 documents (articles, livres, sites Web : « la banque »). L'écriture a nécessité une lecture attentive des documents (certains documents n'étaient cependant pas (re)lus dans leur intégralité : dictionnaires, livres de méthodologie, etc.). Ce nombre s'est réduit lors de la production des tout premiers constats, basée sur quelque quatre à cinq cents documents. Au fur et à mesure de la progression de l'analyse, les constats se

sont multipliés, enrichis. Certains ont été reformulés ou révisés à la lumière d'autres documents : nous sentions en effet parfois le besoin de faire référence à des textes antérieurs de « la banque ». Par la suite, certains rapprochements ou recoupements ont été établis entre les essais de sens (que formaient les constats enrichis de nos interprétations). C'est cette convergence qui a alors donné naissance à un nouveau texte qui reprenait, dans une perspective plus large, plus approfondie, l'ensemble des essais de sens auparavant isolés. Une synthèse nouvelle émergeait puisque les essais de sens étaient fondus dans un récit de plus en plus englobant. Les *Chapitre 3* et *Chapitre 4* correspondent à la quatorzième version (« refondue ») de ce récit englobant.

Par ailleurs, il importe de mentionner d'avance, pour le lecteur, que certains documents référés dans la bibliographie n'apparaîtront pas dans le corps textuel proprement dit de l'analyse. Ils figurent toutefois dans la bibliographie parce qu'ils ont servi soit à la production des premiers constats (ceux ayant été enrichis et englobés dans le journal de bord) soit à nos référents interprétatifs de départ pour l'écriture (uniquement ceux ayant permis la production des constats). Comme nous l'avons mentionné rapidement à la page précédente, les références bibliographiques remontent au mieux à l'année 2005 (il ne faut prendre en compte ni la référence de Saul [2006] qui est la traduction en français du livre *The collapse of globalism and the reinvention of the world* [2005] figurant dans notre échantillon, ainsi que la référence de Desrosiers [2007], auteur cité aux *pages 5 et 6, note de bas de page numérotée 6*).

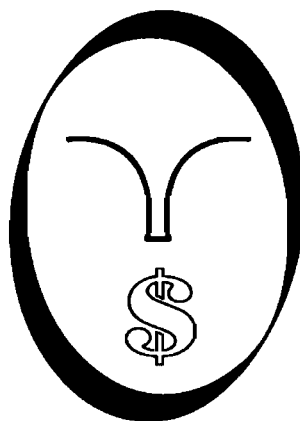
Enfin, par-delà la question de la validité propre de la méthode d'analyse par l'écriture (exposée en 0.1.4 [*pages 25-30*]) et par-delà la limite de l'étude en lien direct avec la fin de notre échantillonnage théorique (année 2005), il faut reconnaître le « double jeu tantôt renforçant tantôt limitant » que jouent dans la thèse et la sensibilité théorique et la triangulation et la méthode d'analyse

en tant que tel. Ainsi, en ce qui touche à la triangulation, la force de la thèse passe par la triangulation *des données* mais, de façon concomitante, le point faible de la thèse est l'absence de triangulation méthodologique. En effet, même si l'échantillonnage théorique a permis d'accroître la validité externe, la collecte de données reposait exclusivement sur des documents; il n'y avait dans cette recherche aucune autre source (observation directe ou participante, entrevues), ce qui constitue un important facteur limitant. Par ailleurs, la sensibilité théorique et expérientielle du chercheur est tour à tour force et faiblesse puisque tout en nous ayant permis d'adopter une perspective transdisciplinaire, elle nous a imposé des choix difficiles lorsque nous disposions d'un inventaire de référents interprétatifs, le danger étant de vouloir les exploiter complètement ou de s'y tenir. Il fallait donc constamment faire preuve de flexibilité conceptuelle et d'ouverture tout en remettant en question nos acquis antérieurs (théoriques, expérientiels). Quant à l'« analyse qualitative en mode écriture » proprement dite, elle constituait *a priori* une force pour la thèse parce qu'elle a permis, dans la filiation directe du paradigme de la non-linéarité, de ne pas limiter la complexité du réel, de s'accorder avec la mutiréférentialité et de produire un texte *intégrateur*, une théorie *cohérente*. C'est elle qui permet de proposer au lecteur, comme texte final, une proposition de compréhension d'un phénomène et une mise en *configuration* (et en relation) elle-même porteuse de sens. Toutefois, elle a une limite en ce qu'elle ne permet de répondre qu'à une question très générale de type « qu'y a-t-il à décrire, rapporter, constater, mettre de l'avant, articuler relativement au matériau à l'étude? » (voir *page 19, paragraphe 1, lignes 8-9*).

Pour terminer cette section, mentionnons que **la lecture du chapitre final** de la présente thèse **nécessitera le recours à un CD-ROM** mis à la disposition du lecteur à la **page 426** (voir 5.1. [page 425] pour la présentation succincte du CD-ROM; voir 5.2.1.1. [page 433] pour l'installation des fichiers sur votre propre ordinateur).

## Chapitre 1

### **1980-2007 : L'ACCÉLÉRATION DE L'HISTOIRE, L'ÉMERGENCE D'UN « NOUVEAU MONDE GLOBAL » ET SES AVATARS**



À l'aube du XXI<sup>ème</sup> siècle, l'ampleur des transformations économiques, technologiques et informationnelles comme leurs impacts sociaux et individuels sont irrécusables (Batsch, 2002; Gaillard, 2002; Harvey, 2004; Held, et al., 1999, 2003; Martin, et al., 1996; Rui, 2004; Wolton, 2003). Toutes les sociétés contemporaines « révolutionnent », affirme Douglas (2004, p. 15). « Crise(s) », « mutation(s) », « changement(s) », « transformation(s) » comptent d'ailleurs parmi les acceptions fétiches liées au tournant de siècle, autant d'acceptions associées par ailleurs à la notion de *globalisation* (Andreff, 2003; Artus, 2002; Aubert, 2005; Boyer, et al., 2004; Garrett, 2005, Moreau Defarges, 2003; Plihon, 2004; Saul, 2006). En effet, comme le souligne Gélinas (2000) :

Chaque époque est marquée par un enjeu spécifique autour duquel gravitent de gré ou de force, directement ou indirectement, toutes les institutions, tous les débats et tous les combats. Cet enjeu, aujourd'hui, c'est la globalisation de l'économie, qui draine dans sa logique mercantile toutes les ressources de la planète, toutes les cultures et tous les aspects de la vie. (p. 17)

Ce processus de globalisation financière<sup>27</sup> constitue, à côté des mutations technologiques, la deuxième grande force à l'origine des transformations récentes de l'économie mondiale (Aglietta, 1998; Askenazy, et al., 2000; Plihon, 2004; Pollin, 2002). Le capitalisme n'a cessé d'évoluer au cours de son histoire (Boyer, et al., 2004; David, 1991; Foray, 2000; Gomez, 2001; Jeanneney, et al., 1985; Minc, 2000; Reich, 1997; Schumpeter, 1912) : la période actuelle correspond à la transition vers une nouvelle forme de production capitaliste marquée par la domination de la finance et du savoir – ou du *Soft power*<sup>28</sup> (Gorz, 2003; Jacquet, 2001; Kindleberger, 1994; Rifkin, 1995; Salmon, 2000; Volle, 2000). Durant le dernier quart de siècle, un nouveau régime, que Plihon (2004) baptise « capitalisme actionnarial<sup>29</sup> »,

---

<sup>27</sup> La globalisation financière est définie par Plihon (2004) comme un processus d'interconnexion des marchés des capitaux aux niveaux national et international, conduisant à l'émergence d'un marché unifié de l'argent à l'échelle de la planète. Gélinas (2000), dès les premières pages de son livre *La globalisation du monde*, la caractérise comme « (...) un ambitieux projet de gouverner le monde par de puissants intérêts économiques transnationaux et supraétatiques », soit « une sorte de totalitarisme économique » (p. 21).

<sup>28</sup> Selon Nye (1990), c'est aujourd'hui l'économie du savoir, de l'immatériel, de la valeur ajoutée qui donnent la supériorité. Pour le même auteur, la puissance d'un pays ne dépend donc plus du *Hard power* mais du *Soft power*.

<sup>29</sup> Capitalisme « actionnarial » parce que ce sont les actionnaires et principalement les investisseurs institutionnels qui concentrent la gestion des portefeuilles d'actions. Ils deviennent donc des personnages centraux du système économique mondial, qui imposent de nouvelles règles aux entreprises : le « gouvernement d'entreprise » et la maximisation de la « valeur actionnariale » (Plihon, 2004). D'autres auteurs comme Aglietta (1998) ainsi que Chesnais et al. (2001) désignent respectivement cette nouvelle phase du capitalisme comme « régime de croissance patrimonial » et « régime d'accumulation à dominante financière ». Quelle que soit l'acception utilisée, il s'agit d'une évolution historique majeure, d'un changement structurel dominant dans l'économie capitaliste mondiale – la financiarisation – apparu à la suite de la « bulle financière », qui s'était formée après la dérégulation monétaire des années 1970 (Chesnais et al., 2001).

prend ainsi le pas sur le régime de croissance fordiste de l'après-guerre et, en profonde rupture avec les Trente Glorieuses, il vient bouleverser les relations sociales, remettre en question le salariat traditionnel et introduire de nouvelles formes d'inégalité telles que notamment la fracture numérique (Graz, 2004, Pastré, et al., 2003; Plihon, 2004).

De très nombreux événements marquent effectivement la périodisation 1980-2007, s'inscrivant dans un vaste processus de transformation économique, sociale et politique à l'échelle planétaire (Garrett, 2005). À l'aurore du troisième millénaire, l'histoire s'est de fait sensiblement *accélérée* (Cohen, 2003; Paquin, 2005; Scholte, 2000) : chute du mur de Berlin et du système communiste, domination de l'économie américaine, suprématie de l'idéologie néolibérale, diffusion des nouvelles technologies à travers un monde *globalisé*, mais, également, crises à répétition dans les pays émergents, creusement des inégalités entre pays riches et pays moins avancés, propagation du VIH/sida (virus d'immunodéficience acquise/syndrome d'immunodéficience acquise) en Afrique et de la pneumopathie atypique en Chine, épizootie ou maladie de la « vache folle » en Europe, montée d'une protestation collective transnationale face à la globalisation, attentat terroriste contre le cœur financier de New York, guerres en Afghanistan et en Irak (Bouchet, 2005; Held, 2005; Paulet, 2005; Plihon, 2004).

Ainsi, l'accélération – qui a longtemps constitué le principal véhicule du projet moderne du progrès et qui était alors vécue comme facteur d'émancipation, de liberté, de capacité à élargir l'horizon potentiellement jusqu'à l'infini – est l'une des caractéristiques fondamentales du « nouveau monde global » contemporain. « *Nouveau monde global* » ou encore « ordre globalitaire » : deux acceptions qui, par-delà la formule de « village planétaire » chère à McLuhan (McLuhan, et al., 1992), désignent le processus de globalisation (dont le substrat théorique et idéologique est explicité davantage dans le *Journal de bord*, en 3.1.2.) tout en insistant : i) d'un côté – de par la précision

qu'apporte l'adjectif « nouveau » –, sur sa complète démarcation par rapport aux mondialisations antérieures; ii) de l'autre côté, en insistant sur la dynamique économique de ce processus qui est orientée par la dialectique des rapports de force dans le cadre du marché – de par l'utilisation du terme « *ordre* », sous-entendu *marchand*, voire de par la terminaison « -aire » de *globalitaire* qui n'est pas sans rappeler... celle de *totalitaire* (Arendt, 1983; Freitag, et al., 1999; Gélinas, 2000; Isaak, 2005).

Il s'agit encore d'un monde sous l'emprise de la technoscience et, parallèlement, un monde marqué du sceau *et* de l'incertitude généralisée *et* de la vulnérabilité *et* du risque (Beck, 2001; Giddens, 1991, 1994). C'est d'ailleurs au sein de cette société du risque que le concept de « générations futures » (CMED, 1988; PNUD, 2002) va émerger, traduisant par là une préoccupation éthique et politique soucieuse de refonder une axiologie pour l'ère technologique contemporaine (Arendt, 1983; Jonas, 1990, 1998; Sen, 2000, 2001a).

### ***1.1. Premier contrecoup de l'ordre globalitaire : l'effondrement d'un compromis historique institué, le keynésianisme***

Au cours du XX<sup>ième</sup> siècle, alors que l'industrialisation pulvérise les cadres traditionnels, familiaux et villageois des sociétés occidentales, l'État se charge d'introduire une dose de solidarité permettant aux systèmes de se développer, les lois sociales de l'Allemagne bismarkienne initiant cette importante mutation industrielle (Ewald, 1996). L'État *social* prend ainsi forme, l'État dépassant dès lors le cadre de ses attributs régaliens classiques pour élargir ses compétences à la garantie des besoins minimaux et à celle de la sécurité de l'ensemble de la population (Eisenstadt, et al., 1973;



Hermet, 1996; Tilly, 1975). La logique providentialiste se dessine donc progressivement, avec la création de régimes de protection pour les salariés en matière d'accidents de travail, d'assurance chômage et d'assurance maladie, de retraites obligatoires et de congés payés ainsi qu'avec le développement de programmes de logements sociaux. Cette même logique se confondra par la suite avec les politiques de généralisation de l'accès à l'enseignement secondaire, voire supérieur, en même temps qu'elle promouvra une importante réorientation des stratégies fiscales allant dans le sens d'un alourdissement des revenus importants (et même moyens) (Flora, et al., 1981; Hermet, et al., 2001).

La prospérité des Trente Glorieuses se double ainsi d'une solidarité croissante institutionnalisée par l'État-providence. En effet, jusqu'en 1980, la logique providentialiste tend à élever constamment le niveau des besoins considérés comme minimaux pour l'ensemble de la population, un tel objectif étant atteint par voie législative, grâce à un budget public ou parapublic ou encore par voie d'instruments<sup>30</sup> de financement spécifiques.

Aujourd'hui, avec la globalisation, la solidarité providentialiste est néanmoins mise à rude épreuve. L'État-providence enregistre effectivement, dans les différentes sociétés post-industrielles, une crise sans pareil (WHO, 2002). Il s'agit d'une crise profonde, engendrée à la fois par un épuisement des ressources – qui permettraient d'améliorer ou simplement de maintenir ses prestations –, par le choc provoqué par la libéralisation des échanges et les menaces de délocalisation (voir 1.1.1.) industrielle l'accompagnant, par la

---

<sup>30</sup> Sur ce plan du financement, l'État-providence souscrit à deux modèles distincts : i) le service national de santé ou modèle Beveridge, qui se caractérise par une protection universelle, par un financement provenant de la fiscalité nationale générale et par la nationalisation et/ou la maîtrise par le secteur public des facteurs de production, ii) les assurances sociales ou modèle bismarkien, qui se caractérise(nt) par une protection universelle obligatoire (généralement dans le cadre de la sécurité sociale), par un financement issu des cotisations patronales et personnelles et par l'appartenance des facteurs de production au secteur public et/ou privé.

manifestation des attentes davantage qualitatives nourries par les habitants des sociétés post-industrielles, ainsi que par la multiplication contradictoire des phénomènes d'exclusion sociale et culturelle (Hermet, et al., 2001; Leclerc, 2000).

De fait, la « troisième révolution » attalienne<sup>31</sup> du capitalisme communément appelée « mondialisation » impulsé le déclin de l'État social keynésien : l'État se retire de ses fonctions régulatrices d'assistance publique au nom de la mobilité du capital et de la « compétitivité » dans le marché mondial (Macleod, et al., 2004). L'exigence de compétitivité récemment fixée par le « nouveau monde global » place l'État devant un dilemme et le remet en question<sup>32</sup>.

### **1.1.1. Le repli et la refonte de l'État-nation**

Comme le rapporte Kebabdjian (2002) : « (...) la globalisation est productrice d'une tendance à une négation partielle du principe 'stato-centré' comme principe organisateur exclusif des relations au sein de l'économie mondiale » (p. 240). La « grande transformation » de Polanyi (1983), consubstantielle à l'ordre d'après-guerre, est étouffée. Ce « libéralisme encadré » comme l'appelle encore Ruggie (1983), lancé et accompli en tant que révolution qui subordonnait le capitalisme à des objectifs nationaux et internationaux de

---

<sup>31</sup> Attali (1998).

<sup>32</sup> Tandis que le nombre de chômeurs croît, que la population vieillit, que les coûts de santé augmentent, l'État peut-il maintenir ou accroître les charges sociales au risque de faire fuir les entreprises vers des territoires plus cléments (Cohen, 2001)? Quels sont actuellement ses moyens d'action alors qu'une forte proportion de la production nationale est destinée aux marchés étrangers et qu'une proportion croissante de cette production nationale est le fait d'entreprises qui sont propriétés étrangères (Cohen, 2001; Manzagol, 2003)?

régulation économique, se présente donc aujourd'hui comme un modèle dépassé.

L'État-nation<sup>33</sup> était jusqu'à il y a peu, considéré comme l'ultime forme d'organisation politique et sociale, l'identité nationale constituant le critère infallible qui déterminait une fois pour toutes l'existence et la personnalité des individus et des groupes sociaux (Hermet, 1996). De même, l'économie nationale était perçue comme l'unique forme d'économie qui puisse être cohérente et intégrée (Eisenstadt, et al., 1973). Quant à l'histoire nationale, elle servait de noyau central autour duquel la société était bâtie (Hermet, 1996). Tout processus était donc défini en fonction de la dimension nationale : processus extrinsèque – autour d'une dimension *internationale*, *multinationale*, *supranationale*, *transnationale* – et processus intrinsèque – autour d'une dimension *intranationale*, *subnationale*, *infranationale*.

Des siècles durant et jusqu'à la fin du siècle passé, l'histoire des sociétés a donc été caractérisée par la prédominance de dynamiques à caractère national (Flora, et al., 1981). Dans les configurations antérieures, *internationales* et *multinationales*, le concept d'État-nation était ainsi au cœur de la construction théorique. Toutefois, avec la globalisation, la pertinence même d'un tel concept est contestée vu que les deux dimensions qui le composent s'avèrent compromises. En effet, l'ordre globalitaire *dé-territorialise* en même temps qu'il « *dé-souverainise* ». L'ordre globalitaire déstabilise et déstructure : i) d'une part, l'État comme *territoire* protégé par des frontières politiques reconnues par la communauté internationale et, en principe, inviolables, ii) d'autre part, l'État comme *gouvernement souverain*

---

<sup>33</sup> Les travaux se rapportant à la formation de l'État-nation s'inscrivent dans le cadre de la perspective générale de l'État (Eisenstadt, et al., 1973; Hermet, 1996; Tilly, 1975). Mentionnons simplement la rencontre de deux notions différentes dans le terme d'État-nation, la première ayant une connotation juridique et institutionnelle renvoyant également à un territoire tandis que la seconde se rapporte à la dimension morale ou culturelle ou encore ethnique d'un ensemble humain.

exerçant son pouvoir législatif, réglementaire, juridictionnel et décidant de la politique économique (Andreff, 2003; Dunning, 1993; Graz, 2004; Michalet, 1999; Petrella, 1997; Paquin, 2005; Sassen, 1996). Nous présentons ci-après quelques manifestations de cette (double) érosion ou remise en cause du cadre de référence étatique (Michalet, 1999, 2005) :

- Le processus de globalisation s'accompagne du triomphe des idées néolibérales sur celles de Keynes, qui dominaient dans l'après-guerre. La mise en œuvre des idées néolibérales suppose un retrait des interventions économiques de l'État par la déréglementation systématique des activités économiques, par la réduction du secteur public via la privatisation des entreprises publiques, par la libre circulation des capitaux dont la gestion est laissée à des banques universelles;
- Cette nouvelle approche trouve dans le secteur bancaire et financier un point d'application privilégié (Plihon, 2003). Sont ainsi observés : la déréglementation des marchés financiers, le décloisonnement des activités bancaires, la multiplication des places *off-shore*, la création de *Hedge funds* et la volatilité des marchés, induite par l'abandon des contraintes de Bretton Woods (voir *Journal de bord*, en 3.1.2.3.);
- Les visées de la politique intérieure apparaissent également transformées. Il ne s'agit plus, à l'heure de la globalisation, d'axer les actions sur le développement du marché intérieur, de tenter de faire de la substitution aux importations mais, au contraire, il importe de se tourner vers la stimulation prioritaire des exportations accompagnée du désarmement douanier et de l'ouverture des économies. Actuellement, il ne s'agit plus de mener une politique industrielle par l'occupation des « hauteurs dominantes » et par la négociation de l'autorisation d'investissements étrangers fondée sur certaines conditions (telles

que : l'intégration locale croissante, la compensation des importations, le transfert des technologies, la limitation du taux de détention de capital social de certaines entreprises domestiques, l'interdiction de divers secteurs) mais, inversement, il importe de mener des politiques d'attractivité par une suppression totale des contraintes – avec les TRIM, *Trade Related Investment Measures* – afin d'attirer les investisseurs étrangers, tandis que les firmes locales investissent davantage à l'étranger que dans leur pays d'origine;

- Par ailleurs, depuis deux larges décennies (soit depuis l'émergence de la globalisation), on assiste à un renforcement des mouvements séparatistes qui cassent l'unité des anciens territoires, que ce soit en Europe (avec, par exemple, l'Irlande, l'Écosse, la Catalogne, la Corse) ou dans les pays en développement (notamment en Afrique et dans les Balkans). De manière concomitante, divers mouvements communautaristes naissent et se développent, tout en remettant en cause la notion de citoyen au profit d'autres critères comme la religion, l'ethnie, les pratiques sexuelles;
- En outre, en droit international, les frontières nationales ont aujourd'hui perdu leur caractère d'inviolabilité, un caractère qui précisément leur était acquis du fait de leur reconnaissance par les autres États. Un droit d'ingérence justifié par des raisons humanitaires ou par l'application du principe de précaution a été entériné par l'ONU (comme dans le cas des Balkans) ou est aujourd'hui exercé indépendamment de son accord (comme pour l'Irak);
- Enfin, l'érosion des États-nations dans le contexte socio-historique de globalisation a aussi entraîné un affaiblissement notable des Nations unies. Il ne faut pas oublier, en effet, que ces organisations internationales, en tant qu'organismes multilatéraux, tiennent leur

pouvoir de la délégation qui leur en est faite par les États membres, ces derniers assurant par ailleurs les moyens financiers de leur fonctionnement. Avec la fin de l'architecture de Bretton Woods, le système de concertation entre les États a commencé à « battre de l'aile », le rôle des Nations unies devenant subséquemment moins net, moins précis. Ce rôle n'est plus aujourd'hui fondé sur le même consensus – ce dernier est passé de New York à Washington DC –, ceci entraînant une relative indépendance des institutions financières (comme le FMI, la Banque mondiale) vis-à-vis du reste du système, ainsi qu'un changement de leurs fonctions initiales<sup>34</sup>.

Ainsi, à la suite des « coups de boutoir » que leur porte la globalisation, les États-nations sont devenus des territoires béants où circulent sans grande entrave les biens et services, les capitaux financiers ainsi que le capital productif. Les frontières politiques ne constituent plus une entrave à l'espace des opérations des firmes multinationales industrielles et financières – firmes dont le déploiement des réseaux forme le cœur de la globalisation (Castells, 2001) et inaugure, avec Dunning (1997), le concept de « capitalisme d'alliance<sup>35</sup> ». Par ailleurs, les Nations unies se sont montrées incapables de

---

<sup>34</sup> Depuis 1997, le FMI a perdu son rôle de gardien de la stabilité des taux de change et, après une courte période de flottement, il est devenu le champion des plans de stabilisation dont le contenu dépasse l'ampleur des mesures prises dans le passé pour le rééquilibrage des balances de paiement (en vue de rétablir la parité des taux de change à un niveau stable). De même, la Banque mondiale ne se limite plus, actuellement, à travailler sur des projets d'investissement dans différents secteurs en fonction de priorités fixées dans les plans nationaux. Elle consacre plutôt une part croissante de son activité à élaborer des plans d'ajustement structurel qui viennent consolider les actions menées à court terme par le FMI.

Il résulte de ce profond remaniement de rôle des institutions de Bretton Woods que le contenu des conditionnalités que les gouvernements s'engageaient à respecter en vue de bénéficier de financements, d'une part, fixe aujourd'hui les orientations des politiques nationales, d'autre part, comporte maintenant une part importante de réformes menées/à mener suivant un échéancier précis, de telles mesures s'avérant conformes aux principes de globalisation (Michalet, 1999, 2005).

<sup>35</sup> Dunning (1997) a lancé ce concept pour marquer la nouvelle trajectoire du capitalisme qui repose sur un nouveau modèle organisationnel privilégiant la mise en réseaux et la coordination d'unités économiques qui gardent cependant une certaine autonomie

prendre le relais des États-nations afin de contrôler un tel mouvement. Tout se passe donc comme si la nouvelle régulation de la globalisation avait été « intériorisée » par les acteurs privés et... publics. Enfin, mentionnons dès maintenant que le fait de ne laisser que très peu de place à l'exercice de contre-pouvoirs (étatiques) conduit certains auteurs à dénoncer un certain « règne de la pensée unique » lui-même non étranger aux actuels clivages Nord-Sud (Brunel, 1996; Fukuyama, 1997).

### **1.1.2. Subséquente à la refonte du cadre étatique : la recherche d'une nouvelle gouvernance**

Avec l'érosion progressive des contre-pouvoirs étatiques traditionnels, l'idée de gouvernance est aujourd'hui reconnue comme nécessaire (Graz, 2005; Rosenau, et al., 1992). La notion de gouvernance – qui ne peut être appréhendée en dehors de la globalisation – conduit à « repenser les modes de représentation et de participation politiques » (Smouts, 2002, p. 375). Elle s'attache à la difficile question de localisation et de partage concomitant de l'autorité en ce qui concerne la définition et la mise en œuvre des politiques mondiales, autorité présentement répartie en différents espaces et, en certains cas même, déferée à des agences privées.

Le concept de *gouvernance globale* – ou de gouvernance mondiale ou de nouvelle gouvernance – apparaît dans les années 1980. En premier lieu et « de manière logique », pourrait-on dire, il va mettre l'accent sur la multiplicité des acteurs transnationaux et sur les négociations dans lesquelles ils se

---

décisionnelle. Depuis une quinzaine d'années, c'est, selon Dunning (1997), le couple rivalité-coopération qui caractérise les (nouvelles) relations entre les firmes, un tel modèle de capitalisme d'alliance se distinguant du précédent modèle hiérarchisé et centralisé que privilégiaient les firmes multinationales.

trouvent engagés. Ainsi, la notion de gouvernance globale prend d'abord en considération la diversité des acteurs et des *interactions* entre des *domaines a priori cloisonnés* : public/privé, économie/politique, interne/externe (Dixneuf, 2003). Ces *acteurs*, aujourd'hui devenus *interdépendants*, sont notamment : les États, les OIG (organisations intergouvernementales), les ONG (organisations non gouvernementales, celles-ci pouvant être nationales ou internationales), les associations communautaires, les fondations, les centres de recherche. D'emblée, on peut donc tenter une première définition de la gouvernance globale (avant un développement ultérieur dans le *Journal de bord*, en 3.2.) comme étant « l'ensemble des régulations produites par la prolifération d'acteurs interdépendants » (Laroche, 2003, p. 19) ou encore « un processus de négociations permanentes entre des acteurs hétérogènes engagés dans la conduite des politiques internationales : définition des orientations, des ressources allouées et des moyens mis en œuvre » (Dixneuf, 2003, p. 4).

En second lieu, et cette fois « plus subtilement », le concept de gouvernance globale met l'accent sur le bien commun, tout en soulignant l'importance stratégique que revêtent les nouvelles techniques de gestion des affaires *communes*, d'autant plus primordiales que les États voient leurs prérogatives s'effriter. L'idée de gouvernance rejoint donc ici celle de « commun/public » et de « bien public<sup>36</sup> », voire celle d'incapacité de l'État de gérer ledit bien public. Comme, durant les deux à trois dernières décennies, la libération croissante du commerce s'est accompagnée d'un affaiblissement de l'aptitude des États-nations à réglementer l'activité économique pour le *bien public* (Labonté, 2000) – et ce, dans le domaine de la santé, de l'environnement ou dans d'autres –, l'État-nation doit à présent partager la gouvernance avec d'autres organisations (Petrella, 1997), avec des organisations internationales ou du tissu associatif, et il ne devient plus qu'un

---

<sup>36</sup> Le « bien public » est une notion forgée jadis par le Prix Nobel d'Économie, l'Américain Paul Samuelson.



acteur parmi d'autres<sup>37</sup> (en ce qui touche au bien public) (Dixneuf, 2003; Horton, 2002a; Lee, et al., 2002). Ainsi, de l'avis de certains (Berger, et al., 1996; JET, 1999), ne faut-il pas s'étonner du développement d'un mouvement en faveur de nouvelles formes de partenariat public-privé ainsi que de la montée des mouvements participatifs dans des domaines publics comme celui de la santé ou de l'environnement. En effet, cette évolution des partenariats publics-privés conjuguée à la croissance et à l'influence des ONG correspondrait à une forme nouvelle et émergente de gouvernance globale (Boyer, et al., 1996; Chesnais, 1997; Held, 2005; Hirst, et al., 2002; Kebabdjian, 1994; Ohmae, 1991, 1996).

Rejoignant ce second aspect de la notion lié au *bien public*, il ne faut donc guère s'étonner si, parallèlement au concept de gouvernance mondiale/globale (*global governance*), le concept de « biens publics mondiaux » (*global public goods*) s'est imposé depuis peu, représentant la transposition au plan mondial de la notion de bien public (notion forgée jadis par le Prix Nobel d'Économie, l'Américain Paul Samuelson). Depuis 1999, le concept de biens publics mondiaux est popularisé par le Programme des Nations unies pour le Développement (PNUD) qui a énuméré une soixantaine de biens publics mondiaux, parmi lesquels figurent notamment la santé publique, l'écosystème global, la paix et la régulation financière internationale. Pour certains auteurs parmi lesquels figure Smouts (2002), l'évocation de la notion de bien public mondial correspondrait cependant à une forme d'idéalisme, qui occulterait le caractère intrinsèque des tensions et

---

<sup>37</sup> Selon Boyer (2005), l'État-nation n'est quand même pas devenu « l'équivalent d'une firme archaïque submergée par le flot de concurrence ». Comme l'explicite davantage le JET (Centre d'études en gouvernance de l'université d'Ottawa) en 1999, les États-nations demeurent « (...) potentiellement les foyers primordiaux de la démocratie » même s'ils deviennent « de moins en moins capables de protéger leurs sociétés ou de projeter une action internationale efficace ». L'État-nation continue d'avoir son importance mais il subit une profonde transmutation : il ne constitue plus le seul niveau stratégique pour les acteurs-clés du développement scientifique, de l'innovation technologique et de la croissance socio-économique (Petrella, 1989, 1997).

rappports de force permanents existant à présent entre les acteurs de la gouvernance globale.

Enfin, terminons par Braudel (1997, p. 82) de l'avis duquel « tous les pays de l'univers se touchent [aujourd'hui] dans un corps à corps tumultueux » et pour qui deux grandes questions relatives à la globalisation et à sa consubstantielle gouvernance globale – questions qui devraient guider les réflexions futures – demeurerait encore sans réponse : i) de quel type de régulation a-t-on besoin (publique, privée, mixte)?; ii) à quel niveau (multilatéral, régional, bilatéral) doit-on développer la gouvernance? Pour cet auteur, comme pour bien d'autres, il conviendrait surtout de trouver des contrepoids à la globalisation et de rompre avec des modes de régulation qui ne cessent de favoriser des formes privées d'autorité internationale. Paradoxalement, ajoute subtilement Dunning<sup>38</sup> (2000), il faudrait aussi savoir qu'accomplir une telle tâche s'impose comme un préalable à la globalisation.

---

<sup>38</sup> Dunning (2000) souligne effectivement six conditions pour éviter l'autodestruction de la globalisation économique. Il importe selon lui : i) de reconnaître la centralité de la dimension humaine, ii) de reconnaître le rôle des institutions publiques et privées dans les instruments de régulation, iii) de reconnaître la nécessité que les États prennent des mesures favorables à l'émergence d'un capitalisme socialement acceptable, iv) de reconnaître la nécessité d'introduire des réformes constitutionnelles, surtout en ce qui concerne les organisations financières, v) de reconnaître l'importance de développer des institutions supranationales détenant des pouvoirs de sanction et de persuasion qui orientent les comportements et les relations entre les acteurs, vi) de reconnaître l'importance de favoriser une convergence des politiques qui fait en sorte que les bénéfices du capitalisme soient supérieurs à la somme de ses parties (c'est-à-dire à la somme des économies nationales).

## ***1.2. Autres corollaires de l'ordre globalitaire : la promotion d'une culture de performance et l'hégémonie technocratique***

Au-delà de la crise de l'État-providence, la globalisation catalyse de multiples avatars (Held, et al., 1999; Ohmae, 1990; Rosanvallon, 1981, 1995; Sen, 1985, 2001b; Thompson, 1999). On assiste ainsi, depuis le début des années 1980, à une montée sans précédent du « pouvoir managérial », qui associe au primat de la rationalité instrumentale la mise en place d'une idéologie gestionnaire et d'un projet « quantophrénique<sup>39</sup> ». La culture de la haute performance s'est progressivement imposée dans tous les domaines (Chevrier, 2005; Gingras, 2005). La gestion par les résultats est, en quelque 25 ans, sortie du cadre entrepreneurial pour s'étendre à d'autres secteurs professionnels, comme celui de la santé (WHO, 2001). L'analyse économique, de plus en plus sollicitée dans le cadre de la répartition des ressources, a subséquemment transformé les questions de valeur et de priorité en choix technocratiques (Deber, et al., 1998).

Et c'est précisément cette gestion technoscientifique et sa logique pragmatique-rationnelle qui, de l'avis de Freitag (1998), éliminent tous les conflits d'ordre idéologique, tout en conduisant progressivement au « vide éthique » du capitalisme. D'aucuns rattachent encore à ce niveau la désymbolisation (Dupont, 2003; Laïdi, 1998, 2004), la montée de l'insignifiance (Castoriadis, 1996) ou la crise des valeurs (Coicaud, 2001; Contandriopoulos, 1996; Patenaude, 1996, 1998). Pour Beauchemin (2000), de telles transformations passent par la scission entre le politique et l'éthique qu'a opérée, au cours des 25 à 30 dernières années, l'idéologie néolibérale

---

<sup>39</sup> Ce terme fait référence à l'obsession du chiffre, de la mesure, de la performance, à une sorte de rationalité froide et « objective », dont une des principales illustrations est la gestion de la qualité (*quality management*) (Gélinas, 2005, p. 22).

de la globalisation. Si l'on revient néanmoins aux explications freitagiennes, le phénomène « technoscientifique » marquant la même périodisation est plutôt explicité par le développement d'une crise de la normativité en tant que dimension constitutive de la société et de l'existence sociale. Selon Freitag (1998, p. 1), ces quelque trois dernières décennies marqueraient en effet le passage d'une « forme constitutive d'existence humaine à une autre » – passage de la modernité à la postmodernité suivant l'auteur – qui correspondrait à la transition d'un mode politico-institutionnel de production et de régulation des rapports sociaux à un mode décisionnel-pragmatique. Et ce serait la crise (freitagienne) de la normativité qui aurait provoqué la dissolution du caractère normatif des institutions sociales modernes.

Avec la globalisation, une crise institutionnaliste s'est donc pour le moins installée (Douglas, 2004) – crise de la pensée institutionnelle couplée à celle de la pensée de normalisation – tandis que la réorganisation en profondeur des structures productives de l'économie des pays capitalistes a déterminé l'introduction du modèle de spécialisation dit flexible (pour plus de développement : voir en 1.3.1., page 60) (Piore, et al., 1984; Trigilia, 2002). Précisons d'emblée que ce nouveau modèle d'économie globalisée se démarque notablement du modèle fordiste par son dynamisme technologique et par ses innovations (Kennedy, et al., 1993; Piore, et al., 1984; Soskice, 1989) et qu'un tel mode de production flexible va secondement bouleverser l'organisation du travail<sup>40</sup>, voire engendrer de véritables crises identitaires professionnelles (Legault, 2003a, 2003b).

---

<sup>40</sup> L'histoire de l'organisation du travail s'est tissée sur fond d'incertitudes; en tout temps, les « organisateurs » ont tenté de contrôler le facteur humain, l'élément le plus incertain et imprévisible du processus de production. Après le taylorisme, le fordisme et le temps du « travail en miettes », voici ouverte l'ère du « zéro stock » – du *Just in time management*, des « flux tendus » (Duval, 2000) – et de la précarisation des populations dans leur emploi. En contexte global, le travail ne peut plus assumer la position dominante qu'il a incarnée durant les Trente Glorieuses comme vecteur de cohésion sociale. Considéré depuis longtemps comme une catégorie anthropologique et comme facteur privilégié d'intégration, le travail n'est plus à même de satisfaire ses anciens objectifs. D'aucuns parlent même de la fin du travail (salaré) (Forester, 1996; Méda, 1995; Rifkin, 1995). D'autres font état de l'insertion professionnelle et sociale en

Enfin, en passant par la révolution numérique informationnelle, la globalisation a également mené à une économie des savoirs<sup>41</sup>, c'est-à-dire à la transformation des savoirs en actifs stratégiques dans un nouveau contexte concurrentiel fondé sur l'innovation. Comme le précisent Giddens (1991) et Castells (1998, 2001), l'ordre globalitaire repose sur des arrangements institutionnels qui entretiennent – ou emmagasinent – la récursivité constante des connaissances spécialisées, des flux ou des réseaux informationnels, ceux-là même qui transgressent espace et temps pour former des matrices complexes détentrices d'un énorme pouvoir de prescription sur le social. En effet, quasi détachés des normes et des valeurs, le plus souvent sans enracinement social (Castells, 1998), de tels flux informationnels produisent – fréquemment – un non-lieu, une anomie, à distance des rapports sociaux porteurs de sens, à distance des modes de production de mémoire collective et de l'affirmation des identités (Augé, et al., 1996). Coalisées<sup>42</sup> dynamiquement, la globalisation et les NTIC (nouvelles technologies de l'information et de la communication) ont donc modifié de manière notable les comportements et modes de vie individuels et collectifs,

---

pointillé et de la nomadisation de l'emploi. Certains auteurs évoquent enfin la nécessité contingente d'être un homme adaptable qui va piocher dans le labyrinthe des règles, des normes et des valeurs de l'époque, pour accéder à une insertion sociale et à un revenu (Collin, 2000; Gorz, 2004).

<sup>41</sup> Selon Lapointe (2003), les diverses acceptions « économie du savoir », « économie de l'information » et « économie de l'innovation » s'équivalent puisqu'elles servent à décrire les mêmes changements structurels, à savoir : l'ouverture des marchés combinée à une diffusion large et rapide des technologies de l'information et à des changements dans la nature et dans l'intensité de la concurrence (ce que D'Aveni et Gunther, 1994, désignent sous le terme d'*hypercompétition*). Nous ne partageons pas exactement l'avis de Lapointe (2003), le savoir n'équivalant pas, à notre avis, à de l'information : dans la même lignée, nous opérons ainsi une distinction entre « économie de l'information », « économie du savoir » (*knowledge economy*) et « économie de l'apprentissage » (*learning economy*) (Lapaige, 2006b).

<sup>42</sup> Les NTIC (nouvelles technologies de l'information et de la communication) constituent le pivot de l'économie mondiale naissante (Canet, 2005) : la contribution des NTIC à la croissance annuelle des pays développés a effectivement doublé entre 1980 et 2000 (Curien, et al., 2003). Rappelons en outre que différents auteurs (Aglietta, 1998; Askenazy, et al., 2000; Plihon, 2004; Pollin, 2002) désignent les NTIC et la globalisation financière comme les deux moteurs ou les deux grandes forces du capitalisme actionnarial contemporain.

instaurant dès lors une nouvelle forme de vie sociale logico-électronique (Harvey, 2004; Held et al., 2003).

### ***1.3. Dissolution de la société, de la socialité... et de la santé***

Instantanéité, vitesse, accélération, urgence sont donc des maîtres mots qui se sont inscrits, en trois décennies, non dans une logique de progrès au sens où l'entendait Ellul (1954, 1977), mais dans une stratégie de rendement, de gain, de performance, qui délaisse la société, l'humain et le social, en tant que « lieu d'un travail continu de mise en formes, de mise en significations, de mise en institutions » (Balandier, cité dans Dupont, 2003, p. 233). Pivot de l'économie mondiale naissante, les NTIC, en sous-tendant la société informationnelle numérique – parfois qualifiée d'infocratie – participent ainsi à la redéfinition d'une nouvelle structure sociale (Castells, 1998, 2001) – notamment salariale – se caractérisant par des disparités de revenus qui favorisent les catégories les plus aisées et qui accentuent la prolétarisation et l'exclusion d'une fraction croissante de la population (Castel, 1996, 2003; Sennett, 1998). Il va en résulter de profondes détresses humaines et de graves implications sociales (BIT, cité dans Boniface, 2001; Castel, 1996, 2003). La santé mentale des travailleurs va dès lors se déconstruire, leur souffrance transparaissant sous de multiples facettes : affections psychosomatiques, attaques de panique, impulsions suicidaires et violentes (surtout chez les adultes jeunes), syndromes de fatigue chronique, conduites à risque, abus d'alcool et de substances, dépressions cachées, nouvelles formes d'ennui et d'indifférence, nouvelles solitudes et profondes incertitudes (CSST, 2003; Dejours, 1998, 2000; Desjardins, 2001; Ehrenberg, 1999, 2000; Lipovetsky, 1993; Ranno, 2000; Santé Canada, 2002, 2003; Stephens,

et al., 2001), autant de maux incorporés depuis quelques années dans le très protéiforme « stress au travail » (Vinet, 2004).

Le « renfermement du monde » prend tout son sens dans de telles sociétés contemporaines dites développées, sociétés *globalisées* qui contribuent, par une montée des dimensions privatives et individuelles renforcées par l'uniformisation sociale, à isoler davantage l'individu en voilant ses repères identitaires, en obscurcissant ses repères entre espace public et espace privé, entre espace de vie et espace de socialité (Dupont, 2003). L'« organisation sociale » portée par un Castoriadis (1975, 1996) ou un Mumford (1973) se dissout ici dans les contradictions du système – puissance technologique et vulnérabilité sociale –, très loin de la notion d'être-ensemble ou de vivre-ensemble prônée par Illich (1975). Concepts et symboles volent ainsi en éclats au profit de l'« homme de raison artificiel » qui privilégie une société en réseaux « où le monde est réduit à rien » en tant qu'étendue et durée (Virilio, 1998), au sein d'une vision du monde essentiellement atomiste et individualiste, une vision qui elle-même enchâsse la production de sens et l'émancipation sociale dans une rhétorique de quantification du monde ou d'individu-mesure (Dupont, 2003). De fait, un homme qui se branche (au monde) n'est-il pas, selon l'expression dufresnienne, un homme qui se déracine?

Ainsi, la globalisation – par le biais d'Internet en particulier – semble-t-elle annoncer, sur le plan de la socialité quotidienne, l'ère du risque social et intellectuel ainsi qu'une rupture significative des liens et des pactes sociaux (Cox, 2001; Entretien avec Ulrich Beck, 2004), ceci conduisant de nombreux auteurs à adopter une position lucide et déterminée. Pour ceux-ci, l'incertitude que lève la globalisation effrénée des 25 dernières années souligne la nécessité grandissante de réfléchir à son avenir (Beauchemin, 2004; Canet, 2005; Galbraith, 2005; Geschiere, et al., 1998; Graz, 2005; Hahn, 1999; Held, 2005) et de réanimer la notion de reliance entre les

hommes (Assayag, 1998; Beauchemin, 2004; Deblock, 2005; Fassin, 1997; Haut conseil de la coopération internationale, 2002; Kearney, 1995; Montaville, 2002; Sen, 1985, 2000, 2001a, 2001b, 2003).

### **1.3.1. La « toute nouvelle DIT » et la (sur)charge mentale**

Si le processus socio-historique de globalisation a ainsi dessiné une nouvelle forme de vie sociale qui a permis, secondement, l'usage quasi systématique de la référence à la charge mentale et à la souffrance psychique au travail (Lapaige, 2006a), c'est également par l'intermédiaire des changements organisationnels<sup>43</sup> ou de la toute nouvelle DIT (division internationale du travail) qui la caractérisent, que la globalisation a engendré une telle (sur)charge mentale au travail. Les années 1980 ont de fait marqué l'épuisement des techniques fordistes et le début d'une demande personnalisée, versatile, exigeant des gammes de produits renouvelées et une production flexible, en petites séries. Les multinationales se sont globalisées : elles se sont tertiariées et ont développé des pratiques innovantes dites « de haute performance »; elles se sont dotées de machines automatiques, programmables et flexibles dans leur utilisation, qui leur permettaient des économies de variété au lieu des économies d'échelle du fordisme. Grâce à l'automatisation flexible et aux NTIC, l'information, la

---

<sup>43</sup> Les changements organisationnels afférents à l'ordre globalitaire s'inspirent des trois concepts théoriques suivants : i) la *Lean production* ou production « au plus juste », issue du toyotisme (élimination des stocks, « juste à temps », circulation horizontale de l'information, suggestions des travailleurs prises en compte afin d'améliorer la qualité et leurs performances), ii) le *Re-engineering*, c'est-à-dire la reconfiguration, qui recherche la réduction des coûts et l'externalisation et concerne plus spécifiquement l'encadrement, les TIC permettant l'émergence de tout nouveaux services ainsi que la coordination et le contrôle du travail via des réseaux locaux et non plus des cadres intermédiaires, iii) la « qualité totale », équivalente aussi à la satisfaction complète du client et la chasse au *muda* (terme japonais signifiant le gaspillage).



connaissance et la R&D (recherche et développement) sont devenues des intrants cruciaux de la production, leur utilisation se révélant moins coûteuse lorsqu'elle était concentrée dans le même espace de production.

Pour les travailleurs, l'effritement du rapport salarial et l'éclatement des formes d'emploi observés aujourd'hui sont donc, en tant que précarisation du rapport à l'emploi, des conséquences de l'*impartition flexible*, elle-même caractéristique de la dynamique d'ensemble de transformation de l'organisation du travail et de la dynamique des entreprises et des formes d'emploi durant le dernier quart de siècle (Mercure, 2003). Afin de faire face aux nouvelles conditions de marché, les entreprises ont donc emprunté les voies de l'*impartition* et de la *flexibilité*, c'est-à-dire, d'une part, de l'essor des pratiques d'externalisation du travail (l'*impartition*) et d'autre part, de la quête de flexibilités tous azimuts, particulièrement au chapitre des flexibilités financière – en l'occurrence salariale –, technique, fonctionnelle et numérique. L'*impartition flexible* – acception proposée par Mercure en 1996 – correspond à un ensemble de changements qualitatifs qui visaient à concilier trois objectifs, en l'occurrence : i) la sécurité des approvisionnements et du marché, ii) la flexibilité de l'appareil de production, y compris la main-d'œuvre, et iii) une haute productivité du travail. Ce récent modèle de gestion repose sur une (nouvelle) trajectoire organisationnelle dont les principaux jalons sont les suivants : i) l'émergence de stratégies de performance arrimées à la dynamique globale de l'entreprise, ii) la présence de formes de coordination et d'intégration des activités productives basées sur une logique de flexibilité et d'impartition faisant appel à diverses formes de sous-traitance, iii) la mise en place de systèmes de gestion de travail et de rapports de travail à la fois souples, polyvalents et concurrentiels. Tels sont les principaux traits distinctifs de la nouvelle dynamique d'entreprise ou la nouvelle DIT, autant de changements<sup>44</sup> ayant remis en question la plupart des fondements de la

---

<sup>44</sup> Ces changements se sont en outre accompagnés d'une transformation structurelle de l'économie des sociétés occidentales, par l'émergence de ce que Beck (2001) a

régulation fordiste, au chapitre tant de l'organisation de la production et de la gestion du travail qu'à celui des formes d'emploi et de charge mentale.

Cette toute nouvelle DIT place en outre les salariés face à une obligation de résultat<sup>45</sup> et, de façon concomitante, dans une situation d'autonomie croissante. En effet, dans l'entreprise flexible et décloisonnée qu'elle promeut, les salariés ne doivent plus – ou ils ne doivent plus seulement – obéir et suivre des règles prescrites : au contraire, ils sont « invités » à s'affranchir des routines professionnelles ou des griffes d'une hiérarchie pesante afin de devenir impliqués, adaptables et réactifs et, de cette manière, atteindre coûte que coûte les objectifs assignés (Boltanski, et al., 1999).

Cette nouvelle « autonomie » requise chez les travailleurs s'inscrit par ailleurs dans le contexte contemporain de montée de l'individualisme observé dans les sociétés dites développées. Comme le soulignent Kokoreff et al. (2005) ainsi que Dubet et al. (1998), il ne faut toutefois pas ici se méprendre sur le sens de l'autonomie individuelle préconisée auprès de tous les individus (et donc aussi chez les salariés), qui pourrait être associée « simplement » à un individualisme corrosif. Dans les sociétés globalisées, comme le soulignent

---

qualifié de « nouvelle économie », laquelle s'appuie essentiellement sur quatre pôles stratégiques de croissance, les pôles en question constituant dans les faits les nouveaux moteurs de développement économique en Amérique du Nord (Mercurie, 2003), soit : i) le secteur des ordinateurs, des semi-conducteurs et des logiciels, ii) le secteur des soins de santé et des produits pharmaceutiques, iii) celui de communications et des télécommunications, iv) celui de l'instrumentation et de l'optique. Cette « nouvelle économie » apparaît encore actuellement au centre de la redéfinition de la nature du travail et des formes d'emploi. Par exemple, il ne fait pas de doute que le rôle du travail intellectuel dans la performance économique des pays développés s'est accru du fait que tous les secteurs moteurs de la nouvelle économie se singularisent en reposant sur le savoir, ce dont témoigne l'expression populaire d'économie du savoir (Landry, 1997; Winslow, et al., 1994). Toutefois, ce fait indéniable s'inscrit dans une dynamique économique et sociale de plus grande envergure marquée par un vaste mouvement de quête de flexibilité de la part des organisations et des États (Winslow, et al., 1994).

<sup>45</sup> La transformation du rapport au temps se trouve au cœur des mutations sociales concomitantes à la « toute nouvelle DIT » et, dans cet ordre de choses, Cohen (1999, p. 76) précise qu'« il y a bel et bien une rupture majeure avec l'organisation industrielle antérieure. L'entreprise veut payer *le travail 'réel'* et non plus les heures de présence ».

les précédents auteurs, l'autonomie se présente en effet sous un jour paradoxal : c'est tout à la fois une aspiration largement partagée – comme le souhait de développer son propre style de vie, le désir de « vivre à la carte » – ainsi qu'une norme fort contraignante qui impose à chacun, dans toutes les sphères de la vie sociale, de se prendre en charge et de devenir « l'auteur de sa vie ». Cette dernière exigence place conséquemment les individus dans une situation hautement anxiogène dès lors que chacun ne dispose pas des mêmes ressources pour faire face au changement ou pour agir et réagir en stratégie avisé. Il s'ensuit que nos sociétés globalisées sont en proie à une tension élevée, entretenue entre une exigence insatiable d'autonomie individuelle et une demande – non moins pressante (et attendue...) – de sécurité (étant donné que les mutations de l'environnement économique et social comme l'ouverture contemporaine sur ce « nouveau monde global » ont créé des inquiétudes).

Enfin, il importe de souligner combien les risques pour la santé psychique de la toute nouvelle DIT ont été pointés sous des termes différents par de nombreux auteurs depuis le début des années 1990 à l'ANACT (Agence nationale pour l'analyse des conditions de travail), puis au BIT (Bureau international du travail) dès 1993. Selon ce dernier organisme, le stress d'origine professionnelle a d'ailleurs été, dès ce moment, présenté en même temps que reconnu comme étant un mal universellement partagé, ceci quel que soit l'échelon hiérarchique des salariés. C'est ensuite la publication quasi simultanée de nombreux ouvrages consacrés à la question du stress au travail qui, dès la fin des années 1990, a permis, après une médiatisation initiale, d'amorcer une discussion de cette thématique (Bidet, et al., 1995; Collin, 2000; Gorz, 2004; Hirigoyen, 2001; Légeron, 2003; Le Goff, 1992; Méda, 1995; Paugam, 2000; Sennett, 1998; Stora, 2002). Certains des livres publiés durant la dernière décennie ont également abordé d'autres thèmes fédérateurs, à savoir celui de la souffrance au travail (Dejours, 1998), celui des effets pervers de la modernisation des entreprises (Le Goff, 1999) et

celui des nouvelles formes sociales de dépression (Ehrenberg, 2000). Tous les auteurs de ce tournant de siècle ont cependant, à l'unanimité, dénoncé les dérapages causés par le système de valeurs individualisant de la nouvelle DIT, un système qui renverse la charge de la preuve. De fait, à l'heure de la globalisation, il n'incomberait plus à l'entreprise de surveiller les ouvriers mais bien aux ouvriers de démontrer à l'entreprise qu'ils ont fait correctement leur tâche. La fonction protectrice de l'entreprise s'est ainsi volatilisée, la concurrence s'est répandue partout, à l'interne comme à l'externe et, conséquemment, le stress est devenu un mode de régulation fort répandu de la société postfordiste, le risque d'être brûlé par un *Burn out* étant devenu la limite de la nouvelle DIT. Les nouveaux termes d'autonomie ou d'esprit d'initiative ont ainsi comme nouvelle contrepartie ceux de souffrance, de désarroi, de malaise, de stress ou de peur (Carré, 2005).

Le travail vivant est donc devenu le travail à vif, ajoute Carré (2005). Depuis les années 1980, de nouvelles formes de pathologie du travail sont apparues, engendrées conjointement par la pression individualisante – culture évaluative ou du résultat, intensification des responsabilités, gestion par objectifs –, par la multiplication des injections paradoxales (« soyez autonomes! », « prenez des initiatives mais tenez les délais! », « respectez les règles, la qualité et les délais! ») ainsi que par le débordement progressif du travail vers le secteur de la vie privée (Carré, 2005).

### **1.3.2. Une culture du risque, creuset de réflexivité et berceau d'incertitude**

D'autres éléments, plus difficilement perceptibles, du « nouveau monde global » travaillent en profondeur les sociétés dites développées : ainsi est-il du *risque* qui plane sur ces dernières et de l'*incertitude* qui les accable. Nous

exposons ci-après les particularités de ce « risque » et cette « incertitude » liées à l'ordre globalitaire.

L'incertitude résulte d'abord du double processus de fragmentation/recomposition et des logiques contradictoires qui travaillent les sociétés globalisées. Suivant Kokoreff et al. (2005), l'incertitude s'y présente tel un prisme permettant l'interprétation des mutations contemporaines : la santé devient incertaine, l'emploi devient incertain, la famille devient incertaine, comme le reste d'ailleurs : individu, école, représentation politique. Tous ou tout « basculent » ou « ont basculé » dans l'incertitude. Sous cet éclairage, précisent les mêmes auteurs, « incertitude » désigne au moins trois processus, lesquels se révèlent protéiformes, voire parfois chaotiques, puisqu'ils engagent concomitamment : i) la faillite du mythe du progrès et les désillusions du changement; ii) l'opacité du social et la complexité d'un monde qu'on ne peut plus penser dans les catégories d'hier et sur lequel on ne peut pas davantage agir comme auparavant (Kokoreff, et al., 2005); iii) un changement social pathologique où les exigences qui pèsent sur l'individu ne sont plus articulées au politique tout en surgissant dans un environnement économique dépressif. Mais, ce qui est en jeu à ce niveau, c'est également l'incertitude politique d'une société qui peine à se gouverner et à maintenir la légitimité de ses institutions et représentants<sup>46</sup> (Kokoreff, et al., 2005).

Le double processus évoqué en début de section – processus de fragmentation/recomposition – travaille ainsi les différentes facettes de

---

<sup>46</sup> On pourrait également ajouter d'autres dimensions ou figures de l'incertitude. Comme l'incertitude du temps : plus que jamais, l'avenir paraît incertain et contradictoirement ouvert. Tout peut arriver, tout est possible. C'est aussi l'incertitude normative qui caractérise les actuelles sociétés d'individualisme de masse : c'est moins à la dissolution des repères que sont confrontés les individus qu'à une mutation normative. Aux précédents modèles fondés sur l'obéissance et l'interdit se substitue aujourd'hui le modèle de l'autonomie et du souci de soi. Faire preuve d'autonomie, s'investir dans des projets, manifester son sens des responsabilités, prendre des risques : voilà ce qui est présentement requis pour tout un chacun, amorçant une montée irréversible des vulnérabilités individuelles. L'incertitude, la démotivation, la dépression constituent bien l'envers du gouvernement de soi (Ehrenberg, 1999, 2000).

l'expérience sociale, qu'il s'agisse de la vie au travail, de la vie scolaire, familiale, des sports et des loisirs, ou encore de la participation aux institutions et à la vie loco-régionale. L'incertitude est devenue une dimension fondamentale de l'individualité contemporaine, l'individu gagnant en liberté ce qu'il perdait (a perdu) en certitudes (Kokoreff, et al., 2005). D'un côté, en effet, le « je » s'est émancipé du « nous » à mesure que l'individu disposait de moyens accrus (consommation, mobilité, communication, etc.) pour se réaliser et accomplir ce qui se présentait comme son destin personnel. D'un autre côté, pourtant, le même « je » de ce même individu a évolué au sein d'un univers dont les règles devenaient floues ou nettement plus instables.

À l'ère globale, il faut ajouter que la thématique de l'incertitude – précédemment développée – s'inscrit plus largement au sein d'une culture : la culture du *risque* et sa consubstantielle réflexivité. Mais qu'est-ce qu'une culture « du risque » et de quel(s) risque(s) s'agit-il donc ?

À l'instar de Beck (1999a, 1999b, 2001) et de sa « société du risque », Giddens (1991, 1994) caractérise les sociétés<sup>47</sup> contemporaines par l'apparition de *nouveaux risques* : les « risques globaux », irréversibles, non assurables, imprévisibles mais aussi produits par l'homme. L'intérêt de Giddens (1991) est notamment aiguïté par les attitudes des individus et par la « culture du risque » que l'auteur définit comme « un aspect culturel fondamental de la modernité, par lequel la conscience des risques encourus devient un moyen de coloniser le futur » (p. 244). Selon Giddens (1991,

---

<sup>47</sup> Giddens (1999) définit ainsi la « société du risque » : « [c]ette expression désigne la société moderne, marquée par le déclin de la tradition, par l'emprise croissante du progrès scientifique sur nos existences, qui remplace l'empire qu'exerçait autrefois la nature. Les conséquences de l'activité humaine (pollution, réchauffement planétaire, vache folle) ont introduit de nouveaux risques, de nouvelles incertitudes, qui affectent jusqu'à nos décisions quotidiennes. Paradoxalement, ces risques sont engendrés par le processus de modernisation qui tente justement de les contrôler » (p. 3). Giddens (1999) différencie encore les risques produits par l'homme, essentiellement de grande ampleurs et très incertains (*manufactured risks*) des risques pré-modernes, naturels, limités et prévisibles (*external risks*), le premier type ayant actuellement pris le pas sur le second.

1994), les sociétés sont aussi de plus en plus *réflexives*. Sans définir exhaustivement cette notion, précisons qu'elle renvoie à un regard plus critique émanant des individus, à une remise en cause de plus en plus systématique qu'ils font à tous les niveaux et dans tous les domaines. Ainsi, si l'on considère par exemple les risques technologiques des sociétés contemporaines, nous pourrions avancer que ceux-ci nourrissent le caractère réflexif des dites sociétés développées puisqu'ils conduisent leurs individus à remettre en cause leur manière de voir le monde (longtemps considéré comme un réservoir inépuisable de richesses) ainsi que leur conception du progrès matériel et technique (longtemps considéré comme un objectif en soi, porteur de conséquences automatiquement positives pour l'homme).

Pour Giddens (1991), une telle *réflexivité* est étayée par le processus d'individualisation, ce dernier se traduisant par une émancipation croissante vis-à-vis des institutions et des traditions. Celles-ci ne dictent plus une fois pour toutes les aspirations, les objectifs des individus, de sorte que ceux-ci ont de plus en plus de choix personnels à faire, de décisions à prendre par eux-mêmes, afin de construire leur propre biographie, en saisissant chaque occasion qui se présente à eux pour reconsidérer la trajectoire qu'ils souhaitent lui imprimer, et éventuellement l'infléchir, notamment en changeant d'emploi (Giddens, 1991, p. 70-108). Toutefois, une telle liberté accroît inexorablement l'*incertitude* de l'existence car il importe aux individus de tenir davantage compte des conséquences futures de leurs actes, ceci en se fondant sur des connaissances le plus souvent partielles, voire contradictoires.

### **1.3.3. Le domaine socio-environnemental-sanitaire et la gouvernance du vivant à l'ère globale**

L'entrée dans l'âge nucléaire, les prises de conscience liées à la dégradation des écosystèmes et au réchauffement de la planète, les incertitudes face aux promesses de la biologie moléculaire et son application en agriculture et en médecine humaine ainsi que l'indignation que suscitent les inégalités dans le monde face à la maladie fixent des enjeux cruciaux qui, au-delà des règles et des concepts abstraits de coopération internationale, touchent aux conditions immédiates et aux possibilités futures de vie sur terre (Dobson, 1993; Epstein, 2001c; Fidler, 2004; Hales, et al., 2002; Hawkes, 2004; Howson, et al., 1998). Les problématiques, tout en s'avérant chaque fois très spécifiques, se recoupent quant à une question plus générale : celle de la « gouvernance du vivant ». Par cette notion, il faut entendre les diverses manières qu'ont les sociétés humaines d'entretenir leur relation avec la vie et, plus spécifiquement, avec la santé des êtres vivants qui les composent, ainsi que leur lien avec la nature (Graz, 2005). La même notion de gouvernance du vivant intègre par ailleurs les déterminations physiques, biologiques, chimiques ou écologiques dans un ensemble de valeurs socialement et historiquement construites, tout comme elle s'oppose, finalement, à ce que certains taxent d'artificialisme ou d'artificialisation<sup>48</sup> du vivant (Anders, 2002; Arendt, 1974, 1983; Ferry, 1998; Friedmann, 1966; Testard, 1998).

---

<sup>48</sup> Le terme d'artifice fait dans ce cas référence à l'ensemble des opérations humaines qui visent à suppléer celles de la nature ou à s'y substituer. Différents auteurs défendent à ce niveau le point de vue selon lequel la passion pour les artifices, c'est-à-dire l'artificialisme, se révèle consubstantielle à l'avènement de la modernité et ils considèrent, en outre, que la modernité ou le « projet moderne » (des 40 ou 45 dernières années) peut être défini comme la mise en œuvre théorique et pratique d'un processus incessant potentiellement illimité d'innovation et d'artificialisation (Anders, 2002 ; Arendt, 1974, 1983; Ferry, 1998 ; Friedmann, 1966 ; Testard, 2001).



L'hypothèse d'une gouvernance globale du vivant, qui inclut les enjeux relatifs au développement durable<sup>49</sup>, à la santé et à la biodiversité, renvoie à

<sup>49</sup> L'usage du terme « durable » (certains préfèrent utiliser le terme « soutenable » ou encore « viable ») s'est considérablement répandu depuis une quinzaine d'années. La légitimité de l'adjectif « durable » (« soutenable », « viable ») n'est plus aujourd'hui contestée, ni par les États ni par les multinationales globales. L'analyse économique touchant à la « durabilité » s'est étendue au dépens de l'analyse « du développement », de multiples études ayant montré que la croissance économique ne peut être durable que si l'on se préoccupait en même temps de l'environnement naturel et du développement humain (Kousnetzoff, 2003). En effet, le concept de développement durable en est un qui permet de dépasser les postulats économiques traditionnels (Daly, 1996; Gendron, et al., 2000) et qui se doit de prendre en compte les interconnections et l'encastrement de la société humaine dans l'écologie naturelle (Redclift, 1987). La thèse du développement durable affirme ainsi que la pérennité du développement repose sur les conditions suivantes : i) une croissance économique qui privilégie la durabilité des produits, ii) une croissance démographique modérée, iii) une satisfaction des besoins sociaux de base, iv) la garantie d'équité entre les individus, les générations, les États, v) la protection de l'environnement et une gestion optimale du capital naturel (Kousnetzoff, 2003). Si de telles prémisses font l'objet d'un large consensus, les moyens à utiliser pour atteindre le développement durable donnent lieu à une importante querelle politique. Selon le « diagnostic » posé quant à la situation actuelle et suivant le paradigme retenu, le développement durable peut effectivement s'accommoder des modes de croissance d'aujourd'hui ou, inversement, il peut conduire à une remise en question fondamentale du capitalisme.

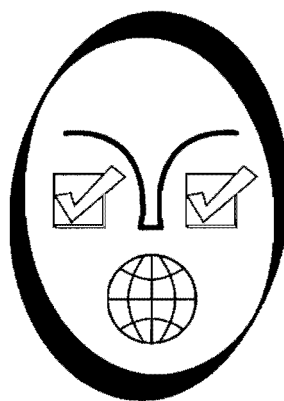
Relativement aux textes fondateurs, il existe bien un accord (presque) généralisé parmi ceux qui s'intéressent aux questions de justice internationale et de protection de l'environnement selon lequel la Conférence des Nations unies sur l'environnement tenue à Stockholm en 1972, ainsi que celle de Rio sur l'environnement et le développement tenue en 1992, ont été des étapes importantes dans la mise en marche du développement durable (Bessie, 1993; Vaillancourt, 1995a, 1995b; Viola, 1998). À mi-chemin entre Stockholm 72 et Rio 92, équivalant tous deux à des demi-succès, on retrouve le « franc désastre » de Nairobi 82, dont on parle très peu (Vaillancourt, 2005).

Un incontournable quant au développement durable est cependant le très connu « rapport Brundtland » (CMED, 1988), du nom de Madame Gro Harlem Brundtland, de Norvège, présidente de la Commission des Nations unies sur l'environnement et le développement. Cette Commission avait été créée en 1983 par l'Assemblée générale de l'ONU, essentiellement pour compenser le désastre de l'année précédente (Nairobi 82) et faire en sorte que le Sommet de la terre de Rio en 1992 ne connaisse pas un échec semblable. Le rapport, intitulé *Notre avenir à tous*, faisait le point sur les différents problèmes mondiaux sur le plan économique, environnemental et social; il établissait des liens entre ces problèmes et proposait un ensemble d'orientations afin d'aider à résoudre ces problèmes. C'est encore le rapport Brundtland qui l'a consacré le terme de *développement durable*, en le définissant comme « un développement qui répond aux besoins du présent sans compromettre la capacité des générations futures de répondre aux leurs » (CMED, traduit et cité dans Vaillancourt, 2004, p. 38). Quelques années après la parution dudit rapport, le développement durable a été opérationnalisé en tenant compte de des trois dimensions précisées dans celui-ci, à savoir : i) la dimension économique-développementale, ii) la dimension écologique-environnementale, iii) la dimension sociopolitique (Goodland, 1995; Jacobs, et al., 1991; Pearce, et al., 1989; Vaillancourt, 1995b).

deux types de problèmes intriqués (Graz, 2005). D'une part, elle illustre les limites de l'ordre interétatique face à l'actualisation des problématiques globales mettant en jeu les humains, les « non-humains » et les écosystèmes (Fidler, 2004; Hales, et al., 2002; WHO, 2002c). D'autre part, en ce qui touche à la régulation de la globalisation, elle œuvre en faveur de transferts formels et informels d'autorité en direction d'experts scientifiques, d'acteurs privés et de partenariats impliquant à des degrés divers les entreprises multinationales (ou les multinationales globales) et les réseaux d'ONG (organisations non gouvernementales) (Fidler, 2004; Lee, 2002; Lee, et al., 2002, 2004; Mills, 2001; WHO, 2002c).

## Chapitre 2

### **GLOBALISATION ET SANTÉ PUBLIQUE : ...POUR DE NOUVELLES « DONNES ÉPISTÉMOLOGIQUES »**



#### **2.1. Problématique**

« Public health is at a crossroads » (Beaglehole, et al., 2004, p. 250) ou comme le précise davantage Roy (1999) : « (...) les idées postmodernes ou la mondialisation sont à la *croisée des chemins* avec la santé publique, sa mission et ses buts » (p. 16). Par-delà l'acception figurée de « croisée des chemins » des deux précédents auteurs, de nombreux autres s'entendent pour affirmer que le champ de la santé publique traverse à l'heure actuelle une profonde crise (Chiffolleau, 2002; Contandriopoulos, 1996, 2000; Gagnon, et al. 1999; Horton, 2002a, 2002b; Labonté, 2003; Montaville, 2002; Organisation panaméricaine de la Santé, 2003; Verschave, 2004; WHO,

2002c ; Woodward, et al., 2002), voire une importante transmutation évolutive (Dixneuf, 2003; Garrett, 2005; Lee, et al., 2002; Mills, 2001).

Historiquement, culturellement, socialement construite (Chiffolleau, 2001), la santé l'est encore davantage dans sa dimension de santé publique (Montaville, 2002). Gagnon et al. (1999) insistent d'ailleurs sur une telle transformation du champ de la santé publique dans le temps et dans l'espace, transformation qui relève de processus sociaux et politiques et n'obéit à aucune logique déterministe.

Ainsi, depuis 25 à 30 ans, le champ de la santé publique subit l'influence du contexte global (Dixneuf, 2003; Lee, 2003; Graz, 2005; WHO, 2002c). Dans le domaine socio-sanitaire, la globalisation n'a pas seulement rendu plus criantes les inégalités face à la maladie. Comme elle l'a fait dans d'autres domaines, la globalisation y a engendré une « déterritorialisation » des enjeux (Graz, 2005). Celle-ci mesure d'ailleurs à l'heure actuelle toute l'ampleur de l'impact de la globalisation en santé publique comme elle témoigne concomitamment de la rapidité avec lesquelles se sont répandues – et continuent à se répandre – les maladies ou les risques d'affections à travers les frontières<sup>50</sup> (Saker, et al., 2004). Par ailleurs, la thématique de globalisation étant intimement liée à celle de gouvernance globale, on peut d'emblée mentionner que ledit processus de globalisation implique aujourd'hui, en santé publique, d'autres acteurs que les États, des acteurs qui

---

<sup>50</sup> Durant ces dernières années en particulier, la santé a gagné une place de premier plan dans les agendas internationaux (Dixneuf, 2003), une telle attention internationale ayant été catalysée par l'épidémie du sida, par les enjeux sanitaires qui lui sont liés ainsi que par ses implications en termes d'économie politique. L'épidémie de sida, qui apparaît dans les années 80, a constitué – et constitue toujours – la plus grande secousse pour la santé publique, au point d'avoir fait l'objet d'une session extraordinaire à l'Assemblée des Nations unies en juin 2001 et d'être la seule maladie nommément citée dans l'introduction du Rapport de l'OMS en 2002. En raison de son déplacement du domaine exclusif de la santé vers celui de la « haute politique » (Altman, 1998a), l'épidémie du VIH occupe donc une place toute particulière dans l'histoire des épidémies (Dixneuf, 2003) en reflétant l'économie politique internationale de la santé (Lee, et al., 1996a).

puissent prendre le relais des rôles traditionnellement occupés par les ministères de la santé et parvenir à leur coordination au travers des divers programmes de l'OMS<sup>51</sup> (Lee, et al., 2002, 2004).

La globalisation, facteur dominant du début du XXI<sup>ème</sup> siècle (Fontanel, 2005), constitue donc l'un des défis majeurs auxquels sont confrontés les professionnels de la santé publique et les responsables de la politique de santé (Altman, 1994, 2003; Fritz, 2003; Labonté, 2003; Lee, et al., 2002; Organisation panaméricaine de la Santé, 2003; Third World Quarterly, 2002; WHO, 2002c). Mais les liens entre la globalisation et la santé publique se révèlent complexes (Woodward, et al., 2002), leur analyse dépassant le référent unificateur économique (Gentil, 2004; Lee, 2003; Martin, et al., 1996). Et, malgré le nombre considérable de travaux consacrés à l'importance de la globalisation pour la santé (Lee, 2003; Lee, et al., 2002; Organisation panaméricaine de la Santé, 2003), il n'existe actuellement

---

<sup>51</sup> L'OMS n'est cependant pas la seule organisation à s'occuper de la santé publique mondiale et il serait erroné de la placer au faite de l'architecture institutionnelle (Graz, 2003). L'OMC et la Banque mondiale (BM) apparaissent comme autres organisations qui « rivalisent » avec l'OMS pour la gouvernance globale en santé publique (Dixneuf, 2003). C'est à la BM qu'échoit la gestion du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. L'importance prise par le Fonds mondial et les réorientations stratégiques convergeant vers la lutte contre le sida – et, dans une moindre mesure, vers la lutte contre le paludisme et la tuberculose – a d'ailleurs suscité de l'inquiétude au sein de l'establishment médical quant aux possibilités pour l'OMS de poursuivre son mandat initial en matière de santé pour tous (Horton, 2002a, 2002b, 2003a). Du côté de l'OMC en tant qu'autre grande organisation empiétant sur la gouvernance globale en santé, l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC comme acronyme en français; TRIPS en anglais) a renforcé depuis 1995 la discipline relative à la protection des brevets. De ce fait, les médicaments brevetés disposent actuellement d'une protection d'au moins 20 années, si bien que cela contribue au maintien du prix élevé des médicaments, que cela grève les budgets de la santé dans les pays du Nord comme dans ceux du Sud, tout en limitant considérablement l'accès aux médicaments pour ces derniers.

La présente dynamique de la gouvernance en santé publique participe donc d'une globalisation qui contribue à redéfinir les relations entre la sphère publique et la sphère privée, en subordonnant le droit à la santé garanti par l'État et les instruments de l'OMS aux capacités individuelles d'en payer le prix ou en impliquant plus largement les entreprises pharmaceutiques et les fondations privées dans des programmes de santé publique. De nombreux acteurs associatifs (comme Act-up, Médecins sans frontières) participent aussi aux nouveaux partenariats publics-privés érigés dans un tel contexte.

aucun consensus ni sur les voies ou mécanismes par lesquels la globalisation influe sur la santé des populations ni sur les réponses politiques appropriées à apporter à ce problème (De Belder, 2002; Lee, et al., 2004; Woodward, et al., 2002).

À ce premier défi que pose la globalisation au champ de la santé publique, se greffe un second enjeu contemporain : la gouvernance globale en santé publique. La gouvernance globale – traduisant le changement de rôle des acteurs et leur interdépendance croissante – s'avère consubstantielle à la globalisation. La globalisation, qui est façonnée par des acteurs économiques aux stratégies parfois concordantes, parfois conflictuelles, va effectivement mettre à l'avant-scène les « concernés collectifs du monde entier » (Fontanel, 2005, p. 15), sachant que les problèmes de santé vont tout autant diviser que réunir.

Tandis que les organisations internationales prolongent le caractère public de la globalisation, l'émergence des organisations non gouvernementales, l'essor d'organismes financiers puissants ou la puissance de firmes multinationales modifient l'expression des rapports de force sur le système de marché « globalisé ». Pourtant, ces forces repérées ne sont pas toujours clairement identifiables, les rôles des acteurs s'avérant parfois confus (Lee, et al., 2002; Fontanel, 2005). Ainsi s'exerce-t-il aujourd'hui une tension croissante entre de nouvelles règles, de nouveaux acteurs et de nouveaux marchés – qui caractérisent la globalisation –, et la capacité des pays à protéger et promouvoir la santé (Dixneuf, 2003; Garrett, 2005; Labonté, 2000; Woodward, et al., 2002).

La globalisation confronte ainsi doublement la santé publique : problématique à double « *tranchant-* » (-globalisation, -gouvernance globale) et,

corollairement, double défi. Étant donné la portée radicale des enjeux que soulève actuellement l'ordre globalitaire<sup>52</sup> en santé publique, il appert donc urgent, premièrement, de réfléchir à la nature des liens les unissant (Massé, 2003), de chercher à comprendre et à approfondir le sens de ces liens (Freitag, 2002), deuxièmement, de « réagir » (Seymour, 2004), c'est-à-dire d'« être critique » (Freitag, 2002) ou de se positionner en tant qu' « intellectuel engagé » face à la question de la gouvernance globale en santé publique (Berridge, et al., 2002; Dodgson, et al., 2002; Feldbaum, et al., 2004; Smith et al., 2003).

Bien que ne perdant pas de vue le caractère dual (que nous référons comme « double *tranchant* ») de la problématique, Lee (2002), Woodward (2002) et leurs équipes respectives se montrent plus explicites quant à la façon de procéder : ils conseillent de commencer par la globalisation ou l'ordre globalitaire en tant que tel. Ensemble, ils insistent effectivement sur la pressante nécessité de modéliser, dans un premier temps, les interrelations entre la santé publique et ce qu'ils qualifient de « phase moderne de la mondialisation » (ce que nous appelons « globalisation »). Dans la perspective d'une telle modélisation, Garrett (2005) ajoute qu'il importerait d'y tenir compte de l'importance pandémique contemporaine (VIH/sida et H5N1 entre autres). Pour les trois chercheurs ou équipes de chercheurs précédemment cités, la globalisation dans le domaine de la santé publique en appelle, inévitablement, à de nouvelles « données épistémologiques » qui permettraient, notamment, de mieux comprendre la profonde crise – ou l'importante transformation, la transmutation – de la santé publique face à la globalisation avant d'en clarifier les enjeux en termes de gouvernance. En outre, poursuivent les deux premières équipes, cette modélisation s'avérerait

---

<sup>52</sup> Le sens précis et l'origine de cette acception sont présentés au *Chapitre 3* (voir *Journal de bord*, en 3.1.1. et 3.1.2.). Rappelons que les deux acceptions « ordre global(itaire) » et « nouveau monde global » sont synonymes de « globalisation ».

profitable pour d'autres chercheurs en leur permettant d'inscrire leurs travaux à l'intérieur d'un modèle utile. Enfin, un tel cadrage analytique pourrait aussi constituer un point de départ pour une réflexion novatrice au niveau décisionnel, voire servir indirectement à la formulation de politiques de santé appropriées (Lee, et al., 2002; Woodward, et al., 2002).

Ensuite, réapparaît le second « *tranchant* » de problématique, la gouvernance en santé publique dans tous les pays industriels avancés. La position dominante occupée par la santé publique dans l'agenda international<sup>53</sup> se trouve renforcée par le processus socio-historique de globalisation. Comme le rapportent Dodgson et al. (2002), la globalisation transforme actuellement de trois manières le *contexte de la collaboration des différents acteurs* de la santé publique. Tout d'abord, elle majore les risques sanitaires transfrontaliers, que ce soit en contribuant à la diffusion des maladies ou en modifiant la répartition géographique des facteurs déterminants de la santé (Dodgson, et al., 2002; Saker, et al., 2004; Smith et al., 2003). Deuxièmement, la globalisation augmente le nombre de participants aux politiques de santé ainsi qu'elle favorise l'influence des acteurs non étatiques (Buse, 2004; Dodgson, et al., 2002; Kickbush, et al., 1998; Lee, et al., 2002). En troisième lieu, elle contribue à l'effondrement de la capacité des États à assumer les défis sanitaires globaux<sup>54</sup> (Dodgson, et al., 2002; Sassen, 1996). Dixneuf (2003) ajoute toutefois que les politiques globales de santé ne peuvent faire l'économie de l'action étatique, même si

---

<sup>53</sup> La santé publique figure depuis longtemps et pour diverses raisons (colonisation, échanges commerciaux maritimes, lutte contre les épidémies, aide au développement) parmi les sujets récurrents des discussions interétatiques, sa position dans l'agenda international découlant d'un lent processus d'internationalisation des politiques sanitaires (Dixneuf, 2003).

<sup>54</sup> De plus, la globalisation ne paraît pas adaptée aux enjeux sociaux ou gouvernementaux. Ainsi, par exemple, les intérêts industriels dominent quelquefois ceux de la santé publique, comme dans le cas de la crise de la « vache folle » (Lee, et al., 1998).



elles doivent considérer de nouveaux acteurs tels que, par exemple, les ONG et les firmes multinationales.

Enjeu des relations étatiques, la santé a ainsi acquis une place croissante dans la politique internationale et est devenue un enjeu de gouvernance globale (Dixneuf, 2003; Lee, et al., 2002, 2004; WHO, 2002c) de sorte qu'aujourd'hui, tout retard dans la mise en œuvre de politiques mondiales de santé serait passible d'effet préjudiciable, voire ravageur<sup>55</sup>, sur la croissance économique, sur la sécurité intérieure des États et sur la sécurité globale (Dixneuf, 2003; Feldbaum, et al., 2004). Plus de 20 ans après la déclaration d'Alma-Ata<sup>56</sup>, la gouvernance globale en santé publique rejoint subséquemment les préoccupations de très nombreux auteurs<sup>57</sup> (Altman, 2003; Berridge, et al., 2002; De Belder, 2002; Deacon, et al., 2003; Dodgson, et al., 2002; Fidler, 2004; Garrett, 2005; Hall, et al., 2002; Held, et al., 2002; Higgott, et al., 2000; Horton, 2002a, 2002b, 2003a; Jacquet, et al., 2002;

<sup>55</sup> Tout retard mis par exemple à prendre en compte les ravages causés par l'épidémie d'infection à VIH comme fait social majeur risque de freiner la fluidification des relations internationales et, secondement, de déstabiliser l'ensemble de la gouvernance globale. Pour que l'épidémie de VIH/sida n'ébranle pas l'ensemble des régulations de la gouvernance globale, il est urgent que les acteurs ajustent leurs pratiques aux changements internationaux liés à la santé et que les obstacles à la mise en œuvre de politiques efficaces soient franchis (Dixneuf, 2003).

<sup>56</sup> Il y a plus de 20 ans, à Alma-Ata, l'OMS définissait la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consistant pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité ». La Déclaration d'Alma-Ata poursuivait en affirmant que « la santé est un droit fondamental pour l'être humain » et que « l'accession au niveau de santé le plus élevé possible est un objectif social extrêmement important qui intéresse le monde entier et suppose la participation de nombreux secteurs socio-économiques autres que la santé ».

<sup>57</sup> Enfin, il faut noter que l'heure de la globalisation amène bien certains auteurs à envisager la santé dans sa globalité comme un bien public mondial (BPM) (Chen, et al., 1999; Chiffolleau, 2002; Kaul, et al., 1999; Montaville, 2002), concept en contrepoint duquel d'autres auteurs invoquent celui de « maux publics communs » (Kaul, et al., 2003; Montaville, 2002). Toutefois, selon Smouts (2002), référer à la santé en tant que BPM correspond à un « mythe légitimateur pour l'action collective », la notion de BPM reflétant ici une forme d'idéalisme et d'occultation des rapports de force entre des acteurs très hétérogènes. Pareillement, Chiffolleau (2002) et Montaville (2002) évoquent l'utopie de recourir au concept de BPM qui s'avère notamment impossible à opérationnaliser.

Koivusalo, 2003; Koivusalo, et al., 1997; Laroche, 2003; Lee, et al., 2002; Mills, 2001; OMS, 1997, 1998, 2000, 2002; Siddiqi, 1995; Smith et al., 2003; Stubbs, et al., 2000; Third World Quarterly, 2002).

## **2.2. Objectifs de recherche**

Jusqu'ici et dans la littérature internationale, aucun(e) modélisation conceptuelle ou cadre analytique portant sur les interrelations entre la santé publique et la globalisation d'une part, portant sur la dynamique de la gouvernance globale en santé publique d'autre part, n'a été proposé(e). Seuls Woodward et son équipe (2002) ont élaboré un cadre conceptuel comprenant cinq liens identifiés comme critiques du point de vue des effets de la globalisation sur la santé<sup>58</sup>.

La présente recherche répond précisément à la fonctionnalité – voire l'indispensabilité suivant certains auteurs – d'un tel cadrage pour l'évaluation des effets de la globalisation de l'économie sur la santé, pour l'élaboration de programmes de recherche ainsi que pour la proposition de réponses politiques appropriées (Apostolidis, et al., 1997; Campbell, et al., 2002; Chiffolleau, 2002; Dixneuf, 2003; Dodgson, et al., 2002; Graz, 2005; Hours, 2002a, 2002b; Laurent-Becq, et al., 2003; Lee, et al., 2002; Loewenson,

<sup>58</sup> Nous rappelons à ce niveau lesdits liens existant entre la santé et la globalisation (préalablement exposés en introduction, voir *Point de départ de la thèse et démarche intellectuelle, pages 9-10*). Trois effets directs comprennent l'impact immédiat sur les systèmes de santé, sur les marchés internationaux (ceci incluant les effets sur les prix des produits pharmaceutiques) et sur les droits de propriété intellectuelle touchant au commerce. Deux effets indirects concernent d'autres déterminants de la santé tels que la transmission au-delà des frontières des maladies infectieuses et la commercialisation du tabac. Plus largement, les effets de la globalisation touchent aux économies nationales et, par ricochet, aux ressources disponibles pour financer les dépenses publiques, dont celles consacrées à la santé. Ils affectent également les revenus des ménages et de ce fait, créent ou renforcent des inégalités de conditions de vie, influençant dès lors de nombreux déterminants de la santé (alimentation, travail, éducation entre autres).

2002; Smith, et al., 2003; Verschave, 2004; Woodward, et al., 2002). En s'inscrivant dans une logique de production d'une compréhension théorique de la santé publique en contexte global, notre thèse mettra en place des pistes de réflexion – et d'action – pour le présent et pour l'avenir de la santé publique.

Cette thèse vise, premièrement, à conduire une analyse critique sur la globalisation de la santé publique et sur la gouvernance globale en santé publique ainsi qu'à élaborer, secondement, une théorie sur la santé publique globalisée. Nos objectifs spécifiques se répartissent comme suit :

1. Construire un cadre conceptuel permettant :
  - i. D'analyser la nature des liens entre la santé publique et la globalisation (perspective synchronique du modèle)
  - ii. Et de mieux comprendre la transformation de la santé publique durant la périodisation 1980-2007 (perspective diachronique du modèle),

C'est-à-dire élaborer un modèle socio-historique de la santé publique globalisée, qui introduise une cohérence conceptuelle entre les deux perspectives (synchronique et diachronique) en même temps qu'il confère un sens à la transformation évolutive de la santé publique durant les 25 dernières années;

2. En tenant compte du précédent modèle, proposer (s'il y a lieu) de nouvelles pistes de réflexion pour une gouvernance globale en santé publique.

Dans la présente recherche, la globalisation (en plus d'être considérée comme « ordre globalitaire » [voir *page 42*) est abordée comme « processus de transformation du monde » (Rioux, 2005, p. 13), ce qui consiste à prendre pour point de départ les acteurs et à considérer le phénomène de globalisation sous l'angle de changements organisationnels et institutionnels. C'est ce qui nous permettra d'énoncer et prendre en charge notre second objectif sous l'angle des acteurs de la gouvernance globale en santé publique.

En outre, les propositions qui seront émises à ce niveau tiendront compte de notre « sensibilité théorique » (voir *Note de bas de page numérotée 23*), nous amenant ici à considérer de manière concomitante le processus économique de la globalisation et les préoccupations majeures d'intégration et de justice sociales. En effet, à l'instar de Beck (2000, 2002), de Held (2005) et de Bouchet (2005), nous nous situons donc, dès le départ de cette recherche, dans un courant de pensée social-démocrate et cosmopolitique<sup>59</sup>, au sein duquel la globalisation constitue une occasion de repenser l'universel et non de le détruire.

Cette thèse nous donne en outre l'occasion de réaffirmer notre « engagement » face à la globalisation, engagement dont (notamment) Pignarre et Stengers (2005), Arendt (1972b, 2002) ainsi que Rioux (2005)

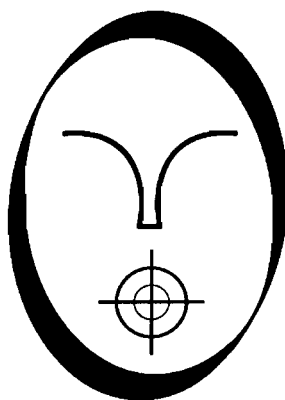
---

<sup>59</sup> Ce sont essentiellement Beck (2000, 2002) et Held (2005) qui, à travers différentes notions, réactualisent l'adjectif séculaire « cosmopolitique », ce dernier se parant à l'heure de la globalisation, d'une aura nouvelle. Dans leurs écrits, les deux auteurs plaident notamment en faveur d'un « État cosmopolitique » ou d'une « souveraineté cosmopolitique », un courant ou une vision cosmopolitique étant plus généralement celui/celle qui : i) tient compte de l'accélération rapide des interdépendances mondiales, ii) teste et développe la souveraineté coopérative des États pour résoudre des problèmes globaux et nationaux, iii) pacifie la diversité et les rivalités des ethnies et des nations tout en les protégeant. Ainsi, « cosmopolitique » signifie que l'on reconnaisse à la fois l'égalité et la différence, et que l'on se sente responsable vis-à-vis de la planète dans son ensemble. Les problèmes de ceux qui ont une culture différente doivent être présents au sein de la communauté politique; ils doivent y être entendus et représentés à la fois sur les plans culturel et politique (Beck, 2000, 2002; Held, 2005; Held, et al., 2002b).

soulignent l'importance. Notre position s'accorde enfin avec l'avis de Laïdi (2004) pour lequel l'important est de s'adapter, de protéger les plus faibles et d'organiser, de réglementer la globalisation, et lequel affirme également que la globalisation sera ce que nous-mêmes en ferons.

## **Chapitre 3**

### **GLOBALISATION ET GOUVERNANCE GLOBALE**



#### **3.1. *La globalisation : son existence factuelle, concrète et historique***

Dans la présente section, nous attribuons une valeur relative de signifiante plus grande – eu égard nos objectifs de recherche – aux éléments du matériau qui suivent (et qui concernent la globalisation dans les *faits*). La section numérotée 3.1. correspond à l'opération d'appropriation, soit la première des trois opérations du travail de transposition en mode écriture (voir 0.1.2.1.).

### **3.1.1. Origine du concept de globalisation et son extension progressive**

La globalisation, et le terme, et le phénomène, sont d'origine américaine. Dès le début des années 1980, les *Business Schools* américaines, constatant l'ampleur démesurée d'un phénomène économique lié à l'apparition des *Transnational corporations*, commencent à parler de *Global market*, de *Global business*, de *Global liberalization*. Le mot *Globalization* est ensuite lancé, en 1983, par Levitt, dans un article intitulé « *The globalization of the market* » et publié dans la *Harvard Business Review*. Ce professeur de management de Harvard recourt alors à un néologisme pour traduire cette gestion économique inédite, qui fait du monde son espace de rationalité et tend à transcender les pouvoirs étatiques (Levitt, 1983).

Cette définition inaugurale de la globalisation semble toutefois restrictive : le terme ne s'applique en effet qu'à la gestion des multinationales et concerne exclusivement les échanges internationaux (Boyer, 2005; Boyer, et al., 1996). Quelques années plus tard, Ohmae (1991) décide donc d'élargir la notion à l'ensemble de la chaîne de création de valeur, qui s'étend dès lors de la recherche et développement (R&D) à l'ingénierie, la production, la marchandisation, les services et la finance<sup>60</sup>.

Une deuxième définition de la globalisation paraît dès ce moment justifiée puisque la globalisation réfère maintenant à une forme de gestion, totalement intégrée à l'échelle mondiale, de la grande firme multinationale (Boyer, 2005).

---

<sup>60</sup> Cinq étapes forment cette chaîne de création de valeur : i) l'exportation par la firme à partir de sa base nationale, ii) l'établissement de services de vente à l'étranger, iii) la production locale, iv) le passage de l'entière maîtrise de la chaîne de production de valeur vers la filiale, v) l'intégration globale, complétée dès que les firmes appartenant au même groupe conduisent leur R&D, financent leurs investissements et recrutent leur personnel à l'échelle mondiale (Boyer, 2005).

Toutefois, le sémantisme afférent à la globalisation ne va pas s'arrêter là : une troisième définition est mise au point lors du passage de la gestion interne des firmes à l'architecture du système international, c'est-à-dire lors du passage de la micro- à la macro-économie, lors du passage des règles de « bonne gestion » privée à l'établissement de politiques économiques et à la construction – ou redéfinition – des institutions nationales (Boyer, 2005). La globalisation devient dès ce moment le processus à travers lequel les entreprises les plus internationalisées tentent de redéfinir à leur profit les règles du jeu précédemment édictées par les États-nations (Boyer, 2005; Boyer, et al., 1996; Ohmae, 1996; Saul, 2006).

Enfin, la globalisation reçoit une quatrième définition avec la fin de l'économie internationale et l'émergence concomitante d'une économie globalisée, au sein de laquelle les économies nationales sont décomposées avant d'être réarticulées à l'intérieur d'un système de transactions et de processus opérant directement au niveau international (Boyer, 2005; Saul, 2006). Cette quatrième définition – toujours actuelle – qui est également la plus générale et systémique<sup>61</sup>, présente la globalisation comme la nouvelle configuration marquant la *rupture* par rapport aux précédentes étapes de l'économie internationale.

Dans la présente thèse, nous choisissons<sup>62</sup> de définir la globalisation comme le font Fontanel (2005) et Bouchet (2005), pour lesquels il s'agit d'un :

---

<sup>61</sup> Référence est faite ici à la perspective luhmanienne qui privilégie la notion de système et de laquelle dérivent par exemple les acceptions « *système* globalisé » ou « *système* financier globalisé » fréquemment utilisées par Freitag et al. (1999) pour désigner la globalisation.

<sup>62</sup> Sans pour autant renier les définitions de la globalisation que proposent le Fonds monétaire international (FMI) ou le Bureau international du travail (BIT), à savoir, respectivement : i) « l'interdépendance économique croissante de l'ensemble des pays du monde provoquée par l'augmentation du volume et de la variété des transactions transfrontalières de biens et de services, ainsi que des flux internationaux de capitaux, en même temps que par la diffusion accélérée et généralisée de la technologie » (FMI, cité dans Boniface, 2001, p. 9), ii) « vague de libéralisation des échanges, des



[processus d'] intégration des activités productives et commerciales dans un système de marché global, dans le contexte d'une multiplicité de liens et d'interconnexions entre les États et les sociétés civiles qui forment le système mondial (Fontanel, 2005, p. 5).

Un tel processus d'

(...) intégration globale des marchés et [de] diffusion planétaire de l'économie de marché [fait] que 'tout a un prix'. Le corollaire de la monétisation absolue est que la sphère du profit étend son rayon dans des domaines qui lui étaient auparavant inconnus ou interdits : le temps, l'art, les organes humains, la livraison de dix tonnes de cacao sous trois mois, la volatilité financière, les droits de polluer, un voyage dans le cosmos, le dépaysement, la différenciation, etc. se voient attribuer désormais une valeur marchande. La globalisation est donc un phénomène qu'il convient d'aborder sous une approche économique et financière mais aussi historique, culturelle et géopolitique (Bouchet, 2005, p. 53).

Il s'agit encore d'une interdépendance croissante des économies nationales, qui entraîne l'érosion des pouvoirs et des degrés de liberté des États-nations, l'économie de marché étant devenue la référence obligée pour le développement économique (Fontanel, 2005). La globalisation suppose en effet l'ouverture et la totale liberté des marchés financiers, la transnationalisation des stratégies des firmes oligopolistiques, la diffusion de la technologie et des connaissances à l'échelle planétaire, la transformation des conduites de consommation vers une uniformisation et un élargissement des choix, l'internationalisation des capacités régulatrices des sociétés nationales des gouvernements nationaux dans la définition de règles de régulation macro-économique (Saul, 2006; Scholte, 2000).

---

investissements et des flux de capitaux ainsi que par l'importance croissante de tous ces flux et de la concurrence internationale dans l'économie mondiale » (BIT, cité dans Boniface, 2001, p. 11).

### **3.1.2. « Globalisation » et « mondialisation(s) » : quel mot pour le dire?**

Bien qu'ayant depuis 1983 : i) envahi le discours managérial, ii) acquis une position dominante dans les sciences sociales contemporaines, iii) nourri une littérature pléthorique et variée, iv) bien qu'ayant sous-tendu nombre programmes politiques depuis une quinzaine d'années, les termes de globalisation et de mondialisation se révèlent régulièrement châtiés, utilisés de manière approximative, voire employés de façon interchangeable ou à contresens (Bouchet, 2005; Boyer, 2005; Gélinas, 2000; Held, 2005; Paulet, 2005; Thompson, 1999). Il existe, d'un côté, une profonde ambiguïté associée au mot « mondialisation » (Held, 2005), qui recouvre diverses significations n'étant pas toujours cernées dans les textes qui en traitent (Gélinas, 2000; Thompson, 1999). De l'autre côté, comme le rapporte Gélinas (2000), « la globalisation comporte (...) de l'ancien et du nouveau » (p. 21). En effet, même si elle jette ses racines dans cinq siècles de mondialisation des échanges économiques et qu'elle partage subséquemment certains de ses traits avec des époques – et des mondialisations – antérieures (Braudel, 1979, 1985), la globalisation s'en distingue fondamentalement par différentes caractéristiques organisationnelles (Held, 2005) : ainsi, le monde d'aujourd'hui est-il structuré par les NTIC, par l'économie mondiale, par le développement de dispositifs régionaux et planétaires de gouvernance, par les nouvelles formes de régulation internationale et par l'apparition de problèmes systémiques à l'échelle du globe (par exemple : sida, H5N1, croissance des inégalités, volatilité des marchés, blanchiment d'argent, terrorisme de masse, changement climatique).

Dans la présente thèse, nous choisissons, à l'instar de Bouchet (2005), de Boyer (2005), de Freitag (2002), de Gélinas (2002), de Held (2005), de Rioux (2005) et de Saul (2006), d'utiliser le terme de globalisation préférentiellement

à celui de mondialisation pour couvrir le processus contextuel de la périodisation 1980-2007. Les mots « globalisation » et « mondialisation » qui peuvent paraître simples, limpides ou équivalents au premier regard recèlent une certaine ambiguïté qu'il nous paraît important de dissiper ci-après. En effet, tel que le soulignait Camus, ne serait-ce pas « ajouter aux malheurs du monde que de mal nommer les choses » ? Nous procédons donc ci-dessous à un éclaircissement d'ordre sémantique, conceptuel et historique afin de pouvoir situer et différencier les deux notions.

### **3.1.2.1. Mondialisation versus globalisation : des notions sémantiquement très différentes**

Sémantiquement et conceptuellement, la globalisation se démarque également de la mondialisation (Bouchet, 2005; Boyer, 2005; Freitag, 2002; Gélinas, 2000; Held, 2005; Rioux, 2005).

En juin 1983, un *nouveau* terme américain, *Globalization*, est émis par Levitt pour désigner la *nouvelle* réalité que constitue alors la convergence des marchés dans le monde entier (voir 3.1.1.). Lorsque le phénomène s'étend au milieu francophone, il apparaît d'abord sous la traduction française « globalisation ». Toutefois, sous la férule de quelques linguistes – qui n'y voient qu'un anglicisme –, « globalisation » devient « mondialisation ». Effectivement, pourquoi faudrait-il, selon ces derniers, utiliser le francanglais pour la « simple » prolongation d'un phénomène de planétarisation des communications et des échanges, phénomène existant depuis très longtemps et ayant déjà, de surcroît, sa propre dénomination en français? À ce moment, la linguistique – et ses linguistes – ignorent toutefois à quel point la réalité que sous-tend le néologisme anglais *Globalization* se différencie de celle afférente à la/aux précédente(s) mondialisation(s) (celles qui remontent en-

deçà de la décennie 1980). En effet, même si le terme « globalisation » est un anglicisme, venant du mot anglais *Global* qui signifie en français « mondial », le mot anglais *Global* a une double signification (Bouchet, 2005). Il signifie soit planétaire, soit total, soit les deux à la fois. Ainsi, tel que le soulignent Bouchet (2005) et Gélinas (2000), le néologisme anglais *Globalization* venant de *Global* traduit effectivement le double aspect de la réalité qu'il désigne, à savoir l'envergure planétaire du marché global et son emprise totalisante et tentaculaire sur le monde. « Globalisation » et *Globalization* sont ainsi tous deux des néologismes. Afin de distinguer la période actuelle des phases précédentes de mondialisation, le terme « globalisation » nous paraît donc justifié en langue française.

### **3.1.2.2. Une « longue » histoire à retracer : trois mondialisations successives préludent à la globalisation**

Historiquement, les mondialisations se succèdent sans rupture (quant aux formes historiques de capitalisme<sup>63</sup>) jusque et non compris la phase contemporaine qui couvre la périodisation 1980-2007 (Braudel, 1979, 1985; Le Goff, 1997).

Bien que pour certains économistes, le premier grand épisode de mondialisation économique et financière ne remonte qu'au XIX<sup>ième</sup> siècle<sup>64</sup>, le processus séculaire de mondialisation jette ses plus lointaines racines dans

<sup>63</sup> C'est-à-dire lors du passage progressif de l'économie marchande simple initiale au capitalisme mercantiliste (ou marchand) et au capitalisme productif industriel.

<sup>64</sup> Au moment du processus d'expansion de l'« économie-monde » suivant l'expression de l'historien Braudel (1985), pendant laquelle s'opère une intensification des échanges internationaux de marchandises et de capitaux entre l'Europe et le Nouveau-Monde des Amériques.

le tournant du XV<sup>ième</sup> au XVI<sup>ième</sup> siècle (Braudel, 1979, 1985; Crouzet, 2000; Gélinas, 2000; Le Goff, 1997). Trois mondialisations se succèdent avant l'orée de la décennie 1980 (Gélinas, 2000).

La première mondialisation, dite mondialisation marchande ou mercantiliste, correspond à la périodisation 1498-1763 et est lancée : i) par la circumnavigation de l'Afrique par Bartolomé Dias en 1488, ii) par la « découverte » des Amériques par Christophe Colomb en 1492, iii) par l'ouverture de la route maritime des Indes par Vasco de Gama en 1498 (Gélinas, 2000). De très nombreux explorateurs-marchands européens, pour la plupart d'origine portugaise ou espagnole<sup>65</sup>, partent dès ce moment à la conquête des « bonnes affaires à faire » sur d'autres continents. Ainsi, l'Europe, initialement pauvre et à la traîne par rapport à l'empire islamique et à l'empire du Milieu (la Chine) va étendre son empire commercial au niveau mondial. Vers la moitié du XVI<sup>ième</sup> siècle, en raison de l'intérêt, voire de la cupidité des explorateurs-marchands, et parallèlement, étant donné la volonté de conquête des monarchies européennes, le développement du commerce transcontinental confère à l'économie européenne une dimension mondiale sans précédent. Une alliance scellée entre les monarques et la classe marchande permet effectivement un tel élargissement « sans mesure » des marchés européens à l'échelle mondiale.

Cette première mondialisation qui dure presque trois siècles (Braudel, 1985) est parfois qualifiée d'« accumulation positive par l'agriculture, le commerce lointain, la colonisation, la piraterie et le travail esclavagiste» (Gélinas, 2000, p. 24). Toutefois, la même périodisation est marquée par les guerres sans merci que se livrent les différentes monarchies d'Europe pour le contrôle des mers et l'appropriation de nouvelles colonies périphériques.

---

<sup>65</sup> L'Espagne et la Portugal forment l'épicentre de cette première mondialisation marchande.

La mondialisation mercantiliste se termine en 1763 par la signature du Traité de Paris, qui ratifie la fin d'incessants conflits entre les puissances colonisatrices et qui promulgue la victoire définitive de la Grande-Bretagne. Dans ce dernier pays, trois types de signes précurseurs de renouveau économique marquent par ailleurs la clôture de la mondialisation marchande. On observe tout d'abord la création des premières grandes manufactures ayant été ouvertes par de riches marchands devenus fabricants. On assiste, en second lieu, à la croissance de la productivité agricole qui, grâce à l'importation de nouvelles semences à rendement élevé, a libéré la main d'œuvre nécessaire à l'implantation manufacturière et à l'émergence du système capitaliste. Troisièmement, on observe l'éclosion du marché intérieur sous l'effet du décuplement de la circulation de la monnaie.

La deuxième mondialisation s'étend de 1763 à 1883. L'Angleterre est l'épicentre du système de production capitaliste, un tel système imprimant parallèlement au pays une forme différente de celle qu'il avait prise avec la mondialisation mercantiliste. En effet, le décollage industriel britannique va apporter un nouveau système de production mécanisée, fondée sur l'abondance de capitaux disponibles, sur le progrès technique et sur une nouvelle organisation du travail : c'est la révolution industrielle. À l'opposé du précédent mercantilisme qui était en permanence soumis à la contingence des ressources externes, l'essor capitaliste bénéficie dès lors d'une dynamique interne propre et illimitée. L'avènement de la production industrielle à grande échelle modifie par suite la nature des relations économiques et commerciales entre les métropoles et leurs colonies. En vertu d'un « pacte colonial », ces dernières se voient en outre forcées d'acheter les produits fabriqués en série par les usines métropolitaines pour lesquelles l'exportation – en cas de surproduction – s'avère cruciale.

Durant cette deuxième mondialisation capitaliste, réalisée sous la férule de monarchies colonisatrices, deux types d'échanges vont conséquemment se

développer : i) d'un côté, un échange concurrentiel, transparent et fructueux, opéré entre les marchands des différentes métropoles européennes en voie d'industrialisation, ii) de l'autre côté, un échange inégal, protégé et trouble, fait entre les métropoles et leurs néocolonies. C'est également cette (deuxième) mondialisation de l'économie qui, portée d'une part par des empires coloniaux en mal d'expansion, soulevée d'autre part par un capitalisme naissant en quête de marchés extérieurs et de matières premières, augure la division internationale du travail, qui va être institutionnalisée durant la mondialisation suivante.

La troisième mondialisation se fait jour en 1883, lors de la création de la première multinationale, la *Standard Oil Trust* de Rockefeller (Gélinas, 2000) et par l'intermédiaire du démarrage du *Big Business* américain inaugurant l'ère de la multinationalisation des entreprises. L'arrivée du pétrole de même que l'introduction de l'électricité – qui alimentent les machines et l'économie avec une efficacité jusqu'alors inégalée – actionnent, avec le boom de l'acier et de l'industrie chimique, le moteur d'une seconde révolution industrielle. Cette dernière se singularise toutefois de la première par une recherche constante de l'innovation et par l'organisation scientifique du travail. Un tel modèle innovant de production et de consommation de masse est proposé à l'origine par les États-Unis. Dès la fin du XIX<sup>ième</sup> siècle, ceux-ci s'affirment ainsi comme la première puissance industrielle mondiale tandis que la Grande-Bretagne garde l'hégémonie du commerce.

Trois signes distinctifs dominent la troisième mondialisation : i) l'ère des Titans, ii) la Grande Dépression, iii) la Deuxième Guerre mondiale et la Conférence internationale de Bretton Woods. L'ère de Titans<sup>66</sup> symbolise une manière révolutionnaire d'éliminer la concurrence par des acquisitions

---

<sup>66</sup> John D. Rockefeller, suivi : du baron de l'acier, Andrew Carnegie, du baron de la finance, J. Pierpont Morgan, du baron de l'industrie chimique, Du Pont de Nemours, et enfin, du pionnier de l'automobile, Henry Ford.

amicales ou hostiles, par des fusions, par des alliances verticales et horizontales ainsi que par le regroupement d'entreprises sous une direction unique. De 1890 à 1929, les Titans ayant « cannibalisé » leurs concurrents, ils fondent les premières *corporations* multinationales et commencent dès ce moment à dominer la vie économique et sociale américaine. En effet, ces conquérants industriels – que le grand public dénomme les *Robber barons* – règnent dès lors en maîtres sur tous les secteurs de l'économie, ceci étant catalysé par la non-intervention de l'État.

Le 24 octobre 1929, l'effondrement de la Bourse de New York annonce la Grande Dépression, panne majeure du système capitaliste pour une dizaine d'années. L'affaissement général de la demande, réalité occultée par l'expansion des marchés financiers gangrenés par la spéculation, ainsi que la concentration incontrôlée des revenus vers le haut – elle-même due à une concurrence biaisée en faveur des monopoles – se présentent comme cause déterminante de la Grande Dépression. La crise est en outre aggravée : i) d'une part, par la double faillite – nationale et internationale – d'un ordre économique mal équipé pour présider à la multinationalisation de l'économie, ii) d'autre part, par la carence de la régulation financière et monétaire dans une économie de plus en plus mondialisée. Impuissants face à la crise, les Titans d'hier en appellent à la médiation des gouvernements pour faire redémarrer l'appareil productif. Aux États-Unis, le Président Roosevelt répond alors à la récession par l'instauration du *New Deal*, nouveau contrat social entre l'État, la grande entreprise et la société civile. L'instauration de la *Social Security* remonte à 1935, l'État social s'étendant ensuite aux autres pays industrialisés.

De 1939 à 1945, la Deuxième Guerre mondiale marque le basculement du monde vers l'Amérique (Braudel, 1979; Gélinas, 2000). Les dirigeants américains affirment de fait leur leadership en créant un nouvel ordre



économique et géopolitique mondial. Basée sur le mot d'ordre « *America first, business first* », une *Task force* réunie autour du *Council on Foreign Relations* (CFR) soumet tous les autres pays à trois impératifs : i) le libre accès des États-Unis aux matières premières du monde entier, ii) le libre accès des États-Unis aux marchés extérieurs, iii) la libre circulation des capitaux américains. L'aval donné aux trois impératifs susmentionnés conduit à la liquidation des empires européens et japonais, la libération des colonies devenant selon les stratégies du CFR des *Underdeveloped areas*, qui doivent dès ce moment intégrer les marchés mondiaux suivant une division internationale du travail déterminée par les lois du marché. Le CFR prévoit enfin le transfert officiel du cœur économique et financier mondial de Londres à Washington/New York dès la fin de la guerre.

La cérémonie officielle de passation des pouvoirs a lieu en juillet 1944 à Bretton Woods où 44 pays alliés invités par Roosevelt signent les termes d'un nouvel ordre économique mondial fondé sur le libre-échange, la libre concurrence et la *Free enterprise*. Trois institutions internationales en deviennent les piliers : i) le Fonds monétaire international (FMI), ii) la Banque mondiale, iii) le GATT (*General Agreement on Tariffs and Trade*) créé en 1947 et devenu en 1995 l'Organisation mondiale du commerce (OMC). La Banque américaine est par ailleurs consacrée Banque mondiale.

À l'orée de la décennie 1980, les multinationales se métamorphosent en transnationales (*transnational corporations*) sous l'impact de la révolution informationnelle. Parallèlement, ces compagnies transnationales réclament la fin de l'État-providence de même que la suppression des législations « contraignantes » sur les salaires, les prix, les investissements et l'environnement. Elles requièrent également la privatisation des entreprises d'État et des services tels que la santé, le transport et l'éducation. En outre, elles exigent la flexibilité du travail, tout en s'en prenant à la rigidité du

marché du travail et du pouvoir syndical qui, de leur avis, limite la compétitivité et l'exercice de la libre concurrence.

Cette transnationalisation d'un nombre croissant de compagnies, accompagnée du désistement du politique, va complètement transformer la donne économique mondiale. La mondialisation change dès lors de nature et de nom. Elle est désormais qualifiée de « globalisation » pour marquer de nouvelles visées, non seulement planétaires mais *globalisantes*. Subséquemment, les compagnies *transnationales* se disent *globales* : les deux adjectifs sont presque synonymes, mais le terme « global » marque l'élimination de toute référence à l'État, à la nation et aux frontières devenues obsolètes. Le même terme « global » caractérise également la projection du nouveau système économique sur la totalité du globe, sur l'intégralité de ses ressources et des activités humaines. On ne parle plus maintenant de *Shallow integration* (intégration de surface, c'est-à-dire intégration planétaire par le commerce) comme le faisaient les multinationales depuis plusieurs décennies, mais de *Deep integration* (intégration en profondeur, c'est-à-dire intégration par les réseaux de production). Les compagnies transnationales ne se contentent plus d'exporter leurs produits; elles multilocalisent leurs productions à travers le monde via des filiales, des fusions, des alliances stratégiques capables de concentrer l'offre (ceci dans le but de neutraliser et, idéalement, d'éliminer la concurrence).

Un marketing mondial soutenu par une culture propre et capable d'infiltrer les autres cultures particulières se met en place tandis que des dirigeants « monopolistes » – dotés d'une vision globalitaire supraétatique, doublée d'une complète déresponsabilisation sociale, morale et environnementale – prennent le pouvoir et deviennent la *Global power elite* (l'élite du pouvoir global). Il n'est donc pas surprenant que pareille globalisation s'accompagne de « déséquilibres profondément ancrés et persistants, inacceptables sur le plan éthique et intenable sur le plan politique » (OIT, cité dans Rioux, 2005,

p.8). En effet, deux problèmes majeurs font immédiatement surface : i) d'une part, l'absence de contrôle sur les marchés ainsi que sur les pratiques des principaux acteurs de la globalisation, ii) d'autre part, l'enfermement des acteurs publics dans une sorte de « dilemme de prisonnier » avec adoption de stratégies de gouvernance de type « cavalier seul » (Rioux, 2005).

Et, comme le précise en outre la Commission de l'OIT : « la voie actuellement suivie par la [globalisation] doit changer » (OIT, cité dans Rioux, 2005, p.2). Il appert urgent : i) de réagir face à ces quelque 61.000 entreprises transnationales comptant plus de 900.000 filiales étrangères et représentant un stock d'IDE d'environ 7 milliards de dollars (CNUCED, 2004), ii) de réagir face à la redéfinition des rapports entre l'espace public et l'espace privé au niveau national, ainsi que face à la redéfinition du rapport entre les espaces national et international, iii) de réagir face à l'autorégulation des marchés devenue la norme, ainsi que face au désengagement de l'État dans la gestion économique, la réglementation, la fourniture de biens collectifs et la protection sociale. En bref, l'idée de gouvernance globale est aujourd'hui reconnue comme nécessaire.

Ainsi, après cette clarification inaugurale ayant porté, successivement, sur le sémantisme (voir 3.1.2.1.) et sur les racines historiques de la globalisation, nous voici prêts à examiner l'un de ses fondements indubitables : la marchandisation.

### **3.1.2.3. Le marché global et son ancrage socio-historique**

La logique marchande (ou logique de marché) constitue la pierre d'assise du processus de globalisation. Or, cette logique de marché n'apparaît pas *de*

*novo* voici quelque 25-30 ans. Au contraire, la logique de marché a une histoire et elle-même *fait histoire* au sein des sociétés. C'est précisément ce que nous examinons ci-après, le processus socio-historique de marchandisation étayant celui-là même de globalisation.

Selon Polanyi (1983), le processus de marchandisation comprend deux aspects fondamentaux : d'abord, la transformation de biens réels en marchandises, secondement, un mode d'attribution particulier dans la circulation sociale de ces biens. Un tel mode d'attribution se distingue encore : i) de la simple capture par son aspect spécifiquement pacifique, ii) du partage ou de la réciprocité directe, par la négociabilité de ses enjeux, iii) de la redistribution autoritaire ou discrétionnaire, par la liberté qu'ont les contractants d'entrer ou non en échange les uns avec les autres (Polanyi, 1983).

Tandis que le partage est un mode de répartition des biens qui repose soit sur des critères sociaux – solidarité, altruisme ou impératifs de cohésion – soit sur des critères culturels – coutume, tradition ou formes de droit communautaire –, l'échange marchand est impérativement et exclusivement soumis au calcul d'utilité des forces en présence sans qu'idéalement ne soient pris en considération des critères personnels, sociaux ou culturels (tels que ceux précédemment cités).

Tandis que la redistribution suppose une instance hiérarchique procédant de manière autoritative à la répartition des biens, l'échange marchand se fait entre « égaux », c'est-à-dire sans que ni le statut social, ni l'origine, ni des liens personnels ou électifs ne soient considérés lors de la transaction.

Bien que le processus de marchandisation puisse s'apparenter à un processus atemporel (s'étant toujours produit dans quelque société qui soit), parler de marchandisation implique la référence à un processus historique

voire anthropo-historique. Mentionnons par ailleurs que ce processus historique n'est devenu problématique que dans l'histoire récente, où le terme de marchandisation a acquis une connotation nettement péjorative.

### 3.1.2.3. α – *Anthropologie historique du marché*

Le processus historique de marchandisation apparaît comme un immense mouvement centripète qui, des frontières (marxistes) de la communauté, a notablement progressé jusqu'à embrasser l'ensemble des relations humaines, créant dès lors la société de marché smithienne. Parallèlement, un tel mouvement centripète va se retrouver dans l'important mouvement de transformation et de répartition des biens qui, idéalement, finirait par ne plus connaître que des marchandises. C'est ce double mouvement transformateur, qui fait l'essence de la marchandisation, que nous explicitons ci-après.

Selon l'historien Braudel (1985, 1997), les marchés ont toujours existé : ils peuvent être conçus, minimalement, comme des rencontres épisodiques entre deux groupes qui visent à échanger des surplus. Le marché ne correspond pourtant pas à un phénomène naturel. En effet, il se distingue du troc occasionnel qui se retrouve de tout temps et en tout lieu, chez les primates comme chez les humains. À partir d'un certain seuil évolutionnaire apparaît un mode de translation des surplus qui nécessite de la part de ses participants une certaine objectivation (ou une certaine distanciation) entre celui qui offre et celui qui demande ainsi qu'entre les biens donnés et offerts. Un tel comportement, présent chez tous les anthropoïdes, procède d'un code éthologique donné dont les avantages relativement à la violence de l'appropriation immédiate – vol, capture, rapt – conduisent à sa reproduction. Dans la mesure où il inclut dans son déroulement un élément *stable* qui régule la mesure des choses échangées, le marchandage (entre humains

exclusivement) se différencie du troc. L'institution d'un tel élément objectivé – élément cérémoniel ou mesure instituée culturellement – présente l'avantage de ne pas devoir recommencer sans cesse les opérations d'évaluation, de comparaison, voire de commensuration propres au troc.

L'exemple le plus connu d'un tel marchandage correspond à l'« échange muet » wéberien, où les échangistes évitent d'entrer en contact physique les uns avec les autres, se contentant de placer leurs offres l'une à côté de l'autre et se retirant aussitôt l'offre présentée. Cette opération est répétée jusqu'à ce qu'un équilibre satisfaisant pour les deux parties soit obtenu. Cette relation d'évitement se retrouve dans toutes les formes de marchandage élémentaire, ce qui atteste d'une méfiance universelle à l'égard de ce type de relation sociale. Aussi, de tels marchandages sont-ils communément effectués dans des « zones franches » (c'est-à-dire des zones hors des limites des communautés humaines) et ont-elles lieu entre des groupes n'ayant tissé que peu de relation politiques ou familiales. Une telle méfiance trouve sa source dans la proximité qu'a le marchandage avec la capture et donc dans le fait que les échangistes n'entretiennent pas de relation de confiance entre eux. Ils recourent à ce type de translation de biens parce que celui-ci constitue le dernier emploi possible de ces biens. En effet, ce sont uniquement les « restes » (surplus ne pouvant être consommés festivement) qui font l'objet d'un tel marchandage.

Ces quelques éléments d'anthropologie économique permettent de conclure, d'une part, à l'universalité, d'autre part, à l'occasionnalité du marchandage. On le retrouve dans toutes les cultures bien que, de façon concomitante, ces différentes cultures le tiennent à l'écart de ce qui fait leur originalité. On pourrait presque y reconnaître deux principes qui semblent s'opposer et dire qu'une culture se reproduit d'autant mieux dans son *identité* propre, qu'elle réussit à tenir à distance les pratiques et rituels marchands (Braudel, 1985). Aussi, l'histoire de la marchandisation constitue-t-elle l'une de ces histoires

qui, si elles ne se font pas toujours « dans le dos de leurs participants », se font comme à reculons, avec des raisons qui ne seront alléguées qu'une fois franchie une nouvelle étape de ce processus. Ainsi, ne trouve-t-on pas actuellement une pléthore de discours sur la marchandisation, sur son histoire et la place qu'elle occupe aujourd'hui au sein du processus de globalisation, mis à part un ensemble de rationalisations apostérieures devant un fait accompli. Il n'en reste pas moins que cette histoire, bien qu'elle n'ait été ni voulue ni désirée<sup>67</sup>, doit être expliquée.

L'explication classique en économie procède de la division du travail (Braudel, 1985, 1997). Celle-ci une fois enclenchée, la nécessité de la marchandisation est aussitôt établie : la division du travail oblige à l'échange et ce dernier, à la division du travail, dans une ronde de spécialisation croissante. Le naturalisme marchand se transforme dès lors en naturalisme technique, alors même que rien ne prouve ce penchant naturel à la division du travail, ni l'influence que peut avoir la division du travail sur l'expansion de l'échange marchand. Une telle explication fait l'impasse sur les résistances naturelles à ce processus. Il apparaît donc que l'histoire du marché et de la marchandisation a tout intérêt à se déclarer « histoire naturelle » alors même qu'elle est traversée de part en part d'idéologèmes généralement laissés dans l'ombre. Ceci explique que l'histoire de la marchandisation est truffée d'énigmes qui concourent toutes à accréditer l'idéologie libérale du libre-échange comme vecteur providentiel du progrès et de la liberté. Lorsqu'on sait que la sociologie est née de l'« ère du soupçon » – spécifiquement du soupçon envers ce type d'idéologèmes libéraux –, il ne faut pas s'étonner que l'explication sociologique de la marchandisation s'oppose directement à cette doxa libérale.

---

<sup>67</sup> Le triomphe de la marchandisation du marché global sur le politique, le social et le culturel n'est pas le fait d'une évolution historique naturelle et spontanée comme le prétendent les tenants de la globalisation (Braudel, 1985; Gélinas, 2000; Held, 2005).

Sociologiquement parlant, le règne marchand est tout d'abord le règne de l'exclusion ou plutôt des exclusions :

- Exclusion d'une classe sociale particulière chargée du commerce (les marchands);
- Exclusion de ceux qui n'ont pas les moyens de participer au jeu de l'offre et de la demande;
- Exclusion des relations sociales qui ne se plient pas aux « règles du jeu » marchand;
- Exclusion d'une catégorie d'objets qui sont soumis à l'accaparement privé (les marchandises).

Ces différentes formes d'exclusion sont par ailleurs elles-mêmes sources de vulnérabilité :

- Vulnérabilité sociétale avec la mainmise de l'ordre marchand;
- Vulnérabilité sociale avec l'exclusion des démunis, des plus pauvres;
- Vulnérabilité humaine avec la désymbolisation des relations sociales;
- Vulnérabilité objective avec le déclassement des « objets » en pures marchandises.

Enfin, il paraît difficilement concevable d'aborder l'ancrage socio-historique du marché global en faisant l'impasse sur quelques faits saillants d'histoire contemporaine. Aussi examinons-nous ci-après (voir 3.1.2.3.β) un moment



d'importance de la transformation du règne marchand, avant d'analyser plus « subtilement » la « société de marché » contemporaine (voir 3.1.2.3. γ).

### 3.1.2.3. **β** – *La crise du capitalisme fordiste et l'émergence du capitalisme actionnarial*

Au lendemain de la seconde Guerre mondiale, un nouveau « régime de croissance économique », qualifié de fordiste par l'école de la régulation, se met en place aux États-Unis et en Europe (Hermet, 1996). Ce capitalisme fordiste repose essentiellement sur quatre piliers institutionnels :

- Le rapport salarial fordiste, qui organise le partage des gains de productivité issus des principes tayloriens de l'organisation scientifique du travail sur la base d'un compromis capital/travail. Un tel compromis, qui résulte des négociations entre le patronat et les syndicats au niveau des branches et des entreprises, permet une hausse rapide des salaires;
- Des politiques économiques actives, budgétaires et monétaires, dont l'objectif est d'assurer une progression régulière de la demande adressée aux entreprises;
- L'État-providence, c'est-à-dire un système de protection sociale fondée sur la solidarité entre les classes sociales et intergénérationnelle;
- Des systèmes financiers administrés, destinés à assurer le financement de l'accumulation du capital productif par endettement bancaire à des taux d'intérêt faibles et contrôlés par les autorités monétaires.

Cet environnement institutionnel spécifique participe à la construction d'un contexte socio-économique extrêmement stable, particulièrement favorable à l'accumulation du capital industriel et à l'accroissement productif : ce sont les Trente glorieuses (Hermet, et al., 2001).

Toutefois, le régime fordiste entre en crise à partir des années 1970 avec le ralentissement de la croissance et la montée de l'inflation (Mazier, et al., 1999). La décélération des gains de productivité, qui est couplée à une baisse des profits des entreprises, résulte de la perte d'efficacité des méthodes tayloriennes d'organisation du travail ainsi que de la montée des conflits sociaux concernant la distribution des revenus, conflits créant eux-mêmes des tensions inflationnistes. La crise du régime fordiste résulte également de la déstabilisation du Système monétaire international (SMI). Les rythmes d'inflation différant selon les pays, le régime de changes fixes – qui garantissait la stabilité des monnaies entre elles comme l'exigeait le système de Bretton Woods – est remplacé par un système de changes flexibles en 1973<sup>68</sup>. Cette crise dont souffrent les principales économies capitalistes durant la décennie 1970 (décennie marquée par une stagnation de la croissance économique et par une accélération de l'inflation amplifiée par les chocs pétroliers de 1973 et de 1979) s'accompagne du retour en force de la doctrine libérale (Gaillard, 2002).

À partir de la fin des années 1970, en réaction à la crise fordiste, de nouvelles politiques économiques surgissent dans les principaux pays industrialisés<sup>69</sup>.

---

<sup>68</sup> Cette première grande déréglementation du système financier fait suite à l'annonce unilatérale de la démonétisation de l'or faite par le président Nixon en date du 15 août 1971.

<sup>69</sup> Ces politiques sont impulsées par la « révolution conservatrice » au cours de laquelle le président Reagan et le Premier ministre britannique Thatcher prônent les idées de base de la doctrine « néolibérale ». Selon celles-ci, les États n'étant plus en mesure de gérer l'économie, il s'avère indispensable de donner toute la latitude nécessaire à l'initiative individuelle et à l'esprit d'entreprise. Seul un marché financier libéré et développé peut permettre, selon la perspective reaganienne-thatchérienne, la reprise de l'investissement et de la croissance : les réglementations s'avèrent donc néfastes

Ces politiques prennent place dans trois domaines majeurs (Chesnais, et al., 2001) :

- Une nouvelle régulation macroéconomique, qui priorise la lutte contre l'inflation (à l'opposé du régime fordiste où l'objectif central des politiques macroéconomiques, monétaire et budgétaire, était l'accompagnement de la croissance, la politique monétaire considérée comme principal instrument de la politique macroéconomique se substitue aux politiques keynésiennes jugées inefficaces. Son objectif est la stabilité monétaire, les autres objectifs finals – dont la croissance et l'emploi – sont regardés comme des conséquences de la désinflation);
- La libéralisation et la modernisation du système financier dans la plupart des pays industrialisés qui veulent insérer leur système dans la finance globalisée;
- La privatisation d'entreprises industrielles et financières.

Les débuts de ce nouveau capitalisme remettent en cause les quatre principaux piliers du (précédent) régime fordiste. Ainsi, les politiques de rigueur salariale vont déconnecter l'évolution des salaires des gains de productivité; les politiques de libéralisation et de privatisation font reculer la régulation publique; les réformes financières bouleversent la logique du système financier. L'économie d'endettement administrée fait donc place à une économie de marchés financiers libéralisée et intimement liée à la

---

ou inapplicables. En conférant aux actionnaires une suprématie sur les *managers* dans les entreprises, le développement de marchés de capitaux doit accroître l'efficacité de l'appareil productif, l'ensemble de ces transformations devant conduire à une amélioration du bien-être général dans l'économie mondiale. De telles idées forment la base du dogme idéologique néolibéral, ainsi dénommé car il se situe dans le prolongement du libéralisme classique défendu en Angleterre par Smith (1723-1790) et en France par Quesnay (1694-1774) (Passet, 2000).

doctrine néolibérale<sup>70</sup> (Chesnais, et al., 2001). À la suite de tels choix idéologiques et politiques, le capitalisme *actionnarial* émerge (Plihon, 2004). Ce nouveau régime de croissance dans lequel la finance de marché joue un rôle crucial et dont la création de richesse financière constitue la pierre d'assise, présente les caractéristiques suivantes (Chesnais, et al., 2001; Plihon, 2004):

- Un nouveau partage des richesses au sein des entreprises;
- Un rôle primordial accordé aux marchés d'actions et aux investisseurs institutionnels;
- La prépondérance de la logique actionnariale induisant de nouvelles formes de gouvernement d'entreprise;
- Des nouveaux comportements financiers émanant des entreprises et des particuliers;
- La perte d'autonomie des politiques économiques face au marché financier.

---

<sup>70</sup>

La doctrine néolibérale tire sa force du fait qu'elle se place sous la bannière de la liberté, elle-même menacée par l'État-providence. Suivant Saint-Onge (2000), l'hégémonie du néolibéralisme tient avant tout au double effondrement suivant : d'une part, la crise du capitalisme fordiste qui remet en question le rôle de l'État et des politiques publiques, d'autre part, l'écroulement des oppositions organisées, c'est-à-dire du syndicalisme (le taux de syndicalisation passe ainsi de 34,5% en 1956 à 14,5% en 1997 aux États-Unis) ou du marxisme, ayant perdu son influence après la chute du Mur. Une des caractéristiques fondamentales de la vision du monde (néo)libérale est sa prétention à l'universalité. Tel que le rapporte Minc (2000), il n'y aurait pas d'autre économie que l'économie de marché et, dans l'histoire de l'humanité, le marché serait un état de nature de la société. Le libéralisme décrirait ainsi un ordre naturel, la doctrine libérale constituant l'unique pensée possible. Enfin, il paraît opportun de signaler que c'est la même doctrine néolibérale qui a servi au fondement du consensus de Washington.

Un tel marché financier globalisé ne correspond plus à l'espace abstrait et objectif dans lequel se manifestait la valeur (d'échange) des produits. Il se transmute en un espace dans lequel se situent maintenant les enjeux des stratégies de contrôle, de décision, de programmation, de réduction de l'incertitude des multiples puissances singulières que forment les entreprises transnationales (Freitag, 1999). La mutation organisationnelle de ces entreprises a conduit les marchés financiers à se coaliser en un hypersystème ou métasystème décisionnel et opérationnel, en un système n'ayant plus aucun « centre », aucune consistance organique et subjective, et ce contrairement aux précédentes entreprises productives (Freitag, 1999).

### 3.1.2.3. *γ* – *Un pur kratein sans demos : la « société de marché »*

Dans la perspective freitagienne (1999, 2002), le monde global, livré à la logique organisationnelle, forme un « univers à la fois hyper-encadré et virtuellement entièrement définalisé, immédiatement opérationnel » (Freitag, 1999, p. 263). Ainsi, la capacité de régulation de l'État, qui représente la volonté générale, va se déplacer vers les transnationales, devenues instruments de réalisation d'objectifs particuliers et stratégiques. L'État perdant sa capacité d'intervention régulatrice, la démocratie politique se vide de tout son contenu, à la fois transcendantal (contenu ici doublement formé par la liberté civile de sujet et la liberté politique de citoyen) et empirique (Freitag, 1999). Du même coup, apparaît la « société de marché » où la démocratie politique n'est plus que l'idéologie de la liberté du marché et de sa souveraineté : « un pur *kratein* sans *demos* » (*kratein*, du grec *kratos* désignant le pouvoir; *demos*, peuple, démocratie par extension) (Freitag, 1999, p. 264).

La « société de marché » smithienne présente cependant des avantages incomparables relativement à ce que le même auteur tenait pour des sociétés traditionnelles :

- En transformant les passions humaines agressives et destructrices en un intérêt économique, une telle société peut accéder au « projet de paix perpétuel » : la concurrence remplace ainsi avantageusement la guerre;
- Les relations humaines devenant marchandes sont soumises au « doux commerce » : l'enrichissement de l'un contribue à l'enrichissement de l'autre;
- Mus par cette dynamique, les acteurs trouvent forcément intérêt à y participer et à s'y investir pleinement : en devenant marchande, la force de travail trouve donc obligatoirement le « lieu » de son meilleur rendement, c'est-à-dire son mode d'allocation « efficient »;
- S'il en est ainsi de la force de travail, les autres ressources – physiques ou immatérielles – vont nécessairement suivre cette logique.

Une telle société, que la Main invisible aurait sauvée de la guerre, de la pauvreté, de la dilapidation et de la paresse, aurait pu être qualifiée par Smith lui-même de plus humaine, plus tranquille, plus altruiste, voire plus juste. Toutefois, trois siècles de marchandisation et d'industrialisation ont permis de mettre en doute les idées et principes de cette « société de marché » (Braudel, 1985). En effet, les guerres sont non seulement devenues de plus en plus meurtrières mais leur cause même s'est avérée de plus en plus économique. Par ailleurs, si l'enrichissement de l'un a entraîné l'enrichissement d'un autre, ce double enrichissement a probablement pris sa

source dans le double appauvrissement d'un tiers dont le malheur était simplement de ne pas avoir les moyens de participer au jeu marchand. Enfin, la dilapidation des ressources (ressources physiques, ressources immatérielles ou travail) a conduit la planète au seuil de sa durabilité. Le projet smithien s'est donc soldé par un échec. Et pour expliquer celui-ci, il convient d'examiner spécifiquement l'aspect de la marchandisation que constitue la transformation des biens en marchandises.

En devenant marchandise, l'objet (la denrée) a perdu toutes ses caractéristiques – physiques, symboliques, morales – à l'exception d'une seule : sa valeur d'échange. Cette déperdition de valeur s'est de fait produite au cours d'un processus d'abstraction ayant embrassé la civilisation humaine toute entière. Les conséquences d'un tel processus demeurent à chaque fois pareilles : que l'objet nous soit cher, qu'il ait une forme spécifique ou une histoire particulière, qu'il ait une valeur humaine ou poétique, rien n'y fait : lorsqu'il devient marchandise, sa seule valeur est la contre-valeur qu'il présente en échange avec d'autres marchandises. À cette première abstraction s'en ajoute une seconde, faisant intervenir un média symbolique : l'argent. La première fonction remplie par ce média est celle de mesure. Lorsque l'argent entre en jeu, à la place de la marchandise ne figure plus qu'un chiffre : son prix. Et ce chiffre renferme toutes les informations nécessaires aux transactions marchandes. S'il augmente, l'acteur économique sait qu'il y a augmentation de la rareté de la marchandise concernée et il n'a pas besoin de savoir pourquoi où et comment s'est produite cette rareté (Hayek, 1937). Inversement, tout ce qui n'entre pas dans ce chiffrage est immédiatement rejeté comme information inutile.

Ainsi, pour paraphraser Schütz (1932), le monde marchand peut être appréhendé comme un immense processus de réduction du stock de connaissances nécessaires pour s'orienter dans le monde. Un tel appauvrissement phénoménal (au sens propre du terme) se solde par un

accroissement tout aussi phénoménal (au sens figuré du terme) de la fongibilité et donc de la circulation des signes monétaires. On en arrive presque à l'équation suivante : en devenant pauvre (symboliquement), le monde a pu devenir riche (économiquement). Bien que paraissant éclairante, cette équation fait toutefois l'impasse sur « la contrainte économique par excellence », à savoir le fait que la richesse du monde ne peut pas être augmentée mais qu'elle peut être seulement (mieux) partagée ou (plus efficacement) allouée. C'est grâce au déni de cette contrainte fondamentale – couplée au déni de l'entropie consécutive à l'acte économique lui-même ayant été identifiée par Georgescu-Roegen (1995) – que (concrètement) l'économie de marché et (qu'idéologiquement) la société de marché sont devenus envisageables. En effet, hormis les biens « symboliques » issus de la création imaginaire des humains, il n'existe pas de biens disponibles de manière illimitée dans le système-monde. Ce dernier système est soumis à la rareté, c'est-à-dire à la règle selon laquelle la captation d'un bien est toujours compensée par la perte correspondante d'un autre bien. Or, aujourd'hui, le marché fonctionne en se basant systématiquement sur l'exclusion de cette règle.

### 3.1.2.3. δ – *Le marché global ou la marchandisation endogène*

Si l'avantage de la marchandisation réside dans la négociabilité économique de ses enjeux et l'exigibilité juridique de ses encours<sup>71</sup>, son revers le plus fréquemment occulté est sa propension à la démésure (Braudel, 1985, 1997). Celle-ci se révèle particulièrement lors de discours gestionnaires du risque dont la stratégie d'évaluation en terme de coût (compensation monétaire)

---

<sup>71</sup> C'est-à-dire dans le fait de pouvoir allouer un prix à toute chose.



exclut tout autre considération (Setbon, 2004). Cette démesure est à la fois quantitative, correspondant à la production objective de valeurs marchandes, et qualitative, correspondant à la transformation de biens en marchandises.

Traditionnellement, pareille démesure trouvait sa limite supérieure avec la prise en compte des « besoins » humains. Mais, quoique potentiellement illimités, ces besoins ont connu – du seul fait des limitations objectives de l'existence humaine – un taux d'accroissement de plus en plus petit. Par ailleurs, la « crise des ressources » amorcée dans les années 1970 a renchéri le prix de la croissance au fur et à mesure que les réserves naturelles s'amenuisaient et les marchés se saturaient. Logiquement, le processus de marchandisation aurait dû trouver son terme dans pareille conjoncture critique. Toutefois, l'idéologème correspondant d'une part à la possibilité de déplacer les limites, d'autre part à la possibilité de les redéfinir afin de faire fi des anciennes, n'a permis que l'émergence d'une nouvelle forme de marchandisation : la marchandisation endogène, étayée par la monétarisation des flux marchands et par la financiarisation des plus-values (*profits without production* représentés par la formule A-A').

Avec la « crise des ressources » des années 1970, la croissance économique et, *a fortiori*, la marchandisation (exogène) avaient atteint leurs limites naturelles, physiques et humaines. Dès lors, toute croissance supplémentaire était censée engendrer des coûts dépassant les bénéfiques. Il restait néanmoins au capitalisme un « joker » : à défaut de croître réellement, il était possible de croître nominalement, virtuellement<sup>72</sup>, et dès ce moment,

<sup>72</sup> Cette « économie virtuelle » (qui déjà accaparait 90% des transactions financières quotidiennes à l'échelle mondiale en 1995, les 10% restants étant destinés à financer la création de nouvelles recherches [d'après une étude de la Banque d'Angleterre d'octobre 1995, citée dans Petrella, 1997, p.18]) se détache de la réalité traditionnelle de l'*oikonomia* (du grec *oikos*, la maisonnée, correspondant à l'agencement des besoins et des usages dans la vie sociale concrète comprise dans sa forme collective ou communautaire. Notons par ailleurs la comparaison historique et la distinction sociologique fondamentale introduite par Aristote, *La République, Livre I*, entre l'*oikonomia* et la chrématistique). L'expression qui pourrait correspondre à ce nouveau

d'imposer une contrainte de croissance sans autre justification que la croissance elle-même. Il suffisait donc de déconnecter la sphère « réelle » de l'économie de la sphère monétaire et d'enclencher une création monétaire « privée », indépendante des politiques économiques nationales (dont l'objectif demeurerait les grands équilibres macro-économiques, comme l'équivalence entre le produit réel et la masse monétaire).

Avec la dérégulation des marchés nationaux, la croissance exponentielle de l'endettement mondial, la mise en place d'institutions financières gérant de très importantes sommes de capitaux (comme par exemple les fonds de pension) et la déconnexion de la création monétaire de son substrat matériel (or, devises) ont ainsi participé à la constitution d'une « bulle financière » très importante (Aglietta, 1998; Chesnais, et al., 2001). Pourtant, c'est moins le montant en soi – de l'ordre de 300 fois le produit réel mondial – qui importe ici que la transmutation de l'outil monétaire en une « force de production ». À l'heure actuelle, l'argent n'est donc plus, comme dans la conception classique économiste, un instrument des échanges. Aujourd'hui, il instrumentalise lui-même les échanges, il les soumet à sa propre loi, rejoignant – voire « dépassant » selon Freitag (2001) – la conception chrématistique<sup>73</sup> de ce média.

---

« capitalisme financier spéculatif » (Freitag, 1999, p. 271) qui, relativement au capitalisme industriel, productif (A-M-A'), s'émancipe de la dépendance à la marchandise et dans cette marchandise à la force de travail convertible en travail productif, est la suivante :  $\frac{A-A'}{M}$  ou plutôt  $\frac{A-A'}{M} A'A' A'$ , et enfin :  $\frac{A-A'}{A-M-A'} A'A' A'$ ; où M n'est plus une marchandise particulière comme par exemple le travail, mais l'économie en général ou, selon la dénomination freitagienne (1999, p.271), l'« *oikos* globalisé ».

<sup>73</sup> La chrématistique est définie à partir de l'argent (en grec, *ta chremata*) et de l'individu calculateur qui, non seulement en dispose librement, mais fait de l'acquisition illimitée de ce média la finalité de son activité sociale. Elle correspond donc à la recherche du gain pour lui-même et en particulier, à l'intérêt de l'argent.

Ainsi, à l'ère globale, ce n'est plus l'argent qui facilite les échanges : ce sont les échanges qui « réalisent » l'argent (Saul, 2006). Subséquemment, un échange marchand n'aura plus lieu afin d'allouer des marchandises de façon efficiente, mais il sera plus ou moins fonctionnel dans la mesure où il permettra une circulation plus ou moins grande de signes monétaires, l'impératif étant ici de monopoliser les plus grandes sommes possibles (ceci pour que le surplus monétaire n'envahisse pas la sphère réelle, ce qui créerait une hyperinflation immédiatement destructrice de tous les circuits de paiement). Ce risque hyperinflationnaire correspond, parmi les risques actuels, au risque dont la capacité de destruction est la plus grande, la plus rapide, la moins gérable (Aglietta, et al., 2002; Rachline, 1993). D'aucuns soulignent encore cette nouvelle forme de déterminisme propre à ce capitalisme en régime d'accumulation financière dans lequel la « société-monde » aurait glissé de manière insensible au cours des deux à trois dernières décennies (Aglietta, et al., 2002; Chesnais, et al., 2001; Rachline, 1993).

### **3.1.3. Globalisation : ses « pro- » et ses « anti- », ses « pour » et ses « contre »**

La globalisation n'est ni un processus monolithique ni un processus univoque qui aurait des effets soit entièrement négatifs soit entièrement positifs. Comme le souligne Izraelewicz (1997) dans *Ce monde qui nous attend*, d'immenses possibilités s'ouvrent avec la globalisation même si celle-ci s'opère à l'heure actuelle dans des conditions douloureuses (pensons par exemple à la mobilité croissante des métiers et des hommes, aux restructurations brutales, à la paupérisation des catégories marginalisées ou encore à la fracture entre travailleurs qualifiés et travailleurs non qualifiés). La disparition de certaines activités s'accompagnant de la création d'autres

richesses et de nouveaux emplois, le processus de globalisation pourrait d'ailleurs être assimilé à une sorte de « destruction créatrice », expression chère à Schumpeter (1939).

Au cours des dix dernières années, une importante littérature s'est développée sur les effets de la globalisation, faisant alterner le pire et le meilleur pour l'avenir du monde. Certains (titres d') ouvrages semblent à ce niveau révélateurs : *L'horreur économique* (Forester, 1996), *La misère de la mondialisation* (Collectif, 1996), *Le retour de la très grande dépression* (Gombeaud, et al., 1997), *La fin du travail* (Rifkin, 1995). Les transformations touchant au monde du travail effraient effectivement les anciens pays industriels, faisant resurgir la vieille peur de la machine qui détruit les emplois. Déjà en 1960, Fourastié, dans son livre *Le grand espoir du XX<sup>ième</sup> siècle*, avait d'ailleurs fort bien analysé une telle peur de la technique en soulignant quelle libérerait l'homme des tâches serviles, lui permettant de se « spécialiser dans l'humain » c'est-à-dire dans le tertiaire, dans les tâches intellectuelles ou artistiques.

Il est vrai qu'une menace pèse, à l'heure actuelle, sur la main-d'œuvre peu qualifiée ou peu formée des démocraties occidentales, et que la technique supprime de nombreux emplois. Toutefois, en considérant l'évolution sur le moyen et le long terme, certains progrès incontestables ont été réalisés. Ainsi, par exemple, l'Asie, depuis deux décennies, s'est profondément transformée : en Chine, le PIB par habitant est passé de 411 dollars en 1980 à 5000 dollars en 2004 (Paulet, 2005). Par ailleurs, depuis 1991, plus de 8 millions de postes ont été créés aux États-Unis (... même si depuis lors, quelque 5 millions de postes ont disparu dans l'Union européenne). La globalisation contribue ainsi à la croissance, en particulier en Asie, où les effets sur le travail s'avèrent positifs (développement du commerce, sous-traitance). Il n'en reste pas moins que les effets négatifs et positifs de la globalisation s'entremêlent, permettant différentes *lectures* du phénomène.

Or, qui dit « lectures différentes », dit « lecteurs différents », visions plurielles et implique des *débats polarisés*. La vision de l'avenir de la globalisation est effectivement perçue de manières bien différentes suivant les auteurs.

### **3.1.3.1. Un débat polarisé d'auteurs : être « pro- » ou « anti- » globalisation**

Tour à tour décriée ou encensée, l'actuelle globalisation fait l'objet d'un débat polarisé : « trop de globalisation » pour les uns, « pas assez de globalisation » pour les autres. De fait, le débat sur la globalisation s'articule autour de trois courants de pensée majeurs. Les deux premiers font référence aux cadres théoriques élaborés respectivement par Adam Smith (1723-1790) (avec David Ricardo, 1772-1823, qui prolonge sa pensée) et par Karl Marx (1818-1883) au cours des XVIII<sup>ième</sup> et XIX<sup>ième</sup> siècles.

- Le courant « trop de globalisation » : considère que la globalisation produit un rapport de force inégal et injuste et contient un projet de classe. Un tel projet, suivant les protagonistes de ce courant, équivaut à une sorte de « cheval de Troie » des intérêts capitalistes, qui subit la domination des États-Unis et dont l'objectif est d'imposer la suprématie économique et politique américaine. Au sein de ce courant, on distingue deux tendances : i) les pessimistes, pour lesquels la logique de marché est devenue si permissive qu'elle affecte tous les modes de pensée, d'où une aliénation universelle, ii) les optimistes-catastrophistes, pour lesquels la globalisation est le chant du cygne du capitalisme et donc l'aube d'une ère nouvelle où le socialisme triomphera bientôt. Pour les partisans des deux tendances, le triomphe de l'économie de marché et celui de l'idéologie néolibérale anglo-saxonne requièrent une rupture radicale pour que le monde « en

finisse » avec le capitalisme et que s'instaure un système fondé sur un processus de développement solidaire et respectueux de l'environnement, du temps et de l'être humain. Ce courant veut parallèlement subordonner le champ économique au politique.

- Le courant « pas assez de globalisation » : estime quant à lui que la globalisation contient un « jeu à somme positive », qu'elle constitue une donnée nouvelle et incontournable du XXI<sup>ème</sup> siècle. Plus les pays y adhèrent/adhéreront, plus leurs bénéfices se révèlent/révèleront importants. Pour les promoteurs de ce courant, la globalisation diffuse non seulement le progrès technique et économique, mais également des valeurs de libéralisation politique. Une telle approche privilégie l'efficacité et la libre initiative; le marché est encore le mécanisme institutionnel le plus performant pour produire et distribuer, sans besoin d'interférence de la puissance publique. À terme, les nations uniformiseront leur mode de fonctionnement économique et de régulation sociopolitique : elles se rapprocheront du modèle de démocratie libérale représenté par les États-Unis. Ce courant souhaite donc subordonner le champ politique à l'économique.

Nous présentons ci-après (voir *Tableau 1*) quelques représentants de chacun de ces deux courants, tantôt économistes, tantôt institutions académiques. Quant à nous-mêmes (chacun d'entre nous, citoyen ou citoyenne), nous pourrions, au-delà de notre propre lecture individuelle de la globalisation, nous considérer soit comme consommateurs<sup>4</sup> de tendance « néo-classique » en fin de semaine (ou au moment des Fêtes de fin d'année) soit comme travailleurs<sup>4</sup> plutôt néo-marxistes quand il s'agit de défendre nos intérêts dans un marché de plus en plus concurrentiel.

**Tableau 1 : Représentants des courants « trop... » et « pas assez de globalisation »**

|                                      | Représentants « pas assez de globalisation »<br><i>PRO-globalisation</i>   | Représentants « trop de globalisation »<br><i>(parfois) ANTI/ALTER-globalisation</i>   |
|--------------------------------------|--|--|
| <b>Économistes classiques</b>        | Frédéric Bastiat, Benjamin Constant, Friedrich Hayek, David Ricardo, Adam Smith  | Friedrich Engels, Lénine, Rosa Luxembourg, Karl Marx   |
| <b>Économistes d'aujourd'hui</b>     | Kenneth Arrow, Jagdish Bhagwati, Rüdiger Dornbusch, Stanley Fisher, Milton Friedman, Alan Greenspan, Anne Krueger, Robert Lucas, Kenneth Rogoff, Walter Rostow | Samir Amin, Emmanuel Arghiri, Paul Baran, Gunder Frank, Harry Magdoff, Bernard Maris, Paul Prebish, Hans Singer, Paul Sweezy, Immanuel Wallerstein |
| <b>Sociologues ou essayistes</b>     | Peter Drucker, Francis Fukuyama, Kenichi Ohmae, Martin Wolf  | Joël Bakan, Pierre Bourdieu, Alain Joxe, Susan Strange, Dominique Woton  |
| <b>Institutions académiques, ONG</b> | Cato Institute, Heritage Foundation  | Oxfam, Attac   |
| <b>Organisations internationales</b> | FMI, OCDE, ALENA   | CNUCED   |

Un débat pour/contre la globalisation se révèle souvent manichéen. Ce manichéisme est dépassé par un troisième courant, apparu il y a une dizaine d'années et qualifié d'approche pragmatique. Ce courant, qualifié de pragmatique, pourrait également être labellisé comme suit : « la globalisation : oui, mais encadrée et régulée » (Bouchet, 2005, p. 169).

En effet, cette dernière approche a pour ambition de réconcilier le marché et l'équité : la globalisation doit être régulée pour que ses bénéfices compensent ses risques. C'est ainsi une approche qui privilégie le collectif. Le rôle de l'État et des institutions internationales s'avère dès lors essentiel afin de corriger la « myopie sociale du marché » et assurer que les bénéfices de l'ouverture économique soient distribués de manière équitable au sein des

différents pays et entre eux. La révolution n'est en cela ni nécessaire ni souhaitable : des réformes graduelles, avec un cadre réglementaire plus strict et une vigilance citoyenne renforcée, pourraient faire coïncider économie de marché, intérêt de chacun et bien-être collectif.

Les représentants de l'approche pragmatique sont présentés ci-après (voir *Tableau 2*) ; il s'agit d'économistes ou d'institutions qui reconnaissent des avantages à l'intégration mondiale des économies tout en soulignant l'impérieuse nécessité d'une mise en place d'interventions aux niveaux national et international. Les économistes cités ci-dessous (*Tableau 2*) ne constituent pas *stricto sensu* une « école de pensée » : tout au plus forment-ils ensemble un courant théorique. On peut noter, par ailleurs, la présence de l'Institut de la Banque mondiale au sein dudit courant pragmatique. En effet, depuis quelques années, la Banque mondiale a entrepris une refonte complète de son approche du développement et de la globalisation, qui souligne l'importance déterminante de la gouvernance (voir 3.2.) et met l'accent sur le renforcement institutionnel.

**Tableau 2 : Représentants de l'approche pragmatique de la globalisation**

**Représentants « du milieu » : la globalisation n'est *ni bonne ni mauvaise* et peut s'avérer bénéfique si elle est gérée de manière équitable / si le marché est encadré**

**Économistes**

Nicholas Craft, Kemal Dervis, Paul Krugman, Steve Radelet, Nouriel Roubini, Jeffrey Sachs, Joseph Stiglitz

**Institutions  
académiques,  
organisations  
internationales**

Banque Mondiale, Center for Global Development, Center for International Development, Institute of International Economics



### **3.1.3.2. La globalisation comme « destruction créatrice » : et des effets pervers et des effets vertueux**

La globalisation produit tout à la fois des effets favorables et des effets préjudiciables. L'idée centrale souvent accueillie favorablement est de considérer l'effet (positif) de la globalisation sur la croissance économique (voir *Tableau 3* et *Tableau 4*, « *idée 5* »). À la suite de la première, trois autres « idées » quant aux effets vertueux de la globalisation sont généralement accréditées : i) la hausse du niveau de vie, ii) la diffusion des NTIC et l'accélération de l'innovation, iii) l'existence de nouvelles opportunités pour les pays (voir *Tableau 3* et *Tableau 4*, « *idée 4* », « *idée 6* ») (Held, 2005; Larkin, 1999; Wallach et al., 1998). Néanmoins, les quatre « idées » précédemment exposées s'entre-heurtent chacune à leur côté sombre, à leur pendant négatif (voir *Tableau 3*).

**Tableau 3 : Effets positifs et négatifs de la globalisation les plus fréquemment présentés dans la littérature**

|   | Effets positifs  | Effets négatifs   |
|---|--|---|
| 1 | Nette accélération de la croissance économique   | Accroissement de la vulnérabilité et majoration de l'incertitude pour une grande partie de la population, comme en témoignent par exemple la précarisation du travail, l'importance du chômage, la dangerosité de certains milieux de travail et la hausse de la criminalité (Held, 2005)   |
| 2 | Hausse du niveau de vie  | Creusement des inégalités entre les pays dits développés et les pays en développement. Ainsi par exemple, l'écart absolu mesuré en termes de revenus de santé ou d'éducation entre les pays dits développés et les pays en développement se creuse à un rythme accéléré. Alors qu'en 1960, le revenu des personnes appartenant au 20% des plus riches de la planète était 30 fois plus élevé que celui des plus pauvres, ce facteur est passé à 74 en 1997. En 2002, les 5% des plus riches avaient des revenus 114 fois plus élevés que les 5% les plus pauvres et les 1% des plus riches touchaient ensemble le même revenu que les 57% des plus pauvres (Held, 2005) |
| 3 | Accélération de l'innovation et diffusion des technologies et des compétences de gestion | * Nette concentration des effets positifs liés à la technologie et à la gestion au sein d'un petit nombre de pays (pays dits développés)  |
| 4 | Existence de nouvelles opportunités économiques pour les pays                            | Démantèlement des États-nations et menace faite par rapport à l'intégrité des cultures correspondant à une sorte d'homogénéisation culturelle forcée  |

Comme il est permis de le constater, il n'existe pas *une* vérité, *une* lecture simpliste, étroite (à moins d'être tendancieuse) de tel ou tel effet de la globalisation : une lecture plurielle pourrait être proposée pour chaque effet, ou plutôt pour chaque « idée » quant à tel ou tel effet (voir *Tableau 4*). Au-delà des quatre « idées » les plus fréquemment retrouvées dans la littérature, de nombreux effets – et positifs et négatifs – de la globalisation sont aujourd'hui connus et documentés. Les pondérations accordées aux uns ou

aux autres demeurent toutefois intimement liées à la lecture qui en est faite.  
 Nous exposons ci-après (voir *Tableau 4*) 14 débats d'« idées » – 14 débats polarisés – entourant les effets de la globalisation (Allais, 1999; Bobbio, 1990; Brown, et al., 2001; Bruckner, 1990; Eskeland, et al., 1997; Fontanel, 2005; Fredman, 2000; Galbraith, 2004; Hettige, et al., 1997; Messica, 1995; Rufin, 1994; Scott, 2000; Sen, 2001a, 2001b; Stiglitz, 2002; Thibaud, 1993; Weisbrot, et al., 2002).

**Tableau 4 : Les débats d'« idées » entourant les effets de la globalisation**

| Débats d'« idées » sur les effets   | Pondération <i>positive</i> de l'effet ou <u>pondération <i>minimisant</i> cet effet</u><br>(les auteurs sont favorables à l'idée et trouvent des arguments pour en minimiser les conséquences)  | Pondération <i>négative</i> de l'effet ou <u>pondération <i>maximisant</i> cet effet</u><br>(les auteurs sont contre l'idée et trouvent des arguments pour en maximiser les conséquences)   |
|---|--|---|
| <p><u><b>Idée 1</b></u><br/>           « Les multinationales globales (transnationales) dominent le monde »</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Les organisations internationales comme les États conservent d'importants pouvoirs. L'OMC peut condamner les subventions, en admettant la mise en place de contre-mesures adaptées équivalentes</li> <li>▪ Les États disposent de moyens très importants et demeurent des agents puissants puisqu'ils gèrent 40% des richesses produites chaque année. Par ailleurs, les règles édictées par les États sont imposées aux multinationales globales, notamment concernant la concurrence et la législation</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Par l'intermédiaire de la corruption ou via la puissance économique, les multinationales globales exercent une action décisive sur les choix politiques, économiques et sociaux des gouvernements (ceci correspondant à la théorie du <i>Public Choice</i>)</li> <li>▪ Étant donné les contraintes fixées par les organisations internationales (FMI, OMC), les gouvernements n'ont plus le choix de conduire une politique de développement économique. Parfois, il leur est même devenu interdit de développer un programme d'action, de mener des politiques sectorielles discriminantes, de réduire les droits de propriété aux firmes étrangères</li> </ul> |
| <p><u><b>Idée 2</b></u><br/>           « Les multinationales globales dominent les marchés »</p>                | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La globalisation donne sa chance aux challengers, à ceux qui apportent des innovations et favorisent les nouvelles technologies</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Les multinationales globales ont un tel pouvoir qu'elles sont en mesure de contrôler les petites entreprises, de diriger la R&amp;D, d'engager des accords de partage du monde</li> </ul>  |

- La proportion de production des multinationales globales relativement à la production mondiale a tendance à décroître
  - La globalisation anéantit les champions nationaux au grand bénéfice des consommateurs
  - Les multinationales globales exercent leur puissance sur les États et les organisations internationales. La recherche du profit à long terme les conduit à transformer les conditions de la concurrence via la mise en œuvre de réseaux opaques
- Idée 3**
- « La globalisation profite avant tout aux firmes transnationales et aux actionnaires »
- Les firmes globales et les actionnaires constituent les pivots des économies de marché. À ce titre, leurs revenus sont justifiés par la concurrence, par les risques et par la croissance économique qu'ils impulsent et qui va, à terme, bénéficier à tous les agents économiques
  - Les actionnaires constituent des apporteurs de capitaux sans lesquels le développement économique se révélerait aléatoire
  - En plus d'être profondément inégalitaire, la globalisation ne profite pas vraiment aux pays eux-mêmes ni à leurs travailleurs
  - Les firmes globales créent un monde d'investissement et d'hypercompétitivité qui abrase les cultures et ne vise plus du tout à illuminer la vie de chaque jour : seul compte la maximisation du profit, devenu objectif ultime et unique. La globalisation crée ainsi de nombreux perdants
- Idée 4**
- « Les NTIC et les nouveaux secteurs en développement s'inscrivent dans le nouvel ordre globalitaire »
- L'information, la diminution des coûts de transaction et le développement des technologies ont accru la vitesse et l'ampleur du potentiel de la globalisation
  - Le commerce des services (qui équivaut à environ 40% des exportations américaines) recèle un potentiel de développement très important
  - La globalisation de l'information se révèle dangereuse en ce qu'elle peut être monopolisée, normée et adaptée à des stratégies publiques ou privées particulières
  - La commercialisation internationale des services touche de manière directe au mode de vie des individus. Or, à ce niveau, la globalisation ne peut effacer ni l'histoire ni la culture des sociétés, même si ces dernières apparaissent économiquement moins développées que d'autres
- Idée 5**
- « La globalisation est un facteur de croissance économique »
- La globalisation de la concurrence permet l'accélération de la croissance économique grâce à l'application des avantages comparatifs, ceux-ci se manifestant par la baisse des coûts de production et la diminution des prix
  - La globalisation limite par exemple le potentiel de la croissance économique des États-Unis. Elle conduit à une destruction des emplois et à une diminution des salaires. La globalisation a donc de nombreux perdants

- L'hypercompétitivité implique la recherche de l'efficacité, conduit à la « destruction créatrice » et promeut l'innovation. Les pays et les firmes peuvent dès ce moment profiter de leurs avantages comparatifs
  - Une hausse des importations qui dépasserait celle des exportations peut engendrer une baisse du potentiel de croissance économique, notamment si les matières premières ne portent pas sur des investissements ou sur des activités productives. Dans un tel cas, un processus de paupérisation peut avoir lieu
- Idée 6**  
« La globalisation produit des emplois »
- La croissance constitue un facteur favorable à l'emploi. Dans de telles conditions, la globalisation, en supprimant les freins à la croissance, est productrice d'emplois
  - La globalisation fragilise les emplois en les rendant compétitifs avec le capital et en exerçant une influence négative quant à la rémunération des emplois les moins qualifiés
- Idée 7**  
« La globalisation conduit à l'hégémonie américaine »
- La globalisation réduit le pouvoir des États au profit des acteurs privés
  - Les firmes globales américaines sont en concurrence directe avec celles des autres pays et ne bénéficient pas d'avantages particuliers
  - Le gouvernement américain a tendance à exporter sa civilisation au monde entier, conduisant à une sorte de « prosélytisme de la civilisation américaine » (Sen, 2003)
  - Le droit économique international est modélisé à partir du droit américain
  - La puissance stratégique états-unienne stimule la puissance économique du pays, notamment en ce qui touche aux flux énergétiques
- Idée 8**  
« La globalisation réduit les prix »
- La concurrence internationale profite avant tout aux consommateurs
  - La globalisation favorise les multinationales qui perçoivent de très importants profits, notamment lorsque leurs concurrents sont limogés
- Idée 9**  
« La globalisation réduit le pouvoir discrétionnaire des États »
- Les États n'ont pas à protéger leur économie. L'action de l'État s'avère souvent inefficace d'un point de vue économique. Ainsi, par exemple, le refus des importations de sucre destiné à protéger la production de Floride a conduit à des résultats négatifs pour l'environnement (engrais), pour le tourisme (effets externes) et pour les consommateurs
  - Étant donné leur souveraineté, les États continuent à décider eux-mêmes de leur politique commerciale

- Avec la globalisation, les interventions relatives aux barrières douanières ou les restrictions touchant à la propriété étrangère des capitaux nationaux doivent être réduites ou supprimées, ceci dans le cadre d'accords internationaux gérés par des institutions ouvertes, dans leurs statuts, au libre échange
- Les pouvoirs publics conservent la gestion du commerce et de l'investissement international même s'ils ont délégué une partie de leur pouvoir aux organisations internationales, notamment en ce qui concerne la gestion du commerce international et les actions menées en faveur des droits de l'homme et de l'environnement

#### Idée 10

« La globalisation implique un laisser-faire total »

- Seul le marché engendre le processus de « destruction créatrice »
- Le profit devient plus important que les valeurs humaines et l'homme lui-même
- Le marché permet la réalisation des avantages comparatifs
- Le laisser-faire a toujours été revendiqué par les puissances dominantes

#### Idée 11

« La globalisation est le moteur des réformes sociales »

- La globalisation entraîne des réformes politiques en faveur de la démocratie, en faveur des droits de l'homme et de la réduction de la corruption
- Les investisseurs étrangers aux prises avec la gestion de leurs risques économiques désirent avant tout le respect du droit
- Les pays ayant un revenu par habitant supérieur à 15.000 dollars sont tous des pays démocratiques
- La globalisation engendre essentiellement la prééminence sociale du profit. Si les pays développés combattent la corruption des pays en développement, ils se prononcent moins vite en faveur de l'anéantissement de diverses formes qui les avantagent, telles que le secret bancaire par exemple
- La globalisation entraîne l'américanisation de la société ainsi qu'elle conduit à la précarisation des emplois, au poids excessif des firmes transnationales et à une sorte de corruption marchande des âmes
- De très nombreuses multinationales globales ont recouru au travail des enfants comme elles ont exploité des travailleurs provenant des pays en voie de développement, suscitant de manière concomitante une pression sur les salaires des travailleurs des pays dits développés

**Idée 12**

« La globalisation conduit à la disparition de nombreuses cultures nationales »

- L'idée d'homogénéisation culturelle procède davantage d'une tentative de restriction des marchés et de refus de la compétitivité
- Les promoteurs de la globalisation ne sont pas uniquement américains. Les pays de l'OCDE, de même que ceux de l'Asie du Sud-est, se révèlent comme étant des concurrents puissants et non malléables
- La globalisation conduit à l'américanisation, étayée par les valeurs du cinéma américain, dont les films sont pourtant loin de refléter les valeurs de l'Américain moyen. La question serait de savoir si les Américains eux-mêmes sont touchés par les cultures extérieures à la leur
- Il faut créer des « inefficiences utiles » (Brown, et al., 2001) en vue de maintenir les particularismes nationaux ou loco-régionaux, éviter de dangereuses inégalités sociales ou protéger l'environnement

**Idée 13**

« Les pays en développement sont les victimes de la globalisation »

- Les pays en développement bénéficient des investissements directs à l'étranger, qui permettent une amélioration des conditions d'emploi, et ils perçoivent dès ce moment les effets positifs de la globalisation
- Dans ces pays, les choix déterminants concernant la santé, l'éducation, l'eau ou les transports sont largement tributaires des profits des multinationales
- La globalisation permet d'améliorer les standards de vie des pays en développement. Grâce à l'installation de firmes transnationales, le niveau des autochtones peut en outre être amélioré
- Le non-respect des écosystèmes des pays en développement est perpétuel
- Les pays receveurs, soucieux de conserver leur avantage compétitif, s'écartent fréquemment des normes internationales en matière de salaires ou d'avantages sociaux
- La globalisation s'applique aux produits qui confèrent un avantage comparatif aux pays développés et ne s'adresse donc pas à l'agriculture. Les pays en développement demeurent ainsi ou « les exploités » ou « les oubliés du processus »

**Idée 14**

« La globalisation s'oppose aux politiques environnementales »

- Suivant la courbe de Kuznets, l'activité économique, en même temps qu'elle dégrade l'environnement, fait croître les revenus. Et l'environnement est considéré comme un bien supérieur. Dans de telles conditions, la propension à la pollution décroît avec le développement
- L'OMC fixe des règles allant à l'encontre des intérêts de la nature, notamment en ce qui concerne la protection des espèces menacées ou la définition de normes de protection pour la santé humaine. L'argument de la pollution reste toutefois peu exploité ou proposé par l'OMC

### **3.1.4. Les « moteurs » de la globalisation et les 20 questions globales contemporaines à résoudre**

Les « moteurs de la globalisation » (c'est-à-dire les éléments ou facteurs ou principaux aspects ayant favorisé, catalysé l'émergence et le développement toujours plus grand de ce processus) vont, de l'avis de Held (2005), continuer à tourner, « (...) aussi loin qu'on puisse plonger le regard dans l'avenir et quelle que soit la tournure politique exacte que prendront les événements » (p. 49). Voici ces principaux moteurs (Held, 2005; Petrella, 1997; Salmon, 2000; Scholte, 2000; Stiglitz, 2002; Volle, 2000) :

- L'évolution de l'infrastructure des communications mondiales, liée à la révolution des NTIC et au « paradigme technologique<sup>74</sup> »;
- Le développement des marchés mondiaux de biens et de services, lié à la nouvelle répartition mondiale de l'information;
- Le développement d'une activité politique à plusieurs niveaux, dans laquelle l'État-nation a de plus en plus le regard tourné « vers le bas » (c'est-à-dire vers l'activité politique des villes et des régions) et « vers le haut » (c'est-à-dire vers les organisations et institutions régionales et mondiales);
- L'aggravation des crises de l'environnement;

---

<sup>74</sup> Les NTIC ayant conduit à des changements majeurs dans le fonctionnement des entreprises, elles donnent naissance à un nouveau « paradigme technologique » décrit à la fois par Castells (1998), Reich (1997), Rifkin (1995), Veltz (2000) et Volle (2000). Les principaux aspects reliés à ce paradigme se présentent comme suit : 1) la connaissance devient un facteur clef de la croissance, 2) les entreprises subissent une transformation profonde, 3) le processus de globalisation s'accélère, 4) le paradigme économique standard est remis en question.

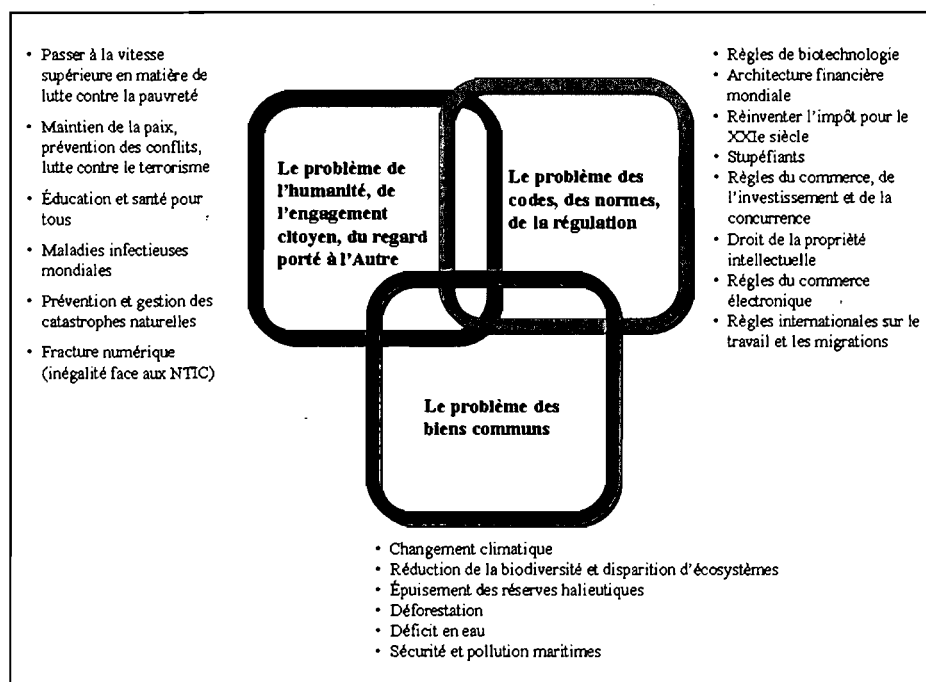


- La diffusion de pandémies comme le sida et plus récemment encore, l'infection à H5N1;
- La fin de la guerre froide et la diffusion de valeurs démocratiques dans de nombreuses régions du monde (accompagnées de diverses réactions vives à l'égard de ce phénomène);
- L'internationalisation des problèmes de sécurité (après le 11 septembre 2001) et l'internationalisation de la prolifération des armes de destruction massive, jointes à l'intégration internationale et régionale croissante des politiques de sécurité;
- Le développement des migrations et des mouvements de populations, lié à de profondes transformations démographiques<sup>75</sup>;
- L'émergence d'une société civile mondiale et la cristallisation d'éléments en faveur d'une opinion publique mondiale.

Ces différents processus, profondément structurés, peuvent être rattachés à un ensemble de problèmes politiques et de régulation urgents qui constitue

<sup>75</sup> L'évolution de la population des pays développés joue aussi un rôle moteur dans les transformations du système financier. En effet, ces pays ont connu dans l'après-guerre, un choc démographique important – le *Baby boom* – qui a contribué à la dynamique des Trente glorieuses. Toutefois, ces pays commencent aujourd'hui à en subir le contre-choc démographique. Le présent problème de vieillissement de la population dans les pays développés résultent de trois types de facteurs : i) la baisse de la fécondité qui revient au niveau antérieur au *Baby boom* (2.1 enfants par femme), ii) l'arrivée des *Babyboomers* à l'âge de la retraite, équivalent au *Papy boom*, iii) l'augmentation de l'espérance de vie qui, en quelque 50 ans, est passé de 63 ans à 75 ans pour les hommes et de 68 ans à 82 ans pour les femmes. Mais toutes les régions du monde ne présentent pas les mêmes structures démographiques. Ainsi, une partie importante de la planète a une population jeune dont la croissance est importante (comme par exemple au Brésil et en Indonésie, pays émergents) voire quasi-explosive (comme dans la plupart des pays d'Afrique). Il en résulte de très importantes inégalités dans l'économie mondiale, les pays les moins riches ayant d'importantes ressources humaines et de faibles ressources financières tandis que les pays développés présentent une évolution démographique faible accompagnant une richesse financière importante (Banque mondiale, 2001).

ce que Rischard (2002) dénomme « l'heure du destin » de l'ère globale. Ainsi Rischard (2002, p.66) répertorie « 20 problèmes fondamentaux » qu'il classe dans 3 sous-ensembles et qui sont présentés avec modifications ci-après (voir *Figure 1*).



**Figure 1 : Les 20 principales questions non résolues que pose la mondialisation**

D'emblée, nous observons que 5 des 20 questions globales de Rischard (2002) ressortent *directement* ou *indirectement* du champ de la santé publique. Ainsi en est-il des deux « questions globales » suivantes : i) « éducation et santé pour tous », ii) « maladies infectieuses mondiales », qui touchent directement à la santé publique, tandis que les trois questions formulées comme suit : iii) « passer à la vitesse supérieure en matière de lutte contre la pauvreté », iv) « droit de propriété intellectuelle », v) « règles internationales sur le travail et les migrations », concernent indirectement le champ de la santé publique.

### ***3.2. La gouvernance, un tenant inséparable de la globalisation***

La notion de globalisation amène inéluctablement celle de gouvernance, le lien logique entre les modèles de gouvernance aux niveaux national et global reposant par ailleurs sur la résolution du problème de l'action collective en vue de fournir des biens publics (Weiss, 2000).

Mot ancien popularisé depuis une quinzaine d'année, la gouvernance réfère en général à un mode de gouvernement organisé sur la base d'une coopération, d'un partenariat ou d'un contrat entre une pluralité d'acteurs tant publics que privés. La gouvernance est donc le plus souvent définie comme l'ensemble des mécanismes de gestion d'un système social – national ou international – en vue d'assurer des objectifs communs de sécurité, prospérité, cohérence, ordre et continuité d'un système. Le concept de gouvernance possède toutefois deux acceptions courantes : la première fait référence à la gouvernance globale et la seconde, à la gouvernance à l'intérieur des États.

Dans un premier temps, la gouvernance correspond à un mode de résolution des problèmes d'action collective et à « la capacité de coordonner des activités interdépendantes et/ou de réaliser le changement sans l'autorité légale de l'ordonner » (Le Prestre, et al., 2000, p.103). Selon Senarclens (1998), son émergence dans la littérature reflète une conception utilitaire, pragmatique et technocratique des relations sociales. Suivant ce dernier auteur, la notion de gouvernance ne se bornerait dès lors qu'à promouvoir une simple « gestion » des interdépendances économiques sans prendre en compte les conflits politiques qui caractérisent habituellement les Relations internationales.

Dans un second temps, la notion de gouvernance réfère à celle de « bonne gouvernance » qui, selon la Banque mondiale et les différentes agences d'aide au développement qui en font la promotion, signifie essentiellement la saine gestion des affaires publiques. La notion de gouvernance – de *bonne gouvernance* – fait ici référence à un ensemble de règles et de principes qui définissent les caractéristiques et critères de comportement auxquels un gouvernement doit se conformer en vue de répondre aux aspirations des citoyens. Fréquemment employée dans le contexte de l'obtention d'une aide financière auprès d'une organisation internationale ou d'un autre gouvernement, le concept de gouvernance se rapproche, dans cette seconde acception, de la notion de conditionnalité politique ou économique. D'ailleurs, « [h]istoriquement, la notion de bonne gouvernance [n']est [-elle pas] un élargissement et un approfondissement de la conditionnalité économique des institutions de Bretton Woods telle qu'utilisée dans les années 1980 [?] » (Uvin, et al., 1996, p. 388-389).

Effectivement, la notion de bonne gouvernance, initialement introduite en mai 1975 par la Commission Trilatérale, est en grande partie élaborée par la Banque mondiale (Campbell et al., 2000). Pour cette dernière, « la gouvernance se définit comme la manière dont le pouvoir est exercé dans la gestion des ressources économiques et sociales d'un pays. La bonne gouvernance, pour la Banque mondiale, est synonyme d'une gestion saine du développement » (Banque mondiale, 1993, p.1). Ainsi, la Banque mondiale, qui est surtout préoccupée par les réformes institutionnelles de l'État, va identifier quatre critères de bonne gouvernance : i) la gestion du secteur public, ii) le cadre juridique (État de droit), iii) l'information et la transparence, iv) la responsabilité (Campbell et al., 2000).

L'application d'un tel (second) concept de « bonne gouvernance » est loin de faire l'unanimité, plusieurs critiques ayant été formulées à son égard. En effet, lui sont notamment reprochés : « (...) son biais culturel et idéologique, la non

prise en compte de la diversité des expériences historiques et enfin, la centralité du paradigme libéral-pluraliste (...) » (Campbell et al., 2000). De plus, selon Saldomando (cité dans Campbell et al., 2000), des éléments beaucoup plus politiques et sociaux sont venus se greffer à la notion de (bonne) gouvernance depuis la publication de *Governance and Development* par la Banque mondiale, débordant ainsi des simples critères administratifs. Ces éléments politiques et sociaux réfèrent à des attentes nourries par rapport au respect des droits humains, au développement durable ou encore à la participation de la société civile.

Ce qui est exposé ci-dessus montre donc que la gouvernance est un concept porteur de plusieurs sens – sens d'ailleurs toujours en évolution aujourd'hui – et que son utilisation nécessite une grande précaution. Il semble par ailleurs utile de remonter à l'origine même du concept pour bien en saisir les tenants et aboutissants et pouvoir l'utiliser judicieusement, notamment dans le cadre de la présente recherche.

### **3.2.1. Généalogie de la gouvernance**

Le concept de gouvernance apparaît en France au XII<sup>ième</sup> siècle; il désigne alors de manière très technique la direction des bailliages (Gaudin, 2002). Les historiens anglais du Moyen-Âge se réfèrent à la *Governance* pour qualifier le mode d'organisation du pouvoir féodal.

Le terme resurgit au début des années 1990 dans le milieu anglo-saxon, représentant l'une des notions-clefs de l'univers des entreprises et des organisations (Gaudin, 2002; Nayyar, 2002). À la même époque, voici le monde précipité dans une nouvelle ère : voici le temps de la globalisation. L'ère globale produit parallèlement son propre vocabulaire, ses références spécifiques : déréglementation, privatisation, flexibilité, régulation,

transparence, imputabilité et *gouvernance*. La gouvernance, qui prend pour objet le monde dans sa globalité, s'inscrit donc directement dans la constellation d'idées produites par la globalisation (Nayyar, 2002).

Notons d'emblée que la gouvernance n'est pas synonyme de gouvernement (Rosenau, 1992). En effet, l'usage du terme de gouvernance s'est progressivement éloigné du centre du pouvoir (qu'il représentait il y a quelques siècles) avec la centralisation de l'autorité politique liée au développement de l'État moderne et avec les métamorphoses du principe de souveraineté accompagnant le passage à la démocratie.

À partir d'un référentiel restreint aux pouvoirs constitués sous l'Ancien Régime et qui s'élargit par suite, avec l'avènement de la souveraineté moderne, pour finalement pénétrer la gestion d'entreprise, la notion de gouvernance a fait irruption dans l'économie du développement, plus particulièrement dans le réservoir conceptuel de la Banque mondiale (Banque mondiale, 1997, 1998; Graz, 2005). La gouvernance est en effet requise pour mettre au compte de l'incompétence des États des pays en développement les échecs constatés de leurs programmes d'ajustement structurel. Ainsi, en parlant de *bonne gouvernance* plutôt que de « transformation sociale », la Banque mondiale parvient à imposer d'une manière relativement « inoffensive » la poursuite d'une économie politique de l'ajustement favorable au marché (Graz, 2005).

La réactualisation de la notion de gouvernance, il y a environ 15 ans, s'est faite par l'entremise de nombreux livres – le plus souvent collectifs – qui ont installé l'idée de gouvernance dans le champ des débats intellectuels, théoriques et universitaires. Ainsi, par exemple, ont paru, successivement : *Governance without government* sous la direction de Rosenau et al. (1992), *Modern governance* sous la direction de Kooiman (1993) et *Democratic governance* de March et al. (1995). De manière concomitante, la notion entre

dans la rhétorique officielle avec la création à Londres, en 1992, du Centre pour l'étude de la gouvernance globale (*Commission on Global Governance*). La définition liminaire de la gouvernance globale à laquelle parviennent les membres de cette Commission est la suivante :

[C'est la] somme des différentes façons dont les individus et les institutions, publiques et privées, gèrent leurs affaires communes. C'est un processus continu de coopération et d'accommodement entre des intérêts divers et conflictuels. Elle inclut les institutions officielles et les régimes dotés de pouvoirs exécutoires tout aussi bien que les arrangements informels sur lesquels les peuples et les institutions sont tombés d'accord ou qu'ils perçoivent être de leur intérêt. [Ils faut désormais penser la gouvernance globale dans ses implications avec] les ONG, les mouvements de citoyens, les entreprises multinationales et le marché mondial des capitaux. Tout cela en interaction avec les médias dont l'influence s'est accrue de façon spectaculaire. (*Commission on Global Governance*, 1995, p.2-3)

Différents auteurs se sont interrogés sur la pertinence du concept de gouvernance tel que défini par la Commission. Ainsi, selon Senarclens (2005) :

Les partisans de cette approche prescriptive ont tendance à mêler dans un grand ensemble flou tous les acteurs de la scène internationale, sans hiérarchiser leur rôle et leur influence politique sur les systèmes de régulation. (p. 201)

Bien que favorable au concept, Smouts (1998) le désigne comme un « attrape-tout » qui réfère parfois à des « régimes » (c'est-à-dire à l'ensemble des normes, acteurs et activités liés à un problème international majeur comme la santé, l'environnement, la régulation économique) ou encore à « l'ordre mondial » dans son ensemble. Le même auteur met en garde contre la prise de pouvoir de certains acteurs : ainsi, précise Smouts (1998), « (...) l'approche en termes de gouvernance pourrait bien dissimuler, sous ses atouts idéalistes et consensuels, le plus surnois des libéralismes économiques » (p. 92).

Pour les différents auteurs précités, les approches en termes de gouvernance peinent à lever le fou sur les éléments à choisir afin de définir le pouvoir des acteurs non étatiques sur la scène internationale. Ces approches montrent bien qu'ils détiennent un rôle considérable mais elles n'expliquent pas la dimension structurelle du pouvoir qui les relie à l'État. Il ne s'agit en effet ni de gains et pertes dans un jeu à somme nulle ni d'instances additionnelles de gouvernance à « ajouter » au rôle traditionnel de l'État dans l'agenda mondial (Graz, 2005).

Conformément au second objectif de recherche (voir 2.2.) de la présente thèse, il importe aussi de bien situer les différents acteurs potentiels sur l'échiquier de la gouvernance globale – acteurs tantôt incontournables tantôt plus modestes – avant de pouvoir réfléchir aux « jeux d'action » possibles entre ces mêmes acteurs.

### **3.2.2. Les acteurs de la gouvernance globale**

Le concept de gouvernance globale ne comprend pas seulement les institutions et les organisations formelles établissant – ou n'établissant pas – les normes de gouvernance pour l'ordre global, comme les institutions étatiques, les organismes intergouvernementaux, les organismes quasi supranationaux (par exemple : l'Union européenne). Ce concept englobe également des acteurs transnationaux, que ce soit des organisations ou des groupes de pression transnationaux tels que les ONG, les mouvements sociaux transnationaux, ou d'autres poursuivant des objectifs situés hors du cadre de la souveraineté nationale.

L'accroissement rapide du nombre d'acteurs internationaux marque la croissance exponentielle des liens transnationaux et du souhait subséquent des États de créer – pour la plupart – une forme de gouvernance globale,



responsable des problèmes politiques communs. L'établissement d'institutions internationales reflète par ailleurs la volonté des ONG d'obtenir une scène internationale plus représentative. Cet établissement d'institutions internationales a eu un impact non négligeable sur les processus de décision de la scène internationale. De nouvelles formes de politique multilatérale sont apparues, mettant en scène des gouvernements, des ONG, ainsi qu'une importante variété de mouvements sociaux transnationaux. Ainsi, Paquin (2005) rapporte qu'il existait, en 1909, 37 organisations intergouvernementales alors qu'on en compte environ 300 aujourd'hui. De même, le nombre de 45 ONG en 1945 est passé à 38.000 en 2003. Il existe en outre plus de 265 accords régionaux, et pour la période comprise entre 1946 et 1975, le nombre de traités internationaux est passé de 6.351 à 14.061 (Paquin, 2005). Enfin, le nombre de traités relatifs aux organisations intergouvernementales est passé de 623 à 2.303 (Held, et al., 1999).

Nous classifions ci-après les différents acteurs concernés par l'institutionnalisation de la scène internationale :

- Les institutions internationales : les Nations unies, créées en juin 1945 pour le maintien de la paix et de la sécurité internationales, se départageant en :
  - Organes subsidiaires incluant l'Assemblée générale et le Conseil de sécurité (formé de 15 membres dont 5 permanents qui détiennent un droit de veto : États-Unis, France, Royaume-Uni, Russie, Chine);
  - Les institutions spécialisées (programmes, fonds), comme notamment :

- Le Programme des Nations unies pour le développement (PNUD);
  - Le Programme des Nations unies pour l'environnement (PNUE) : institué par la Conférence de Stockholm de 1972 et coordonnant les politiques environnementales mondiales;
  - L'Organisation internationale du travail (OIT) : créée en 1919 et comprenant 168 États membres;
  - L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) : créée en juin 1946 et incluant 191 États membres ainsi que 2 États associés;
- Les institutions de Bretton Woods : créées avant la fin de la Seconde Guerre mondiale :
- Le Fonds monétaire international (FMI) : incluant 183 États membres;
  - La Banque des règlements internationaux (BRI) : formée de 50 banques centrales et autorités monétaires; créée en 1930 pour assurer une coopération permanente entre les banques centrales;
  - La Banque mondiale : comprenant 181 États membres; créée en 1946 afin de financer la reconstruction des pays détruits par la guerre, la Banque internationale pour la reconstruction et le développement (Bird ou Banque mondiale) se consacre depuis lors à l'aide aux pays en développement auxquels elle fournit des prêts à long terme; la Banque mondiale fait depuis peu de la lutte contre la pauvreté son objectif prioritaire (Abbasi, 1999);

- L'Organisation mondiale du commerce (OMC) : basée à Genève et constituée de 143 États membres. Créée en 1995, elle constitue l'instance des négociations dans le domaine commercial, menée jusqu'en 1995 à l'occasion des Rounds du GATT (*General Agreement on Tariffs and Trade*). Avec l'Organe de règlement des différends (ORD), l'OMC a également en charge le règlement des différends commerciaux entre les États membres. Malgré son rôle quasi judiciaire, elle demeure une organisation intergouvernementale plutôt que supranationale : chaque changement des règles de l'organisation requiert une adoption par « consensus », c'est-à-dire à l'unanimité des voix. Enfin, mentionnons que l'OMC a occasionnellement rendu des jugements contre une grande puissance telle que l'Union européenne ou les États-Unis. Par exemple, l'Europe a banni, il y a quelques années, l'importation de bœuf américain pour des raisons de santé publique. Les États-Unis, ayant rapidement porté plainte auprès de l'OMC, ont obtenu gain de cause. En vertu des règles de l'OMC, il est permis qu'un pays boycotte un produit d'un pays étranger si ce dernier constitue un risque pour la santé. La politique européenne aurait donc pu être légitime et acceptable, mais le problème était situé à un autre niveau. L'Europe aurait dû faire la preuve que le bœuf américain constituait véritablement un danger pour la santé de ses citoyens. Elle a toutefois négligé de la faire. Il devenait dès lors légitime de penser que la politique visait plutôt à apporter un avantage concurrentiel aux producteurs européens;
- L'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE) : constituée de 30 membres et créée en 1948 afin de favoriser la coopération économique entre les pays dits développés;

- Les blocs régionaux : 265 accords régionaux ou bilatéraux ont été enregistrés au GATT entre 1948 et mai 2003, la majorité de ces accords (130) ayant été conclus depuis 1995. Selon Paquin (2005), il y avait pour la fin de l'année 2005 plus de 300 accords régionaux en vigueur. Les blocs régionaux les plus importants en terme de commerce mondial sont l'ALENA et l'Union Européenne. Il existe différents types d'association : l'association de coopération (comme l'ASEAN, l'Association des nations de l'Asie du Sud-est, l'APEC, le Forum de coopération Asie-Pacifique), la zone de libre-échange, l'union douanière, le marché commun, l'union monétaire, l'association politique;
- Les États et les groupes informels : malgré l'annonce du déclin de la capacité étatique, l'État comme institution n'est pas appelé à disparaître. L'État ressort toutefois complètement métamorphosé par les changements introduits par la globalisation et par les transformations de l'économie politique internationale; l'État devient une source d'autorité parmi plusieurs, avec du pouvoir et des ressources de plus en plus limités;
  - Le G7/8 : Allemagne, Canada, États-Unis, France, Italie, Japon, Royaume-Uni, + Russie (depuis le sommet de Denver en 1997). Créé en 1975 afin de coordonner les politiques économiques des principaux pays industrialisés suite au choc pétrolier, il joue un rôle d'instance de coordination informelle des politiques économiques, ceci à travers la réunion des ministres des finances;
  - Le G20 (créé en 1999), le G22, le G33 : constituent des groupes incluant des pays émergents et le G7 pour discuter de problèmes afférents au système financier international;

- Les acteurs économiques et de la finance internationale :
  - Les compagnies transnationales;
  - Les cartels : fondés sur la base d'accords plus ou moins formels entre des entreprises *a priori* concurrentes;
  - Les autorités de marché et institutions privées, comme les « *Big Five* » (des firmes anglo-saxonnes dominant le marché du contrôle des comptes des transnationales : *Pricewaterhouse Coopers, Deloitte Touche Tohmatsu, KPMG, Ernst & Young*) et l'Icann (*Internet Corporation for Assigned Names and Numbers*) en télécommunications;
  - Les associations professionnelles qui jouent un rôle de régulation et de lobbying : comme la Chambre de commerce internationale qui a participé à la rédaction de l'Accord multilatéral sur l'investissement (AMI);
  
- Les représentants de la société civile ou acteurs coopératifs : ce sont les ONG (organisations non gouvernementales) qui s'imposent aujourd'hui comme des interlocutrices privilégiées des États et des organisations internationales. Certaines ONG sont reconnues comme des interlocutrices légitimes par les institutions internationales (environ 2.000 ONG sont aujourd'hui accréditées à l'ONU contre 400 en 1970). Certaines siègent dans ces institutions et participent à l'élaboration de conventions internationales. D'autres (quelquefois les mêmes) parviennent à faire pression sur les compagnies transnationales. À ce titre, elles constituent des autorités morales. Les ONG interviennent dans différents domaines :

- L'environnement : *World Watch Fund* (WWF), Union pour la conservation mondiale (UCN), qui collaborent tous deux au PNUE; Greenpeace qui collabore avec le *World Business Council for Sustainable Development*;
- Les droits de l'homme : par exemple, *Amnesty International*, Reporters sans frontières;
- L'humanitaire : par exemple, la Croix Rouge, Médecins sans frontières, Oxfam;
- Les mouvements altermondialistes : qui s'imposent comme une composante incontournable de la mondialisation depuis les manifestations de Seattle, même si leur capacité de peser sur le cours des négociations internationales ne doit pas être surestimée. Parmi les principaux mouvements, on compte par exemple d'une part, le Mouvement des sans terre, d'autre part, Attac.

### **3.3. La « déconstruction » de la globalisation : là où nous choisissons d'isoler certaines « essences » de la globalisation**

La section numérotée 3.3. correspond à la deuxième opération du travail analytique de transposition en mode écriture (voir *Avant-propos méthodologique*) : la déconstruction. Dans cette section, nous opérons ainsi une sélection, une « rétention » – toujours textuelle – de données pertinentes relatives à la globalisation. Ainsi, nous « décontextualisons »

successivement la globalisation en différentes « essences<sup>76</sup> » qui sont d'abord dégagées à l'aide de différents *filtres* (voir 3.3.2.), que constituent autant de paradigmes, de crises, de dimensions de la réalité sociale, d'auteurs et d'œuvres, que nous privilégions et choisissons de rattacher à la périodisation 1980-2007.

D'autres essences de la globalisation apparaissent ensuite (voir 3.3.3.), étant successivement présentées comme « logiques » (voir 3.3.3.2.), comme « formes » (voir 3.3.3.1.), comme « imaginaires » (voir 3.3.3.3.). Une telle présentation et analyse peut paraître *a priori* linéaire; il ne faut cependant pas s'y tromper... Rappelons que chacune de ces notions aura sa place propre, utile et nécessaire dans un modèle, où elle sera ultimement mise en cohérence conceptuelle (voir *Chapitre 5*) avec les autres notions qui, « linéairement », vont la précéder ou la suivre dans cette section 3.3. de déconstruction.

Mais, avant la « déconstruction » proprement dite de la globalisation en ses différentes « essences », nous présentons immédiatement ci-après les différentes thèses habituellement retrouvées dans la littérature politique internationale, celles-ci permettant en effet de clarifier, de différencier divers points de vue toujours actuels en 2007 avant de préciser le nôtre.

---

<sup>76</sup> Nous utilisons le terme « essence » parce qu'il réfère triplement et de manière concomitante à : i) la notion de *nature*, c'est-à-dire de caractère, d'en-soi, d'essentialité (de la globalisation), ii) la notion de *partie essentielle*, c'est-à-dire d'importance, de cœur (de la globalisation) et, iii) la notion d'*existence*, c'est-à-dire le fait même, l'actualité (de la globalisation).

### **3.3.1. Les trois variantes de la thèse de la globalisation**

L'effondrement du mur de Berlin et la désintégration de l'URSS ont profondément modifié les structures de la politique internationale (Senarclens, 1998). De tels changements ont coïncidé avec l'accélération de la globalisation. L'emprise croissante des entreprises transnationales dans l'économie globale, l'évolution des modes productifs, l'augmentation rapide des échanges internationaux, la révolution technologique, la dérégulation des marchés monétaires et financiers ont également marqué l'évolution des relations internationales, engendrant une imbrication toujours plus forte des sociétés développées (Senarclens, 1998).

Un *no man's land* prévaut à l'époque actuelle entre le monde d'hier et celui de demain (et c'est d'ailleurs dans le contexte de ce *no man's land* que s'affirme la notion de gouvernance précédemment exposée). En 2007, les représentations géopolitiques classiques des relations internationales – les divisions « Est-Ouest » ou même « Nord-Sud » – sont devenues caduques tout comme la notion de « tiers-monde », rendue aujourd'hui obsolète.

En relations internationales, il existe à l'heure actuelle trois variantes de la thèse de la globalisation qu'il importe de distinguer. En effet, le choix porté vers l'une de ces variantes va notamment orienter la poursuite du présent travail de recherche, cette variante participant directement à notre « sensibilité théorique » (voir *Note de bas de page numérotée 23*).

Les diverses variantes de la thèse de la globalisation convergent sur le fait que la transformation de l'espace social comporte de lourdes implications pour le rôle et les fonctions de l'État. Ce dernier, bien qu'ayant été adéquat



jusqu'à la dissolution du système de Bretton Woods, est effectivement rendu obsolète par les transformations contemporaines de l'économie globalisée.

### **3.3.1.1. Première variante de la thèse de la globalisation**

La première variante, de loin la plus répandue, est aujourd'hui dominante en économie politique internationale. Selon cette variante, les processus économiques et sociaux à l'échelle du globe ont épuisé la capacité des États nationaux de gouverner ou même de réguler « leurs » sociétés et « leurs » économies respectives. Les flux privés de biens, de services, d'idées et de communications entre les États seraient devenus trop importants pour être régulés par les instances publiques nationales, notamment du fait du développement des NTIC qui ont comprimé l'espace-temps (Ohmae, 1990). L'autorité effective s'échapperait dès lors des instances étatiques et serait absorbée par différentes organisations, notamment par des organisations internationales ou par des organisations privées de la société civile.

Un transfert de pouvoir s'effectuerait ainsi de l'État vers le marché et certaines dimensions de la vie sociale précédemment régulées par les autorités publiques se retrouveraient à l'heure actuelle gouvernées par le marché. En outre, la démarcation entre le public et le privé ainsi qu'entre le politique et l'économique serait devenue de plus en plus porreuse à mesure de l'appropriation par des agents privés d'un nombre croissant de fonctions ayant appartenu au domaine public. À cause d'une telle diffusion de pouvoir dans l'économie globale, l'État serait devenu de moins en moins capable de remplir ses fonctions.

### **3.3.1.2. Deuxième variante de la thèse de la globalisation**

La deuxième variante majeure de la thèse de la globalisation « dépasse » la première en ce sens qu'elle ne considère pas seulement l'impuissance de l'État comme une conséquence du pouvoir croissant des marchés, mais qu'elle insiste également sur l'émergence, à l'ère globale, de formes transnationales d'autorité publique. Les tenants de cette variante pensent que la globalisation des rapports économiques a non seulement miné le pouvoir de l'État mais qu'elle a aussi conduit à l'apparition de nouveaux cadres de régulation et de gouvernance dans le « nouvel ordre mondial ». Cette conception a alimenté de vibrants – voire virulents – débats au sein de la discipline des relations internationales, amenant les auteurs concernés à une séparation en courants distincts : le courant néoréaliste, le courant institutionnaliste néolibéral et le courant libéral internationaliste.

Les auteurs néoréalistes (Krasner, 1995; Thompson, 1996) nient qu'un processus ressemblant à la formation d'un État global, qui seul pourrait modifier la logique anarchique des relations interétatiques, soit en cours. Parce qu'ils n'identifient aucun cadre de gouvernance globale capable de remplir les besoins des États en termes de sécurité, la souveraineté demeure pour eux le principe organisateur des rapports internationaux. En remettant ainsi en question l'essentiel de la thèse de la globalisation, les auteurs néoréalistes valident une approche statocentrique traditionnelle pour l'étude des relations internationales.

Les auteurs précités s'opposent de la sorte à un deuxième grand groupe, celui formé des auteurs institutionnalistes néolibéraux et des autres libéraux internationalistes qui cherchent ensemble à démontrer qu'un accroissement des formes de coopération permettrait de relativiser les conséquences de

l'anarchie interétatique. Pour tous ces auteurs, la création d'institutions de gouvernance globale permet aux États de dépasser la logique à somme nulle de l'anarchie. Puisque la politique internationale est transmutée en politique globale, le problème fondamental touche à la formation d'un projet politique transnational capable de stabiliser le système mondial à travers la gestion des formes d'interdépendance engendrées par les transactions sociales et économiques. La majorité des auteurs de ce second grand groupe s'entendent dès lors pour affirmer que les capacités régulatrices des organisations de la gouvernance globale sont dépassées par l'importance et par la fluidité des interactions transnationales, de telle sorte qu'on observe actuellement un « déficit de gouvernance » (Held, 1995, 2005; Keohane, et al., 2000; Rosenau, 1992; Rosenau, et al., 1992; Weis, et al., 1996).

### **3.3.1.3. Troisième variante de la thèse de la globalisation**

Une troisième série d'auteurs suggère que la globalisation est caractérisée non pas par le déclin « pur et simple » du pouvoir effectif des États mais plutôt par leur « internationalisation » (Cox, 2001). L'internationalisation de la production et de la formation d'une société civile globale conduiraient non pas à un système de gouvernance globale remplaçant l'État, mais bien à la réorganisation des dimensions internes et externes du complexe État-société civile au fur et à mesure que l'État se transformerait en une « courroie de transmission » qui ajusterait l'économie interne en fonction des exigences d'une économie globalisée. De telles exigences sont perçues et définies par une classe transnationale de cadres organisée à travers différents réseaux multilatéraux comprenant des organisations comme le G8, le FMI, la Banque mondiale ou l'Organisation pour la coopération et le développement économique (Cox, 2001).

### **3.3.1.4. Les variantes de la thèse de la globalisation : des sujets à caution... et à réflexion**

Les critiques dirigées vers les variantes de la thèse de la globalisation ne manquent pas. Ainsi, par exemple, l'idée d'une transmutation contemporaine de l'économie internationale en une économie globale ou globalisée a été vivement controversée (Hirst, et al., 2002), tout comme ont été mises en doute la notion de « nouvelle économie » et l'idée d'une finance « globale », demeurée sans précédent historique. Par ailleurs, certains chercheurs ont mentionné que les tendances vers l'homogénéisation culturelle sont fortement contrées par des processus de particularisation identitaire comme certaines tendances à la renationalisation (Bayart, 1996; Castells, 1998).

Malgré l'importance des critiques soulevées par les trois variantes de la thèse de la globalisation, il faut noter qu'elles ne remettent nullement en cause les prémisses de cette thèse, à savoir que les tendances sociales, politiques et économiques de la globalisation étioient nécessairement la souveraineté étatique. Il semble donc que l'alternative réelle à la thèse de la globalisation et à la conception néoréaliste du système international contemporain soit donnée par les analyses qui examinent de manière critique les dichotomies existant, d'un côté, entre la souveraineté « nationale » et les dimensions « globales » de la vie sociale, de l'autre côté, entre l'État et le marché.

Cette manière de présenter le problème de la globalisation justifie la conclusion suivant laquelle la globalisation n'implique en rien une phase terminale de la souveraineté, mais qu'elle conduit plutôt à une renégociation de celle-ci. Ainsi, d'une part, de nombreux auteurs inspirés de l'institutionnalisme ont-ils insisté sur le fait que les États sont aussi puissants aujourd'hui qu'auparavant quoiqu'ils se doivent à présent de réformer leurs pratiques afin de maintenir leur capacité d'influence sur le développement

socio-économique au niveau national (Weiss, 2000). D'autre part, de nombreuses analyses du courant marxiste ou s'inspirant de la sociologie historique ont soutenu une analyse historique de l'évolution des États et des marchés. En particulier, les auteurs marxistes n'ont pas postulé une opposition entre les États-nations et les marchés, mais ils ont appréhendé ces formes institutionnelles comme des rapports sociaux capitalistes, sujettes aux mêmes courants antagonistes et aux mêmes tendances à la crise.

Selon le point de vue institutionnaliste exposé ci-avant, l'idée selon laquelle la globalisation serait un processus à travers lequel les capitaux limiteraient ou dépasseraient l'État paraît erronée. Cette idée repose en effet sur une surestimation de la capacité passée des États à « contrôler » le capital. Or, des analyses étayées par les travaux de Polanyi (1983) débattent de l'idée selon laquelle les économies nationales ont été soumises, durant la période d'après-guerre, à un projet de « sécurité économique » répondant à la volonté démocratique des communautés nationales (Adda, 1996; Deblock, 2005). Ces analyses insistent souvent sur le fait que la « société de marché » capitaliste, qu'elle soit développée à l'échelle nationale ou globale, impliquera toujours une grande insécurité socio-économique et d'importantes inégalités sociales que l'État ne pourra éradiquer, du moins tant et aussi longtemps que l'existence d'un « marché autorégulateur » rendra les populations dépendantes du marché pour l'accès à leurs moyens de subsistance (Altvater, et al. 1997; Polanyi, 1983).

Par ailleurs et plus loin, suivant de nombreuses analyses marxistes, c'est la croissance économique soutenue pendant le boom d'après-guerre qui a rendu possible les politiques nationales d'intervention keynésienne et de planification, dont les succès temporaires ont permis aux politiciens d'affirmer qu'ils avaient « apprivoisé » le capitalisme.

Aussi reste-t-il toujours à démontrer ce que la majorité des contributions aux débats sur la globalisation – qui parlent du déclin de l'État – tiennent pour acquis, c'est-à-dire l'expansion extensive et intensive sans précédent, après la Seconde Guerre mondiale, de l'emprise des impératifs de marché capitalistes. Une telle « universalisation » du capitalisme à l'échelle globale n'implique pas tant un impératif technologique ou la simple « libération » des marchés des contraintes politiques, qu'un processus intense de transmutation sociale soumettant de manière croissante les populations du monde, leurs relations sociales et leurs pratiques aux impératifs de l'accumulation du capital. Les divers phénomènes rassemblés sous la notion de globalisation pourraient conséquemment être entendus comme des résultantes de stratégies spécifiques adoptées par les acteurs économiques, politiques et sociaux dans le contexte de l'universalisation du capitalisme. Le processus de globalisation résulterait notamment de choix politiques rencontrant les besoins du capitalisme dans un système où tous les agents économiques opèrent suivant des logiques capitalistes (Panitch, 2000).

Les précédentes considérations sur la genèse de la globalisation capitaliste ne devraient jamais être perdues de vue lorsqu'on évalue les impacts politiques et socio-économiques de la globalisation ainsi que les débats sur la possibilité de l'avènement d'une « globalisation à visage humain ». D'une part, la globalisation ne peut pas être réduite à la création d'un monde plus unifié et homogène puisque, à maints égards, les politiques qui en faisaient la promotion ont maintenu, voire renforcé, les inégalités socio-économiques, les hiérarchies, les privilèges, les divisions sociales (Adda, 1996; Bidet, et al., 1995). D'autre part, le système fragmenté de gouvernance globale participe à une dépolitisation de la formation des politiques économiques qui soustrait ces dernières au contrôle parlementaire (Burnham, 1999). Enfin, un consensus s'établit aujourd'hui, progressivement, sur le fait que la compétition à l'échelle globale et la mobilité des capitaux exercent une

contrainte oppressive sur les politiques nationales, et cela quel que soit le modèle de croissance adopté par les États.

L'évaluation des impacts politiques et socio-économiques de la globalisation avive d'autant plus tous les débats qu'elle donne lieu à des programmes politiques divergents. Pour les partisans de la globalisation, les problèmes qui y sont associés ne sont pas inhérents aux rapports capitalistes eux-mêmes. Ils peuvent donc être résolus par le renforcement des dynamiques de globalisation « envers et contre tous » – c'est là l'orientation néolibérale de Sachs (2005) – ou grâce au développement d'un contrat social global harmonisant la globalisation aux besoins des populations tels que démocratiquement exprimés – il s'agit ici de l'orientation social-démocrate du Groupe de Lisbonne. Pour d'autres auteurs, ces deux positions sont peu ingénieuses car, selon eux, au lieu d'expliquer l'hégémonie de l'approche néolibérale de la globalisation et les contraintes imposées aux réformistes sociaux-démocrates, les impératifs et les rapports de pouvoir spécifiques au capitalisme, qui se révèlent déterminants, doivent faire l'objet d'une contestation politique.

Nous ne nous prononçons pas relativement à cette dernière remarque. Par contre, en ce qui touche à notre travail de recherche, il semble opportun de signaler tout d'abord que notre position, déjà il y a une dizaine d'années, allait en faveur du Groupe de Lisbonne. En effet, étant à ce moment en Belgique, nous y subissions l'influence déterminante de Monsieur Riccardo Petrella – conférencier devenu ensuite professeur à l'Université catholique de Louvain – qui est le Président du Groupe de Lisbonne.

Tout en affirmant la position social-démocrate, nous nous sommes ensuite intéressée aux premiers travaux de Held – dont *Democracy and the global order: From the modern state to cosmopolitan governance*, 1995 – pour découvrir par suite davantage cet auteur (Held, 1996, 2001, 2005; Held, et

al., 2002a , 2002b, 2003), politologue et penseur engagé dans la « Troisième Voie », qui s'efforce de définir les contours d'un nouveau compromis social mondial, compromis dénommé par Laïdi « social-mondialisme » (Laïdi, 2004).

Ainsi, parmi les multiples « définitions » et « conceptions » de la globalisation, nous défendons « préférentiellement<sup>77</sup> », encore à ce jour, celles proposées par Held, tout en nous intéressant à d'autres définitions ou argumentations émanant d'auteurs appartenant parfois à différents champs disciplinaires. Ainsi, par exemple, nous souscrivons particulièrement aux interprétations (sociologiques) freitagienne et luhmannienne de la globalisation. Ou encore, par exemple, nous nous écartons de l'argumentation de Hirst et al. (1999) qui considèrent la globalisation comme un « mythe » et s'opposent à une vision libérale de la globalisation. Enfin, plus subjectivement et en tant qu'humaniste, nous nous situons dans un courant de pensée et de valeurs progressistes et cosmopolites<sup>78</sup>.

Parmi les trois principales variantes de la thèse de la globalisation exposées ci-dessus, nous adhérons à la deuxième variante, celle-là même qui nous nous permet de poursuivre notre réflexion et la présente recherche, tout en pensant « gouvernance globale » ou meilleure régulation qui associent processus économique de la globalisation et préoccupations majeures d'intégration et de justice sociales.

---

<sup>77</sup> Et *entre autres*... Ce n'est effectivement pas l'*unique* définition ou conception à laquelle nous nous référons.

<sup>78</sup> Les valeurs cosmopolites peuvent être exprimées sous forme d'une série de principes, les huit principes particulièrement importants étant les suivants : i) valeurs et dignités égales, ii) libre arbitre, iii) responsabilité personnelle, iv) consentement, v) prise de décision collective sur les affaires publiques par le moyen de vote, vi) inclusivité et subsidiarité, vii) priorité aux maux les plus graves, viii) durabilité (Held, 2005, p. 277).



### **3.3.2. La périodisation 1980-2007 analysée à travers différents filtres**

Les différents filtres choisis permettent d'appréhender l'ère globale (dans le sens diachronique du mot « ère ») de manière « *a priori* inattendue », en introduisant une manière de « voir » ou plutôt en cherchant délibérément à « regarder autrement » cette période donnée de l'histoire : les référentiels choisis ne présentent en effet *a priori* aucune cohésion entre eux comme ils ne se rejoignent pas *a priori* dans un quelconque ensemble (pré)déterminé de cohérence. À travers les filtres proposés, différents éléments vont toutefois surgir ou transparaître, qui nous permettent de constituer des liens, petit à petit, entre les différents points de vue/visions/argumentations/conceptions choisis et présentés; qui nous permettent d'avancer dans le travail de compréhension de la « nature intime » de cette périodisation, et ultimement, d'approfondir son analyse dans une perspective transdisciplinaire.

#### **3.3.2.1. Le filtre des « paradigmes épistémiques » et des « communautés épistémiques »**

« Nos sociétés entrent dans l'âge postindustriel et les cultures dans l'âge dit postmoderne », écrit en 1979 Lyotard dans la *La condition postmoderne*. Estimant que l'assise sociale du principe de la division, la lutte des classes, s'estompe au point de perdre toute radicalité, Lyotard (1979) en déduit la fin de la crédibilité des grands récits et leur décomposition. « La fonction narrative perd ses foncteurs, le grand héros, les grands périls, les grands périple et le grand but » (Lyotard, 1979). Et le même auteur d'ajouter :

La nouveauté est que dans ce contexte, les anciens pôles d'attraction formés par les États-nations, les partis, les professions, les institutions et les traditions historiques perdent de leur attrait. Et ils ne semblent pas devoir être remplacés du moins à l'échelle qui est la leur (...). (Lyotard, 1979, p. 13)

L'idée de la postmodernité travaille l'esthétique, l'architecture, la littérature, la sociologie depuis le tout début des années 1960. En sociologie politique, l'avènement du concept de société post-industrielle avait d'ailleurs été préparé par des thèses « partisans » comme celle de la fin des idéologies. Un nouveau statut du savoir est en émergence.

Si, à l'instar de Bell (1973), des sociologues font remonter l'âge postmoderne au moment de l'essor des machines d'information, certains théoriciens de l'esthétique demeurent plus circonspects. Ces derniers entendent échapper de cette manière aux pièges du déterminisme technique de l'ère dite post-industrielle. Témoin actif de ce courant, Eco (1982) qui considère le postmodernisme comme un courant difficile à cerner chronologiquement et qui l'interprète plutôt comme une catégorie spirituelle ou un mode d'opérer, un *Kunstwollen*. Autre témoin attentif, le critique Jameson (1984) qui, à l'opposé d'Eco, propose de situer le postmodernisme comme une étape historiquement bien déterminée de l'évolution des régimes de pensée et qui analyse la coupure par rapport à la pensée moderniste. Pour ce dernier auteur, le postmodernisme – comme dominante culturelle de la logique du capitalisme avancé – se caractérise par la critique des « modèles de profondeur » : le modèle dialectique de l'essence et de l'apparence, ses concepts d'idéologie et de fausse conscience, le modèle existentiel de l'authenticité ou du manque d'authenticité avec l'opposition entre aliénation et désaliénation qui le fonde. Et il faut mentionner, finalement, la grande opposition sémiologique entre le signifiant et le signifié qui a régné durant les années 1960-1970.

Se dessine ensuite un « modèle de surface » ou plutôt un « modèle de surfaces multiples ». En effet, comme le rapporte Jameson (1984), le monde « perd sa profondeur et menace de se convertir en une surface brillante, une illusion stéréoscopique, un flux d'images filmiques manquant de densité » (traduction de Mattelart, 1992, p.102). Célébrant l'apothéose de l'espace par rapport au temps et la disparition du référent historique, un tel modèle de surface est en phase avec la nouvelle superficie de l'expansion globale du capital transnational, sa circulation en temps réel dans les réseaux télématiques, les flux d'images à la fois universels et fragmentés.

Le texte précité de Lyotard (1979) constitue un écrit de circonstance : c'est un rapport sur le *savoir* dans les sociétés les plus développées, un rapport d'ailleurs rédigé à la demande du Conseil des universités auprès du gouvernement du Québec. Lyotard (1979) participe ainsi à la discussion – qui se généralise à cette époque dans les grands pays industriels – sur la question de la légitimité, ceci dans un contexte marqué par la multiplication des machines informationnelles, par l'hégémonie de l'informatique, dans un contexte fait de transformations et de crises : (i) *crise* de la métaphysique, (ii) *crise* des discours de vérité avec montée des critères opératoires et des critères technologiques qui ne permettent pas de juger du vrai et du juste, (iii) *crise* des grands systèmes théoriques accompagnant le triomphe d'une pragmatique des jeux de langage.

Dans son ouvrage sur la condition postmoderne, Lyotard (1979) a donc introduit une problématique qui n'a cessé de s'étendre depuis lors, problématique sur le *statut du savoir* et sur les processus qui affectent les modes de pensée, d'enseigner et de traiter l'information, à l'ère de la numérisation du signe et de la nouvelle alliance entre le son, l'image et le texte. Parallèlement, avec l'émergence d'une nouvelle façon de considérer le savoir, on observe l'apparition de deux notions spécifiques dans le domaine de l'action publique : « communauté épistémique » et « paradigme

épistémique ». L'interprétation des acteurs de la gouvernance globale (notamment des organisations internationales) en tant que communautés épistémiques va dès lors permettre de jeter un regard neuf sur les luttes d'idées, d'interprétations et de symboles qui accompagnent leur action.

Une communauté épistémique est composée de réseaux d'experts

[ayant] en commun un modèle de causalité et un ensemble de valeurs politiques. Ils sont unis par la croyance forte de ce modèle et dans l'engagement de traduire cette croyance en politique publique et que ce faisant le bien-être de l'humanité en sera amélioré. (Haas, 1990, p. 42)

Ainsi, par exemple, les experts des organisations internationales ne sont pas isolés. Ils sont rarement à l'origine des idées qui les inspirent (Merrien, 2000). Ces idées sont issues de « cercles intellectuels » préexistants (par exemple : le réseau keynésien, les économistes de Chicago). Les experts travaillent et s'appuient toujours sur des réseaux d'acteurs qui ressentent de l'intérêt voire de la passion pour le développement des idées, des politiques qui leur sont associées.

Par ailleurs, à tout moment historique, il existe différentes communautés épistémiques en opposition. Une même organisation peut également tolérer des divergences à l'intérieur du cadre d'interprétation. Toutefois, une période historique stable est caractérisée par l'hégémonie d'un paradigme partagé. Le poids d'une communauté épistémique est toujours tributaire d'un certain ordre international. Ainsi, l'ordre régulé d'après Bretton Woods (dans le contexte de la Guerre froide) est plus ou moins favorable aux thèses de la régulation sociale. À l'opposé, le système international qui émerge dans le début des années 1980 constitue un socle favorable aux organisations qui s'appuient sur le paradigme « néolibéral ».

La victoire d'un paradigme sociétal ne relève que rarement de sa plus-value de légitimité scientifique. En particulier, dans le domaine des politiques

sociales, les faits font l'objet d'interprétations opposées et la force des idées dépend plus des ressources qu'elles fournissent à des systèmes de croyances que de leur rationalité instrumentale. Le triomphe d'un paradigme porté par une communauté épistémique provient subséquemment de son aptitude à avoir accumulé à un moment historique donné davantage de ressources, de sa capacité d'avoir mobilisé à son profit davantage d'alliés, ou de sa capacité à avoir pris des décisions alors que la thèse adverse était en position de faiblesse (Merrien, 2000).

Du point de vue des politiques sociales dans les pays dits développés, il importe de distinguer trois moments historiques et paradigmatiques successifs. Le premier moment s'accorde avec le « consensus de Philadelphie/Bretton Woods »; la deuxième période hégémonique répond au « consensus de Washington » tandis que la troisième, aujourd'hui en émergence, équivaudrait à un « consensus post-Washington ».

- 1- Le « consensus de Philadelphie/Bretton Woods » (1944-) marque le triomphe de l'idée de régulation internationale, économique et sociale. Le terrain est propice à l'action des économistes développementalistes et keynésiens et à l'action du BIT, alliés aux élites modernisatrices. Le social est considéré comme le complément indispensable de l'économique. Le marché est perçu de manière négative (*markets failures* du fait d'externalités négatives ou de la concurrence imparfaite), tandis que la capacité de planification et d'intervention de l'État est parée de toutes les vertus. Dans ce cadre, l'Organisation internationale du travail (OIT) constitue la communauté épistémique numéro un dans le domaine social. La déclaration de Philadelphie (1944), redéfinissant les objectifs de l'OIT, proclame que l'homme n'est pas une marchandise. La Banque mondiale se situe dans le pôle de développement, mais les idées et les politiques qu'elle soutient ne sont pas en contradiction avec celles de l'OIT, dont l'action

repose sur un socle épistémologique définissant de manière particulière l'acteur social, l'État, la société civile, l'Économie et le rôle des politiques sociales :

- Une conception de l'acteur social comme être de bonne volonté, peu prévoyant, myope, peu planificateur, courant des risques sociaux collectifs, et donc susceptible de devenir une victime. Cette définition de l'acteur social justifie des règles obligatoires visant à le protéger contre lui-même et une protection sociale lui permettant d'affronter sereinement les risques de l'existence : responsabilité collective, systèmes de Sécurité sociale;
- Une conception classiste de la société. Le cœur des sociétés est l'opposition structurelle entre les patrons et les syndicats. Le devenir des sociétés modernes est constitué par le développement inexorable de la société salariale. La protection sociale doit être adossée au travail salarié. Elle doit permettre de dépasser l'affrontement stérile des classes pour aboutir à un compromis corporatiste (accent mis sur les partenaires sociaux, la liberté syndicale...). Le syndicalisme constitue le représentant naturel de la société civile. Le partenariat syndicats-associations patronales constitue le gage d'une société de progrès;
- Une conception de l'État d'inspiration wébérodurkheimienne. L'État poursuit l'intérêt général. Les agents de l'État sont désintéressés. L'action de l'État est à même de corriger ou de suppléer aux défaillances du marché, constituant, par-là même, une garantie d'équité. L'État est un médiateur. Il doit également réglementer soigneusement le secteur social et

contrôler directement les organismes de protection sociale. L'État doit favoriser le développement économique et social. Il est aussi un médiateur entre les intérêts opposés du capital et du travail;

- Une conception « keynésienne » de l'économie. L'économie privée est myope. L'équilibre n'est pas naturel. Les gouvernements peuvent gérer les politiques économiques grâce aux instruments de la macro-économie. Le plein-emploi est possible. Le social est un amortisseur de crise. C'est aussi un réducteur de crises sociales et un facteur de la croissance.

2- Le « consensus de Washington » marque un renversement total de la perspective, rendant prédominante l'idée de la valeur intrinsèque du marché. L'accent est mis sur les effets pervers des activités régulatrices et redistributives. Dans la droite ligne des théories du *Public choice*, le nouveau paradigme dénie toute aptitude des élites étatiques à bien faire. Le principe de responsabilité individuelle est rappelé. Le social n'est plus considéré que comme un appendice de l'économie et un filet de protection. La Banque mondiale devient le chef de file de la réforme des systèmes de protection sociale. L'OIT est réduite à une position défensive. À nouveau consensus, nouvelle conception de l'individu, du marché, de l'État et des politiques sociales :

- Le marché est le meilleur mécanisme d'allocation de richesses. La croissance profite à tous (« *Growth is good for the poor* »). Il suffit de libérer les forces de marché pour que se crée la richesse et qu'elle se traduise par une augmentation générale du niveau de vie;

- Les élites politiques et administratives ont tendance à abuser de leurs positions. Les institutions privées, à but lucratif ou non lucratif, sont plus efficaces et moins corrompues que les institutions publiques. Il faut privatiser entreprises et services publics. Dans le domaine de la protection sociale, il faut privilégier le mécanisme de l'assurance privée et développer la concurrence entre prestataires de services;
- Les syndicats ne constituent pas les représentants légitimes des travailleurs, mais des associations qui tendent à détourner l'intérêt général au profit d'intérêts corporatistes et s'assurent par la pression la pérennité de droits acquis et l'octroi de rentes sociales, tandis que les plus démunis restent sans défense;
- L'acteur n'est plus une victime qu'il faut protéger, mais un être rationnel et responsable procédant à des calculs d'opportunités. Il faut lui permettre de faire des choix rationnels, éviter les phénomènes de *Moral hazard* et de choix adverse;
- La société n'est pas constituée de classes, mais d'individus. Peuvent cependant exister des échelles de richesse et d'influence, voire une polarisation de la société entre riches et pauvres, groupes favorisés/défavorisés. La politique sociale (publique) doit aider les défavorisés à acquérir leur autonomie. Les autres groupes sociaux doivent s'assurer de manière volontaire. La politique d'aide aux pauvres et aux victimes doit transiter principalement par les ONG, qui sont les représentantes les plus légitimes de la société civile.



3- Le consensus « post-Washington », terme utilisé par de nombreux auteurs (Stiglitz, 1999), peut être caractérisé par la remise en cause d'un certain nombre de postulats, précédemment considérés comme acquis par les organisations hégémoniques :

- Laissé à lui-même le marché n'a pas nécessairement pour corollaire un équilibre économique;
- Il faut être attentif aux conséquences sociales de politiques d'ajustement et éviter qu'elles soient trop drastiques;
- Il est indispensable de renforcer les institutions étatiques avant de libéraliser les marchés;
- Les politiques sociales (anti-pauvreté) sont importantes et doivent accompagner les mesures de politique économique;
- Il faut faire preuve de pragmatisme dans les réformes, tenir compte des héritages institutionnels et normatifs.

### **3.3.2.2. Le filtre sociologique des « crises »**

La notion de crise est consubstantielle à la périodisation 1980-2007. Tandis qu'Habermas (1978, 2000) évoque une crise sociale généralisée, Freitag (1998, 2005) interprète le passage de la modernité à la postmodernité en termes de crise normative. De son côté, Beauchemin (2004) parle de désarticulation du discours éthico-politique conduisant à une crise. Enfin, Dubar (1998), dont l'intérêt est polarisé par la crise identitaire, s'interroge sur le passage d'une identité sociale dominée par le « nous » à une identité sociale asservie au « je ».

Inséparables de l'ère globale, ces crises et leur analyse pourraient donc s'avérer fort utiles à la compréhension de certains enjeux d'arrière-plan de la globalisation et, par suite, à l'édification de notre modèle théorique.

### 3.3.2.2. α – *La crise habermassienne de l'État social*

Dès la fin des années 1970, Habermas (1978) propose de voir la crise de la société moderne comme une crise de légitimation de l'État social. Récusant les thèses marxistes orthodoxes et néomarxistes ainsi qu'une approche analytique étayée par les dysfonctions systémiques qui élude la dimension subjective, l'auteur postule que toute conception sociologique d'une crise doit prendre en compte, d'une part, l'aspect objectif à la crise du système, d'autre part, l'aspect subjectif de la crise d'identité. Habermas (1978) réunit de cette manière deux grands paradigmes, à savoir celui de crise du système et celui de crise du monde (Larouche, et al., 2003). Comme l'explicitent encore Ferry et al. (2000) dans leur analyse de la crise habermassienne, les tendances économiques liées à la crise se propageraient ainsi dans l'État social, passant de l'économie à la politique, puis à la culture et par suite, aux structures de la personnalité, de sorte que ce qui se manifeste comme crise de système coexisterait avec une crise d'identité.

Habermas (1978, 2000) distingue quatre tendances critiques inhérentes à la crise de l'État social : i) une crise économique, ii) une crise de rationalité, iii) une crise de légitimation, iv) une crise des motivations dans laquelle s'inscrit spécifiquement la crise des identités.

Dans les sociétés capitalistes avancées, l'État social entre – premièrement – dans une crise économique une fois que la régulation administrative des ressources budgétaires, fiscales, monétaires, est remplacée par une autorégulation marchande, amenant ainsi une crise de la rationalité

administrative. Manquant de ressources financières, l'État se révèle dès lors incapable de répondre en même temps au besoin de planification et à celui de maintien des mécanismes privés d'accumulation du capital, ceci le rendant secondement incapable d'assurer une répartition égalitaire des prestations répondant aux demandes de justice sociale. Un tel « refoulement du caractère inégalitaire de la répartition » (Martucelli, 1999, p. 342) expliquerait en outre la transformation de la dimension éthique du rôle politique de l'État, celui-ci renvoyant dans l'espace privé la résolution des problèmes éthiques universaux suscités par la montée du marché.

Tandis la précédente crise économique s'enlise, une autre crise pointe : la crise de légitimation. Cette dernière peut être appréhendée comme la perte d'un espace public à l'intérieur d'un espace politique ouvert, la perte d'un lieu public d'argumentation et de discussion sur la validité des décisions politiques ou des normes de régulation sociale. Afin de combler ce déficit de légitimité et de susciter – de motiver – l'agir individuel nécessaire à la reproduction de l'unité dans la société, l'État entame – et va progressivement épuiser – les « réserves de traditions culturelles ».

Cependant, en opérant telle manipulation des symboles culturels, l'État étend la crise politique vers le champ culturel. Une crise de motivation se dessine alors, l'instrumentalisation des signifiants culturels – surtout par leur utilisation dans une visée idéologique – induisant une relativisation des identités personnelles. Enfin, pareille destruction de sens opérée par des techniques de légitimation constitue un terrain fertile pour l'anomie et engendre une crise identitaire individuelle.

Suivant Habermas (1978, 2000), les quatre tendances alimentant la crise sociale du dernier quart de siècle se succèdent selon un double point de vue objectif et subjectif. Objectivement, la crise de l'État social passe d'abord par un affaiblissement du pouvoir de régulation socio-économique caractéristique

du *welfare state*; elle s'aggrave secondement avec la perte de l'espace public de discussion, espace s'avérant indispensable à l'exercice de la citoyenneté politique. Subjectivement, l'État social est aux prises avec une crise parce que sa légitimité est contestée par des citoyens qui traversent eux-mêmes une crise identitaire à la fois sociale et personnelle. Ainsi, la crise de l'État social sévit dans les trois composantes du monde vécu : la culture, la société, la personnalité.

Au niveau culturel, la crise se profile comme une crise des valeurs catalysée par l'incapacité du système culturel à assurer la reproduction de la société par la production de valeurs sociales normatives partagées. Larouche (2001) interprète une telle crise comme en étant une « de la morale » tandis que Contandriopoulos (1996, 2000) parle de crise de valeurs jouxtant une crise de la régulation.

Cette perte de dimension normative des valeurs sociales déclenche, au niveau social, une transformation du « cadre normatif » assurant l'intégration et la régulation de l'individu. Ce cadre va progressivement se laisser « moduler » par une régulation juridico-administrative, se transmutant ainsi en un « modèle », métamorphosé, dans lequel se constituent diverses éthiques sectorielles. Ces dernières se multiplient ensuite sans qu'aucune cohérence n'y soit mise, sans qu'aucune visée n'y soit assignée. À défaut de bien commun, chacun protège le sien propre et le social « se vide » petit à petit de l'intérieur (Larouche, et al., 2003).

### 3.3.2.2. ***β*** – *La crise freitagienne de la normativité*

Pour Freitag (1983, 1994, 1998, 2005), la société est en train de passer de la « modernité » à la « postmodernité » : il s'agit selon l'auteur du « passage d'une forme constitutive de l'existence sociale à une autre » (Freitag, 1998,

p.1), soit la transition d'un mode de production et de régulation des rapports sociaux « politico-institutionnel » à un mode « décisionnel-opérationnel ». La période postmoderne se présente comme une transition vers une nouvelle condition sociétale dans laquelle les références normatives font place à un mode de régulation pragmatique et opérationnel de la réalité sociale. La seule norme transcendant la constitution de la société devient la soumission des rapports sociaux aux logiques instrumentales et pragmatiques de la régulation économique. La régulation sociétale repose sur une gestion technique et scientifique du social, celle-ci étant orchestrée par une classe savante décisionnelle s'appuyant sur une technocratie procédurale. Ainsi, la direction de la société n'est plus la résultante de luttes idéologiques comme dans la société moderne industrielle, entre les libéraux et les socialistes, entre les bourgeois et les prolétaires. Depuis 25 à 30 ans, la gestion « technoscientifique » et sa logique « pragmatique-rationnelle » éliminent tous les conflits d'ordre idéologique et érigent une société fondée sur le consensus, c'est-à-dire basée sur différents contrats ou compromis entre des intérêts particuliers. Les éventuels conflits sociaux entre des groupes particuliers touchent aujourd'hui la capacité d'influencer la prise de décision et non plus la validité du système de prise de décision. Les controverses ne concernent donc plus la finalité de l'action mais bien les moyens à prendre pour arriver à la fin souhaitée. Ainsi, la direction de la société repose maintenant sur une capacité décisionnelle conjuguée à l'élaboration d'une structure opérationnelle; ce n'est donc plus la finalité de l'action qui compte, mais l'effectivité et l'efficacité, soit la performance et l'efficacité de la technologie ainsi que sa disponibilité et sa capacité de mobilisation.

Freitag (1994, 1998) constate subséquemment le développement d'une crise de la normativité en tant que dimension constitutive de la société et de l'existence sociale. Sa thèse est celle d'une « dé-normatation » du système social moderne de reproduction et de régulation du social. Dans le cadre postmoderne, la répudiation systématique des régulations institutionnelles

universalistes a lieu, ceci au profit de la reconnaissance directe de l'autonomie normative des acteurs sociaux, qu'ils soient des individus ou des groupes particuliers. La société est convertie en un important réseau de systèmes opérationnels, organisationnels ou associatifs; l'individu, libéré, y choisit lui-même ses propres pôles d'intégration et d'identification, plutôt que d'y subir une intégration *a priori* par un mode « culturel-symbolique » ou « politico-institutionnel » traditionnel. L'identité individuelle est donc définie *a posteriori* et non plus *a priori* par la culture ou par l'identification à un « sujet abstrait ».

À l'époque postmoderne, le concept de normativité ne repose plus sur des valeurs synthétiques mais uniquement sur des procédures immédiatement opérationnelles. Une telle crise de la normativité est marquée par une double référence objective et subjective : i) objective parce que c'est la structure même des institutions sociales qui se transforment, ii) subjective parce qu'elle concerne la représentation et l'agir, la subjectivité même de l'individu dans la société transmutée en organisation de systèmes. La crise freitagienne engendre la dissolution de la normativité des institutions sociales modernes.

### 3.3.2.2. y – *La crise des identités selon Dubar*

Selon Dubar (1998, 2000), l'identité n'est pas seulement sociale mais elle est également personnelle. Contrairement à une conception essentialiste de l'identité (c'est-à-dire considérée comme l'essence invariable des individus et des choses), l'auteur endosse ici une position nominaliste ou existentialiste de l'identité, suivant laquelle il existe deux types d'identification, à savoir l'identification attribuée par les autres – « les identités pour autrui » – et l'identification revendiquée par soi-même – « l'identité pour soi ». Suivant Dubar (1998, 2000), une crise du lien social s'est développée parallèlement à la crise économique, conduisant ainsi à une crise des identités. En effet,

l'auteur introduit l'hypothèse selon laquelle chaque période d'équilibre relatif, de croissance continue, de politique stable, s'accompagne d'un ensemble de catégories partagées par le plus grand nombre des individus, ainsi que d'un système symbolique de désignation et de classement fortement intériorisé. La rupture de cet équilibre provoque une déstabilisation des repères, des systèmes symboliques antérieurs, ce qui touche à la dimension de la subjectivité, du fonctionnement psychique et remet en question les formes d'individualité (Dubar, 2000).

Plus spécifiquement (Dubar, 2000) se questionne quant au passage d'une identité sociale dominée par le « nous » (soit d'une identité individuelle déterminée par l'identité sociale) à une identité sociale dominée par le « je » (soit une identité sociale déterminée par l'identité individuelle). La crise identitaire résulterait, pour Dubar (1998, 2000), de la transformation des référents identitaires « modernes » lors du passage de la prédominance d'un mode d'identification sociale dit « communautaire » à l'hégémonie d'un mode d'identification sociale qualifiée de « sociétaire ». Alors que l'identité sociale « communautaire » supposait l'existence de groupements considérés comme des systèmes de places et de noms pré-assignés aux individus et se reproduisant à l'identique à travers les générations, l'identité sociale répond aujourd'hui davantage à un sentiment d'appartenance à des groupes « locaux ». Ces derniers correspondent à des « collectifs multiples, variables, éphémères auxquels les individus adhèrent pour des périodes limitées » (Dubar, 2000, p.6).

La crise de l'identité apparaît ainsi, dans la perspective dubarienne, comme une crise de l'identité sociale (équivalent à la crise du lien social) couplée à une crise de l'identité personnelle. Cette crise identitaire se développant depuis environ un quart de siècle semble donc selon Dubar (1998, 2000) être le résultat d'une tension entre l'émergence de modes identitaires subjectif (le « je » réflexif et narratif) et objectif (un « nous » sociétaire).

### 3.3.2.2. δ – *La crise éthico-politique selon Beauchemin*

De l'avis de Beauchemin (2004), le dernier quart de siècle connaît une mutation du discours éthico-politique, transformation en profondeur qui s'opère avec le passage d'un mode de régulation « providentialiste » à une logique « néolibérale ». Sous l'État-providence, le politique, en tant que projet éthico-politique, était étayé par une représentation de la société comme totalité politique ainsi que par une certaine représentation de l'éthique sociale. Avec la globalisation, le projet ou discours éthico-politique providentialiste n'est plus.

Par « discours éthico-politique », l'auteur entend : lieu d'articulation de l'action d'un sujet abstrait inscrit dans une communauté d'histoire et de durée, au sein de laquelle le projet d'une vie « bonne » prend la forme d'un projet éthico-politique et propose un cadre normatif – la démocratie – rompu à l'aménagement des conflits. Dans un tel discours, éthico-politique providentialiste, la sphère éthique et celle politique sont coalisées et c'est ensemble qu'elles constituent l'État-providence, lequel soutient l'adoption de programmes d'aide sociale procédant d'une régulation sociale de type universaliste, d'une hégémonie de valeurs collectives et de la prédominance du bien-être collectif par rapport aux intérêts personnels. Le discours éthico-politique providentialiste signifie ainsi la volonté de générer un « être-ensemble » cohésif qui requiert un agir individuel ou collectif responsables.

Or, avec la montée du « nouveau monde global », la cohésion n'est plus; le discours éthico-politique se meurt au profit d'une logique néolibérale ayant balayé sur son passage les précédentes références providentialistes du vivre-ensemble.



### **3.3.2.3. Le filtre de différents auteurs et de différentes œuvres choisi(e)s : Anders, Jonas (et Arendt), le trio Lasch, Sennett et Lipovetsky**

#### **3.3.2.3. α – Anders : L'obsolescence de l'homme**

*L'obsolescence de l'homme* est le titre traduit du principal ouvrage du publiciste et philosophe autrichien d'origine allemande Günther Anders, *Die Antiquiertheit des Menschen*, dont les tomes I et II sont publiés en 1956 et en 1980 respectivement.

Ce livre est probablement l'une des critiques les plus virulentes du technoscientisme « moderne », de même qu'il correspond à une réflexion philosophique majeure sur les enjeux anthropologiques du monde technicisé. Deux crises fondamentales de l'histoire contemporaine en forment la trame. Tandis que le tome I émane d'une longue réflexion sur la Bombe atomique (c'est-à-dire sur le *novum* anthropologique que constitue l'auto-extinction délibérée et violente du genre humain), le tome II fait suite à la crise écologique globale dont l'humanité commence à prendre conscience dès la fin de la décennie 1970, crise qui serait, suivant l'auteur, tout aussi délibérée que la précédente quoique larvée et plus lente.

Anders (1956, 1980) part de la thèse générale selon laquelle l'homme est devenu un *antiquiert* – un élément obsolète ou, au sens propre, une antiquaille, un objet de rebut – dans un monde technique et scientifique (technoscientifique) qu'il a lui-même créé, mais qui le dépasse d'un triple point de vue : intellectuellement, moralement et ontologiquement.

Après Hiroshima et Nagasaki, Anders (1956, 1980) est sans doute le premier penseur occidental à prendre la mesure de la capacité humaine à s'auto-

déterminer, capacité qui appelle à une rupture radicale avec le mode traditionnel de la pensée philosophique. Reprenant à son compte en la développant de manière critique l'une des thèses marxistes énoncées contre Feuerbach (« les philosophes n'ont fait qu'interpréter le monde »), l'auteur insiste, dans le second tome, sur le fait qu'il ne suffit pas de transformer le monde (l'homme le faisant de toute manière et en grande partie, sans même s'en rendre compte) : il s'agit également d'*interpréter* cette transformation, précisément pour tenter de la transformer elle-même, afin que le monde – rapporte Anders (1980) – ne continue pas à se transformer sans l'homme et, finalement, ne se transforme en un monde sans hommes.

Le projet philosophique d'Anders (1956, 1980) correspond donc à celui d'une anthropologie négative. L'auteur y dénonce non seulement les discours philosophiques et pseudo-philosophiques, en s'appuyant sur la nature humaine comme un artifice idéologique révolu. Encore se propose-t-il d'aborder la question de la condition humaine par la négative, c'est-à-dire non par ce que l'homme peut penser, percevoir, agir, mais par ce qui lui échappe et par ce qui l'exclut d'un monde qui n'a jamais été le sien.

Le motif central du premier tome est celui d'une « cécité apocalyptique », c'est-à-dire d'une incapacité de l'homme à s'imaginer les conséquences de son action ou, plus exactement, les (in)conséquences de son action dont l'issue est fatale. Cette « cécité » est étayée par trois thèses principales :

- La thèse selon laquelle l'homme n'est pas à la hauteur de la perfection technique de ses produits;
- La thèse selon laquelle l'homme est incapable de se représenter (*vorstellen*) ce qu'il est capable de produire (*herstellen*);

- La thèse selon laquelle l'homme croit toujours devoir réaliser ce qui est bon en son pouvoir de réaliser.

Ces trois thèses et les trois déficiences qui leur correspondent, ontologique, transcendantale et morale, structurent l'ensemble de l'œuvre andersienne.

En questionnant l'originalité de l'œuvre d'Anders (1956, 1980), on remarque encore que ce n'est pas tant le *topos* d'un dépassement de l'homme par ses propres œuvres qui est novateur, mais bien le fait d'inverser l'anthropomorphisme sous-tendu (penser la technique comme un prolongement de l'homme) en un « technomorphisme » (penser l'homme comme un prolongement de la technique) et de considérer ainsi la condition de l'homme « moderne » à partir d'un environnement technoscientifique à l'intérieur duquel il est devenu un élément étranger et substituable. Dans le second tome, le projet d'une « anthropologie philosophique à l'ère de la technocratie » est explicitement annoncé. Ajoutons que pour Anders (1956, 1980), la technocratie désigne le fait que la technique soit devenue le véritable sujet de l'histoire en prenant la place occupée auparavant par le capital.

### 3.3.2.3. a.1. *L'œuvre andersienne : une anthropologie négative*

Pour comprendre l'*Antiquiertheit*, il est d'abord nécessaire de replacer l'œuvre de Günther Anders dans son contexte intellectuel, à savoir le courant allemand d'« anthropologie philosophique<sup>79</sup> » du premier tiers du XX<sup>ème</sup>

---

<sup>79</sup> L'anthropologie philosophique, mouvement intellectuel philosophique mis en place par des penseurs tels que Max Scheler, Helmuth Plessner, Arnold Gehlen, Adolf Portmann, entendait reposer la question de la condition de l'homme moderne à la lumière d'un certain nombre d'interrogations nouvelles émises, à la suite de la

siècle, alors tout entier dévolu à la question de la position de l'homme dans le cosmos. Quoique étant vivement interpellé par cette dernière question, classique pour l'époque, Anders (1980) s'écarte de la thèse compensatoire<sup>80</sup> alors proposée par l'anthropologie philosophique traditionnelle. Il choisit effectivement de conférer à la même question une tournure toute particulière en ne s'intéressant pas tant à la position de l'homme lui-même dans le cosmos, qu'au fait que ce dernier se trouve abandonné dans un monde qu'il a construit. Le terme choisi par l'auteur, *Verlorenheit*, évoque d'ailleurs et la perte d'un monde « évident » et rassurant et la perte de soi dans un monde construit. Suivant la thèse andersienne, l'homme souffrirait d'un défaut anthropologique majeur : il est *weltfremd*, c'est-à-dire fondamentalement étranger<sup>81</sup> à ce monde, comme l'est par exemple un prématuré, un néotène.

L'anthropologie négative qui sous-tend l'œuvre andersienne procède d'une triple négativité :

- C'est d'abord le rejet de toute définition « substantielle » de l'homme en tant qu'être de désir, d'intérêts, de motivations, de pulsions;
- C'est ensuite la tentative de la saisir *ex negativo*, c'est-à-dire comme la résultante d'un monde où il n'a pas sa place;

---

Première Guerre mondiale, par les sciences de la nature, notamment la biologie, la zoologie, l'étude des comportements, les « sciences psychiques » et la génétique.

<sup>80</sup> Selon cette thèse, la technique est un substitut du déficit instinctif de l'homme; c'est donc la métaphore de la technique comme « prothèse ». Anders (1980), au contraire, adopte une position plus complexe puisqu'il énonce le paradoxe d'une technique qui, d'une part, s'avère nécessaire à la survie de l'espèce, mais qui, d'autre part, l'aliène de tout espèce « naturante ». En effet, dans un tel monde d'artéfacts techniques, il n'y a ni lieu ni style de vie qui soit approprié à l'homme; il n'y a pas non plus de nature dans laquelle il pourrait se fondre ou se retrouver. Dès le premier geste technique, l'homme se trouve donc en milieu étranger, hostile. Pour Anders (1980), l'homme est ainsi contraint à un « dépaysement », une sorte de nomadisme existentiel.

<sup>81</sup> Notons au passage que c'est cette même thèse andersienne de l'homme « étranger » au monde qui a influencé Sartre – reconnaissant lui-même sa dette envers Anders – dans sa formule devenue célèbre selon laquelle l'homme est *condamné* à être libre.

- C'est enfin la tentative de recréer un monde de manière artificielle, un monde dont il a également conscience de l'artificialité.

### 3.3.2.3. α.2. *L'artificialité et la contingence dans le temps et dans l'espace*

En discussion critique avec Heidegger – à qui il reproche de ne pas tenir compte du nomadisme propre au genre humain afin de s'épancher dans une métaphysique « terrienne » de l'enracinement –, Anders (1980) entend développer une anthropologie philosophique de l'étrangeté au monde de l'homme. Plongé dans un monde qui lui est déjà étranger, l'homme est non seulement condamné à la liberté mais, en même temps, à un mode de connaissance particulier qualifié par l'auteur d'« apostériorique ». En effet, l'homme ne rencontre pas un monde « naturel », authentique, disponible : il ne fait pas l'expérience d'un « écoumène » qui lui serait propre. Au contraire, il se doit de conquérir, de constituer son propre monde par la connaissance. Bien que son mode de connaissance soit structuré par des *a priori*, l'homme doit recréer artificiellement une réalité dont il sait pertinemment qu'elle correspond à un artefact, dont il connaît la facticité. L'homme prend donc ici le contre-pied de la philosophie transcendantale – ou alors la complète-t-il? – en adjoignant aux *a priori* des jugements synthétiques, les *a posteriori* d'une connaissance qui doit constamment se rompre à la réalité artificielle qu'elle projette de saisir.

Projet d'une connaissance qui s'auto-constitue en se réfléchissant sur une surface qu'elle a créée elle-même, cette connaissance suppose aussi l'acte pratique, voire elle n'a d'autre issue que l'acte pratique. En effet, l'homme doit se créer un monde de toutes pièces puisqu'il ne trouve pas de monde dont il serait l'hôte. Car ce monde « naturel » qui l'entoure lui est

fondamentalement *nichtvorhanden*, indisponible. Ce caractère d'indisponibilité constitue également un élément majeur de l'anthropologie philosophique d'Anders (1956, 1980) : en étant privé de « centre », c'est-à-dire d'identité subjective et objective ainsi que de confiance en soi, l'homme doit se projeter à l'extérieur de lui-même afin de pouvoir se constituer et établir ses limites. Étranger à ce monde, l'homme doit créer le monde, son propre monde, pour le comprendre. Et c'est ainsi que se constitue son historicité. Toutefois, cette étrangeté de l'homme, en ne faisant rien d'autre que de comprendre ce qu'elle a construit elle-même, lui confère également la faculté du mensonge et de la dénégation (s'imaginer quelque chose qui existe dans la non-existence [du monde], en même temps que de s'imaginer quelque chose qui n'existe pas face à la facticité du monde). Comme le souligne Anders (1980), la nature de l'homme est son artificialité et son essence est la contingence : c'est là la différence ontologique qui sépare l'homme de tous les étants. C'est cela qui fait l'« abstraction » de l'homme, écrit d'ailleurs Anders (1937) dans *Pathologie de la liberté*.

Selon Anders (1980), la seule identité de l'homme est donc sa « non-identité », le fait d'être plongé dans une contingence du temps et de l'espace à laquelle il ne peut échapper. Or, le monde de la facticité et le monde comme facticité lui est proprement intolérable, puisque radicalement opposé à sa contingence. C'est pourquoi l'homme tend toujours à s'en emparer, et à le faire avec violence. Comme il ne peut être en accord avec ce monde de facticité qui lui échappe sans cesse, il va tendre à le posséder, à se l'approprier et, partant, à le détruire. Le geste technique n'est donc pas pour Anders (1980) un geste d'omnipotence face à la nature; il provient au contraire de la béance entre la facticité du monde et la contingence de sa propre position dans ce monde, qu'il doit réduire à tout prix pour le but de survivre et de ne pas sombrer dans la folie.

Ainsi, pour Anders (1956), La Bombe atomique n'est rien d'autre qu'un tel nihilisme mis en pratique de manière radicale. Tout comme au *Dasein*, Anders (1956, 1980) préfère l'errance de l'être, l'auteur propose l'étrangeté-au-monde, le ne-pas-pouvoir-être-de-ce-monde à la place de l'être-au-monde heideggerien, voire encore plus radicalement un « être-contre-le-monde ».

### 3.3.2.3.a.3. *Le hiatus entre le produire et le représenter comme défaut de l'imaginaire*

La Modernité correspond à un moment historique particulier où l'homme est définitivement dépassé par ses œuvres. C'est sur cet arrière-fond qu'Anders (1956, 1980) entreprend de formuler le thème majeur de *L'obsolescence de l'homme*. Alors qu'au début de la Renaissance, il y avait encore concomitance entre le *Herstellen* (produire) et *Vorstellen* (représenter), ces deux sphères se séparent radicalement avec l'entrée dans les Temps modernes et le développement du machinisme. Dès ce moment, parler d'« essence<sup>82</sup> » ou d'« humanité de l'homme<sup>65</sup> » apparaît aux yeux d'Anders comme une interrogation *vorgestrig* (périmée) : non seulement cette essence s'est-elle transformée en profondeur dans sa structure elle-même par la nécessité de produire un monde artificiel, mais encore sa position dans le temps et dans l'espace a considérablement changé. En effet, rappelle l'auteur (1980), avec le premier voyage sur la Lune, l'homme a définitivement abandonné son excentrisme topologique définitif. La Terre elle-même lui est devenue contingente. Et c'est là qu'Anders (1980) tire une autre conclusion : ce sont véritablement les triomphes de l'homme qui contribuent à sa perte. La Technique, comme prolongement des facultés cognitives, motrices et esthétiques de l'homme, facilite la vie mais, par là même, elle la rend

---

<sup>82</sup> On remarque encore ici à quel point Heidegger est toujours l'interlocuteur implicite d'Anders.

*überflüssig* (substituable). Tant que cette substitution doit être recréée, tant qu'elle n'est pas automatisée, l'homme garde le contrôle entre ce qu'il produit et ce qu'il est capable de se représenter. Or, c'est précisément la machine qui introduit la productivité de cette substitution et qui va faire que ce contrôle, progressivement, lui échappe.

À l'inverse des utopistes classiques qui s'avéraient incapables d'imaginer un objet conforme à leurs représentations ou à leurs désirs, l'homme contemporain se présente comme un « utopiste inversé » (Anders, 1980), ne pouvant de représenter les objets qu'il crée. C'est ce hiatus entre la représentation, *Vortellung*, et la production, *Herstellung*, qui constitue le motif central de la philosophie andersienne trouvant sa formulation définitive dans la « honte prométhéenne<sup>83</sup> ». Comme le souligne Anders (1956, 1980), c'est au moment où les outils (*Geräte*), comme les prolongements des fonctions organiques de l'homme, ont été remplacés par la machine (qui en soi n'est rien d'autre qu'un prolongement du psychisme de l'homme) que l'obsolescence a commencé. C'est la machine qui a créé une asynchronicité entre le faire et la représentation de ce faire, entre le faire et la savoir, entre le savoir et la conscience (*Wissen und Gewissen*), entre l'outil produit et le corps de l'homme, entre lesquels un fossé se creuse irrémédiablement.

L'homme est un être lent dont le développement suit une pente linéaire. Or, comme un apprenti sorcier, il a créé un fantôme qui, devenant réel, a été soumis à un développement exponentiel. Dans une « communauté machinique » (*Volksgemeinschaft der machine*) qui a institué un système

<sup>83</sup> Ce n'est pas tant une déficience instinctuelle qui caractérise l'homme qu'une déficience morale, celle-là même que l'auteur qualifie de « honte prométhéenne » : l'homme est pour lui un objet de rebut, un être imparfait et non fiable dans un univers d'objets de plus en plus performants. C'est encore un être manquant d'imagination pour voir et prévoir les conséquences de son action, un être jeté innocemment dans un monde qu'il doit détruire pour paradoxalement y survivre. Le seul sentiment correspondant à une telle série de frustrations est la honte (comme par exemple, la honte du travailleur devenu simple veilleur d'objets, comme la honte de l'utilisateur des médias qui doit se contenter du mensonge institué d'un médium devenu message à lui seul).



social par et selon les principes de la machine<sup>84</sup>, l'homme est devenu incapable de comprendre l'ampleur du fossé entre le produire et le représenter<sup>85</sup>.

Aucune technique n'est plus aujourd'hui « innocente » parce qu'il ne pourrait y avoir, dans la perspective andersienne, d'appareils inemployés. Même leur non-emploi constitue une menace, un enjeu, un « spectre », correspondant dès lors à un emploi véritable. Par ailleurs, toute technique, et ce quel que soit son possible caractère « monstrueux », tend à sa réalisation. Tout comme le capital, le propre de la technique réside donc dans le fait qu'elle soit « entéléchique », c'est-à-dire qu'elle est sa propre fin et qu'elle pousse à sa propre réalisation.

### 3.3.2.3. *β* – Jonas : le principe responsabilité

« Agis de façon que les effets de ton action soient compatibles avec la permanence d'une vie authentiquement humaine sur terre » (Jonas, 1990, p. 30) : voici comment – à travers l'élaboration d'un principe qui en appelle à une nouvelle définition de la responsabilité de l'homme contemporain – Jonas va reformuler l'impératif moral kantien en redéfinissant les fins de l'action éthique en fonction du développement de la puissance technique, plus précisément en fonction de la menace que les risques technologiques représentent pour l'existence de l'humanité.

---

<sup>84</sup> À l'instar de la « communauté de l'argent » qui crée, chez Marx, une synthèse sociale artificielle autour de la marchandise.

<sup>85</sup> C'est d'ailleurs à ce niveau que le second tome d'*Antiquiert des Menschen* va prendre un tour plus « désespéré » que le premier dans lequel l'auteur pensait que l'homme était encore capable de saisir par l'imagination le fossé entre le produire et le penser, le hiatus entre la pensée et les œuvres de l'homme. Mais, dans la mesure où cette imagination lui semble déterminée par le langage et que celui-ci semble également dépassé par l'ampleur du « fossé », Anders (1980) ne voit plus aucun moyen d'anticiper ou de ressentir cette différence.

### 3.3.2.3. **β.1.** *Le principe responsabilité*

Dans un célèbre ouvrage paru en 1979 et intitulé *Le principe responsabilité*, Jonas souligne le fait que la puissance technologique « moderne », depuis un quart de siècle, crée par l'ampleur de son extension et de ses effets dans l'espace et dans le temps, un type de problèmes éthiques inconnus jusque-là.

Avant l'âge « moderne », l'homme pouvait considérer que son agir n'entraînait pour la nature que des conséquences mineures, ce qui amenait chaque génération à croire la nature identique à celle de la génération précédente. Cependant, aujourd'hui et depuis presque trois décennies, l'homme est contraint de prendre conscience des effets irréversibles que peut avoir, de par son ordre de grandeur<sup>86</sup> et sa logique cumulative (Sève, 2004), la puissance technologique sur la nature.

La logique cumulative, celle que Jonas (1990) qualifie d'« effet boule-de-neige », est aujourd'hui bien connue. Cependant, jusque dans les années 1980, l'idée dominante était que la puissance technologique « imposait » à l'homme – et qu'elle lui imposerait encore longtemps – les conditions non seulement de son maintien mais surtout de son renforcement et de son expansion, étant donné la nécessité de réparer les dégâts du progrès qui ne cesseraient de s'accumuler, engendrant à leur tour de nouveaux problèmes. Ainsi, seuls de nouveaux progrès scientifiques et techniques seraient susceptibles de parvenir à résoudre les problèmes posés par le développement de la technoscience. Dans cette perspective, il fallait donc considérer, décider et admettre que la possibilité pour la technique de mettre en danger l'existence de l'humanité suffisait à en interdire la mobilisation inconditionnelle.

---

<sup>86</sup> Ce même ordre de grandeur se mesure par exemple en quantité d'énergie dépensée par habitant et en rejets de qualité indéterminée, comme certains déchets nucléaires qui demeureront actifs durant des centaines d'années.

Or, Jonas (1990) s'oppose à une telle vision des choses tout comme il réfute l'idée – apparemment raisonnable – selon laquelle la technique saura bien résoudre les problèmes que son propre développement a posés. Et, à l'heure actuelle, beaucoup pensent comme Jonas (1990), la technique « moderne » leur apparaissant comme une nécessité à « domestiquer ». Comme le souligne encore Sève (2004), le paradoxe est que l'homme contrôle la nature par le moyen d'une technique qu'il ne contrôle pas. Dans le même ordre d'idées, Jonas (1990), distingue d'ailleurs trois pouvoirs : i) le pouvoir du premier degré, celui que l'homme exerce sur la nature par l'intermédiaire de la technique, ii) le pouvoir de deuxième degré, équipollent au mouvement sans frein de la technique, véritable « force sans intelligence » qui correspond à l'impuissance de l'homme à en maîtriser le cours, iii) le pouvoir du troisième degré, qui serait le pouvoir que l'homme aurait sur la technique.

La nécessaire maîtrise de la technique suppose une autolimitation volontariste de sa croissance. Jonas (1990) ne se fait pourtant pas d'illusion quant aux décisions que prendront les pays dits développés dans le but de réduire leur puissance. L'auteur mentionne simplement que si l'homme ne procède pas comme tel, la nature, tôt ou tard et plus ou moins violemment, le ramènera à la réalité. C'est donc sur un fond de catastrophisme que s'élabore le *nouveau* concept jonassien de responsabilité. L'ancien concept de responsabilité était effectivement articulé au fait pour l'homme de devoir répondre de ses actes et d'accepter d'en subir les conséquences, la responsabilité étant ainsi appréhendée et évaluée par rapport à ce qui avait été fait. Or, fait remarquer Jonas (1990) :

Il y a encore un tout autre concept de responsabilité qui ne concerne pas le calcul ex post facto de ce qui a été fait, mais la détermination de ce qui est à faire; un concept en vertu duquel je me sens responsable non en premier lieu de mon comportement et de ses conséquences, mais de la chose qui revendique mon agir. (p. 67)

Ainsi, dès le moment où l'homme devient capable de détruire la planète, s'imposent à lui des obligations radicalement nouvelles envers les

générations futures. Il s'agit là d'une des idées les plus soutenues de Jonas (1990) qui est amené à penser le devoir de l'homme, non à partir de ce qui a été fait, mais sur la base du pouvoir faire. C'est parce que l'homme détient le pouvoir de provoquer la destruction des conditions nécessaires à la survie humaine qu'il a l'obligation de tout faire pour sauvegarder la possibilité d'une vie future. L'homme devient donc responsable du monde qu'il laissera à l'humanité. La responsabilité porte sur l'existence d'un avenir ou, plus précisément, la responsabilité procède de l'avenir. Ainsi, il doit y avoir – et c'est ce qui apparaît comme radicalement nouveau – une efficacité de ce qui relève du devoir de l'homme envers l'humanité future. Comme le rapporte Jonas (1990, p. 111) : « nulle éthique antérieure n'avait à prendre en considération la condition globale de la vie humaine et l'avenir lointain et l'existence de l'espèce elle-même ».

Le principe de responsabilité jonassien s'exprime sous la forme d'un impératif catégorique scindé en quatre courtes parties : i) « Agis de manière à ce que les effets de ton action soient compatibles avec la permanence d'une vie authentiquement humaine sur terre »; ii) « Agis de façon que les effets de ton action ne soient pas destructeurs pour la possibilité future d'une telle vie »; iii) la troisième partie fait état d'une « survie indéterminée sur terre dont la possibilité doit être préservée »; iv) « L'avenir indéterminé est le véritable horizon de la responsabilité » : il s'agit donc pour l'homme de se demander si ses actes ne risquent pas de mettre en péril la vie et de rendre celle-ci impossible dans l'avenir. Toutefois, une difficulté de taille s'impose à lui : il ne peut en effet calculer les effets à long terme de son action technique tout comme il ignore ce qui a besoin d'être protégé et sauvegardé. Et c'est à ce moment qu'intervient *l'heuristique de la peur* comme faculté de connaissance et objet d'un devoir moral, en même temps que sentiment moral.

### 3.3.2.3. **β.2.** *L'heuristique de la peur*

La science ne peut pas éclairer l'homme sur les menaces que font peser ses applications à long terme. Quand le savoir fait ainsi défaut, la peur peut être bonne conseillère. L'« heuristique de la peur » correspond donc à un autre concept élaboré par Jonas (1990), désignant le rôle positif que peut recouvrir, relativement aux décisions éthiques et politiques, l'anticipation des menaces induites par la technologie.

Dès les toutes premières lignes du *Principe de responsabilité*, Jonas (1990) expose son analyse de la modernité technoscientifique et développe son projet de nécessaire refondation de l'éthique face à une menace radicalement nouvelle pour l'humanité :

Le Prométhée définitivement enchaîné auquel la science confère des forces jamais encore connues et l'économie, son irruption effrénée, réclament une éthique qui empêche le pouvoir de l'homme de devenir une malédiction pour lui. La thèse liminaire de ce livre est que la promesse de la technique moderne s'est inversée en menace (...). La soumission de la nature destinée au bonheur humain a entraîné par la démesure de son succès, le plus grand défi pour l'être humain que son faire n'ait jamais entraîné. (...) Qu'est-ce qui peut servir de boussole? L'anticipation de la menace elle-même! (p. 12)

Cette proposition a suscité nombre réserves et controverses auprès des philosophes et des juristes : comment, selon ces derniers, pourrait-on se satisfaire de la valeur d'une action mue par la peur, sachant que celui qui agit sous son emprise n'est plus responsable de ses actes?

Pour que ce soit le cas, il faut supposer qu'un autre usage de la peur soit concevable, un usage qui permettrait qu'un rapport positif entre la peur et la responsabilité puisse être établi. De l'avis de Greisch (1985), c'est justement le cas avec l'heuristique de la peur telle que définie par Jonas (1990) :

Où la peur pathologique nous affecte en déclenchant des pensées ou des représentations de panique, (...) nous avons affaire à des

pensées qui sont à la recherche des affects qui incitent à l'action et à la réflexion. (p. 36)

Son rôle de principe, la responsabilité ne peut l'acquérir que si la peur est comprise autrement qu'elle ne l'est dans la tradition rationaliste, où est apparaît en tant qu'ennemi de la raison. Et Greisch (1985) de souligner :

Ce qui doit nous intéresser, ce n'est pas le pouvoir inhibiteur, bien réel, de la peur, mais son pouvoir mobilisateur de possibilités d'action. [...] Seul celui qui accepte de frémir devant certaines possibilités peut se poser les questions décisives; c'est de cela qu'il s'agit avec l'heuristique de la peur que Jonas appelle « détectrice ». (p. 47)

Ainsi, l'éthique de la responsabilité suppose de se procurer une idée des effets à long terme tout comme elle requiert l'« apprêtement personnel à la disponibilité de se laisser affecter par le salut ou par le malheur des générations à venir » (Jonas, 1990, p. 68).

L'*heuristique de la peur* jonassienne renvoie dès lors à la formulation d'une hypothèse large qui envisage de donner une direction ou une orientation à la recherche, en l'occurrence, à l'exploration des *conséquences à long terme*, qui demeurent incertaines, et dont la considération s'avère elle-même incertaine puisque ce n'est pas tant l'homme contemporain que ses descendants qui sont visés par ce qui pourrait se produire.

### 3.3.2.3. **β.3.** *Les générations futures*

Le concept de générations futures est omniprésent dans l'œuvre de Jonas (1990), épousant une réflexion éthique et philosophique soucieuse de reconstruire une axiologie pour l'ère technologique.

Dans les pays dits développés, l'attention portée aux générations futures a augmenté de manière substantielle depuis une bonne quinzaine d'années, parallèlement à l'accroissement significatif de l'agir technologique. Une telle puissance (technologique), en multipliant de façon spectaculaire la capacité d'intervention de l'homme sur les milieux et les individus, a en effet suscité l'apparition de menaces, d'accidents et de catastrophes avérées ou potentielles, dont les conséquences sont devenues de plus en plus difficiles, voire impossibles, à appréhender dans l'espace et dans le temps.

La préoccupation morale occasionnée par cet état de fait à l'égard des générations futures et relativement au degré d'habitabilité du monde qui leur sera légué apparaît également dans la *Condition de l'homme moderne* d'Arendt (1983) ainsi que dans *L'obsolescence de l'homme*, ouvrage capital d'Anders<sup>87</sup> (1956, réédité en 2001). Le souci permanent d'Arendt porté vers ceux qui ne sont pas encore nés constitue en outre une préoccupation constante et centrale que partagent successivement les fondateurs de l'École de Francfort et Jonas (1979, réédité en 1990), dont le projet exposé précédemment de fonder une éthique pour la civilisation technologique, connaît un impressionnant succès en Allemagne dans le tout début de la décennie 80.

### 3.3.2.3. **y** – *Lasch, Sennett et Lipovetsky : la montée du nouvel individualisme en Occident*

Au cours du dernier quart du XX<sup>ième</sup> siècle, un nouveau type d'individualisme (et d'individu) serait né, dont trois auteurs brossent – séparément – le portrait. Le débat autour de l'émergence de ce nouvel individualisme est lancé en

---

<sup>87</sup> Günther Anders est le premier mari d'Hannah Arendt.

Amérique du Nord dès la fin des années 1970, peu après la parution des ouvrages de Sennett (1977) et de Lasch (1979), respectivement auteurs de *The fall of public man* et *The culture of narcissism : American life in an age of diminishing expectations*. En France, le débat initié avec les thèmes sennettiens du « repli sur le privé » et de la « fin de la culture publique », immédiatement suivis du travail de Lasch (1979) traitant de la personnalité narcissique s'actualise avec la publication de *L'ère du vide* de Lipovetsky, en 1980.

Les trois analyses subséquentes de Sennett (1977), Lasch (1979) et Lipovetsky (1980, 1983, 1993) vont contribuer à mieux comprendre la transformation du champ de la santé publique et constituer autant de points d'ancrage pour la « nouvelle santé publique » (voir 4.2.), la crise culturelle du nouvel individualisme et cette « nouvelle santé publique » partageant la périodisation 1980-2007 (celle-là même qui nous intéresse dans la présente recherche).

### 3.3.2.3. y.1. *Une mutation du mode de socialisation disciplinaire des personnes*

Les trois auteurs précités s'accordent quant au revirement « sociologique global » de fin de siècle. Ils analysent de multiples dimensions – renvoyant à la logique des mouvements sociaux, aux changements survenus au sein de la famille et de l'État, et aux nouveaux besoins du système capitaliste de production – pour expliquer le phénomène de « psychologisation du social » et faire de la société contemporaine (du dernier quart de siècle) un « vaste système psychique ». C'est ce dernier qui, en tant que processus de subjectivation extrême se traduisant par une « désocialisation » également extrême – et parallèlement par l'encouragement de « pulsions antisociales »



– produit l'individu postmoderne de Lipovetsky (1983, 1993), le Narcisse de Lasch (1979) ou l'homme incivil de Sennett (1977).

Lipovetsky (1983, 1993) prétend que la dynamique générale des sociétés dans les Temps modernes consistait à immerger l'individu dans des règles uniformes, à noyer les particularités dans un cadre homogène qui prenait lui-même des formes diverses, telles que par exemple : le peuple, l'identité nationale, la volonté collective ou générale, l'éthique du devoir. À l'heure actuelle, les sociétés occidentales ne se caractérisent plus par le « disciplinement » des singularités des sujets mais plutôt par la volonté de les susciter, voire de les multiplier. Il s'agit là d'une véritable « mutation sociologique globale » (Lipovetsky, 1983, p. 11), témoin de la rupture historique qui s'opère actuellement par rapport aux anciens modes de régulation des conduites des sujets, davantage axés sur la discipline et la normalisation. Lipovetsky (1993, p. 114) qualifie de « procès de personnalisation » ce « type d'organisation et de contrôle social qui (...) arrache [l'homme] à l'ordre disciplinaire-révolutionnaire-conventionnel ».

Quant à Lasch (1979, p.7), il considère que la « crise politique du capitalisme reflète une crise générale de la culture occidentale », celle-ci apparaissant comme une libération des conditions de soumission de l'individu à des entreprises ou à des engagements collectifs, aujourd'hui vécus comme des formes d'oppression de la singularité individuelle. L'attitude de méfiance des individus vis-à-vis de la classe dirigeante et à l'égard de la politique en général (dans le sens où « les solutions politiques ne mènent à rien ») donne naissance à une aptitude nouvelle des individus à se gouverner eux-mêmes. Et, comme il s'avère nécessaire de se procurer des outils spécifiques pour se gouverner soi-même, la « vision thérapeutique » risque de remplacer la politique comme « cadre organisateur de la culture américaine ».

Enfin, pour Sennett (1979, p.14), la « psychologisation » des sociétés occidentales caractérise le passage vers une société « dirigée de l'intérieur » encourageant la croissance des « composantes psychiques » au détriment de comportements sociaux actifs. Cette transformation a des conséquences très lourdes puisque « se connaître soi-même est devenu un but et une fin en soi, au lieu d'un moyen de connaître le monde » et les individus ne trouvent un sens à la société qu'en faisant d'elle un « vaste système psychique » (Sennett, 1979, p.14).

L'analyse des trois auteurs, Lipovetsky (1983, 1993), Lasch (1977) et Sennett (1979), renvoie selon les cas à la logique des mouvements sociaux, aux changements survenus à l'intérieur de la famille et de l'État ou encore aux nouveaux besoins du système capitaliste de production. Par contre, les trois mêmes auteurs s'accordent tout à fait pour mettre en parallèle le phénomène de la « psychologisation » du social avec le thème du nouvel individualisme et du nouvel individu, qui fait de la société un vaste système psychique.

### **3.3.2.4. Le filtre socio-anthropologique du risque**

Le mot « socio-anthropologie » émane de Ciacourel dès 1980, ce terme sous-tendant la vaste alliance interdisciplinaire qui est réalisée en même temps par l'auteur. En effet, ce dernier propose de réunir et d'intégrer la sociologie, l'anthropologie, la linguistique – communicationnelle ou « pragmatique-énonciative » – et la philosophie en une « anthropo-sociologie<sup>88</sup> ». Le filtre socio-anthropologique permet de

---

<sup>88</sup> Reconnaissant les apports des nouvelles philosophies du langage (avec notamment Wittgenstein en 1953 dans ses *Investigations philosophiques* et Austin en 1962 dans *How to do things with words*), le projet de Ciacourel (1980) exprime également les écueils à esquiver afin qu'un tel rapprochement disciplinaire puisse avoir lieu : la difficulté méthodologique de passer d'une analyse limitée à des actes de langage très concrets – par exemple donner des ordres – à celle de situations complexes d'interaction; la difficulté de passer d'une analyse centrée sur le locuteur à une analyse

reconnaître l'urgence qu'il y a à penser l'homme et la société non plus en fonction de ce qui pourra être fait, en aval de l'ici-et-maintenant, mais en fonction d'une destruction possible de l'humanité, en amont de cette échéance (Cassano, 1999; Castoriadis, 1975; Legros, 1990). Là où le catastrophisme extrapole certains risques (en aval) dans une stratégie du pire, l'approche socio-anthropologique, au contraire, part du pire projeté dans l'avenir et en déduit la manière de comprendre, d'analyser les phénomènes et les pratiques qui s'y produisent, afin de s'en protéger. La pensée socio-anthropologique choisit donc de traiter les faits sociaux non pas comme des choses, mais comme des produits durables de l'activité humaine dont la présence et les effets peuvent se manifester sur plusieurs générations. Elle s'interroge ainsi sur le sens à donner à l'action à partir des hommes (et non plus du système). De même, elle réaffirme qu'une société ne peut exister comme telle (à l'état de projet ou comme forme réalisée, instituée) qu'à condition de reposer sur un imaginaire social-historique.

#### 3.3.2.4. α – *La société du risque selon Beck*

La société dans la plupart des pays dits développés est de plus en plus exposée à la menace de risques d'une nature nouvelle. Parmi les différents changements, l'un d'eux est plus que d'autres susceptible de modifier la vision sociologique classique du risque, en termes de stratification sociale et d'inégalités. En effet, les risques technologiques, économiques et sociaux

---

tenant compte des récepteurs comme co-locuteurs; la nécessité de considérer d'autres « actes du langage », d'autres formes de communication que celles que permettent les langues naturelles (gestuelles, iconiques, etc.). Un autre défi tient à la manière dont la sociologie peut intégrer et développer la notion de « compétence communicationnelle », qui se situe au coeur de la théorie du langage et qui permet d'exécuter les diverses « énonciations performatives » dans des situations de communication déterminées (le sérieux obstacle que doit ici dépasser Ciacourel est suscité par l'intérêt très limité que nourrissent les linguistes et que défend la théorie des actes du langage pour les formes complexes d'organisation sociale).

résultant du développement technoscientifique du dernier quart de siècle touchent aujourd'hui l'ensemble de la société, et non plus l'un ou l'autre de ses segments. Devenus plus « globaux » tout autant qu'« englobants », ils autorisent une position critique qui s'adresse aujourd'hui à l'ensemble de la société. Ainsi, le fait de vivre avec des incertitudes traverse les anciennes divisions de classes. Telle est du moins la thèse de la société du risque lancée par Beck (1999a, 2001).

À partir de l'analyse des changements dans la nature des risques ainsi que du constat de la multiplication des risques de tous les ordres, l'auteur en déduit, et pour l'expérience et pour l'organisation sociale, des conséquences importantes impliquant les sociétés actuelles sur la voie d'une « autre modernité ». De l'avis de Beck (1999a, 2001), la « modernité réflexive » contemporaine incorpore, dans un mouvement permanent de retour sur elle-même et d'auto-correction de son action, la majorité des critiques adressées au projet de la modernité, guidé par la croyance dans le progrès scientifique et technique et par l'avancée de la Raison. La rupture avec la modernité industrielle ne correspond toutefois pas au fait que les aspirations à la Modernité soient éteintes. Poursuivre la recherche intense de la sécurité, tandis que se multiplient les conditions technologiques et institutionnelles de son impossibilité, constitue la contradiction à laquelle sont aujourd'hui confrontés les individus, les structures sociales et les institutions de la modernité réflexive.

La liste des menaces et des catastrophes – économiques, technologiques, écologiques, culturelles, judiciaires – s'allonge chaque jour, de tels risques parvenant, via le traitement médiatique, à saturer l'espace social d'incertitudes toujours plus grandes. Parallèlement, émergent des discours paternalistes de contrôle, soucieux de rassurer une société inquiète. Ces discours se heurtent le plus souvent au scepticisme généralisé quant à la capacité de maîtrise d'un ensemble institutionnel destiné à endiguer un

sentiment de catastrophe imminente, qu'il a lui-même contribué à développer avec la conversion de nombreux objets de la politique en objets de la « gestion des risques ».

Une telle prolifération des discours du risque et de la maîtrise est à considérer plutôt comme « symptôme » appelant des interprétations de ce qui « comme cause » expliquerait le développement actuel des sociétés (Beck, 1999a, 2001). La sécurité et les risques sont produits ensemble, à l'intérieur du même processus socio-historique dans lequel les institutions jouent un rôle aussi important que celui attribué au développement technologique et celui ressortissant de la société civile. Ce processus socio-historique tend à faire croître l'incertitude plutôt qu'à la réduire selon l'objectif gestionnaire affiché.

Un cercle vicieux de l'incertitude se forme. À cause ou en dépit de la maîtrise des incertitudes – que promeut le discours sur la gestion des risques –, on constate une réduction de la capacité sociale à tolérer des inquiétudes grandissantes, inquiétudes d'ailleurs soutenues par la dramatisation médiatique des dangers. Cela se traduit par une intolérance accrue des individus face aux défaillances pourtant prévisibles des institutions gestionnaires. Ce « paradoxe de la sécurité » s'exprime sous la forme d'une boucle ou d'un cercle vicieux : activité institutionnelle + contrôle + prévisibilité + sûreté/sécurité + vulnérabilité + nouvelle demande de contrôle + nouvelle activité institutionnelle, et ainsi de suite (Lianos, et al., 2000).

Le « paradoxe de la sécurité » met en évidence une relation à double sens entre le développement institutionnel des sociétés post-industrielles qui s'accorde avec la prévisibilité, et le contrôle et les transformations profondes de l'organisation sociale, les conséquences subjectives de celles-ci se traduisant par l'expérience de l'incertitude et de l'insécurité auprès de la plupart des individus. Aux incertitudes cumulées reliées aux risques socio-

économiques et technologiques, correspond, du point de vue subjectif, la certitude de catastrophe(s) éminente(s), source d'insécurité radicale. L'être humain vit ainsi dans une société où la simple idée de se livrer au hasard est devenue insupportable, à la fois sur le plan collectif et sur le plan individuel. L'incertitude vécue négativement remplace donc l'indétermination positive des trajectoires de vie.

#### 3.3.2.4. ***β*** – *L'ère de l'incertitude et de la vulnérabilité*

L'ère de l'incertitude généralisée : voilà l'ère qui s'inaugure à l'homme, l'ère qui s'ouvre à lui depuis deux à trois décennies et que particularise la montée d'une vulnérabilité tant systemique que sociale et individuelle (Beck, 1998, 1999a, 2001, 2002). L'incertitude peut être définie comme la difficulté ou l'impossibilité de se représenter l'avenir dans les limites du savoir disponible. Si l'incertitude correspond en quelque sorte à une dimension intemporelle de l'agir humain, sa généralisation à tous les domaines de la vie, qui caractérise la situation historique présente, constitue un phénomène qui annule l'effet stabilisant des institutions anthropologiques inventées de longue date pour la contrer. Si la nature de l'homme a été le principal référent de toute anthropologie jusqu'à ce jour, l'incertitude est aujourd'hui le référent de l'anthropologie négative. Le modèle de la gestion des risques, après avoir colonisé toutes les formes de la politique, se substitue aujourd'hui aux modalités proprement sociales de l'individu de concevoir sa trajectoire biographique.

Quant au concept de vulnérabilité, on pourrait avancer avec Châtel et al. (2003) qu'il a partie liée avec l'intensification de l'incertitude dans tous les domaines de la vie des sociétés actuelles. Il importe toutefois d'accorder à cette vulnérabilité une *définition socio-anthropologique précise* étant donné

que ce concept permet de décrire et d'*interpréter* les conditions d'un état de fragilité sociale nouveau dans l'histoire (Beck, 1999a, 2001; Ehrenberg, 1999).

La fragilité dont il est ici question concerne une situation de privation touchant à la fois les valeurs, les normes, les capitaux, les ressources matérielles et communicationnelles qui peuvent être mobilisés face aux changements. La vulnérabilité est d'abord un état de fragilité dont la source est une privation de ressources : ressources matérielles (pauvreté monétaire), ressources sociales (réseau de relations, réseau de solidarité), ressources normatives (dans un contexte anémique où les ressources normatives s'avèrent incapables de conduire à l'action des individus). La vulnérabilité, c'est aussi, de manière plus fondamentale, le fait de ne pas ou de ne plus posséder de moyens pour communiquer authentiquement, c'est-à-dire de ne plus avoir les moyens de produire et partager du sens.

### **3.3.2.5. Le filtre de la « réalité sociale »**

Le fondement de l'existence *réaliste* de toute société peut être rapportée à deux dimensions qui se recoupent et se superposent dialectiquement dans la construction de la réalité sociale : ce sont, d'une part, la dimension symbolique, d'autre part, la dimension du « commun » ou de la solidarité, dite aussi d'interdépendance fonctionnelle (Freitag, 2005). La première dimension, symbolique, en est une qui est exclusive à la réalité humaine tandis la seconde, la dimension du « commun » ou de la solidarité, appartient à l'ensemble du vivant. Nous commençons par la première, scindée ci-après, dans sa *forme négative*, en « désymbolisation » et en « déracinement ».

### 3.3.2.5. *a* – *La désymbolisation*

#### 3.3.2.5. *a.1*. *De la valeur du symbolique*

Les êtres humains se distinguent des choses physiques et des autres êtres vivants par le déploiement de leurs interactions, rapports et échanges (entre eux et avec le monde) dans le champ symbolique, qui est l'espace de la construction d'un monde commun fondé sur la reconnaissance, la réciprocité et la solidarité<sup>89</sup>. Selon Freitag (2005), la construction d'un monde symbolique commun repose sur le partage d'une même sensibilité « animale » se trouvant au fondement de toute objectivation d'une réalité extérieure ou « empirique » ainsi qu'à la base de la capacité de représentation ou de figuration imagée. Toutefois, chez l'homme, les formes de cette représentation sensible sont très largement modelées dans et par le symbolique. La théorie piagétienne insiste d'ailleurs sur ce point en traitant de la représentation « constructive » de l'espace, du temps et donc de l'ensemble des objets perçus dans la spatialité et la temporalité suivant leur unité synthétique propre. Le passage de cette capacité de figuration sensible imaginante à ce qu'on nomme « imaginaire » psychosocial se rapporte à une dialectique du rapport intime entre représentation sensible et représentation

---

<sup>89</sup> Selon Freitag (2005), la construction d'un monde symbolique commun repose sur le partage d'une même sensibilité « animale » se trouvant au fondement de toute objectivation d'une réalité extérieure ou « empirique » ainsi qu'à la base de la capacité de représentation ou de figuration imagée. Toutefois, chez l'homme, les formes de cette représentation sensible sont très largement modelées dans et par le symbolique. La théorie piagétienne insiste d'ailleurs sur ce point traitant de la représentation « constructive » de l'espace et du temps, et par là de l'ensemble des objets perçus dans la spatialité et la temporalité suivant leur unité synthétique propre. Le passage de cette capacité de figuration sensible imaginante à ce qu'on nomme « imaginaire » psychosocial se rapporte à une dialectique du rapport intime entre représentation sensible et représentation symbolique, celle-ci impliquant par définition l'existence du symbolique et sa constitution en dehors de l'individu (organique ou social). La reconnaissance et de la représentation symboliques recèlent une importance capitale puisqu'elles se situent au cœur de la constitution de l'espace commun de vie à l'intérieur duquel les êtres humains réalisent ensemble leur humanité et leur socialité.



symbolique, celle-ci impliquant par définition l'existence du symbolique et sa constitution en dehors de l'individu (organique ou social).

La reconnaissance et de la représentation symboliques recèlent une importance capitale puisqu'elles se situent au cœur de la constitution de l'espace commun de vie à l'intérieur duquel les êtres humains réalisent ensemble leur humanité et leur socialité. C'est dans la participation à cet espace symbolique que l'être humain s'affirme en même temps comme *animal sapiens* (faisant référence à ce que les philosophes dénomment l'entendement) et comme *zoon politikon* aristotélicien. Cet espace commun de vie, qui est objectivement constitué ou institué par le symbolique en dehors des individus, qui doivent l'intérioriser au cours de leur socialisation, caractérise la société. C'est la forme symbolique qui fonde l'essence de la société comprise dans une perspective anthropologique générale. Le symbolique n'est donc pas un simple médium formel; il n'est pas une simple modalité abstraite et générale de la communication ou de la représentation humaine. Par ailleurs, bien qu'il participe de l'essence conceptuelle du langage entendu au sens linguistique, l'espace symbolique concret ne se réduit pas à une telle modalité puisqu'il comprend d'autres formes d'expression sensible que la parole, comme les gestes, les nombreuses formes de figuration significative et d'expression codifiée, et le champ entier des arts et des œuvres humaines, comme la musique, le dessin, la danse, la peinture, la sculpture, l'architecture, ainsi que les techniques comprises dans la particularité de leurs formes expressives et non seulement dans leurs résultats instrumentaux (Freitag, 2005). C'est donc la totalité du monde humain, humainement significatif et signifiant qui est symbolique mais cette totalité tient son unité en ce que tout ce qu'elle comprend peut être dit, ou plutôt, se tient au moins virtuellement dans le monde de la parole (Freitag, 2005).

### 3.3.2.5. α.2. *La montée de la désymbolisation*

Fait sociologique, fait anthropologique, fait psychologique et fait cognitif, la désymbolisation serait-elle le phénomène-clef d'une société à risques?... De nombreux auteurs répondent à l'affirmative (Ariès, 1977; Baudrillard, 1976; Beck, 1998; Castoriadis, 1975; Ehrenberg, 2000; Hervieu-Léger, 1996; Legendre, 2001; Lorenzer, 1971, 1992; Melman, 2002; Morin, 1970; Thomas, 1985). Cependant, si la désymbolisation existe, si elle constitue un risque – voire un risque qui ne peut être assimilé à ce qu'on entend, couramment et institutionnellement, par risque lorsqu'on parle par exemple de « vache folle », de sida ou de maladies iatrogènes –, les effets de la désymbolisation ne sont pas pareillement mesurables ni ses coûts « comptables ».

Au niveau collectif, elle ne relève par ailleurs d'aucune évidence ou immédiateté empirique. En effet, la désymbolisation correspond à un ensemble de faits non seulement imbriqués et polysémiques, mais encore cachés, voire inconscients et de très longue durée. En outre, les signes ou les indices utilisés pour la fonder demeurent partiels et surtout épars. Même si le terme est déjà en circulation, la valeur indicielle de la désymbolisation se révèle non exploitée jusqu'ici, l'histoire de la désymbolisation demeurant donc à écrire.

L'histoire de la notion de la désymbolisation établira certainement ce que le terme doit au psychanalyste allemand Lorenzer (1970, 1971, 1972, 1992) qui reprend la confrontation (entreprise par l'École de Francfort) entre la psychanalyse et les sciences sociales, tout en rappelant que l'objet de la psychanalyse est l'individu socialisé et tout en tentant de conférer à la désymbolisation un sens technique. La pratique psychanalytique considère les symptômes comme une régression à une forme d'interaction qui répète un passé immémorial, régression du symbole au cliché. De la sorte, « la désymbolisation se conçoit comme retour à une forme d'interaction, de

'relation d'objet' née d'un conflit irrésolu de l'histoire personnelle de l'individu » (Simonelli, 2003, p. 15).

Pourtant, la désymbolisation désignerait tout autre chose selon le philosophe et historien français Michelet (1798-1874) qui va, à la suite de Hegel, considérer le symbole comme un langage spontané, historiciser le langage symbolique et en présenter une vision dialectique. Pour ce dernier auteur, la désymbolisation désigne le mouvement de l'esprit qui dépasse ses premières objectivations en accédant à la transparence du concept : « l'esprit crée un corps, le symbole, puis le *désymbolise* » (Michelet, cité dans Dupont, 2003, p. 109). Ainsi, on peut constater une disparité sémantique évidente : tandis que la désymbolisation appartient au champ de l'*Aufhebung* (du progrès) chez Michelet, elle procède de celui de la régression chez Lorenzer (1970, 1971, 1972, 1992).

Quoiqu'il en soit, le terme est parfaitement formé et, selon toute apparence, il apparaît immédiatement clair : la désymbolisation est le processus inverse de la symbolisation. Cependant, au-delà de cette définition purement nominale, il n'en existe aucune définition « réelle », une telle définition étant difficilement concevable puisqu'il s'agit d'un processus invisible, trop enfoui ou trop immédiat. Une définition conceptuelle de la désymbolisation fait défaut *a fortiori* parce que la symbolisation est un phénomène tellement complexe qu'on ne dispose actuellement d'aucune définition faisant consensus auprès des théoriciens des différentes disciplines (linguistique, psychologie, histoire des religions et histoire de l'art, psychanalyse, sociologie, ethnologie, sociologie), des différent(e)s écoles ou courants disciplinaires. Une grande prudence est donc de mise dans l'emploi du terme « désymbolisation », comme dans son étude.

Différents champs d'emploi de la notion de désymbolisation peuvent être répertoriés dans la littérature même si le terme n'apparaît pas toujours

littéralement. Ainsi, Ariès (1977), dans un travail pionnier touchant aux relations de l'homme moderne avec la mort, n'utilise pas le terme de désymbolisation. L'auteur souligne pourtant, dans une analyse détaillée de la « mort inversée », combien la mort a commencé à perdre son caractère naturel, social et public, ce phénomène ayant débuté dans les sociétés industrielles modernes anglo-saxonnes. Tel que l'observe Ariès (1977), la mort devient de plus en plus l'affaire d'une *Privacy* où elle se présente comme « indécente », et où il devient nécessaire de la dominer comme quelque chose de « sale », de honteux, qu'on dissimule, tandis que se délite la microsociété qui accompagnait autrefois le mourant. Le même auteur rapporte la disparition progressive de diverses conduites « explicitement symboliques », comme le fait d'arrêter les horloges, de voiler les miroirs, de fermer les contrevents, ainsi que l'amenuisement de nombreuses autres pratiques de portée sociale et culturelle plus évidente (comme la toilette mortuaire, les veillée et cortège funéraires), la disparition des repas funéraires, la simplification parfois drastique des liturgies religieuses et du port du deuil, autant de pratiques jugées, selon Ariès (1977), comme superstitieuses ou dérangeantes, voire sans objet.

Dans le même registre afférent à la « mort moderne », appréhendée cette fois dans une perspective d'anthropologie comparée, Thomas (1985), qui met en contraste les sociétés occidentale et africaine, rapporte :

Notre civilisation (occidentale) est, à l'évidence, en panne de symbolique et les comportements répétitifs qui jalonnent notre vie procèdent le plus souvent d'un automatisme aussi vide de sens qu'une conduite rituelle. Ce constat, qu'il faudrait nuancer, est un indice de la crise que nous traversons au niveau des rapports interpersonnels : crise de la convivialité, de la communication. Si nous affirmions qu'une société ne peut pas vivre sans rites c'est qu'en définitive, il n'y a pas de rapports sociaux sans actes symboliques. (p. 15)

Mais la thématique de la désymbolisation a également partie liée aux champs plus communément proches du quotidien. Le travail en offre l'exemple : la

sourde plainte ouvrière érnise lors de la genèse de la société industrielle au XIX<sup>ième</sup> siècle ne se fonde pas uniquement sur la détérioration des conditions de vie et l'exploitation du travail. Elle porte aussi sur le changement radical du rapport à l'objet produit. Ce passage d'une production traditionnelle, rare, socialement encadrée et valorisée d'une manière interpersonnelle à une production de masse standardisée, s'accompagne d'un sentiment de perte qualitative, non seulement de la liberté de l'ouvrier mais aussi de sa capacité créatrice d'enrichir le monde par des objets de valeur symbolique, irréductibles à leur fonction technique ou à leur valeur marchande. Le discours de l'aliénation qui traduit la frustration des travailleurs de l'époque vise donc également la désymbolisation du travail humain.

La désymbolisation ne concerne pas seulement les changements dans le rapport à l'objet ou à la mort, mais aussi, plus fondamentalement, le rapport à autrui et les mutations du lien social. Ainsi en est-il, en premier lieu, des changements opérés à l'intérieur de la famille, cette dernière pouvant être vue comme l'institution qui articule la différence des sexes et des générations, et qui va arrimer les individus par un système de places et de liens juridiquement construits. Legendre (2001) souligne effectivement l'existence d'une double crise au sein de l'institution familiale, crise de la filiation et crise de la transmission. Relativement à la filiation, on observe d'abord une dissociation des figures parentales s'opérant entre la parenté généalogique et la « parenté domestique » (faisant référence aux personnes qui élèvent l'enfant sous leur toit), sous l'effet du démariage et de la précarisation du lien de conjugalité. Ensuite, à travers la procréation médicalement assistée, la technoscience promeut un clivage encore plus radical entre la biologie et la généalogie, d'où l'émergence de trois figures parentales possiblement dissociées, avec la question de savoir à laquelle attribuer la prééminence. Par ailleurs, au-delà de cette première crise de la filiation, il en survient une seconde : la crise de la transmission générationnelle, elle-même liée à celle de l'éducation. À l'aube du XXI<sup>ième</sup>

siècle, l'autorité générationnelle doit céder devant l'intérêt de l'enfant, défini aujourd'hui par les besoins de son âge plutôt que par la descendance parentale. Une telle conception de la famille en tant qu'ensemble de liens librement consentis que le temps fait et défait, ainsi que la subordination de la transmission du savoir (ou de la culture) à l'intérêt immédiat ou à l'épanouissement individuel, fragilisent les liens qui sous-tendent l'identité individuelle. Ainsi, la désaffiliation évoquée par Castel (2003) vient nommer ce processus de précarisation des identités quand, dans l'ordre de la famille ou du travail, plus rien ne permet plus d'ancrer la durée.

### **3.3.2.5. α.3. *La désymbolisation appréhendée comme tendance de longue durée***

Certains auteurs vont plus loin encore en matière de désymbolisation et pressentent celle-ci comme une mutation de longue durée, divers auteurs la grevant d'un long passé tandis que d'autres lui anticipent un long avenir. Ainsi, Baudrillard (1976) annonce depuis une trentaine d'années la fin de l'échange symbolique, sous la double influence de l'économie et d'un processus de substitution du virtuel au concret, de la représentation de la vie au monde de la vie, des signes aux choses elles-mêmes. Pour Baudrillard (1976), l'économie politique s'est substituée à la nature et, aujourd'hui, l'économie du signe s'impose partout; tout rentre dans le règne de l'image, de la visibilité généralisée, du signe à tout moment remplaçable par d'autres signes, de la supposée transparence et de l'appauvrissement à l'extrême du lien social, tel qu'il apparaît au travers du filtre médiatique, vidé de son contenu et tenant lieu de simulacre. Dans cette perspective, la désymbolisation en tant qu'uniformisation des médiations a de l'avenir, débordant la marchandisation vers une sorte d'affaiblissement généralisé de la capacité métaphorique relié au monde de la technique, au monde du

marché, du langage et du spectacle. Dans cet univers contrôlé, uniformisé – où la transposition technique de la pensée serait quasi achevée –, en dehors de l'élite technoscientifique chargée de le produire et de le gérer, il ne resterait plus qu'aux masses qu'à consommer l'apparence d'une vie sociale totalement « virtualisée » (Baudrillard, 1976).

### 3.3.2.5. α.4. *L'ambiguïté entourant la désymbolisation et la pluralité de ses causes*

La notion de désymbolisation apparaît riche d'ambiguïtés : différemment alléguée, elle est présentée tantôt comme symptôme, trouble ou menace, tantôt comme une réalité, tantôt comme une interprétation qui constate impuissante un état de fait, tantôt encore comme une étiologie et donc comme la voie ouverte à de possibles thérapeutiques pour les crises qui marquent l'époque contemporaine.

Les causes rattachées à la désymbolisation sont donc diversement présentées : facteurs technoscientifiques, mutations économiques et, de manière plus générale, une désinstitutionalisation en profondeur. Ainsi, Ariès (1977) souligne par exemple l'importance des facteurs économiques dans les mutations de la mort : dans la société « industrielle moderne » (industrielle avancée), la mort et les rituels ne doivent plus arrêter les affaires qui appellent la production et le marché. Quant à Thomas (1985, p. 184), il accuse plus radicalement une « industrialisation de la mort, la technique [suppléant] le rite et l'efficacité du symbole » et il présente un éventail de causes, depuis la technique jusqu'au contrôle social :

La panne de symbolique est aujourd'hui flagrante. L'irruption de techniques qui vont jusqu'aux gadgets funéraires, l'exigence de profit et de rentabilité, la chute des valeurs traditionnelles, singulièrement religieuses, bref un réalisme non dénué d'illusionnisme, voilà qui ne peut qu'accélérer l'appauvrissement

des symboles. Il est vrai que la double dimension du symbole cadre mal avec la vocation de la modernité. Par ce qu'il signifie, le symbole est connaissance (la métaphore recouvre de multiples aspects : réalité de la mort, relation au défunt, aspirations des survivants) mais il est aussi méconnaissance par le mystère qu'il laisse entrevoir, le non-su qu'il implique. Or, le monde moderne refuse le mystère, n'admet que l'inconnu provisoire et fait avant tout confiance à la Science objective. D'autre part, la seconde dimension du symbole réside dans sa puissance émotionnelle; il fait appel à nos pulsions les plus profondes, à nos fantasmes les plus archaïques mais aussi les plus universels. Ce sont justement ces émotions que la pudeur interdit d'exprimer dans une société vouée à la neutralisation des sentiments. (Thomas, 1985, p. 94-95)

Que la désymbolisation résulte de la pression des idéologies technoscientifiques ou des intérêts économiques, c'est donc le social qui serait atteint, ce que tentent également de signifier différents termes qui l'accompagnent comme révélateurs de la difficulté à s'objectiver. Ainsi, Ariès (1977) montre que l'inversion de la mort passe par une « déritualisation » qui équivaut à une « désocialisation » de la mort et des émotions qu'elle engendre. On approche ici de l'individualisme contemporain et de la privatisation des affects, des pratiques, des croyances. En désinvestissant les symboles, les médiations entre les individus se détériorent, les valeurs collectives deviennent floues, inconsistantes et s'amenuisent.

Enfin, la désymbolisation, dans sa généralité, peut être appréhendée comme perte de langage. Legendre (1985) évoque à ce niveau la « désobjectivation » et la « démétaphorisation » tout en parlant de la révolution scientifique du XX<sup>ième</sup> siècle. En effet, la science occupant sur la scène sociale le rôle de référence ultime, elle est chargée de dire la vérité et elle occupe donc une position hégémonique. En termes plus sociologiques, la désymbolisation inclut non seulement la « décommunautarisation » mais elle aboutit également à la « désinstitutionalisation » comme « dérégulation » de perte d'autorité, non pas qu'on puisse réduire la réalité des institutions au



symbolique mais bien parce que ces dernières « ne peuvent exister que dans le symbolique » (Castoriadis, 1975, p. 162). Quant à Beck (1998, p. 17), il explique cette désinstitutionalisation par l'effraction de la modernité à l'intérieur même de la tradition et de ses institutions, ces dernières devenant alors en une sorte de « cavaliers sans chevaux ». La désymbolisation affecterait donc aujourd'hui la société et la culture au profit d'une restructuration purement fonctionnelle et si possible entièrement rationalisée.

### 3.3.2.5. **β** – *Le déracinement comme violence symbolique*

Dans la langue française, le déracinement désigne la dimension existentielle et sociologique qui accompagne, à des degrés divers, l'émigration ou, plus généralement, la disparition des référents socioculturels pour un individu ou une population. Il s'agit donc de l'expérience du délitement ou de la perte d'ancrage dans l'univers social familial. Le déracinement induit en outre une idée de déchirure, de rupture douloureuse et de perte de soi : perte de la sécurité matérielle et morale que procure la familiarisation des mots, des lieux, des valeurs incorporées et partagées par le groupe auquel on se réfère.

Toutefois, le déracinement n'est pas seulement une expérience singulière et personnelle, une rupture biographique : il se présente aussi comme un processus sociologique lié à un mouvement de la société sur elle-même (Lebrun, 2001a). Le déracinement renvoie subséquentement aux inquiétudes produites par les mutations sociales, qui incarnent tout à la fois les formes d'arrachement violent au monde de la tradition et des certitudes qu'il a engendrées, et l'instauration de l'incertitude comme valeur fonctionnelle et normative, inaugurant une forme nouvelle de vivre-ensemble.

Le déracinement, c'est d'abord, dans la sphère du politique et selon Arendt (1972a), une perte du « monde commun aux hommes » (nous rejoignons ici

la perte de l'*oïkos* freitagien exposé ci-après, en 3.2.2.5. γ ). Dans son étude sur le monde pré-totalitaire, Arendt (1972b) analyse l'apparition de masses sans feu ni lieu, c'est-à-dire déracinées. Il s'agit là de l'expérience de la désolation, comprise comme forme absolue de non-appartenance au monde et qui correspond à l'une des expériences les plus radicales et désespérées de l'homme. Le déracinement qui illustre le processus préparant les masses aux régimes totalitaires n'est pas un arrachement salvateur et émancipateur, mais plutôt une perte définitive. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle la radicalité d'une telle expérience induit aussi une profonde modification de la perception de l'être-ensemble et de l'altérité. Le déracinement incarne l'expérience spécifique de la modernité et de l'époque contemporaine en mettant à mal les ancrages symboliques et sociaux qui fondaient le socle des identités individuelles et collectives, mais également par l'arrachement au monde de la tradition pour celui de l'incertitude.

Ainsi, par exemple, au sein de la société française, la disparition des paysans tout comme la ségrégation des sociétés rurales ont mené à un mouvement sociétal dont le déracinement constitue une figure majeure. Cependant, le déracinement en tant que produit d'une évolution politique va atteindre son paroxysme dans l'expérience de la colonisation (Bourdieu, et al., 1964; Sayad, 1999). Ainsi, Bourdieu et al. (1964), lors de l'analyse des politiques de regroupement méthodiques et systématiques mises en œuvre en Algérie de 1954 à 1957, démontrent que la colonisation a complètement détruit l'équilibre économique précaire de la société traditionnelle. La logique de la situation coloniale a produit un nouveau type d'individus, dominés à un tel point qu'ils se laissent définir négativement par l'Autre, c'est-à-dire comme des paysans au sens de travailleurs de la terre et d'« habitants historiques » d'un territoire. En ce sens, le déracinement procède de la perte de la possibilité de s'autodéfinir, de construire son individualité, sa personnalité et de structurer son imaginaire.

### 3.3.2.5. **β.1.** *Les sociétés du risque : des sociétés de déracinement et d'incertitude*

L'analyse du déracinement, qui souligne l'importance des cadres spatio-temporels pour l'équilibre psychique et social des individus, fait référence à la notion de stigmatisme par la soumission au regard de l'autre. L'une des réactions probables en cas de déracinement lorsque l'individu ne peut s'autonomiser renvoie à la tentative de (re)construction de l'entre-soi. Ainsi, la tentation du regroupement de type communautaire et, parallèlement, le rejet du caractère individuel de l'intégration jacobine, peuvent correspondre à la crise de l'État-nation, celle-ci ayant paradoxalement conduit à l'émergence de diverses reconnaissances culturelles à caractère ethnique ainsi qu'à une certaine tendance du renfermement identitaire parfois teinté d'extrémisme politique ou religieux.

Si, dans les sociétés industrialisées d'immigration, le travail fait germer l'immigré et le fait « être » (sur le mode du *Gastarbeiter*, c'est-à-dire du travailleur immigré *invité*, notamment, à repartir), c'est également la fin du travail qui prononce la négation de l'immigré, soit son refoulement dans le non-être économique et social. L'immigré est effectivement le plus exposé aux variations économiques du pays d'accueil puisque c'est le critère de production et son état de « producteur » qui le définissent avant tout. C'est donc par l'exclusion de la sphère du travail que les migrants incarnent la figure première du déraciné, indiquant de la sorte que le déracinement du travail correspond à la première étape du processus général de déracinement d'une société technoscientifique, au sein de laquelle ils deviennent superflus.

Les sociétés du risque sont les sociétés du déracinement, de l'accélération et de la désaffiliation : l'économique se prive des hommes, le culturel efface le symbolique, le social fait fi des valeurs. De manière concomitante, à l'intérieur

de l'actuelle société de consommation médiatique, les individus se privent des mots, ceux-ci devenant de plus en plus inaudibles à force d'être si peu « articulés » ou reliés à d'autres mots. Une telle difficulté à relier des mots, tout comme des individus, des causalités, étant donné le manque d'intelligibilité des phénomènes sociaux liés à leur trop rapide évolution et à la globalisation des échanges matériels et symboliques, illustre ce à quoi correspond une société déracinante.

L'expérience de déracinement correspond au trouble que vit le monde contemporain, rappelle Touraine (1997). Il s'agit d'une expérience qui combine l'arrachement et la création de soi comme Sujet, qui exige l'acceptation de chacun de se soumettre à un environnement social en constante mouvance, en perpétuelle accélération, et qui offre comme seule certitude celle de ne plus avoir de certitude (Touraine, 1997). Les sociétés technoscientifiques génèrent des individus de plus en plus mobiles, où les liens se font, se défont et se refont à un rythme toujours plus grand, où l'acquisition – de valeurs, d'une place dans la société, d'un statut – n'est qu'éphémère, notamment dans les représentations qu'on s'en fait. Qu'il s'agisse du travail, de l'imagination, de la création artistique ou humaine, de l'identité individuelle ou collective, la réversibilité et l'instabilité permanentes sont devenues la norme. Les hommes circulent, libres, dans un espace social sans frontières fixes, au sein duquel croire dans un projet politique, poser la question de l'avenir commun est devenu superflu, obsolète. Aujourd'hui, le déracinement est inhérent aux hommes appartenant aux sociétés du risque : les exilés contemporains ne sont plus les immigrés d'hier, aux prises avec l'incertitude liée à leur transplantation sociale, mais bien les acteurs incertains de sociétés marquées par l'accélération et la désymbolisation intrinsèques à la globalisation. Les sociétés technoscientifiques ne correspondent pas à celles de déracinés du passé : au contraire, elles sont le déracinement institué comme modalité du vivre-ensemble.

### 3.3.2.5. γ – *L'être-ensemble, le « commun » ou la solidarité*

L'idée de vivre-ensemble ou d'être-ensemble ou encore de « commun » ne se présente pas seulement comme le partage factuel d'une même réalité subjective, d'un même horizon objectif (Freitag, 2005). Au contraire, ce « commun » est intériorisé, par chaque individu, comme condition de son appartenance à la communauté et comme forme instituant de sa propre socialité. Selon le discours protagorassien, cette intériorisation possède une double forme, celle du sentiment de solidarité (*aidos*) et celle du sentiment de justice (*dike*), ces deux sentiments présidant à toute relation spécifiquement humaine et établissant subséquemment l'humanité. Grâce à l'*aidos*, l'individu se saisit lui-même à travers la reconnaissance de l'autre, subordonnant l'appréhension de sa propre identité et l'orientation de son propre désir à cette reconnaissance. Un tel sentiment de reconnaissance ontologique suspendu à l'acte de reconnaissance ne peut suffire à fonder, seul, l'humanité « commune » des sujets sociaux : il est nécessaire que ce sentiment puisse s'ancrer dans la commune reconnaissance de la Loi (*nomos*), correspondant ici à la reconnaissance et à l'intériorisation d'un ordre normatif commun comme étant le fondement des rapports sociaux.

La nature anthropologique de l'homme est donc liée à cette reconnaissance partagée d'un « ordre commun » qui a pour tous valeur de norme objective, le lien qui se noue dans la reconnaissance de la Loi constituant le lien social. La loi constitue la condition fondatrice du caractère proprement humain des relations empiriques que l'homme entretient avec les autres sujets, qui lui sont liés *a priori* en tant que « membres » de la société, soit une société qui est la sienne parce qu'il la porte en lui (Freitag, 2005). Il appartient donc à l'homme lui-même de choisir son être ou d'y adhérer. L'enjeu d'une telle adhésion ne le concerne cependant pas seulement de manière particulière :

cela touche aussi à la construction collective du « commun », du champ symbolique à l'intérieur duquel chaque être humain inscrit son existence, son identité, ses valeurs. Cela concerne donc la reconnaissance comme être humain de même que la reconnaissance de son action en tant qu'action humaine intrinsèquement significative (et non seulement en tant que comportement à interpréter comme pure extériorité) (Freitag, 2005). De manière générale, cela vaut autant pour les représentations normatives et expressives culturellement transmises que pour celles résultant de l'expérience personnelle du sujet ou de sa propre réflexion. Ainsi, la « socialité » n'est pas seulement une capacité du sujet (sociabilité) mais également une donnée objective de son être effectif, que le sujet intériorise parce qu'elle lui est initialement donnée ou proposée extérieurement (Freitag, 2005). C'est à cause de cette objectivité que la socialité est sujette à l'adhésion de l'être humain, à son jugement, et qu'elle fait parfois l'objet de contestation ou de transformation. La propre socialité du sujet ne lui est jamais donnée uniquement comme une forme virtuelle mais également comme un contenu substantiel ayant un caractère cognitif, normatif, et expressif ou esthétique (Freitag, 2005).

Enfin, il faut savoir que le symbolique s'avère consubstantiel au « commun », le cadre des médiations symboliques régissant subjectivement l'ensemble des accomplissements sociaux (pratiques, relations, échanges). En effet, chez les êtres humains, la structuration du champ symbolique et son intégration significative circonscrivent l'unité du domaine empirique de la solidarité fonctionnelle-structurelle qui correspond au concept de société, de sorte que cette unité est continuellement reprise en charge de façon structurante dans chacune des pratiques sociales orientées significativement. C'est le concept de « culture commune » qui équivaut à la forme élémentaire d'une telle mise en pli structurelle du champ symbolique, les sociétés humaines devenant de plus en plus complexes grâce à la diversification des pratiques qui s'inscrivent dans leur procès de reproduction et grâce aussi à

l'assujettissement de ces pratiques à des régulations institutionnelles précises (Freitag, 2005). À travers une telle institutionnalisation, la symbolisation de la solidarité collective est réalisée de manière explicitement réflexive selon Freitag (2005) : chaque domaine différencié de la pratique sociale s'y trouve régi par des normes, des principes ou des modèles idéaux spécifiques assurant la relative autonomie des pratiques particulières tout autant que leur interdépendance reliée à leur différenciation. C'est donc dans l'autonomie relative des institutions et à travers la référence de chacune d'entre elles à une finalité idéale que s'accomplit la solidarité qui caractérise l'ensemble de la société. Freitag (1998, 2005) observe ainsi que, dans la modernité, il n'y a sociologiquement de droit que par référence à une représentation commune de la justice; il n'y a de connaissance scientifique que par rapport à une référence épistémologique aux conditions de la vérité (ou au moins aux conditions de la connaissance objective); il n'y a de pouvoir que par rapport à un principe de légitimité; enfin, il n'y a d'économie que par référence à une reconnaissance commune des besoins (ou au moins, une reconnaissance commune des valeurs et de l'utilité). Au-delà de toutes ces modalités fonctionnelles différenciées, il y a leur inscription commune dans le symbolique, qui coïncide toujours *princiellement* – et non *pas* toujours *factuellement* – avec celle des sujets sociaux.

C'est donc à travers le partage d'une référence symbolique commune unifiante que se trouve défini le cercle des interrelations sociales qui se trouvent intégrées dans un même champ d'interdépendances structurelles-fonctionnelles, qui équivaut au concept réaliste de société (Freitag, 2005). Dans la perspective freitagienne, l'histoire présente deux modèles de sociétés présentant un caractère « idéal-typique ». D'un côté, on observe le modèle de la société dite primitive, entièrement régie par l'intériorisation d'une même culture significative pour tous ses membres. D'un autre côté, se présente le modèle de l'État-nation moderne, dont l'ensemble des institutions régulatrices d'une vie sociale fortement différenciée se trouve unifié de deux

façons complémentaires. La première tient au fait que la définition des institutions et de leur sanction en dernière instance est réalisée par le pouvoir d'État unifié, une telle responsabilité, suprême et exclusive, correspondant au concept de souveraineté. La seconde est liée au fait que les institutions sont déjà, en elles-mêmes, placées sous l'égide de principes régulateurs de type universaliste, qui les harmonisent entre elles comme expressions particulières du même « principe de raison » – ou principe de rationalité – à valeur transcendante. L'État, dans l'exercice de son pouvoir législatif, juridictionnel, administratif, comme dans son action en tant que représentant de la société, trouve sa propre légitimité dans sa capacité à justifier ses interventions par leur correspondance à ce même principe de raison (Freitag, 2005).

L'intérêt de la thèse freitagienne (Freitag, 1989, 1994, 1998, 2005) est qu'elle permet de mieux comprendre, d'une part, la mutation sociale présente depuis près d'un quart de siècle (la transition de la modernité à la postmodernité, selon la dénomination de l'auteur, avec des différences oppositionnelles et des formes de socialité distinctes entre les deux). D'autre part, l'interprétation freitagienne permet de mieux comprendre et fonder (à la suite des sections 3.1.2.3.α et 3.1.2.3.β) la distinction fondamentale bien que subtile à opérer entre les notions de globalisation et de mondialisation.

Nous exposons ci-dessous, premièrement, les principales caractéristiques formelles et conceptuelles entre les sociétés modernes et postmodernes ainsi que leurs formes de socialité spécifiques (voir *Tableau 5*). Rappelons que, pour Freitag (1998), la transition actuellement en cours vers la postmodernité se présente comme une vaste entreprise de désymbolisation du monde dont les deux piliers sont l'économisme généralisé (voir 3.1.2.3.γ, 3.1.2.3.δ) et le technocratisme (voir 3.3.3.2.γ).

La différenciation globalisation /mondialisation (ré)apparaît en second.



**Tableau 5 : Correspondances oppositionnelles entre les sociétés moderne et postmoderne dans la perspective freitagienne**

| Société « moderne » freitagienne  | Société « postmoderne » freitagienne  |
|---|---|
| Institutions prédominantes  | Effacement des institutions qui sont remplacées par des organisations   |
| Règles légales à caractère universaliste  | « Abâtardissement » des règles légales au profit d'une procéduralisation incluant des codes, des modes d'emploi et des procédures opérationnelles élaborés techniquement  |
| Dédution des règles légales à partir de grands « principes généraux »   | Remplacement des « principes généraux » par des stratégies d'action avec prises de décision inductives faites en fonction des conditions et des conséquences  |
| Espace public universaliste de délibération   | Champs publicitaires et médiatiques « ciblés » selon différentes stratégies d'influence   |
| <i>Le politique</i> comme débat sur les normes fondamentales  | Le politique fait place aux <i>policies</i> qui sont orientées vers la résolution de problèmes particuliers grâce à des prises de décision régies de façon procédurale et qui visent à traduire des rapports de force en des consensus transitoires   |
| Justification <i>a priori</i>   | Évaluation pragmatique <i>a posteriori</i>  |
| Question <i>de droit</i> et anticipation légale-formelle  | Question <i>de fait</i> et prévision par anticipation objective des conséquences  |
| La société appréhendée comme référent synthétique universel et identitaire  | Le social appréhendé comme environnement objectif, flou, diffus, positif  |
| Séparation nette de la société civile et de l'État  | Interpénétration et tendance à la confusion entre les deux  |
| La Raison inhérente à tout être humain existe comme référence ultime de légitimation (elle est à la fois rationalité subjective et nécessité objective)   | L'efficacité, l'opérativité et le fonctionnement sont présents d'un côté, les intérêts légitimes de l'autre   |
| La socialité dans la modernité est fondées sur : l'universalisme des valeurs, la différenciation des savoirs et savoir-faire exotériques avec maintien de leur caractère synthétique respectif, le développement d'une « pédagogie explicite » et d'un concept de « formation humaniste » | La socialité dans la postmodernité est fondées sur : le « tout-est-affaire-de-technique », la disparition de la formation synthétique du sujet comme membre de la société et de l'humanité, ainsi que la disparition de leur moment historique, la multiplication des savoir-faire et des expertises qui ne sont plus compris que comme simple performativité ou performance, la pédagogie qui devient strictement performative, n'étant plus une mission (et subjectivement une vocation) mais une technique |

Toujours dans la perspective freitagienne, les acceptations « postmodernité » et « modernité » sont quasi équipollentes à celles, respectivement, de « globalisation systémique » et de « mondialisation sociétale ». L'opposition freitagienne postmodernité/modernité avec la rupture fondamentale qui y est afférente se retrouve ainsi toute entière dans la différenciation entre la globalisation et la mondialisation, différenciation d'importance suivant notre avis puisqu'elle devient dès à présent épistémologique et ontologique en plus d'être déjà une distinction sémantique et conceptuelle (voir 3.1.2.1.).

La globalisation fait dès lors partie du procès de formation d'une société élargie au niveau mondial (mondialisation) tout en représentant, par les modalités de régulation systémiques et opérationnelles qui la caractérisent depuis quelques deux décennies, une forme de dissolution de la société et de la socialité. Tandis que le mot « mondialisation » réfère à l'idée d'un monde commun (*Welt, cosmos, world*) qui possède une unité, une ordonnance propres, celui de globalisation semble désigner le procès et le résultat d'une activité de généralisation, comme la généralisation de la régulation par le marché, comme la généralisation extensive de certaines procédures, techniques, ou de certaines règles appréhendées d'un point de vue strictement opérationnel. On pense ici avant tout à l'idée d'un phénomène à caractère processuel, se produisant et se déployant de façon autonome, autoréférentielle et virtuellement automatique, notamment dans les domaines de l'économie, des technologies, des systèmes d'information et de communication. Il n'y est plus fait référence à une exigence ou à une finalité d'intégration harmonieuse du divers ou du multiple, d'unité synthétique des contraires, d'ouverture sur la diversité et d'élargissement des horizons : c'est inversement l'idée d'homogénéisation qui prévaut, à l'encontre de la diversité ayant jusqu'il y a peu caractérisé les sociétés occidentales.

Dans son livre *La globalisation : laisser faire ou faire?*, Gélinas (2000) réfère à une semblable mise en contraste des antinomiques « globalisation » et

« mondialisation ». Alors que la mondialisation participe d'un processus historique d'unification de l'humanité dans l'espace planétaire, mis en branle par les premiers déplacements des humains (voir 3.1.2.2.), la globalisation se manifeste par une sorte de totalitarisme économique – une telle menace de domination totalitaire présente dans le monde contemporain ayant d'ailleurs été très finement analysée par Hannah Arendt (1972b, 2002). Alors que la mondialisation demeurerait balisée par la gouverne des États, « la globalisation apparaît comme un projet de gouverne du monde par de puissants intérêts économiques transnationaux et supraétatiques », souligne ainsi Gélinas (2000, p. 22). La(les) précédente(s) mondialisation(s) relevai(en)t de la catégorie de l'espace (voir 3.1.2.2.), elle(s) se définissai(en)t en tant que mouvement(s) de rapprochement des groupes humains et des cultures, qui trouvai(en)t sa/leur conclusion dans un monde unifié par les NTIC, ces derniers ne laissant isolé ou inconnu aucun endroit de la planète. La présente globalisation se comprend davantage tel un système dont les « visées ne sont pas seulement planétaires mais globalisantes » (Gélinas, 2000, p. 39). Soutenue par une idéologie chargée de « justifier le régime politique et le système économique en place et de les faire accepter par la population comme les seuls légitimes, les seuls respectables, les seuls possibles », ajoute Gélinas (2000, p. 47), la globalisation adopte le credo néolibéral et prône l'élimination du rôle de l'État dans la gestion de l'économie; le « global a [ainsi] l'avantage d'éliminer toute référence à la nation, à l'État et aux frontières devenues obsolètes » (Gélinas, 2000, p. 39-40).

### **3.3.3. La globalisation : entre formes, logiques et imaginaires**

Par-delà l'hégémonie de la logique économique (logique immanente au capitalisme ou logique financière spéculative, [voir 3.1.2.3.]) sur l'ensemble

de la vie collective au niveau mondial, la globalisation combine trois autres logiques d'importance déterminante, la première étant liée à la vitesse et l'accélération, la deuxième concernant l'épidémie et la troisième, afférente à la technique et à la technoscience.

Différents imaginaires s'avèrent également consubstantiels à la globalisation. Il importe de les rechercher pour mieux les comprendre avant qu'ils puissent être intégrés dans notre modèle théorique de la « santé publique globalisée ».

En outre, il n'existe pas de forme unique ou de modèle univoque de globalisation. C'est d'ailleurs pourquoi il s'avère si difficile, jusqu'à présent, de trouver une définition de globalisation qui soit acceptée par tous. La globalisation de l'économie et des sociétés constitue un phénomène tout à fait récent et aux facettes multiples et variées, certaines d'entre elles pouvant disparaître d'ici 10 ou 15 ans ou perdre de leur pertinence (Ruigrok, et al., 1991; Saul, 2006). Suivant les auteurs, est ainsi évoquée la multitude des : « domaines », « aspects », « dimensions », « dynamiques », « catégories », « facettes », « expressions », « formes » de la globalisation. À la suite de Ruigrok et al. (1993), nous utilisons dans ce travail le terme de « formes » pour désigner chacune des sphères sociétales d'activités ou d'action touchées par la globalisation. Ajoutons que ces différentes formes de globalisation diffèrent des « moteurs » heldiens qui catalysent la globalisation (et qui ont été précédemment exposés en 3.1.4.), ceci en dépit de l'apparemment évident entre certains « moteurs » de globalisation et certaines « formes » de globalisation.

Enfin, sachons que les « trois logiques » de la globalisation explicitées ci-après – et définies comme étant des ordres de raisonnement abstraits et schématiques qui s'exercent dans les faits tout en permettant de comprendre la complexité du réel – vont englober dynamiquement les « moteurs »

heldiens, mais elles ne s'assimilent aucunement aux « trois variantes » de la thèse de globalisation telles que présentées en 3.3.1.

### **3.3.3.1. Les formes de la globalisation : nombreuses et parfois même indéterminées**

Au sein de la multitude des formes de globalisation, huit nous apparaissent fondamentales, s'avérant aussi le plus communément répertoriées dans la littérature :

- La globalisation du secteur financier pouvant encore être qualifiée de globalisation du capital, et qui est reliée à la déréglementation des marchés financiers, à la mobilité internationale du capital et à la hausse du nombre de fusions et d'acquisitions. Mentionnons que la globalisation des portefeuilles d'actions n'en est qu'à ses débuts;
- La globalisation des marchés et des stratégies, reliée à l'intégration des activités des entreprises à l'échelle internationale, à l'établissement à l'étranger d'opérations intégrées (dont la R&D et le financement) ainsi qu'à la recherche de composantes et d'alliances stratégiques aux quatre coins du globe;
- La globalisation de la technologie, de la R&D et des connaissances correspondantes, dont la technologie constitue l'enzyme première, l'émergence de la technologie informatique et des télécommunications ayant permis d'établir des réseaux mondiaux au sein d'une même entreprise et entre différentes sociétés. La globalisation sert ici de processus d'universalisation du toyotisme et de la production verticale;

- La globalisation des modes de vie et des modèles de consommation ainsi que la globalisation de la culture (à laquelle certains auteurs rattachent la globalisation médiatique), qui sont reliées au transfert et à la transplantation des modes de vie prédominants, à l'égalisation des modèles de consommation et au rôle joué par les médias, à la transformation de la culture en « aliment culturel » et en produits culturels, le GATT imposant ses règles aux échanges culturels;
- La globalisation des compétences en matière de réglementation et d'autorité, que nous pourrions appeler « globalisation des normes », et qui est reliée au rôle amoindri des gouvernements et des parlements nationaux (déclin de l'État-nation). Cette globalisation des normes est elle-même partie prenante de la gouvernance globale, puisqu'elle s'avère intimement liée aux tentatives actuelles de conception de nouvelles règles et institutions en vue d'un « gouvernement global »;
- La globalisation à titre d'instrument d'unification politique planétaire qui est reliée à l'analyse, menée par les États, de l'intégration des sociétés dans un système politico-économique mondial dirigé par un pouvoir central;
- La globalisation des perceptions des conditions humaines, la « conscience planétaire », reliées aux processus socioculturels axés sur « une seule planète » et au mouvement mondialiste des Citoyens de la Terre;
- La globalisation de la communication ou encore globalisation communicationnelle-médiatique, qui inclut trois grandes approches distinctes, suivant ses auteurs : i) une approche structuro-

fonctionnaliste ou « théorie de la convergence » de Rogers<sup>90</sup> (1981, 1986), ii) une approche dite « communication-monde » par Mattelart<sup>91</sup> (1992, 1996), iii) une approche par réseaux, soit la théorie de l'espace des flux de Castels<sup>92</sup> (1998).

<sup>90</sup> La théorie de la convergence de Rogers (1981, 1986) correspond à une approche structuro-fonctionnaliste de la communication à l'échelle du monde, pareille communication correspondant au *processus* par lequel des participants créent et échangent des informations afin de se comprendre ou de s'ajuster réciproquement. Dans la perspective rogérienne, les réseaux de communication représentent des individus interconnectés par des flux structurés d'information, celle-ci étant véhiculée ou non par les NTIC. Il s'agit d'une approche théorique qui défend un déterminisme technologique qualifié de « doux » et selon laquelle les NTIC trouvent leur origine dans le contexte social ainsi que dans la nature des technologies. Par ailleurs, ces dernières technologies sont appréhendées comme étant interactives (ceci correspondant à l'immédiateté du *feedback*), démassificatrices (c'est-à-dire qui contribuent à la segmentation, à la fragmentation de la masse des usagers) et asynchrones (c'est-à-dire s'avérant capables de préserver des messages).

<sup>91</sup> L'approche de Mattelart (1992, 1996) en est une qui adopte une perspective historique. Pour cet auteur, la globalisation équivaut à un processus qui doit aboutir à l'interconnexion généralisée des économies et des sociétés, le rôle de la communication étant de hâter ou de faciliter concrètement la circulation de l'information, des matières et des individus entre les économies et les sociétés. La logique de la communication médiatisée est une logique d'expansion ou d'interconnexion croissante qui conduit les dispositifs de communication (les médias) à constituer les entreprises, les sociétés et le monde en réseau. C'est une logique de réseau (réseau technique, infrastructurel constitué par les ordinateurs et les câbles ou les fibres optiques ainsi que réseau social, superstructurel, que forment les acteurs sociaux et qui permet la circulation des idées) qui, dans suivant Mattelart (1996), va de pair avec la division internationale du travail (DIT), les médias se relayant pour connecter matériellement et symboliquement les différentes parties d'un monde différencié par une DIT d'importance croissante.

<sup>92</sup> Pour Castells (1998), la société capitaliste est articulée autour d'interactions et d'échanges entre de positions géographiquement éloignées, occupées par des acteurs sociaux eux-mêmes enchâssés dans des structures économiques, politiques et symboliques. De tels échanges et interactions – dont le contenu est fait de capitaux, d'interactions organisationnelles, de sons, de symboles, de technologies et d'informations – constituent des flux. Castells (1998) définit « l'espace des flux » comme étant cette nouvelle forme d'organisation socio-spatiale (spatiale et sociale) en réseau, qu'impulse l'actuel mode de développement informationnel. Suivant la théorie de l'espace des flux, c'est – dans le nouveau mode de développement informationnel – la technologie de la production de savoirs, la technologie du traitement de l'information et de la communication qui conduit à la productivité. Les NTIC constituent le support matériel des échanges et des transferts de capitaux, de technologie et de symboles, consommés à l'échelle planétaire et sont de fait parvenus à « intégrer » de tels échanges. C'est enfin, suivant Castells (1998), l'utilisation des flux sous forme de réseaux qui constitue la trame de la globalisation : les entreprises se sont transmutes en des entreprises-réseaux tandis que se sont formés des microréseaux personnels et des macroréseaux fonctionnels. Ces derniers sont ceux de l'élite dominante, cosmopolite, qui a formé, selon l'auteur : « (...) un style de vie et des formes spatiales

Aucune des formes de globalisation n'illustre à elle seule la nature ou les caractéristiques de la globalisation : dans ce sens, aucune forme n'est entièrement satisfaisante. Les principaux auteurs ou théoriciens de la globalisation ne peuvent donc prétendre détenir une plus large part de vérité que d'autres. Il ressort en outre de ce qui précède un fait intéressant : les changements survenus depuis le début des années 1980 s'avèrent si profonds et touchent tant de domaines que les notions d'internationalisation, de multinationalisation, voire celle de mondialisation, se révèlent incapables de décrire avec justesse les événements et d'en expliquer le sens (Scholte, 2000). Ce n'est pas seulement parce que nouveaux concepts comme celui de globalisation (du « nouveau monde global », de l'« ordre globalitaire ») sont à la mode que de plus en plus de personnes y font référence, mais c'est parce qu'on a besoin de comprendre des processus qui perdent de leur visibilité et de leur signification si l'on recourt à des concepts traditionnels pour les décrire (Scholte, 2000). En outre, les théories, les thèses relatives à la globalisation ne sont pas toutes automatiquement pertinentes ou justifiées, tout comme il ne suffit pas des les assembler de façon syncrétique en vue de détenir l'ultime vérité.

Les différentes formes de la globalisation ne signifient pas que ce processus actuel (de globalisation) en soit un au-dessus de tout soupçon, qui méritât de ce fait un soutien politique ou une adhésion culturelle. Il s'agit, au contraire, d'un processus requérant une attention toute particulière, une analyse spécifique par rapport au domaine, à la discipline ou à la problématique desquels il forme le contexte macro.

---

qui visent à unifier leur environnement symbolique dans le monde entier et transcender ainsi la spécificité historique de chaque lieu » (Castells, 1998, p. 468).



### **3.3.3.2. Les logiques-clés de la globalisation**

#### **3.3.3.2. α – La logique « dromocratique » inhérente à la mutation du rapport au temps subjectif ou la logique d'accélération**

« Pas le temps... » ou « il faut faire vite! » : à la métaphore traditionnelle du temps qui s'écoule, succède depuis environ un quart de siècle celle d'un temps qui s'accélère inexorablement (Aubert, 2005). Mutation du rapport temps subjectif, exigence d'instantanéité dans la vie quotidienne, révolution ou règne de l'urgence : la culture temporelle de l'homme est en train de changer radicalement, pressé qu'il est (devenu) de réagir « dans l'instant ». Dans le récent contexte de globalisation, émergent au-devant de la scène de nouvelles formes d'expression du rapport humain au temps que sont l'urgence, l'immédiateté, l'instantanéité, le *hic-et-nunc*, la vitesse, l'accélération<sup>93</sup> constituant le dénominateur commun qui unit les autres.

La notion d'accélération comme les précédentes notions citées sont générées, dès le début des années 1980, par l'avènement de la globalisation

---

<sup>93</sup> Emprunté au latin *accelerare* et provenant de l'adjectif *celer*, « vite », le terme « accélération » signifie aller de plus en plus vite, augmenter sa vitesse en étant contraint ou non de le faire. Comme l'a montré Baier (1991), c'est par sa capacité à accélérer que le monde dit développé est passé, dans la modernité avancée, de la maîtrise de l'espace (géopolitique) à la maîtrise du temps (chronopolitique), ceci en vue d'affirmer sa puissance et étendre davantage son pouvoir. Mais, déjà vers la fin des années 1970, de nombreux philosophes, anthropologues et sociologues, en s'inspirant le plus souvent des travaux de l'École de Francfort (des travaux d'Adorno, d'Anders, d'Horkheimer, de Marcuse), procèdent à une sévère critique de l'accélération et de la mobilisation générale comme productrices d'illusion, d'aliénation et de perte de liberté. Tel est le cas, par exemple, de Sloterdijk (2000) en Allemagne, de Cassano (1998) en Italie, de Beaudrillard (1972, 1990, 2002) et de Virilio (1977, 1988) en France. Actuellement, de plus en plus d'auteurs procèdent également à l'éloge de la lenteur (Le Breton, 1996, 1999a, 1999b, 2002), mais à partir du sentiment plus ou moins affirmé selon lequel des menaces, voire des dangers de plus en plus grands, pèsent sur les hommes et sur les écosystèmes.

économique et financière (elle-même rendue possible grâce à la révolution des NTIC). L'imaginaire médiatique rend d'ailleurs bien compte de cette nouvelle manière de fonctionner avec et dans le temps, comme en témoigne le succès actuel d'émissions telles que le feuilleton québécois *Urgences*, l'émission *État d'urgence* ou encore la série *24 heures chrono*, qui se déroule en « temps réel » (Telarama, 2002).

L'accélération est au cœur du système capitaliste : plus le capital tourne vite et plus le taux de profit annuel est élevé, d'où la recherche effrénée d'accélération, celle-ci imprégnant l'histoire entière du capitalisme (Ascher, 2003). L'accélération constitue l'une des caractéristiques fondamentales des sociétés technoscientifiques ou, suivant l'expression de Beck (1999a, 2001), des sociétés du risque. Vécue longtemps comme facteur d'émancipation, de jouissance, de liberté et de capacité à élargir l'horizon potentiellement jusqu'à l'infini (y compris en matière de communications avec l'avènement d'Internet), l'accélération a incarné, pendant toute la durée de l'affrontement américano-soviétique pour la conquête de l'espace, le symbole de la puissance, de l'arrachement à la terre et à la Terre. Des réacteurs d'avions et de fusées aux accélérateurs de particules et d'ions lourds, en passant par les réacteurs nucléaires, la production d'énergie s'inscrit au cœur de l'aspiration à la puissance et au décollage. Prenant ainsi la forme d'un fait social total au sens où la totalité de ce qui est (c'est-à-dire hommes, animaux, végétaux et informations) est progressivement et puis, de plus en plus vite, mis en circulation, l'accélération a pendant longtemps constitué le principal véhicule de réalisation du projet moderne – le Progrès – avec l'assentiment de (presque) tous. Ainsi est apparue la « civilisation de l'auto-mobilité », avec ses véhicules de plus en plus puissants ou surpuissants, qui en arrivent à représenter dès lors les « sociétés dromocratiques » (de *dromos*, la course, suivant Virilio, 1993).

La prégnance de la logique d'accélération ou logique dromocratique depuis un quart de siècle transparait en outre nettement derrière les indicateurs d'accélération qui suivent (Cohen, 2003; Held, 2005; Scholte, 2000) :

- Les lignes téléphoniques fixes sont passées de 150 millions en 1965 à 851 millions en 1998;
- Les téléphones portables sont passés de 0 en 1978 à 305 millions en 1998 et à 1790 millions en 2004;
- Les utilisateurs d'Internet sont passés de 0 en 1985 à 180 millions en 1998 et à 796 millions en 1998;
- Les radios sont passées de 57 millions de postes dans les années 1930 à 2.008 millions en 1994;
- Les téléviseurs sont passés de 75 millions de postes en 1956 à 1.096 millions en 1994;
- Les passagers des vols internationaux sont passés de 25 millions en 1950 à 693 millions en 2001;
- Les zones franches (hormis les zones économiques de la Chine) sont passées de 0 en 1953 à 500 en 1996 et 850 en 2000;
- Les réserves de devises étrangères sont passées de 100 milliards en 1970 à 1.579 milliards en 1997;
- Les échanges de devises étrangères par jour sont passés de 100 milliards en 1970 à 150.000 milliards en 2000;

- Les dépôts bancaires par les non résidents sont passés de 20 milliards en 1964 à 7.900 milliards en 1995;
- Les prêts bancaires transfrontaliers sont passés de 200 milliards en 1970 à 10.383 milliards en 1997;
- Les ONG sont passées de 45 en 1945 à 38.000 en 2003;
- Les multinationales sont passées de 7.000 à la fin des années 1960 à 44.500 en 1997 et à 65.000 en 2001.

La mutation qui s'est produite durant les dernières années consiste donc en ce que la vitesse, jusqu'alors corrélée à la conquête de l'espace et se traduisant dans le domaine économique par la conquête de nouveaux marchés dans de nouveaux pays, s'est, grâce aux NTIC, emparée du temps. Reprenant la réflexion de Virilio (1993), Laïdi (1997) en montre les conséquences quand il souligne l'interaction qui s'effectue

(...) entre l'accélération de la mondialisation et une redéfinition sensible du rapport au temps : tout va plus vite et ce « plus vite » est ressenti d'autant plus fortement qu'il est relié à la perception d'une propagation mondiale. La mondialisation se vit sur le mode d'une « tyrannie du temps réel sur l'espace réel », comme si, d'une certaine façon, l'égalisation des conditions d'accès à l'espace par les différents acteurs (...) faisait basculer la compétition dans le champ du temps. Il ne s'agit plus de gagner de nouveaux espaces, mais de gagner du temps. Ou, d'une manière plus précise encore, c'est en gagnant du temps (...) qu'on peut regagner de nouveaux espaces (les marchés pour les entreprises). L'espace mondial se trouve ainsi intégralement temporalisé. Être dans le « temps mondial » revient à être partie prenante à une nouvelle dynamique planétaire et non pas à appartenir à un espace donné. (p. 33)

Ainsi, l'avènement de l'urgence, de l'instantanéité, de l'immédiateté dans la vie économique est en résonance avec l'émergence d'un nouvel « espace-temps globalisé ». Cependant, ces différentes notions – urgence, vitesse-accélération, immédiateté, instantanéité – ne se correspondent pas

exactement, ceci bien qu'elles s'enchevêtrent étroitement. Pour commencer par les deux notions les plus fréquemment confondues, l'urgence et la vitesse (vitesse et accélération étant couplées), on peut avancer que l'urgence, qui implique l'idée de devoir agir sans délai, nécessite le fait d'aller vite afin de résoudre le problème posé. L'inverse n'est toutefois pas vrai : ce qui va vite n'est pas forcément urgent (on peut à ce sujet se rappeler la matrice d'Eisenhower). En revanche, la vitesse, très tôt associée au mythe du progrès et dont le point d'aboutissement est l'instantanéité du réseau de la société « en temps réel », est étroitement corrélée aux notions d'instantanéité, qui renvoie à la vitesse de circulation de l'information, et d'immédiateté, laquelle fait davantage référence au délai d'exigence du résultat. Néanmoins, ni l'immédiateté ni l'instantanéité ne créent l'urgence. Elles se contentent de la favoriser en semblant l'exiger, et donc en suscitant des réponses sur le même mode, sans qu'il y ait forcément à cela un fondement quelconque. En cela, l'instantanéité contribue largement à créer de fausses situations d'urgence qui, en s'ajoutant à celles qui nécessitent vraiment une réponse sans délai, donnent l'impression d'une urgence omniprésente.

Si le mode d'action en urgence est effectivement demeuré pendant longtemps une façon relativement exceptionnelle de traiter une situation en ayant recours à un dispositif spécifique pour contourner le blocage ou l'insuffisance des structures actuelles, d'abord sur le plan médical – avec les services hospitaliers d'urgence – et sur le plan juridique – avec la procédure des référés –, puis dans les domaines économique, politique et social, tel n'est plus le cas en 2007. Les deux dernières décennies du XX<sup>ième</sup> siècle, tout comme les premières années de ce nouveau millénaire, sont marquées par l'ascension irrésistible du règne de l'urgence, celle-ci étant en train de devenir un mode privilégié de régulation sociale et une modalité dominante d'organisation de la vie collective. Comme le rapporte Salmon (2000, p.59), « des ONG aux entreprises, des individus aux gouvernements, les mêmes

mots de court terme, d'urgence, et de vitesse s'imposent ». Quant au champ de la vie quotidienne, il fait lui aussi apparaître la même exigence d'instantanéité et de règlement dans l'immédiat du moindre problème, générant une sorte de logique d'urgence, ou d'accélération, applicable à tous les registres de l'existence (Lebrun, 2001a, 2001b). Un article du *Nouvel Observateur* de Portrait et al. (2002) décrit ainsi l'explosion des « numéros SOS » et des « services 24 heures sur 24 », ce qui traduit l'exigence des individus d'obtenir immédiatement un traitement de leurs moindres difficultés :

SOS analyses médicales à domicile, SOS bruit, SOS cardio, SOS devoirs à la maison, SOS drogues, SOS homophobie, SOS jeunes mère (...), SOS patrimoine (...), SOS pizza, SOS poisson rouge, SOS pressing... La réponse à une agression, une souffrance, une panique mais aussi à une simple négligence ou à un oubli, se doit aujourd'hui (...) d'être instantanée! Ou du moins de promettre l'immédiateté. La qualité ou le prix sont presque secondaires. À force d'exiger le tout, tout de suite, ça devient même « et que ça saute!... ». Et ça saute vraiment : la preuve par les toutes premières urgences, celles des hôpitaux, qui ont littéralement imploré sous la massification de l'aussitôt dit, aussitôt fait. (Portrait et al., *Le Nouvel Observateur*, supplément Île de France, du 31 au 6 novembre 2002, page non déterminée)

Il ne s'agit pas ici de nier le fondement réel de l'urgence sur un plan humanitaire, social ou même économique. Dans le monde contemporain, les vraies urgences sont partout : sur le front humanitaire (avec par exemple l'infection à VIH en Afrique), sur le front de l'écologie, sur celui du combat contre le terrorisme ou avec le problème de la pauvreté et du chômage. Aussi sur le plan économique, il est clair que les entreprises de ce tout début de siècle, sans cesse en danger d'être anéanties et supplantées par d'autres dans le présent contexte d'intensification extrême de la concurrence, sont confrontées à l'impérieuse nécessité de trouver et de fournir au plus vite des réponses appropriées. D'où la régulation de la production par la commande dans les entreprises et les fameuses formules contemporaines de « juste à temps », de « flux tendus », de toyotisme avec leur impératif de « zéro stock ».

La pratique de l'action en urgence semble cependant déborder fréquemment les limites du nécessaire et semble aujourd'hui s'ériger en idéologie : les fausses urgences se multiplient et la pression à agir dans l'urgence s'étend, dans beaucoup d'entreprises ou ailleurs, très au-delà du nécessaire. Ce que révèle toutefois l'actuel foisonnement de l'urgence dans toutes ses versions – fondées et inutiles –, c'est que l'urgence constitue elle-même un symptôme qui traduit le désarroi d'une société parfois dite postmoderne ou hypermoderne (Aubert, 2005), une société qui ne sait plus où donner de la tête pour panser les plaies ou réduire les fractures d'un monde qui craque de partout, sous le poids des problèmes qu'il faudrait parvenir à régler « à temps », avant qu'ils ne dégénèrent encore plus.

Enfin, avant de passer à la logique de globalisation qui suit, il faut mentionner que l'urgence est elle-même une notion aux contours enchevêtrés qui désigne à la fois : d'abord une *situation* (c'est l'urgence contextuelle), ensuite un *jugement* porté sur cette situation (c'est l'urgence subjective), en dernier une *action* qui tend, en fonction de ce jugement, à remédier à la situation (c'est l'urgence immédiate). Dès lors, en poussant les choses à l'absurde, on en arrive à ce qu'

[u]ne situation soit urgente parce que jugée urgente, elle appelle une réponse urgente. D'objective en première instance, l'urgence est [donc aujourd'hui devenue] souvent subjective et en étroite référence avec un système de valeurs de la société ou de la personne qui énonce le jugement d'urgence. (Aubert, 2005, p. 37)

Il existe donc ici un processus de glissement qui part d'une nécessité véritable justifiant une réponse rapide pour arriver à une manière de faire plus ou moins systématique. Ajoutons finalement qu'un lien semble exister entre un certain rapport au temps et les diverses figures de l'individu contemporain « borderline » qui fonctionne dans un temps hyperaccélééré et, tantôt avec un sentiment d'hypercontrôle sur ce temps, tantôt en proie à un indéfinissable « vide » (Jonckheere, et al., 1995; Lapaige, et al., 1996).

Au-delà de la pathologie psychiatrique et des personnalités limite, il faut ultimement mentionner, avec Castel (1996) dans *Les métamorphoses de la question sociale*, la bipolarisation de l'individualisme contemporain avec, d'un côté, ce que l'auteur dénomme « individu par excès », en lien direct avec l'individualisme de marché, et de l'autre côté, « l'individu par défaut ». Le premier correspond à l'individualisme conquérant de celui qui, maître de ses entreprises, poursuit avec acharnement son propre intérêt et se montre défiant par rapport à toutes les formes collectives d'encadrement. L'autre, l'« individu par défaut », ne se décline qu'en termes de manque(s) : manque de considération, manque de sécurité, manque de biens assurés, manque de liens stables. C'est donc un individu par défaut de cadres parce qu'il n'a pas pu rentrer ou décrocher des structures collectives d'encadrement pourvoyeuses de sécurité, de biens et de considération. L'un est dans le trop-plein, dans l'excès de sollicitations, de possibilités, d'investissements subjectifs tels qu'une quête de réalisation de soi-même ou de réussite (Castel, 1996) tandis que l'autre est dans le manque, parce qu'il a perdu (ou parce qu'il n'a jamais eu accès à) ses assises, ses supports et aux liens qui lui permettaient d'exister pleinement (liens professionnels, économiques, sociaux, affectifs). C'est alors un individu « désaffilié » qui, ayant perdu ses repères, ses cadres, ses limites, se met à « flotter » (Castel, 2003).

À cette observation sociologique d'une bipolarisation de l'individu contemporain autour des deux extrêmes de l'individualisme, par excès et par défaut (Castel, 1996, 2003), une autre observation, cette fois tirée de la psychanalyse, semble correspondre. Cette dernière fait état d'une bipolarisation analogue, ici sur le plan psychique, entre ce que Cournut (cité dans Jonckheere et al., 1995) appelle les « névroses du trop » et les « névroses du vide ». Débordement affectif et trop plein d'excitations violentes, d'amour, de haine, de désespoir, de rage, d'exaltation pour les uns; sentiment de vide psychique caractérisé par une incapacité douloureuse de penser, d'éprouver, d'imaginer pour les autres. Il n'existe pas de



correspondance entre les deux typologies : on ne peut donc pas dire que les névroses « du trop » correspondent à l'individu(alisme) « par excès » tandis que les névroses « du vide » correspondraient à l'individu(alisme) « par défaut ». Les deux typologies présentées sont indépendantes et utilisent des critères d'ordre différent. Toutefois, on ne peut s'empêcher d'y voir une certaine similarité dans la dichotomie, comme si l'individualisme contemporain ne pouvait plus s'exprimer que sur un registre extrême, qu'il s'agisse de celui du trop plein, de l'excès ou de celui du vide, du manque, et ce tant au niveau social qu'au niveau psychologique. Nous jugeons cette comparaison intéressante parce que, en référence à la présente logique dromocratique, elle-même afférente à l'urgence, on peut y distinguer deux types d'urgence. Ce n'est pas tant l'urgence qui se situe dans le domaine du trop plein ou de l'excès qui, de notre avis, est la vraie : l'urgence du trop plein d'activités à effectuer dans des temps trop courts, celle-là même qui atteint l'individu dit désaffilié, est de notre avis une urgence que nous qualifierions de *factice*. C'est une autre urgence, plus brutale, qui affecte l'individu lorsqu'il tombe dans une situation telle que sa survie économique, physique, est en jeu, qui est « la vraie urgence ».

L'urgence liée à la survie économique, physique voire psychique, n'est pas factice, au contraire de l'urgence de privilégiés – cette dernière témoignant de l'appartenance à un monde pourvoyeur, sinon de sens, tout au moins d'un minimum de biens, d'un minimum de sécurité, d'un minimum de considération. Dès lors, l'urgence économique du « tout de suite » appartient au tableau d'ensemble d'une société détemporalisée, où le temps séquentiel, chronologique, irréversible, a cédé la place à un temps immatériel fondé sur la technologie, à un temps dit intemporel arrimé au seul présent (c'est-à-dire affranchi de la durée et des références aux catégories traditionnelles du passé et du futur, avec les contraintes qui en découlaient), d'une société en réseaux dans laquelle se déploient nombre d'individus qui vivent sur le mode du « trop plein », dernier mode qu'Aubert (2005, p. 315) qualifie

judicieusement de « conquérant » ou de « culte du faire et (...) volonté de gagner la guerre ».

### 3.3.3.2. ***β*** – *L'effondrement des limites et la logique épidémique*

Trois exemples très actuels souscrivent à la logique épidémique : la toute récente (juin 2005) épidémie d'influenza aviaire à H5N1, la pandémie du sida et l'encéphalopathie spongiforme bovine (ESB) encore dite maladie de la « vache folle » (Garrett, 2005).

Cependant, la logique épidémique rassemble aussi d'autres avatars, comme le montre d'ailleurs Rieusset-Lemarie (1992) dans son livre *Une fin de siècle épidémique*. Dans le cadre d'une approche générale de l'époque à partir d'une problématique de l'effacement des cadres ou de l'effondrement des limites, le même auteur souligne de manière très intéressante et à la suite de Baudrillard (1990) dans *La transparence du mal*, la réactualisation du modèle épidémique.

Crise humanitaire (états-unienne) après l'ouragan Katrina, crise (européenne) de la « vache folle », pollutions industrielles et agricoles, nuage de Tchernobyl, attentats terroristes du 11 septembre 2001, organismes génétiquement modifiés, clonage animal et humain, nitrates, pesticides, menaces bactériologiques : tous ces phénomènes en dépit d'un apparent éclatement des champs participent d'un imaginaire commun au sein duquel une même logique est à l'œuvre : la logique épidémique.

La réactualisation de la logique épidémique se réalise dans un ensemble de phénomènes nouveaux, dont le plus important concerne l'infection à VIH.

Mais qu'il s'agisse du virus informatique, de la disparition des frontières, de la déréglementation du marché des changes, de la montée des extrémismes politiques ou encore de la crise de la « vache folle », une même structure, une pareille logique, épidémique, semble animer ces faits sociaux totaux. La volonté d'une plus grande communication dans les sociétés contemporaines au sens du « tout communicant », l'application généralisée de la cybernétique dans la gestion du quotidien (par exemple, dans la circulation ferroviaire ou encore dans les flux financiers) et la réalisation d'un idéal de transparence (politique) et de pénétration (des territoires) contribuent à donner à l'ensemble des limites qui servaient à arrêter un monde connu peuplé d'objets tangibles, un caractère de porosité, de perméabilité, et subséquemment, de vulnérabilité croissante. En outre, il est aujourd'hui démontré, comme l'avait prédit Baudrillard au début des années 1990, que la menace épidémique se renforce de l'activité prophylactique et « iatrogénique » propre aux sociétés technoscientifiques (voir 3.3.3.2.γ) qui visent à éradiquer le « Mal ». À l'argumentation sécuritaire qui tend à substituer aux prédictions traditionnelles des codes et des verrouillages électroniques ou informatiques, s'oppose une réalité de vulnérabilité de l'ensemble des systèmes, quel que soit leur degré de sophistication, qu'il s'agisse de sécurité nucléaire ou de protection de secrets militaires du pentagone piratés par de jeunes informaticiens amateurs.

À cette réalité de la perméabilité des anciennes frontières ou limites, se superpose l'objectivité de la contagion comme expérience de l'effondrement des frontières. En d'autres mots, ces dernières ne sont pas dépassées en puissance par les événements, les informations ou les virus : au contraire, leur disparition s'avère effective. Les catastrophes restées jusqu'à il y a peu essentiellement inscrites dans le domaine de l'imaginaire, se produisent aujourd'hui; l'improbable survient, l'impensable se réalise, au-delà des discours sécuritaires censés protéger l'homme du « Mal ». Plus la catastrophe est plausible ou bien réelle, moins elle s'avère imaginée. Or, de

telles utopies négatives, c'est-à-dire de tels mal-être en puissance, se réalisent à l'insu de l'homme et en suivant une logique épidémique.

Ainsi, par exemple, la violence, que la culture s'est employée à canaliser, à ritualiser ou encore, avec le principe de la Raison, à « faire taire », prend actuellement des formes épidémiques dans l'apparition de nouvelles formes de terrorisme international (en particulier bactériologique), dans les explosions chroniques et imprévisibles des banlieues ou dans les formes de passage à l'acte de plus en plus fréquentes de « gens ordinaires » (y compris des enfants, des adolescents, qui se saisissent d'une arme et tirent aveuglément dans la foule ou sur leurs camarades de classe).

La logique épidémique, pour la définir succinctement, résulte de celle de la contagion en tant que mode de propagation par contact, celle-ci pouvant véhiculer des éléments aussi bien nocifs que bénéfiques. Or, lorsqu'un porteur transmet un élément contagieux à un autre porteur, il ne s'en débarrasse pas pour autant : d'où la potentialité épidémique de la contagion. Le Krach boursier de 1987, comme la logique de propagation géographique des intégrismes, illustrent bien la possibilité d'une dynamique du tout, n'opérant plus par l'intermédiaire d'un niveau quelconque de centralité (de contrôle des marchés ou de prise de parole politique). Comme le rapporte encore Baudrillard (1990), si le sida, le terrorisme, le krach, les virus électroniques mobilisent toute l'imagination collective, c'est qu'ils sont autre chose que les épisodes d'un monde irrationnel. Tous, continue le même auteur, obéissent en effet au même protocole de virulence et d'irradiation, dont le pouvoir, même sur l'imagination, est viral.

L'épidémie désigne également, sur le plan étymologique, le mal qui circule dans un pays (au sens du territoire habité), à l'intérieur de frontières ou dans un espace bien circonscrit. Effectivement, les anciens foyers épidémiques (et c'est d'ailleurs toujours le cas pour les pathologies virales classiques) étaient

relativement cantonnés dans certaines limites qui semblaient d'autant plus maîtrisables que le territoire était rural. C'est l'invention de l'urbanité moderne et l'expérience des épidémies de peste du Moyen-Âge qui ont contribué à forger la culture et la mémoire collective moderne de l'épidémie. Suivant Rieusset-Lemarie (1992), il existe aujourd'hui une culture de l'épidémie qui constitue l'un des patrimoines culturels de l'homme parmi les plus anciens et qui remonte à la Haute Antiquité. Dès lors, toujours selon le dernier auteur, au lieu de développer une culture inédite en vue d'appréhender les nouveaux phénomènes contemporains, la tentation était forte pour l'homme de recourir à cette culture épidémique ancestrale. C'est notamment à partir de cette mémoire collective, à l'intérieur de laquelle l'épidémie ou le risque de contagion rime avec l'exclusion ou avec l'enfermement, que se sont constituées les nouvelles figures de la culpabilité au travers de l'émergence de boucs émissaires (voir l'exemple des quatre « H » [Homosexuels, Hémophiles, Héroïnomanes, Haïtiens] dans le cas du sida, présenté ci-après, en 3.3.3.2.β.1.).

Cela rejoint également le point de vue adopté par Jeudy (2001) qui entend donner à l'ensemble des relations sociales des sociétés contemporaines – saisies par l'auteur via la prolifération d'images et via le flux communicationnel – une structure épidémique fondée sur la présence « contagieuse » de l'Autre dans un espace public déstructuré, et sur l'idée de « contamination de sens » dans la destruction des valeurs. Jeudy (2001) s'interroge sur ce en quoi la circulation de l'information a produit une « épidémie de sens ». Ainsi, pour cet auteur, par-delà l'appartenance à des groupes, des tendances, des partis politiques, il se profile une forme virale de la stéréotypie qui brasse une quantité illimitée d'éléments de légitimation des alternatives. Une maladie comme le sida relève alors directement de la logique épidémique afférente à la société contemporaine, plus qu'elle n'en serait une simple conséquence (Jeudy, 2001). Ainsi, Jeudy (2001) énonce-t-il que la maladie virale telle que celle du sida outrepassa la seule question du

fonctionnement socio-économique d'une épidémie dans la mesure où elle est un miroir à plusieurs facettes des figures de l'ordre des sociétés. La maladie virale révèle le fonctionnement lui-même viral des sociétés parfois dites hypermodernes, précise encore le dernier auteur. Seulement, conclut-il, la contagion fait peur et incite à développer toutes sortes de modalités de préservation et de prophylaxie. La logique épidémique engendre de nouvelles formes d'interdits, non plus morales mais *fonctionnelles* (ce qui n'est pas sans rappeler l'interprétation freitagienne – figurant à la *page 122, Tableau 5* – quant à la transition des règles légales/du politique à des codes de fonctionnement, des procédures opérationnelles/des *policies* orientées vers la résolution de problèmes). Comme le précise Jeudy (2001), c'est la circulation qui est ici visée : on interrompt le contact, on stoppe les flux, et ceci entre en contradiction avec tous les précédents commandements de la modernité, le sexe, l'argent, l'information en venant ainsi à circuler librement.

### 3.3.3.2. **β.1.** *L'exemple de la pandémie du sida*

Dernier grand fléau du XX<sup>ième</sup> siècle, le sida ressemble aux maladies collectives qui, autrefois, s'abattaient soudainement sur les populations. Le terme « épidémie » (*épidemôs*, sur le peuple) rappelle d'ailleurs cette vision des maladies-fléaux, dont la survenue et la diffusion entraînaient des réactions de peur, voire des mouvements de panique, tout comme ils donnaient lieu à une chasse aux boucs émissaires.

Ainsi, dans la première moitié des années 1980, l'apparition du sida est marquée par la résurgence de tels phénomènes ainsi que par la résurgence des représentations les plus traditionnelles de la maladie, comme la faute et le châtement, la déviance et la sanction, qui révèlent les étroites relations existant entre les deux ordres biologique et social. De telles réactions d'hostilité ou pratiques de discrimination s'expriment d'autant plus que

s'affirme rapidement le caractère infectieux de cette nouvelle maladie. La peur de la contagion renforce dès lors les angoisses suscitées par une pathologie inconnue qui laisse la médecine complètement démunie... tout comme elle laisse la santé publique « pantoise ».

La crainte d'une épidémie incontrôlable qui puisse menacer l'organisation sociale produit des effets similaires, les attitudes sociales réitérant les mêmes réponses coercitives : isolement des malades par la création d'établissements spécialisés, voire mesures de quarantaine ou de contrôle des mœurs, dépistages systématiques. Autant de thèmes qui sont l'objet de débats politiques parfois virulents. Mais les rapprochements s'arrêtent là. Les représentations et les interprétations de la maladie sidatique, les conditions de son apparition et de sa diffusion, tout comme les modalités d'intervention pour maîtriser l'épidémie, s'inscrivent dans un contexte social, médical et politique qui diffère fondamentalement de ceux dans lesquels le choléra, la tuberculose ou encore le cancer, par exemple, se sont constitués en fléaux à d'autres époques.

Si le sida manifeste la sensibilité de son époque (époque correspondant à la périodisation 1980-2007), les problèmes qu'il porte sont également bien spécifiques. Qu'il s'agisse du statut du malade, de l'homosexualité ou de la toxicomanie, qu'il s'agisse des relations à l'institution médicale, de la responsabilité des pouvoirs publics dans la maîtrise de l'épidémie, le sida va servir de révélateur social. D'autant plus qu'il laisse tous les pouvoirs et les savoirs démunis et que sont donc mises à l'épreuve les pratiques de santé, les théories médicales ainsi que les visions politiques et sanitaires. Si les traces les plus anciennes montrent que le virus VIH existe depuis longtemps, le sida survient, en ce début des années 1980, au moment même où la lutte contre les maladies infectieuses connaît son apogée, au moment où les réussites de la médecine se concrétisent avec la généralisation de la vaccination et de l'antibiothérapie. À cette époque, les questions de santé

publique se ramènent principalement à la planification de campagnes de prévention vaccinale ou d'hygiène couplées à l'amélioration du dépistage afin de traiter le plus précocement possible les individus atteints par des pathologies infectieuses.

Dans la hiérarchie des intérêts médicaux et scientifiques, les maladies dégénératives (comme le cancer) ou génétiques ont, au même moment, détrôné les infections microbiennes et virales. Les politiques de santé publique, suivant ce mouvement, se sont alors déplacées sur d'autres risques associés par exemple au tabac et à l'alcool, aux drogues illégales, à la vieillesse. Mais, avant de poursuivre, reprenons donc par le tout début et plus en détails la généalogie précise de l'infection à VIH, ceci en vue de mieux comprendre la très importante et très progressive construction d'un tel fléau social, son internationalisation subséquente et la transformation concomitante du champ de la santé publique à l'échelle internationale.

### 3.3.3.2. **β.1. A-** *L'émergence d'une mutation viro-induite : le VIH-1 ou HIV-1*

La « construction du fléau » débute en 1981, à Los Angeles lorsque, de manière inaugurale, Gottlieb observe une pneumonie à *Pneumocystis carinii* chez un sujet masculin jeune n'ayant aucun antécédent médical notable (Grmek, 1995b). Cette pneumonie constitue alors une pathologie exceptionnelle, rencontrée uniquement chez les grands immunodéprimés iatrogéniques (par exemple : lors de certaines leucémies ou de greffes d'organes). Le patient de Gottlieb présente en outre un effondrement d'une sous-population lymphocytaire jouant un rôle majeur dans l'orchestration des défenses immunitaires : les lymphocytes T porteurs du récepteur CD4 ou



lymphocytes T CD4. Le cas clinique retenu par Gotlieb ne demeurera pas isolé (Grmek, 1995b).

En quelques semaines, aussi bien à Los Angeles qu'à New York, d'autres cas de pneumocystose – parfois associée à un sarcome de Kaposi, jusqu'alors exceptionnel en Amérique du Nord et en Europe – sont par suite répertoriés chez de jeunes hommes, qui sont tous homosexuels. Cette pathologie nouvelle, qualifiée de *Gay syndrome*, est dès lors publiée dans le *Mortality and Morbidity Report du CDC (Center for Diseases Control)* d'Atlanta, qui sonne immédiatement l'alerte. Le CDC confirme ensuite très rapidement l'émergence de pneumocystose chez les sujets homosexuels à partenaires multiples, ces sujets présentant en outre des pneumonies à CMV, des encéphalites à toxoplasme et/ou à CMV, des résurgences sévères d'HSV et/ou de VN ainsi que des sarcomes de Kaposi (autant d'infections opportunistes et/ou de cancers qui peuvent apparaître à la suite d'une immunodépression liée à l'effondrement des lymphocytes T CD4). Le terme de SIDA (écrit en majuscules en langue française, ou *Acquired Immune Deficiency Syndrome* – AIDS – pour les Anglo-Saxons) est dès ce moment retenu.

Dans la mesure où, à cette époque, le sida concerne uniquement des homosexuels très actifs qui utilisent des drogues ludiques (*poppers*) contenant du nitrite d'amyle, la première hypothèse physiopathologique pour expliquer la déplétion lymphocytaire admet la toxicité du nitrite d'amyle pour les lymphocytes T CD4. Cette hypothèse va cependant être rapidement infirmée par les événements. En effet, des cas de sida sont observés aux États-Unis chez des polytransfusés, des héroïnomanes et des Haïtiens; le sida devient alors, pour un temps, la maladie des quatre « H » (Homosexuels, Hémophiles, Héroïnomanes, Haïtiens). L'hypothèse d'un agent infectieux transmissible par le sang et par les relations sexuelles, qui présente une épidémiologie comparable à celle de HBV, fait ensuite son chemin. Gallo, le

découvreur du HTLV-I et du HTLV-II, dans son laboratoire de Bethesda (Washington DC) demeure longtemps persuadé que l'éventuel agent viral responsable du sida est proche du HTLV-I. En effet, le HTLV-I entraîne une prolifération de lymphocytes T CD4, alors que l'agent du sida a un effet inverse. Gallo suppose donc qu'un variant ou mutant du HTLV-I peut avoir perdu son pouvoir transformant au profit de propriétés cytolytiques, une telle hypothèse étant, semble-t-il selon lui, corroborée par le fait que des indicateurs de présence du HTLV-I soient positifs chez des sujets Haïtiens développant un sida (or, on sait maintenant que Haïti est l'une des zones de haute prévalence du HTLV-I sans que ce virus ne soit associé au sida).

C'est, par suite, en 1983 et dans le laboratoire de Montagnier à l'Institut Pasteur de Paris qu'est isolé, pour la première fois, le virus responsable du sida. Le virus est isolé à partir des cellules d'un ganglion prélevé chez un sujet homosexuel de retour des États-Unis et présentant en amont du sida, des lymphadénopathies. Il s'agit d'un nouveau rétrovirus, qui est baptisé LAV (*Lymphadenopathy-Associated Virus; Lymphadenopathy AIDS Virus*). En 1984, l'équipe de Gallo isole à son tour le virus du sida qu'elle va pour sa part appeler HTLV-III, toujours persuadée qu'il existe une filiation entre ce virus et les virus HTLV-I et HTLV-II. D'un autre côté, toujours en 1984, l'équipe de Lévy à San Francisco isole le virus du sida sous le nom de ARV (*AIDS-Related Virus*). La situation devient ensuite assez rapidement confuse dans la littérature puisque le virus est tantôt appelé LAVjHTLV-111 tantôt HTLV-IIIjLAV. Le Comité de nomenclature internationale des virus suscite conséquemment une réunion des groupes de recherche concernés, réunion au cours de laquelle un consensus est établi sur les termes, jugés équivalents, de HIV-1 (*Human Immunodeficiency Virus 1*) ou de VIH-1 (virus de l'immunodéficience humaine 1).

Des études moléculaires indiquent dans les années qui suivent que le VIH-1 se distingue tout à fait des HTLV et qu'il s'agit, non pas d'un oncovirus, mais

bien d'un lentivirus. En 1986, l'équipe de Montagnier à l'Institut Pasteur isole chez deux malades – deux Portugais hospitalisés à Lisbonne après un long séjour en Guinée Bissau – présentant un sida, un virus apparenté au VIH-1 mais différent au niveau de ses protéines de surface : HIV-2 ou VIH-2. Aujourd'hui, lorsqu'on parle communément de sida ou d'infection à VIH, on réfère cependant au virus VIH-1. Notre propos tout au long de la présente thèse concerne essentiellement le VIH-1 tout comme nous présentons ci-après les éléments et modèles épidémiologiques habituellement reliés au VIH-1.

Le VIH-1 est transmis par la voie sexuelle; c'est une maladie sexuellement transmissible (MST) hétérosexuelle de l'homme à la femme, de la femme à l'homme, et homosexuelle de l'homme à l'homme. Ce sont le sperme et les sécrétions vaginales qui sont contaminants par l'intermédiaire de cellules infectées (et dans une moindre mesure, par l'intermédiaire du virus libre en position extracellulaire). Eu égard au volume plus important du sperme (relativement aux sécrétions vaginales), la contamination est plus facile chez les hétérosexuels dans le sens homme-femme (que dans le sens femme-homme). Le VIH-1 est encore transmissible par le sang, ce mode de contamination ayant concerné des polytransfusés et des hémophiles jusque vers la moitié des années 1980. Depuis lors, la détection systématique des anticorps anti-VIH-1 (puis anti-VIH-1 + VIH-2) permet d'éliminer les prélèvements de sujets infectés (mentionnons qu'aujourd'hui le risque de transmission est très bas : il est évalué à environ 1 pour 100.000 transfusions). Les mêmes mesures sont par suite adoptées pour les prélèvements d'organes destinés aux greffes.

L'utilisation d'aiguilles ou de seringues contaminées joue un rôle important dans la dissémination virale chez les toxicomanes par voie veineuse dans les pays occidentaux et au cours de soins médicaux dans certains pays en voie de développement, tout particulièrement en Afrique. La transmission

materno-foetale est également une voie importante de transmission notamment en Afrique : le VIH-1 peut être transmis précocement par voie transplacentaire d'une mère infectée à son fœtus, l'étude de jumeaux ayant montré que la contamination au moment de l'accouchement était également possible. Dans les pays occidentaux, le pourcentage de transmission de la mère infectée à son enfant est compris entre 20 et 30%.

Le VIH-1 est retrouvé dans la salive, les larmes, le lait. À ce jour, il n'y a jamais eu de cas de transmission du VIH-1 relié à la salive et aux larmes. En revanche, il a été clairement démontré que le lait d'une femme VIH-1+ est contaminant et, dans les pays dits développés, l'allaitement d'un nourrisson par sa mère VIH-1+ n'est pas autorisé. Enfin, notons que l'hypothèse d'une transmission du VIH-1 par le moustique a été infirmée.

On compte actuellement 40 millions de personnes atteintes par le virus dans le monde et c'est dans les pays dits en développement que se trouve la très grande majorité des cas (ONUSIDA, 2004b). Le rapport ONUSIDA fait également état de quelque 20 millions de morts depuis le repérage de la maladie dès le début des années 1980. La mobilité associée à la globalisation ayant facilité la propagation de la maladie, celle-ci n'a épargné aucun pays, même si sa répartition demeure franchement inégalitaire, les deux zones les plus lourdement frappées étant l'Afrique et l'Asie du Sud-Est.

Relativement aux modèles épidémiologiques, c'est aux États-Unis, en Europe occidentale et en Australie, que l'infection à VIH-1 et le sida concernent des groupes à risque : homosexuels, toxicomanes, transfusés, hétérosexuels à partenaires multiples, enfants nés de mère VIH-1+. En Afrique, il s'agit d'une MST qui touche les hétérosexuels à partenaires multiples; le sex ratio y est proche de 1 et la transmission materno-foetale s'y révèle très importante. La prévalence – qui peut atteindre 25% en zone urbaine – est élevée en Afrique centrale, foyer présumé de l'infection à VIH-1. L'Europe de l'Est, l'Afrique du

Nord, le Moyen-Orient et l'Asie ont été concernés plus récemment. En Asie, la prostitution joue un rôle important notamment aux Indes et en Thaïlande, où l'infection connaît un développement considérable. Par ailleurs, l'infection par le VIH-2 reste limitée à l'Afrique de l'Ouest. L'entrée dans cette région du monde du VIH-1 venant de l'Afrique centrale permet d'y observer des infections VIH-1 en plus des infections VIH-2, ainsi que des co-infections VIH-2 + VIH-1.

### 3.3.3.2. **β.1. B-** *La mise en œuvre progressive de la lutte contre le sida : un véritable fait social*

La mise en œuvre de la lutte contre le sida articule deux manières de penser et d'agir qui relèvent de « deux régimes du mal ». L'« ancien régime » est représenté par les dispositifs de lutte contre les grandes maladies infectieuses : la lutte contre le sida, maladie transmissible par les voies sanguine et sexuelle, renoue subrepticement avec l'hygiène sociale, souvent associée à la « police » sanitaire et la moralisation des mœurs. Les modalités d'intervention en matière de lutte contre les maladies infectieuses remontent au début du XX<sup>ième</sup> siècle : il s'agit du dépistage et de l'obligation de traitement pour certaines MST. Or, en fin de XX<sup>ième</sup> siècle, un tel modèle se révélait socialement et médicalement dépassé. S'il persistait effectivement des dispensaires antivénériens ou des établissements spécialisés (comme les préventorium et sanatorium de la lutte antituberculeuse), ceux-ci n'occupaient plus qu'une position marginale dans le système de santé.

Aux côtés de cet « ancien régime », il se déploie dès lors un « nouveau régime » qui, en référence aux pathologies dégénératives, recourt à des dispositifs où la médecine curative occupe une place prépondérante dans les réponses de mise en œuvre. Les traitements curatifs se révèlent plus lourds

(comparativement aux actions préventives) mais ils vont petit à petit nécessiter des séjours hospitaliers de moins en moins longs, la vie professionnelle et familiale pouvant alors se poursuivre ou, du moins, constituant un objectif médical et social majeur. Par ailleurs, toujours dans le cadre de ce « nouveau régime », les règles de prévention se réfèrent maintenant à un individu qui est jugé responsable de lui-même, entièrement libre et autonome. Les changements de comportement vont dès lors constituer un objectif éducationnel essentiel, dont le modèle n'est plus étayé par des techniques d'intervention de masse comme avaient pu l'être, par exemple, les politiques de lutte contre la tuberculose.

Les mesures en matière de prévention du sida mettent en jeu les deux conceptions (les deux régimes précités) qui, ensemble, vont structurer les conflits portant sur la définition d'une politique de santé publique, c'est-à-dire portant sur la définition du contrôle social des pratiques sexuelles ou de l'information et de l'éducation fondées sur la reconnaissance des libertés individuelles. Ces derniers conflits se combinent par suite aux controverses qui émergent dans le champ scientifique dès la découverte de la maladie. En effet, deux importantes théories médicales s'affrontent quant à l'interprétation étiologique du sida. Selon la première, soit la grande tradition pasteurienne (la bactériologie), la cause de l'infection est évidemment un agent pathogène (ici un rétrovirus : le virus de l'immunodéficience humaine) qui rappelle bien les autres maladies infectieuses. Mais parce que le déclenchement des multiples infections (dites opportunistes) a pour cause un déficit du système immunitaire, une seconde interprétation est ébauchée à partir des théories immunologiques qui, depuis la seconde moitié du XX<sup>ième</sup> siècle, occupaient une position dominante dans le champ médical.

Ni le caractère infectieux (transmissible) et épidémique de la maladie ni sa gravité ne suffisent pourtant à eux seuls à instituer le sida en fléau social. C'est plutôt la constitution d'un mouvement social qui a été le véritable

catayseur de la reconnaissance de l'épidémie comme cause d'intérêt général. Il ne s'agit pas ici d'une organisation philanthropique ou un groupe de médecins, mais bien d'associations de malades ou d'associations d'aide aux malades qui revendiquent des changements politiques et sociaux afin de lutter contre la maladie. En tant qu'interlocuteurs incontournables de l'institution médicale et des pouvoirs publics, ces acteurs associatifs, participent – quand ils ne la précèdent pas – à l'élaboration d'une politique de santé publique.

Ainsi, la formation du fléau-sida articule, comme pour d'autres maladies fléaux, de multiples enjeux. D'une part, dans le champ médical où la découverte d'une nouvelle pathologie constitue un événement assez rare que pour être l'objet d'un enjeu – théorique et clinique – important et créer une dynamique de transformation des pratiques médicales en matière de recherche et de soins. D'autre part, les implications sociales de l'épidémie : si les solutions dépendent de l'évolution du savoir médical (c'est-à-dire des connaissances sur la maladie ainsi que des perspectives prophylactiques et thérapeutiques), l'épidémie met également en cause des représentations sociales de la maladie, de la sexualité ou de la drogue, et donc des visions différentes de l'ordre social. C'est précisément à propos de tels enjeux que des groupes vont, dans différents pays, s'organiser et défendre des stratégies de santé publique qui respectent la liberté individuelle.

Si les contextes nationaux déterminent des différences importantes quant aux systèmes de santé et quant aux institutions politiques et médicales, les dynamiques s'avèrent similaires, notamment en ce qui concerne la recherche médicale (puisque celle-ci est internationalisée) et en ce qui a trait au rôle central des organisations homosexuelles dans la création des différents mouvements de lutte contre le sida. Par ailleurs, on assiste à de nombreux débats et controverses relativement au dépistage, à la prévention, au statut

des malades, à la stigmatisation de l'homosexualité ou à l'usage de drogue, et ce dans la plupart des pays.

Trois périodes successives apparaissent dans la constitution de la lutte contre le sida. Tout d'abord, la période 1981-1993, qui correspond à l'émergence du problème dans le champ médical : on procède à l'identification des premiers cas de sida et la prise de conscience des enjeux médicaux et sociaux a lieu. Une deuxième période débute ensuite, à cheval sur la première, avec la création d'associations de volontaires qui apparaissent en 1982 aux États-Unis et dès 1983 dans la plupart des pays occidentaux. Élargissant les problèmes posés par la nouvelle maladie, ces mouvements coopératifs développent ensuite des activités sociales d'aide, de prévention et, parallèlement, émettent des actions revendicatives. À partir de 1986, une troisième période se met en place, caractérisée par l'intervention des pouvoirs publics. Ce n'est que tardivement et sous le regard critique des associations et des médecins, que l'État reconnaît finalement le sida comme fléau, engageant dès ce moment des modalités d'action publique. Il s'en suit une dynamique d'extension de la lutte contre le sida qui se formalise petit à petit et qui va, tout doucement, instituer un nouveau domaine de la santé publique. Le dispositif élaboré se veut ici novateur : les modèles de prévention tentent ainsi de concilier libertés individuelles et normes de précaution, fondant de nouvelles pratiques et initiant des formes de contrôle social. En outre, les relations médecins-patients se modifient. En effet, le malade participe maintenant aux décisions thérapeutiques, dans un univers médical où soins et recherche sont intriqués. Intégré dans le langage courant, le terme « sida » succède à « SIDA » et à « Sida », tandis que l'infection à VIH désigne désormais une pathologie caractérisée cliniquement et biologiquement.

Mais la séropositivité et la maladie deviennent des figures déterminant une identité sociale. En dépit des progrès thérapeutiques et de la sensibilisation



médiatique autour de la maladie, la situation de l'épidémie demeure hautement préoccupante. Sa dynamique se révèle croissante, en particulier dans les pays les plus pauvres (comme ceux d'Afrique) où les populations s'avèrent particulièrement vulnérables. Et à de pareilles conditions défavorables, s'ajoutent de réelles difficultés de mobilisation locale et internationale.

Enfin, les implications de la lutte contre le sida sont nombreuses, appelant au renouveau des politiques de santé publique. Les représentations et les statuts de l'homosexualité et de la toxicomanie se modifient, l'impact du fléau s'exerçant ainsi sur toute une société qui a redécouvert le danger de la maladie.

### 3.3.3.2. **β.1. C-** *L'incertitude et le risque liés à l'internationalisation du sida*

Le sida constitue l'un des exemples paradigmatiques de l'inflation sociétale et idéologique du risque (Dixneuf, 2003; Morin, 2004). L'incertitude à l'échelle mondiale que suscite la pandémie-fléau contribue largement à cette « promotion du risque », c'est-à-dire au *rattachement* du risque à la maladie et à la santé, un tel rattachement devenant par suite une caractéristique fondamentale de l'organisation de la santé publique – et plus généralement de la pensée sociale profane.

N'importe quel fléau est entaché de crainte; parfois, l'incertitude va également y trouver son office (Grmek, 1995b). Avec les multithérapies, tout un discours autour du sida s'impose à partir des années 1996-1997 : le fléau serait finalement maîtrisé grâce aux progrès de la médecine; la lutte contre le sida entrerait dès lors dans sa *phase de normalisation*, celle-ci étant marquée par

des politiques de santé publique qui laissent une place de plus en plus large aux aspects curatifs (Setbon, 2000). La diffusion des thérapies anti-rétrovirales annonce une chronicisation qui nécessite un recours plus précoce au dépistage et au système de soins ainsi qu'un suivi médical à long terme. Les conditions de prise en charge des malades se transforment ainsi, engendrant une diminution des hospitalisations et une hausse du nombre de personnes séropositives (c'est-à-dire n'ayant pas développé d'infections opportunistes) qui vont bénéficier d'un traitement précoce.

Les représentations de l'épidémie elles-mêmes se modifient : depuis 1996, les traitements ont entraîné une forte diminution de la mortalité et le nombre de cas de sida a considérablement chuté, l'exemple de la transmission materno-foetale se révélant significatif de cette tendance. Mais, entre « réassurance » et nouveaux problèmes, la situation demeure contrastée. Si les soins deviennent temporellement indéfinis, les conséquences des multithérapies sont difficiles à évaluer. D'une part, leur toxicité (apparition d'effets secondaires) et les limites d'acceptabilité pour les patients pondèrent cette vision optimiste. Les échecs thérapeutiques sévères et les « échappements » à l'instar des effets biologiques et cliniques indésirables sont des questions nouvelles pour les médecins. D'autre part, les données de la surveillance épidémiologique, qui reposent sur le recensement des cas de sida, donnent une image de plus en plus erronée de l'épidémie, au point que ces statistiques rendent plus aléatoires les analyses sur sa dynamique et son évolution.

Un tel brouillage des représentations de la maladie est encore renforcé par un désinvestissement médiatique et journalistique au profit d'autres actualités : de nouveaux problèmes de santé publique sont apparus – comme les crises de la « vache folle » en 1996 et en 2000 qui se sont imposés, marginalisant progressivement le sida dans l'espace public. Dans le même temps, l'espoir suscité par les succès thérapeutiques conduit à un

affaiblissement de l'engagement social, lui-même accentué par la logique de professionnalisation des associations (Lascoumes, 1997). Pour le mouvement de lutte contre le sida, l'enjeu est dès ce moment de maintenir une mobilisation qui, sous ces effets combinés de « médicalisation » de la maladie, de reflux médiatique et d'affaiblissement des intérêts militants, doit redéfinir ses stratégies : d'où la place centrale accordée aux problèmes liés aux traitements et à la chronicisation de l'infection. Un tel infléchissement de la mobilisation autour du fléau s'articule à une épidémie qui, morphologiquement, semble tout autant se modifier. Si la maladie concerne de plus en plus des personnes qui, socialement, sont moins liées aux réseaux militants (constitués par des hétérosexuels, de jeunes gays ou encore des personnes atteintes qui appartiennent à des classes populaires), les associations ont plus de difficulté à être en contact avec de tels malades qui accèdent moins aux formes de militantisme précitées. Pour Fee et al. (1992), la progression de l'épidémie dans les différentes catégories sociales pourrait souligner que la banalisation publique du sida s'articule à une paupérisation favorisant un phénomène de désintéressement social, qu'on retrouve dans la plupart des pays occidentaux et dans certains cas, dès le début des années 1990.

### 3.3.3.2. **β.2.** *L'exemple de l'épizootie d'ESB*

L'ESB, acronyme aujourd'hui bien connu pour la maladie de la « vache folle » ou « encéphalopathie spongiforme bovine » constitue le second exemple développé afférent à la logique épidémique (voir 3.3.3.2. β). Il s'agit d'une épizootie apparue *de novo* en Europe il y a une quinzaine d'années et liée à l'introduction dans l'alimentation des bovins d'élevage de farines animales issues majoritairement de cadavres d'ovins.

De l'avis de Deléage (2001), l'instrumentalisation du vivant que manifeste un tel mode d'alimentation – conçu par des entreprises à partir du recyclage de cadavres d'ovins – participe d'un processus plus global d'artificialisation et de marchandisation de l'ensemble des processus « naturels », et plonge ses racines aux origines du capitalisme industriel. C'est effectivement vers le milieu du XIX<sup>ième</sup> siècle que le capitalisme américain a inventé les prémices du taylorisme, avec l'abattage à la chaîne des animaux et l'installation à Chicago des premières chaînes de dépeçage en série de boeufs et de porcs (Giedion, 1980). D'ailleurs, il peut être intéressant de mentionner ici, à titre d'anecdote, que la chaîne de montage (*assembly line*) d'automobiles que Ford a bien mis en place dans les années 1910 avait elle-même été conçue sur un mode analogue à la chaîne de démontage (*dessassembly line*), inventée beaucoup plus tôt, vers 1830, dans la ville de Cincinnati alors surnommée Porkopolis (Eramo, 1996).

Si l'on en revient aux origines des processus d'artificialisation et de marchandisation du vivant, on constate qu'une première phase de l'industrialisation de la chaîne agro-alimentaire s'est développée, historiquement, depuis l'aval – la mécanisation de l'abattage dans les usines à viande – jusqu'à l'amont – l'engraissement des animaux –, en passant par l'ensemble des phases intermédiaires – comme notamment la modernisation des transports ou l'industrialisation de la chaîne du froid. Et c'est en partie de la soumission aux impératifs industriels que va naître la deuxième révolution agricole des Temps modernes (Mazoyer, et al., 1997), qui procède de la mécanisation, puis la motorisation et la « chimisation » de l'agriculture ainsi que de la sélection génétique des plantes et des animaux : il s'agit donc d'une révolution agricole qui conduit à un processus de spécialisation de l'agriculture.

Les produits carnés sont au coeur d'un tel processus, constituant le pivot des échanges qui accompagnent ces nouvelles formes de division du travail,

horizontales et verticales. L'utilisation des farines issues de déchets animaux s'inscrit donc tout à fait dans le cadre de pareils échanges. Pour intensifier la productivité des vaches laitières, leur alimentation doit être enrichie en protéines. Le soja américain et d'autres protéagineux ont longtemps joué ce rôle d'adjuvant alimentaire, les entreprises britanniques choisissant par suite de privilégier pour les bovins européens des sources de protéines produites à un coût beaucoup plus faible, soit des farines extraites de déchets carnés provenant directement des usines d'équarrissage de moutons. Afin de réduire encore davantage leur coût de production, les mêmes producteurs de farines renoncent, dès 1983, à une phase essentielle de l'obtention de protéines, soit leur extraction par solvant organique à la vapeur, une étape qui avait pourtant le mérite d'éliminer l'agent infectieux de la tremblante du mouton. En décidant de la sorte d'abaisser les températures de conditionnement des farines, ils obtenaient une économie substantielle d'énergie et, de ce fait, une baisse considérable de leurs coûts de production.

Suivant divers experts de la thématique de l'ESB (Deléage, 2001; Eramo, 1996; Gideon, 1980; Lledo, 2001; Mazoyer, et al., 1997; Schwartz, 2001), pareille transformation de l'herbivore en carnivore, a chosifié l'animal lui-même en le cantonnant à n'être plus que le premier maillon – ou la matière première – des filières de l'agro-industrie. L'introduction de farines ovines (ou animales) dans l'alimentation des herbivores, constitue effectivement une transgression des limites naturelles – essentiellement biologiques – et culturelles – éthiques, politiques (Deléage, 2001; Eramo, 1996; Lledo, 2001; Mazoyer, et al., 1997; Schwartz, 2001).

Les limites biologiques sont spécifiquement transgressées étant donné le non-respect des frontières alimentaires entre les herbivores et les carnivores. Plus encore, il pourrait s'agir, selon différents auteurs, de véritables pratiques autophagiques puisque les élevages industriels utilisent pour l'alimentation des animaux, leurs congénères recyclés en farines de viande et d'os (Eramo,

1996; Schwartz, 2001). La technoscience travaillerait donc aujourd'hui à la mise au point d'une nouvelle (dé)raison alimentaire qui entendrait faire de l'animal une machine, et de l'humain le véritable surhomme d'un vaste système manufacturier comprenant le système agricole lui-même (Deleage, 2001; Schwartz, 2001). Et on pourrait considérer à cet égard que la confiance illimitée dans la technoscience se révèle dès à présent plus dévastatrice que l'angoisse écologique devant le futur. Une telle utopie technoscientifique a conduit à une entreprise normative sans précédent historique, dont la mise en oeuvre fait fi des risques écologiques qui pèsent lourdement sur la survie de la biomasse.

### 3.3.3.2. *γ* – *La technique et ses logiques techno- : la logique technocratique et la logique technoscientifique*

*Technique, technologie, technocratisme* : trois mots et trois concepts intimement liés à la condition et la spécificité parlante et transformatrice de l'Homme, *Homo sapiens*, qui en tant qu'espèce pensante dotée de langage, fabrique des outils concrets et des symboles, transformant la nature grâce aux outils. Trois mots et concepts, par ailleurs, qu'il importe de ne pas confondre... L'inscription – opérée à chacun des stades socioculturels des sociétés dominantes – des multiples techniques en une « technologie » qui correspond à un phénomène historique central est en effet parfois effacé par la confusion en langue française des deux termes « technique » et « technologie », une confusion ou une ambiguïté renforcée par la sémantique de la langue anglaise (*technology*, qui englobe les deux termes français).

Dérivé du grec *tekhnê*, successivement représenté en français et dans de nombreuses autres langues indo-européennes par « art » (du latin, *ars, artis*)

et en anglais par *Technology* ou *Technique*, la première notion parmi les trois ci-dessus exposées, la « technique », est d'abord synonyme d'art. Elle désigne par là un savoir-faire traditionnel qui permet d'obtenir à volonté un résultat donné et correspond, d'une manière générale, à une détermination de l'action en vue d'une fin, ce qui fait appel à des notions d'adaptation de la pratique humaine (habileté ou adresse) et de règle : un savoir imprime une orientation à l'action. C'est ce que représente très bien le mot « technique » traduit en allemand *Kunst*, qui est dérivé du verbe *können*, à la fois « savoir » et « faire ». Plus spécifiquement, le savoir-faire inhérent à la technique peut :

- i) soit reposer sur une expérience non verbalisée et peu codifiée, sur ce qu'il est commode d'appeler un « tour de main »,
- ii) soit être verbalisé et reposer sur une codification explicite décrivant les procédures à suivre pour parvenir au résultat attendu (c'est-à-dire être étayé par un ensemble de règles ou de recettes),
- iii) soit se trouver relié à la connaissance scientifique des réalités concernées et être organisé dans une structure économique (Simondon, 1969).

Dans toutes les sociétés humaines, il existe nécessairement un savoir technique, lequel précède chronologiquement le savoir scientifique. Mais, cela n'implique aucunement que ce dernier en découle. L'histoire propre des techniques interfère avec celle des connaissances scientifiques, cette histoire dépendant du rapport à un univers d'objets techniques, c'est-à-dire artificiels et finalisés.

Chaque forme de vie sociale construit sa propre rationalité du monde, celle-ci pouvant être articulée autour d'une conception magico-religieuse tout autant que scientifique. Dans une telle construction culturelle d'un « réel », la technique apparaît comme la détermination d'un milieu naturel apte à être modifié, et qui doit, conséquemment, être différencié du milieu inchangeable que fournissent par exemple la rotation de la Terre (ou ses effets perçus) et les données de la géologie. L'interaction des besoins, des fins, des moyens

et des procédés techniques met en jeu les réalités socioculturelles dans leur ensemble.

Indépendamment de la vision dichotomique qu'elle suscite – tantôt comme facteur du développement rationnel de l'humanité, tantôt comme instrument d'asservissement, d'aliénation et de destruction du milieu –, la technique est création absolue non d'objets individuels, mais bien de types universels, généraux et abstraits, chaque objet technique pouvant être appréhendé comme réalisation d'une essence, d'un concept où l'on peut retrouver l'*eidos* platonicien (Leroi-Gourhan, 1964). Dans un tel cadre de pensée, la construction du monde prise en charge par la technique dépend d'une analyse préalable, capable de dégager de ce réel une rationalité, de penser des solutions à des problèmes issus du réel, dans son impact sur l'individu social, et d'articuler aux éléments modifiables du réel la technicité. Loin de pouvoir être réduite à des collections d'instruments, d'outils ou à des processus ordonnés, la technique équivaut donc à un ensemble « pensé », où la maîtrise des transformations de la matière implique l'organisation de forces humaines. La technique est ainsi « sociale », « politique », « pragmatique » avant d'être également « éthique ».

C'est d'ailleurs relativement à de tels aspects – sociaux, politiques, éthiques – que la technique est communément jugée. La réflexion générale portant sur la technique a pendant longtemps reposé sur la conviction d'une neutralité instrumentale. Aux yeux de la philosophie critique inaugurée par Kant et reprise dans son principe par Habermas (1978), les techniques souffraient en effet d'un manque irrémédiable : elles n'offraient qu'un « intermédiaire » à l'action. Considérées comme de purs instruments, elles étaient ainsi dénuées de valeur morale et de finalité. La technique ne pouvait être ni la pire ni la meilleure des choses puisque l'adjectif « bon » ou « mauvais » ne s'appliquait qu'au sujet qui ordonnait, utilisait et achevait l'action et non à l'objet qui le permettait. Le seul adjectif applicable à la technique était donc celui de



« neutre ». Selon Castoriadis (1975), le mythe de la technique devenue « folle », qui s'auto-entretient et qui domine l'homme devenu impuissant – mythe qu'ont notamment exprimé Mumford (1973) et Ellul (1977) –, constitue le simple prolongement de cette neutralité instrumentale. Différents penseurs de la technique avaient pourtant accompli un important travail critique destiné à arracher la technique à sa neutralité. Il s'agissait là d'idéologues critiques notamment écologistes ou de penseurs technophobes avérés tels que, par exemple, Marcuse (1965) qui appréhendait la technique comme une réification du pouvoir de coercition exercé par la classe dominante, ou encore le biologiste Laborit (1970) qui avait présenté la situation de l'ère dite « technologique » comme un système proliférant échappant au contrôle :

(...) l'esprit critique des individus s'amenuise proportionnellement à l'accroissement de leur technicité. La technicité focalise les sources d'information, rétrécit les langages, les systèmes sémantiques, rend l'individu de plus en plus incapable de se situer dans l'univers, et d'autant plus sensible aux jugements de valeur imposés par les groupes de pression, que ceux-ci soient l'État, le capital, les classes sociales, économiques. (p. 21)

### 3.3.3.2. y.1. *L'émergence de la technocratie*

On considère fréquemment Saint-Simon comme le père (en tout début de XIX<sup>ième</sup> siècle) de la conception technocratique du pouvoir et de la société, en se fondant sur la description qu'il établit d'une société basée sur l'association des industriels, organisée et hiérarchisée par le critère universel de la compétence technique et administrée par un gouvernement composé de savants, de chefs d'industrie et d'artistes (Fehlbaum, 1970; Manuel, 1956). Il importe d'ajouter ici qu'à l'instar de l'approche hégélienne ou marxiste, la perspective saint-simonienne de la technique reflète le postulat traditionnel de la neutralité axiologique du savoir technique, considéré comme savoir théorique des moyens à utiliser en vue de réaliser une fin donnée de façon immanente dans le besoin ou la culture. Ainsi, pour la modernité, la technique

– en ce qu'elle implique le savoir théorique – constitue une matrice de rationalisation de l'activité humaine mais elle ne doit ni ne peut dicter la finalité des actions collective et singulière; elle ne peut pas non plus constituer ou engendrer quelque forme de pouvoir que ce soit.

Pour Billy (1975), ce n'est que lentement qu'émerge ensuite – avec Veblen et Scott – la conception selon laquelle l'ascension sociale du technicien peut s'interpréter comme l'exercice d'une nouvelle forme de pouvoir capable, par exemple, de concurrencer celui de l'entrepreneur capitaliste. En associant cette nouvelle conception, d'une part, à l'analyse wébérienne de la bureaucratisation et la rationalisation de l'exercice de la domination institutionnelle, d'autre part, aux perspectives marxistes portant sur la dynamique interne du mode de production capitaliste, Burnham (1947) élabore le concept de « pouvoir managérial », tout en insistant sur la transition historique à un nouveau type de société qu'un tel pouvoir rend manifeste.

Nouvelle forme de domination, la « technocratie » figure alors tout à la fois le destin des sociétés occidentales capitalistes et la nouvelle forme de puissance associée au « collectivisme bureaucratique ». Une telle comparaison peut se fonder, d'un côté, sur la transformation que connaît le système de la propriété capitaliste avec l'apparition de la société corporative et de la « grande compagnie », de l'autre côté, sur l'accroissement massif de l'interventionnisme étatique, de la planification et de la gestion administrative et économique. Ainsi, Burnham (1947) observe-t-il dans lesdites sociétés occidentales développées un maintien des droits formels (comme le droit de propriété, le droit de participer à l'institution du pouvoir) tandis que, dans les faits, la réalité du pouvoir comme le contrôle effectif de la marche de la grande entreprise et des orientations de la collectivité nationale passent aux mains de la « technocratie ». Burnham (1947) demeure néanmoins fidèle à la conception classique du pouvoir, qu'il envisage comme l'exercice de la

domination par une nouvelle classe sociale agissant au nom de l'efficienne technique.

Inversement, Galbraith (1967) va rendre compte de la transformation structurelle du pouvoir accompagnant l'émergence d'une logique technocratique de la prise de décision. En prenant pour modèle les grandes entreprises américaines, cet auteur montre comment le pouvoir se diffuse en un réseau de circulation d'informations où chaque groupe qui monopolise une part de ces informations rend nécessaire sa participation au protocole de prise de décision. De telles « technostructures » et les interrelations qu'elles nouent avec l'État ne peuvent plus dès ce moment être appréhendées suivant les schèmes classiques de l'économie et de la science politique. Elles manifestent, de l'avis de Galbraith (1967), l'apparition de formes nouvelles de solidarité, de motivation et de hiérarchisation que les concepts traditionnels de classe sociale ne permettent plus d'exprimer de manière satisfaisante.

Bell (1973) procède quant à lui à une analyse systématique de la logique technocratique qu'il intègre à l'hypothèse générale d'une transition historique vers une société post-industrielle dont il présente les cinq niveaux caractéristiques : i) la transition d'une économie industrielle, productrice de biens, à une économie de services, ii) une nouvelle division du travail qui fait de la classe des professionnels et des techniciens le pivot de la dynamique de développement, iii) un exercice nouveau du savoir théorique qui équivaut, de manière inaugurale, à un pouvoir direct de transformation de la réalité sociale, iv) le développement d'une planification prévisionnelle aux différents niveaux d'organisation économique et administrative qui, possiblement, va se boucler sur elle-même comme planification du développement technique, v) l'apparition d'une « technologie intellectuelle » de prise de décision politique se substituant au jugement intuitif qui se fonde soit sur l'appartenance à une tradition culturelle soit sur l'application de principes éthiques et juridiques universels.

Toutes les tendances objectives ci-dessus exposées vont converger vers l'implantation d'une nouvelle modalité de régulation sociétale qui succède aux formes traditionnelles et modernes de production et de reproduction de la pratique sociale (Freitag, 1994, 1998, 2002; voir 3.1.2.3.γ et 3.3.2.2.β). Freitag (1994, 1998, 2002) qualifie cette toute nouvelle modalité de régulation de « décisionnelle-opérationnelle » afin de souligner la complémentarité du technologisme – comme idéologie de légitimation de l'augmentation indéfinie de la capacité instrumentale – et du technocratisme – comme substitution progressive d'une logique pragmatique de décision (d'adaptation aux contraintes) à la logique institutionnelle-bureaucratique de l'exercice du pouvoir politique (par déduction de principes *a priori*) (voir 3.3.2.2.β). En effet, à mesure que les différents secteurs de la pratique sociale, autonomisés par la modernité, se trouvent aspirés par un développement technique permanent, la prise en charge du maintien des conditions de reproduction de l'ensemble des pratiques sociales incombe au pouvoir technocratique, qui va ainsi supplanter petit à petit le pouvoir politico-institutionnel (voir *page 204, Tableau 5*). Dans une telle perspective, l'avènement d'une logique technocratique de production et de reproduction de la pratique sociale et de la société incarne donc la rupture historique avec la modernité (Freitag, 2002).

Parallèlement à ce développement politique et sociétal, on peut alors souligner la mutation fondamentale qui s'accomplit dans l'ordre du savoir théorique, une mutation dont la révolution kuhnienne est l'expression systématique dans le champ de l'épistémologie. Cette dernière tend cependant à concevoir un tel assujettissement aux impératifs techniques comme étant la réalité essentielle de la pratique scientifique alors qu'en fait, son fonctionnement paradigmatique, son organisation en « programmes de recherche » et les nouveaux critères d'opérationnalisation qu'elle assume pour son propre compte sont autant de manifestations de la transformation fondamentale de la place de la science dans l'ordre social et dans l'ordre du

savoir. Par ailleurs, cette mutation atteint la hiérarchie implicite qui prévaut dans le système de la science. À l'heure actuelle, ce ne sont plus les sciences de la nature qui, au premier chef, gouvernent le dynamisme sociétal mais plutôt les sciences sociales, lesquelles se transforment en techniques de gestion et de production des rapports sociaux, et ce, suivant le modèle général de l'informatique et de la cybernétique.

### 3.3.3.2. y.2. *Les problèmes philosophico-politiques posés par le développement technoscientifique*

Le concept de technoscience apparaît explicitement vers le milieu des années 1970 (Hottois, 1984). Associant les concepts de technique et de science, il renvoie à une profonde mutation des rapports entre ces deux activités humaines. L'origine du concept remonte cependant à la Renaissance. C'est effectivement à partir de cette époque que les relations entre la science et la technique changent radicalement étant donné, d'une part, l'explosion des inventions, d'autre part, l'émergence d'une nouvelle conception de la science. Alors que la science ancienne était pensée dans le prolongement du savoir logothéorique « pur », indifférent à l'action et à la production, la science moderne qui s'inaugure alors – avec les pensées de Bacon, Copernic, Descartes et Galilée – devient « science de l'action ou de de l'intervention efficace dans l'univers » (Hottois, 1984). Elle entretient donc une relation instrumentale et non plus une relation contemplative au réel. Par suite, la technique, qui était auparavant déconnectée de toute finalité heuristique et dès lors tout à fait séparée de la science, devient la médiation nécessaire à la réalisation de la connaissance du réel. D'où l'association des deux termes dans celui de technoscience : « techno-science » qui met en évidence deux caractères, à savoir, d'un côté, l'indissolubilité des deux pôles théorique et technique opératoire et, de l'autre, le primat ultime de la

technique sur la *theoria* (Hottois, 1984). Comme le rappelle à ce niveau Ellul (1975), la technique jusque-là en amont et en aval de la science se place dès ce moment au cœur même de la science, celle-ci se projetant et s'absorbant dans la technique et, réciproquement, la technique se formulant dans la théorie scientifique. Cela implique qu'il est désormais envisageable d'améliorer les conditions de la vie humaine par la construction d'artefacts et que s'inaugure ainsi un projet d'artificialisation du monde (Descartes, 1987). La science qui s'instaure avec le projet cartésien – celui de connaître le Monde et l'Homme – n'est donc plus seulement spéculative, mais encore devient-elle technicienne puisqu'elle vise maintenant à accomplir le programme baconien d'extension du règne de l'artifice. Comme le souligne en outre Ost (1995), son objectif n'est plus de connaître le monde, mais d'en fabriquer un autre, plus performant. Pour Dupont (2003), c'est en effet la demande de la performance qui, alliée au culte de la vitesse et soumise à la loi du marché, confère son véritable sens au terme de technoscience, ce dernier étant vu comme une production de connaissances dans laquelle le savoir-faire (technique) tend à l'emporter sur – voire orienter – le savoir (scientifique). C'est d'ailleurs pour désigner une telle « fécondation » de la technique par la science que Hottois (1984) a inventé le concept de « Recherche et Développement Techno-Scientifique (R&DTS) ».

Le développement technoscientifique a suscité l'émergence de réflexions philosophiques sur les nouvelles menaces produites par les sociétés technoscientifiques. C'est toutefois à Jonas (1990) et à son *principe responsabilité* qu'on doit l'une des réflexions les plus importantes et originales sur les effets de la toute puissance de la technoscience (voir 3.3.2.3.β). Jonas (1990) y dresse le bilan philosophique de la menace que la technique et l'industrie alliées à la science font peser sur l'équilibre dynamique actuel de la nature, étant donné l'exploitation sans mesure de cette dernière. La mutation de l'agir humain constitue effectivement, selon l'auteur, la cause

objective à l'origine de la recherche d'une nouvelle éthique pour les sociétés technoscientifiques et ce, dès le moment où

(...) la soumission de la nature destinée au bonheur humain a entraîné par la démesure de son succès, qui s'étend maintenant également à la nature de l'homme lui-même, le plus grand défi pour l'être humain que son faire n'ait jamais entraîné. (Jonas, 1990, p. 89)

Le projet des Lumières s'est donc transformé en son contraire et la technique – jadis promesse de liberté et de libération –, en menace. La pensée de Jonas (1990) repose ainsi sur le principe suivant lequel, doté de la connaissance et de la liberté, l'homme, seul être de responsabilité, est l'unique responsable de ce qu'il fait. De cette liberté, il découle un ensemble d'obligations dont celle de la responsabilité de l'être humain envers les générations futures. C'est également la même responsabilité envers les générations futures qui s'exprime par la mise en oeuvre du principe de précaution, adopté en Allemagne (*Versorgeprinzip*) vers la fin des années 1960. Le principe de précaution se trouve écartelé entre la conscience d'un changement radical du contexte de la décision et la logique du calcul économique. Précaution et responsabilité s'adressent ainsi à deux niveaux différents de l'agir humain : la responsabilité incite à la réflexion philosophique alors que la précaution pousse l'individu à s'engager dans l'agir politique et, plus spécifiquement, dans l'action qui vise à faire entrer les sciences en démocratie.

### 3.3.3.2. y.3. *L'expertise scientifique selon la logique technocratique*

L'expertise est communément caractérisée par un acte de convocation d'un savoir par des décideurs, un processus consistant en un acte de production de connaissances au service de la décision et de l'action (Dupont, 2003). Ni science ni politique, située à mi-chemin entre la pratique scientifique et la

décision, l'expertise scientifique s'affiche avant tout à travers une image ambivalente : la science en étant appliquée aux décisions publiques ne présenterait plus les caractéristiques de la science dite « classique », académique ou fondamentale, tout comme elle ne pourrait pas non plus être assimilée à la décision politique ou à l'appareil administratif. Certains auteurs soulignent, à ce titre, que les activités d'expertise conduisent bien souvent à modifier tant les pratiques que les critères de production et de validation des connaissances. En effet, on n'attend pas de la science qui est sollicitée dans un processus d'expertise qu'elle traite les phénomènes sources de risque comme de purs problèmes de connaissance, mais plutôt qu'elle les aborde dans une finalité pratique, afin que le savoir produit puisse être incorporé dans un processus de décision. Ainsi, comme le souligne Jasanoff (1990), le recours à des comités d'experts dans le cas des risques environnemento-sanitaires contribue à placer l'évaluation scientifique du risque face à des contraintes qui sont généralement absentes du contexte dans lequel évolue la recherche fondamentale. De même, le risque, en tant qu'objet de l'activité des experts, impose certains modes d'investigation, en raison de sa nature transversale - mêlant connaissance et action - et des incertitudes qu'il soulève. Le risque, énonce Duclos (1989), arrache le scientifique à sa routine et le force à renouveler ses protocoles et ses questions, tout en le confrontant à la logique des affrontements sociaux dans le choix même des hypothèses. Intervenant dans des situations incertaines et controversées, il implique l'ouverture d'espaces appropriés au sein desquels il puisse être travaillé, pensé, évalué puis géré. En s'appropriant le risque comme objet de régulation du développement technique par la mise en place en son sein de structures d'évaluation scientifique spécialement affectées à cette tâche, l'administration devient ainsi, suivant le même auteur (Duclos, 1989, 1991a, 1991b), un lieu de reconstruction des pratiques scientifiques sous d'autres auspices.



Le modèle technocratique de l'expertise scientifique correspond à cette appropriation de la science – ou du discours de la science – par l'administration, qui est à l'origine de la mise en place d'un dispositif d'expertise scientifique. Le même modèle illustre parallèlement le rôle attendu des experts par leur commanditaire : celui de légitimer une décision. L'expertise scientifique, telle qu'elle est mobilisée par l'autorité publique dans les sociétés occidentales contemporaines, fonctionne ainsi et avant tout dans le cadre d'une conception technocratique et rationnelle de la décision, très proche du modèle rationnel-légal webérien où une bonne décision prend appui sur une bonne caractérisation scientifique du problème à traiter. Le rôle de l'expertise scientifique y est dès lors de dégager les nécessités objectives telles qu'elles sont dictées par la « logique des choses » (Restier-Melleray, 1990). Un tel modèle, linéaire et technocratique, de l'expertise scientifique, selon lequel il s'agit de ne prendre des décisions que sur la base des seules certitudes extraites de l'examen objectif des faits, renvoie à une pratique propre aux États industrialisés et centralisés dans lesquels les meilleurs choix collectifs sont pris exclusivement à partir de « certitudes tangibles et chiffrées », de données probantes. Cette « culture » du chiffre est d'autant plus renforcée que la notion de risque induit d'elle-même le principe du calcul (soit la probabilité qu'un danger survienne). Dans une telle optique, la rhétorique du risque se nourrit en permanence de l'idée de maîtrise de l'aléa, d'une rationalisation de l'incertitude. L'équilibre des rapports entre l'expertise scientifique et la sphère politico-administrative tient ainsi dans un subtil tracé des frontières qui distinguent ces deux pôles (Jasanoff, 1990). Le mariage entre la science et la politique que constitue l'expertise repose enfin, selon Gieryn (1995), sur un fragile équilibre où il s'agit de se tenir « près de l'autre mais pas trop ». C'est en effet dans la trame de cette relation qu'experts et décideurs tirent chacun la source de leur légitimité. Cette dernière prend cependant ses racines dans une distribution différente des rôles à tenir pour chacun d'entre eux. En effet, à travers la commande d'expertise, l'autorité et la performance des experts dans leur fonction d'information de la décision

sont reproduites. Simultanément, le décideur puise une légitimation à travers « l'autorité culturelle » du savoir de l'expert. Néanmoins, une certaine différenciation doit être maintenue entre les deux parties. Garder sa place consiste en effet pour l'expert à se préserver une certaine autonomie vis-à-vis des enjeux politiques et économiques au risque d'y « perdre son âme » et d'être considéré comme un représentant un groupe d'intérêts parmi d'autres. Pour le décideur, une trop grande dépendance vis-à-vis des experts peut lui ôter – dans certaines situations toutefois – la latitude qui lui serait nécessaire dans l'action pour exercer son pouvoir discrétionnaire. La réussite du contrat entre la science et la politique dans la situation d'expertise passe donc par la construction d'une relation faite à la fois de réciprocité et de différenciation. La performance de cette union ne repose donc pas sur la fusion, mais sur la complémentarité. Or pareil équilibre peut se révéler précaire...

Le modèle technocratique de l'expertise scientifique est un modèle en crise depuis une décennie (Lascoumes, 1996). La crise de la « vache folle » de 1996 a nettement contribué à introduire le doute quant à l'indépendance des comités d'experts vis-à-vis des « tutelles administratives » et des pouvoirs économiques (Dupont, 2003). La question de la rigueur et de la transparence des procédures de travail émanant de ces comités d'experts a également fait l'objet de discussions et de changements. C'est effectivement cette crise de l'expertise qui a conduit à renforcer le principe de la séparation entre les activités d'évaluation des risques et celles touchant la gestion des risques.

Par ailleurs, la place de plus en plus importante qu'occupe le principe de précaution dans les législations internationales illustre le présent changement opéré quant au statut de l'expertise scientifique, dans la prise de décision en matière de sécurité environnementale et aussi alimentaire (Dupont, 2003). En situation d'incertitudes, la précaution suppose en effet de ne pas exclusivement fonder la décision sur la recherche de preuves scientifiques, les décisions pouvant dès lors être prises sur la base de critères

économiques, politiques ou éthiques. À l'inverse du modèle linéaire de l'expertise scientifique, la précaution conduit ainsi à diversifier les espaces d'élaboration de la décision, sa légitimité se construisant à travers la négociation. En d'autres termes, la robustesse des décisions ne repose plus seulement sur la mobilisation des connaissances objectives, mais également sur des dispositifs collectifs permettant d'énoncer la diversité des contraintes du problème rencontré. De fait, sur des problèmes face auxquels l'expertise scientifique ne peut constituer l'unique ressource, les politiques publiques, par la mise en place de dispositifs collectifs d'expérimentation, ont tendance à privilégier de tels modes de gestion. Les questions environnemento-sanitaires sont ainsi reconnues comme relevant de ces problèmes transversaux où

(...) l'enchevêtrement des enjeux, l'intersectorialité des programmes, la transversalité des actions publiques, l'hétérogénéité des acteurs mobilisés deviennent une constante, y compris dans les domaines où le cloisonnement, le monopole de gestion par un grand corps et un mode d'administration hiérarchique étaient jusqu'à présent la règle. (Lascoumes, 1996, p. 327).

Parallèlement aux précédentes considérations générales, le débat sur l'expertise scientifique a aussi éclairé la dimension normative de l'activité des experts. Leur objectivité revendiquée masque en effet bien souvent la dimension normative des savoirs qu'ils produisent. Comme le mentionne Wynne (1997) :

(...) les connaissances scientifiques s'organisent de façon différente selon le scénario qui est choisi pour fournir la structure initiale de leur développement. (...). Ce sont les trajectoires sociales et culturelles tacitement inscrites dans les analyses scientifiques des risques [qui jouent] un rôle structurant pour la recherche et pour la constitution des connaissances. (p. 153-155)

La construction des connaissances au sein de l'expertise peut ainsi prendre appui sur des hypothèses normatives. Castel (1996) précise d'ailleurs à ce niveau que l'expertise se révèle « instituante » dans la mesure où, simultanément à la production d'un savoir, elle érige des catégories normatives, les hiérarchise et contribue subséquemment à l'énonciation de

règles de comportement concernant les objets et les acteurs impliqués dans le secteur d'activité qu'elle encadre.

La crise de l'expertise – la crise du modèle technocratique de l'expertise scientifique – a donc eu pour principale conséquence d'amorcer un processus de réorganisation des dispositifs de prise en charge des risques. Ces changements ont essentiellement touché deux aspects : la formalisation des modalités de fonctionnement de l'expertise ainsi que la diversification des outils d'information de la décision en matière de risques collectifs. Le premier aspect cité, soit la formalisation de l'expertise, touche à l'organisation de l'expertise, c'est-à-dire d'une part, au renforcement de la séparation entre les activités d'évaluation et de gestion des risques et, d'autre part, à l'explicitation des procédures de fonctionnement interne des comités d'experts. Le deuxième aspect cité, soit le processus de diversification, s'effectue quant à lui sur deux niveaux. Il concerne premièrement l'expertise scientifique même, à travers l'ouverture des comités d'experts à des avis contradictoires qui s'expriment aussi bien au sein de la communauté scientifique qu'au sein de la société civile. Il s'opère secondement à travers la multiplication des dispositifs sur lesquels s'appuient les instances exécutives pour prendre leurs décisions : comités d'experts scientifiques, comités de sages, consultations du public (conférences de citoyens, débats publics). Tout cela étant dit, Dupont (2003) nous paraît soulever une très intéressante question (question demeurée sans réponse à l'heure actuelle et à laquelle nous ne répondrons pas dans la présente recherche) : au-delà de l'efficacité réelle de telles expérimentations de « démocraties techniques » dont on pourrait interroger la pertinence et la formalisation du fonctionnement de l'expertise, la création des agences indépendantes des ministères techniques ne cacheraient-elles pas plutôt « en fin de compte » un renforcement du modèle technocratique de l'expertise scientifique?

### **3.3.3.3. Les imaginaires de la globalisation**

Selon Laïdi (1998), on ne peut réfléchir à la globalisation en tant que fait social qu'en considérant celle-ci comme un « imaginaire ». La thématique de la globalisation charrie effectivement un vaste ensemble de références culturelles, d'aspirations consuméristes, de représentations symboliques, qui vont, suivant le dernier auteur, composer de nouveaux « imaginaires ». Pour Laïdi (1997), la globalisation n'existe que par les représentations qu'elle dégage; le rétrécissement de l'espace qui la caractérise ne prend tout son sens que relativement à la conscience d'appartenance au monde des individus, le penser-voir-et-éprouver-le-monde deleuzien (Deleuze, 1990) se trouvant ici réactualisé. Ainsi, le concept d'imaginaire tire sa pertinence, défini par Laïdi (1998, p. 86) comme un « enchaînement entre faits identifiables communément admis, représentations contradictoires de ces mêmes faits, et amplification de ces représentations dans l'espace (effet de généralisation) ou dans le temps (effet de structure) ». Tel que le précise encore cet auteur :

[l]'imaginaire contribue à radicaliser le changement, la nouveauté, la rupture. La contraction de l'espace est par exemple une donnée communément admise de la mondialisation. La proximité et la distanciation sont en revanche des représentations contradictoires de cette même mondialisation. L'uniformisation peut enfin être considérée comme une amplification de ces représentations, surtout quand on se l'imagine universelle et irréversible. (Laïdi, 1998, p. 86)

La globalisation, appréhendée comme « imaginaire social », est constituée de cinq principales composantes. La première composante de cet imaginaire est celle de l'imaginaire universaliste, imaginaire référé à ce que Benjamin (1991, p. 144) qualifie de « semblable dans le monde ». Une sorte de sensibilité uniforme se répond effectivement par de multiples canaux, réunissant virtuellement les individus de tous les continents. Les styles de vie se ressemblent, les cultures s'enrichissent de diversités mais, de façon concomitante, elles s'amalgament de manière identique d'un bout à l'autre du globe : on consomme les mêmes produits, on porte les mêmes marques de

vêtements, la *Worldmusic* et la *Worldlitterature* réinterprètent les folklores et les mémoires locales tout en les universalisant avec une créativité débordante.

La deuxième composante de cet imaginaire de la globalisation correspond à ce que Laïdi (1998) désigne comme étant une « vie quotidienne mondiale », marquée par d'incessants événements (*happenings*) planétaires, qu'il s'agisse d'accidents aériens, de tremblements de terre ou autres cataclysmes, de mariages royaux ou d'événements sportifs. Par ailleurs, les individus disposent aujourd'hui d'un grand nombre d'instruments leur permettant de se mesurer, de se comparer aux autres. Dans le cadre de ce même imaginaire du quotidien mondial, Laïdi (1998, p. 87) souligne encore la dissolution du « récit national, spatialement délimité et temporellement orienté » au profit d'un « récit sans limites géographiques ni horizon temporel ». Enfin, il faut souligner un rôle décisif joué par les médias relativement à cette « phénoménologie du présent » que constitue la globalisation (Laïdi, 1998, p. 87).

Médias qui forment justement la troisième composante de cet imaginaire de la globalisation, rappelant ici la forme de globalisation qualifiée de communicationnelle-médiatique (voir 3.3.3.1.) et spécifiquement dénommée « vivre-ensemble émotif » ou encore « mondialisation des affects » par Laïdi (1998, p. 87). Le même auteur définit cette troisième composante comme étant le fait que « (...) la plupart des événements mondiaux se vivent de plus en plus sur le mode de l'émotion » (Laïdi, 1998, p. 87), ce qui n'est pas sans rappeler la « sentimentalisation des sociétés » contemporaines d'Anderson et al. (1998). L'émotion deviendrait, selon Laïdi (1998) et Anderson et al. (1998), une condition de la mondialisation des événements, servant de vecteur central à la communication interculturelle. Cette « émotivité mondiale » permettrait d'accroître également l'impression d'une nouvelle transparence planétaire – un seul monde – conférant à tout un chacun le sentiment qu'il se

trouve en contact permanent avec le lointain et qu'il partage à tout moment avec des millions de semblables les émotions essentielles et la même sentimentalité instantanée (Anderson, et al., 1998).

La quatrième composante de l'imaginaire de la globalisation équivaut à l'imaginaire du marché, selon lequel « tout se vend et tout s'achète ». Au-delà de cette analogie commerciale, l'imaginaire du marché porte cependant en lui l'idée plus fondamentale d'un certain radicalisme, à savoir celui de « libre choix<sup>94</sup> » auquel est immanquablement lié le principe de relativisme. La société se trouve dès ce moment identifiée à un marché au point de rendre ténue la différence entre société et marché. Ainsi, la fidélité à un engagement ne conserve un sens que par rapport à la satisfaction qu'en retirent les individus. La réversibilité et la sélectivité des choix opérés ont acquis une importance déterminante, toute médiation sociale étant dès lors mise de côté étant donné le retard à l'accès direct à la consommation qu'elle engendrerait.

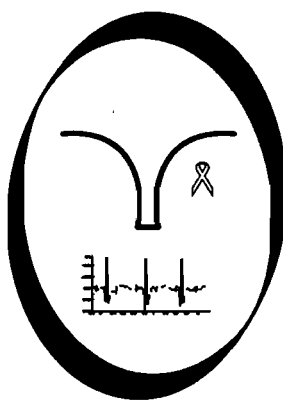
La cinquième composante de l'imaginaire de la globalisation est constituée de mots et de discours : cette dernière composante est en effet de nature discursive. Mots d'ordre qui se succèdent ou mots s'échangeant dans les réseaux de communication ou de solidarité mondiales, mots et mémos réputés urgents, discours légitimes lors de journées mondiales d'action, lors de conférences mondiales à thème, discours de l'ONU, mots propres au temps mondial – *gouvernance, transparence, imputabilité, évaluation, efficience/efficacité, privatisations, Empowerment* – : telle est la production discursive, partie intégrante du « nouveau monde global » et composante à part entière de son imaginaire.

---

<sup>94</sup> Le libre choix signifie qu'on se doit de choisir sur la base de la maximisation de préférences personnelles.

## Chapitre 4

### **SANTÉ PUBLIQUE : PASSÉ, PRÉSENT ET PERSPECTIVES D'AVENIR**



#### **4.1. La « construction » de la santé publique**

Le terme « construction » réfère à deux choses d'ordre totalement différent. D'une part, il fait lien avec la santé publique qui, en tant que champ (voir 4.2.) d'intervention, d'action et de recherche, s'est développé ou a été « construit » progressivement. D'autre part, ce quatrième chapitre intitulé « Santé publique : passé, présent et perspectives d'avenir » correspond, d'un point de vue méthodologique, à la troisième et dernière opération (étape) du travail de transposition en mode écriture, à savoir l'opération de (re)construction (voir 0.1.2.2.).





### **4.1.1. La santé publique : quelle définition?**

Toute personne se fait bien une petite idée de ce qu'est la santé publique (Gagnon, et al., 1999) : entreprise scientifique justifiée par des évidences épidémiologiques qui « (...) commence avec la perspective populationnelle et avec l'effort de mesurer et d'améliorer l'état de santé des populations » de l'avis de Beauchamp et al. (1999, p. 25), « entreprise publique de gestion de la santé de la population » selon Massé (2003, p. 4), nouvel ordre socio-sanitaire promu pour Lecorps<sup>95</sup> et al. (1999), voire entreprise normative et d'acculturation<sup>96</sup>. D'aucuns comme Dozon et al. (2001) la présentent, dans les sociétés contemporaines, comme étant « [le] lieu central de l'espace social et politique » (p. 7), apparaissant parallèlement comme :

(...) un savoir et un savoir-faire, une méthode et un état d'esprit (...), un domaine d'expertise face au monde de la décision (...), une culture (...) conçue comme un corpus de connaissances et de règles, mieux [comme] un art de faire, qu'il s'agit d'appliquer et de transmettre (...). La santé publique apparaît [enfin] comme une

<sup>95</sup> De l'avis de Lecorps et al. (1999, p. 19) : « (...) la santé publique va son chemin et se présente comme offre publique d'un nouvel ordre au service des populations. Force d'observation, elle met au point et développe ses instruments de mesure, force d'intervention, elle projette de contrôler les éléments nocifs, force de proposition, elle promeut une culture, des attitudes, des comportements, dans l'espoir offert aux populations, d'une vie meilleure et plus longue ».

<sup>96</sup> Les enjeux sociaux et politiques de l'idéalisation promotionnelle de la bonne santé (« Perdez du poids », « Fumez moins », « Ayez une sexualité sécuritaire », « Évitez le mauvais cholestérol », etc.) font, depuis quelques années, l'objet d'une analyse critique, avec notamment Dozon et al. (2001), Lecorps et al. (1999), Lupton (1995), Petersen et al. (1996). Cette « nouvelle santé publique » (voir 4.2.), est investie d'un mandat d'acculturation basé sur la promotion d'un (nouveau) style de vie; elle équivaut à une entreprise culturelle dédiée à la promotion de valeurs, de rationalités, d'habitudes de vie généralement étrangères à la culture de la population ciblée (Massé, 2003). Suivant Massé (2003), l'enjeu que fixe la nouvelle santé publique est celui de la normativité implicite dans des stratégies d'intervention dédiées à la définition des « bonnes » et « mauvaises » habitudes de vie et à l'établissement d'une liste de prescriptions et de proscriptions (voir 4.2.3.). Selon ce point de vue, la maladie s'attaque autant au corps social qu'au corps individuel et, de l'avis de (Lupton, 1994), les individus déviants doivent faire l'objet d'un contrôle pour le bien de la population entière. La « nouvelle santé publique » apparaît alors comme un nouveau répertoire de vérités (Massé, 2003), comme un nouveau système de moralité dans les sociétés occidentales toujours plus sécularisées (Zola, 1981).

*discipline incertaine* de ce qu'elle sait et de ce qu'elle fait, mais aussi de ce qu'elle est. (p. 8-11)

Force est de le constater : définir la santé publique n'est pas chose aisée! De l'avis de Fournier (1998, 2003) corroboré par Massé (2003), une telle difficulté de conceptualisation admet diverses explicitations, parmi lesquelles les suivantes :

- La santé est habituellement perçue comme un attribut individuel dont les représentations sont bien établies;
- La « santé collective » est plus difficile à définir et à mesurer que la santé d'un individu;
- La santé dans sa dimension collective est tout à la fois construction sociale, enjeu social majeur et champ autour duquel se structurent les sociétés;
- Du point de vue des connaissances, la santé publique n'est pas une discipline mais un champ vers lequel convergent de nombreuses disciplines;
- Du point de vue des pratiques, on observe à la fois une variété et des divergences importantes dans le champ de la santé publique, d'où la difficulté à reconstruire empiriquement celui-ci.

Le caractère multivoque de la définition ou conceptualisation de la santé publique peut aussi être mis en parallèle avec le caractère complexe des notions étant à la base de la santé publique : « santé », « maladie », « bien-être », « déterminants ». À défaut de définition univoque, on peut donc, avec Fournier (1998) et jusqu'ici, accréditer l'image d'une santé publique conforme à celle d'un champ de connaissances et de pratiques traversé par la vision

dynamique de l'action, dans lequel il s'opère une évolution incessante et, subséquemment, une constante redéfinition.

Enfin, nous avons choisi de reprendre ci-après deux dernières définitions de la santé publique s'accordant avec le précédent avis de Fournier (1998). Ces deux définitions pourraient être situées aux deux extrémités d'une ligne du temps puisqu'elles sont presque séparées par un siècle. La définition du pionnier allemand Winslow qui remonte en 1923 et qui est toujours d'actualité est ainsi présentée ci-dessous, immédiatement suivie de celle qu'a proposé tout récemment Potvin (2003) à l'Institut de la santé publique et des populations des IRSC (Instituts de recherche en santé du Canada).

[La santé publique est] the science and art of preventing disease, prolonging life, and promoting physical health and efficiency through organised community efforts for the sanitation of the environment, the control of community infections, the education of the individual in principles of hygiene, the organisation of medical and nursing service for the early diagnosis and preventive treatment of disease, and the development of the social machinery which will ensure to every individual in the community a standard of living adequate for the maintenance of health. (Winslow, 1923, p. 37)

Née du projet moderne de mettre les connaissances scientifiques au service du progrès humain, la santé publique s'est définie comme un champ de recherche et d'intervention dont l'objectif est l'amélioration de l'état de santé des individus et des populations. [En écho] avec les bouleversements profonds qui secouent la santé publique depuis une vingtaine d'années, [elle peut être présentée comme] un nouvel espace hybride (...). Les contours de cet espace à géométrie variable sont marqués par : 1) la pluralité des domaines de savoir mobilisés, 2) la diversité des relations à prendre en compte entre les acteurs et les savoirs, 3) la décentralisation des processus de décisions impliqués, et 4) la démocratisation. (Potvin, 2003, p. 5)

Au-delà de la difficulté inhérente à la conceptualisation de la santé publique et des problèmes « de fond » afférents à son sémantisme, il importe par ailleurs de souligner, notamment avec Frenk (1993), l'ambiguïté rattachée au terme lui-même, à l'équivoque soulevée par l'aspect formel de l'acception « santé-publique ». Une telle ambiguïté « formelle » va d'ailleurs renforcer les

difficultés définitionnelles précédemment exposées : en effet, le fond et la forme n'apparaissent-ils pas, quelque soient les notions ou termes référés, intimement liés?

Divers auteurs se sont pourtant attardés, à un moment ou à un autre, à la tâche ardue de « désambiguïsation » (Davies, 1996; Desrosiers, 1996; Frenk, 1993; Lévy, et al., 1996; Saltman, et al., 1997). Soucieux d'y voir clair et de forger un consensus, Massé (2003) a, dans la même perspective, souligné que le terme de santé publique invoquait – et invoque toujours – avant tout le « public ». Fournier (1998) a toutefois précisé que le terme était (est) communément utilisé dans deux sens : celui d'établir une distinction entre les services publics et privés, et celui qui différencie le particulier – l'individuel – du général ou collectif.

La santé publique peut alors être définie comme un champ en constante évolution conçu à la fois comme lieu et système de rapports politiques entre divers acteurs institutionnels et la population (Massé, 2003) : c'est la troisième définition à laquelle nous nous référons dans le cadre de la présente recherche (après celles émises par Winslow en 1923 et par Potvin en 2003), définition mettant en exergue et la notion de « champ » – un champ qui présente des caractéristiques propres, selon Gagnon et al., 1999 (exposées plus loin) – et l'importance des acteurs, ces derniers nous intéressant particulièrement étant donné leur rôle à venir pour la gouvernance globale (voir 4.4.2.).

En outre, ajoute Frenk (1993), ce champ « public » d'intervention, tout au long de son histoire, s'est vu conférer au moins cinq différentes significations, à savoir : i) la population comme niveau spécifique d'analyse des problèmes de la santé, ii) un niveau d'action gouvernemental en opposition aux interventions privées individuelles, iii) la participation du public ou de la communauté, iv) des services préventifs destinés à certains groupes

vulnérables, mal outillés pour gérer leurs rapports à la maladie et aux facteurs de risque, v) différents problèmes publics de santé, c'est-à-dire diverses maladies particulièrement prévalentes et dangereuses pour le reste de la population.

Quant à Desrosiers (1996), il contribue à la désambiguïsation du terme « santé publique » en se basant sur la généalogie du concept même de santé publique et de ses pratiques. Le même auteur s'intéresse cependant davantage au « fond » qu'à la « forme » lorsqu'il retrace l'évolution historique du terme depuis les années 1940. Il scinde ensuite cette évolution de l'Après-guerre en trois phases historiques déterminantes. Ainsi, après la Deuxième Guerre mondiale, le système de santé publique est initialement conçu et structuré pour lutter contre les maladies infectieuses. Cette approche se fonde sur une conception étiologique de la maladie selon laquelle, pour la combattre, il faut en combattre la cause de manière systématique (Desrosiers, 1996).

Toutefois, la prise en compte d'une nouvelle réalité, c'est-à-dire de l'importance des maladies chroniques comme cause de morbidité et de mortalité, augure une deuxième tendance en santé publique. Dès les années 1960, le concept de santé communautaire est donc introduit, ce qui conduit à l'effondrement des barrières entre les approches curative et préventive. La santé publique se tourne alors vers les causes des maladies, incluant les causes sociales et environnementales. L'approche épidémiologique est privilégiée et l'accent est mis sur la modification des comportements à risque afin de diminuer l'incidence des maladies chroniques et des accidents (Desrosiers, 1996).

Par suite, à l'aube des années 1980, l'avènement du sida, le retour de maladies infectieuses qu'on croyait sous contrôle et des problèmes sanitaires engendrés par la pollution ramène la santé publique à sa mission initiale de

protection de la santé des populations. Aux rôles de protection et de promotion de la santé, se greffe toutefois un rôle conseil sur la gestion de la santé qui va de l'identification des problèmes et des besoins jusqu'à l'évaluation de l'efficacité des interventions. C'est dès ce moment le niveau populationnel qui devient l'objet d'analyse. Face à la définition de la santé publique en termes d'efforts communautaires visant la prévention et la promotion de la santé, centrée sur le bien-être individuel, une troisième conception de la santé publique se profile. Celle-ci est associée à un niveau spécifique d'analyse qui est celui de la population comme champ de recherche et d'action. Suivant cette dernière conception, les sciences biologiques, sociales et comportementales participent conjointement à l'étude du phénomène de santé. Deux objets d'analyse se présentent dès lors en santé publique : d'une part, les besoins de santé en termes de fréquence, de distribution et de déterminants (correspondant à la recherche épidémiologique), d'autre part, la réponse sociale aux conditions de santé et de maladie de la population en termes d'efficacité, de qualité et de coûts des services (correspondant à la recherche sur les systèmes de santé). Une telle approche nécessite en outre une intégration des différentes disciplines ainsi que l'établissement de liens étroits entre les chercheurs et les décideurs. Par ailleurs, l'approche ne se restreint plus aux méthodes épidémiologiques; elle intègre alors recherche qualitative et recherche-action suivant des approches biologiques, psychologiques, sociologiques, psychologiques.

À l'aube du XXI<sup>ème</sup> siècle, la recherche en santé publique peut en effet être quantitative, qualitative ou mixte – séquentielle ou continue – comme elle peut relever d'un des quatre paradigmes (épistémologiques) suivants : i) positivisme/postpositivisme, ii) constructivisme, iii) paradigme dit de « transformation » ou théorie critique ou paradigme « émancipatoire », iv) pragmatisme (Creswell, 2005; Tashakkori, et al., 2003; Ulin, et al., 2005). Depuis quelques années, la recherche en santé publique peut enfin souscrire à diverses « thèses paradigmatiques » comme la thèse a-paradigmatique, la

thèse d'incompatibilité, la thèse de complémentarité, celle du paradigme multiple, ou encore la thèse dialectique (Brewer, et al., 1989; Cresswell, 2002, 2005; Datta, 1997; Denzin, et al., 2000; Greene, et al., 1997; Patton, 2002).

### **4.1.2. Finalité et missions de la santé publique**

La santé publique a toujours été concernée par la protection du public, que ce soit contre les dangers représentés par les épidémies, contre l'insalubrité manifeste des milieux de vie ou contre des conditions de travail malsaines (Duffy, 1990; Porter, 1994; Rosen, 1974). Depuis quelque quatre décennies, une « nouvelle santé publique » (voir 4.2.) a cependant élargi cette mission initiale pour devenir une entreprise<sup>97</sup> de prévention contre un éventail de risques potentiels ainsi qu'une entreprise de promotion de comportements ou de conditions de vie permettant une amélioration de l'état de santé.

Selon Massé (2003), la finalité ultime de la santé publique est, à l'heure actuelle, la protection des populations contre les maladies et la promotion de la santé. En outre, pour qu'une intervention de santé publique soit éthique,

---

<sup>97</sup> Massé (2003, p.4-5) définit la santé publique comme une « entreprise publique de gestion de la santé de la population » qui repose sur un « contrat social ». Ledit contrat est celui par lequel la population investit implicitement l'État d'une responsabilité de gestion de la prévention. Cette même notion de « contrat social » implicite rappelle que la santé n'est pas imposée unilatéralement à des citoyens passifs soumis à un « excès de bienfaisance paternaliste », mais plutôt qu'elle est requise par une population qui ne tolérerait pas l'inaction des pouvoirs publics face à des menaces à la santé de la collectivité et de certains groupes vulnérables (Massé, 2003, p. 5). Ainsi, les interventions mises en place pour remplir ce contrat social appartiennent à différents ordres. Après avoir axé ses interventions sur le principal agent causal de la maladie, la santé publique a pris durant le dernier quart de siècle, un virage « promotion » (correspondant à la « nouvelle santé publique », voir 4.2.). Le modèle de causalité par exposition complète le mandat d'éducation à la santé par un mandat d'*advocacy* et d'intervention politique pour réduire l'exposition à la pollution industrielle, aux véhicules moteurs non sécuritaires ou à la fumée secondaire venant des fumeurs dans les milieux de travail. Ainsi, une fonction de promotion de la santé s'ajoute aux fonctions traditionnelles de protection, de prévention et de surveillance de l'état de santé.

elle doit, de l'avis de Kass (2001), contribuer de manière efficace à l'amélioration de l'état de santé tout comme elle doit participer à la réduction de la mortalité et de la morbidité des populations visées.

La santé publique assume huit fonctions essentielles<sup>98</sup> (MSSS, 2000; World Health Organization, 2002a) :

---

<sup>98</sup> Il s'agit ci-après des fonctions centrales de la santé publique. Il importe toutefois de tenir compte du fait que peu de systèmes de santé publique ont à la fois synthétisé et formalisé leurs grandes fonctions (Fournier, 1998). C'est le cas pour le Québec et les États-Unis, qui ont respectivement défini quatre mandats et trois grandes fonctions, ci-après successivement présentés. Au Québec, les activités de la santé publique relèvent des quatre champs suivants (Santé Québec, 1995) : i) la connaissance et la surveillance de l'état de santé et du bien-être de la population, qui permet de suivre l'évolution des problèmes de santé et des facteurs qui les déterminent, d'identifier les problèmes émergents et d'évaluer l'efficacité des interventions, ii) la promotion de la santé et du bien-être, qui vise à promouvoir le développement de conditions et d'environnements favorables à la santé et au bien-être de la population, iii) la prévention, qui vise plus spécifiquement l'action sur les facteurs de risque des maladies ou des blessures, iv) la protection, qui a pour objectif de prévenir ou de contrôler les différentes menaces à la santé de la population (épidémies, urgences environnementales, etc.), les champs des maladies infectieuses, de la santé au travail et de la santé environnementale référant généralement à cette dernière fonction. Du côté des États-Unis, c'est l'*Institute of Medicine* (1988) qui définit, comme suit, les trois fonctions déterminantes de la santé publique : i) l'évaluation et la surveillance (*assessment*) qui consistent, sur une base régulière et systématique, à collecter, rassembler, analyser et rendre disponibles les informations sur la santé de la communauté, incluant les statistiques sur l'état de santé, les besoins communautaires ainsi que des études épidémiologiques et autres problèmes de santé, ii) le développement des politiques et le plaidoyer (*policy development*) qui consistent à exercer des responsabilités pour servir des intérêts du public par le développement de politiques de santé publiques globales en promouvant la prise de décisions en santé publique sur des bases scientifiquement fondées et en dirigeant le développement de ces politiques. Les organisations doivent adopter une approche stratégique, basée sur une appréciation positive du processus politique démocratique, iii) la responsabilité et la garantie (*assurance*) : les organisations de santé publique devant à ce niveau garantir à leurs mandants que les services nécessaires à l'atteinte des objectifs convenus sont dispensés, soit en favorisant des actions entreprises par d'autres organismes (publics ou privés), soit par le biais de mesures régulatrices, soit en les fournissant directement; lors de la détermination des services individuels et collectifs hautement prioritaires qui doivent être accessibles à tous, chaque agence de santé publique doit associer des responsabilités politiques et le public, cette responsabilité incluant le financement et la dispensation directe de ces services à ceux qui n'ont pas les moyens de se les procurer (*Institute of Medicine*, 1988).

Comme il est permis de le constater en comparant les deux énoncés de fonctions, seule la première des fonctions est identique tandis que les autres diffèrent. Une telle divergence n'est cependant qu'apparente et elle est reliée, suivant Fournier (1998), à la différence fondamentale de perspective à partir de laquelle a été produit chacun des énoncés. Ainsi, au Québec, la perspective est plutôt « opérationnelle » et proche des



- La surveillance, processus continu d'appréciation de l'état de santé et de bien-être d'une population et de ses déterminants. La surveillance rend compte des variations, des tendances observées; elle détecte les problèmes émergents et elle élabore des scénarios prospectifs de l'état de santé en tenant compte de l'évolution naturelle des problèmes, des interventions mises en œuvre et de l'évolution des déterminants. La surveillance s'accompagne de la diffusion, auprès de la population, de l'information sur son état de santé;
- La protection, qui fait référence à l'intervention des responsables de santé publique auprès d'individus, de groupes, d'intervenants, de populations, dans le cas d'une menace réelle ou appréhendée pour la

---

champs de pratique (Santé Québec, 1995) tandis qu'aux États-Unis, elle est plutôt axée sur les stratégies de l'action et les résultats à atteindre. Des différences déterminantes de contextes socio-politiques et de l'organisation des services de santé existant entre d'un côté, un État libéral, et de l'autre, un État davantage social-démocrate, fondent les différences de problématiques et de perspectives.

Au-delà des différentes manières de définir les fonctions de la santé publique, une façon explicite d'en identifier l'objet est de procéder à l'examen des politiques de santé/santé publique (lorsque celles-ci sont établies). Les politiques de santé/santé publique constituent effectivement l'aboutissement d'un processus d'identification et d'analyse des problèmes, de revue des interventions techniquement, politiquement et financièrement réalisables, ainsi que l'aboutissement de la détermination de priorités pour l'intervention. Dans le cas du Québec, la première politique de santé publique apparaît en 1997, établissant sept priorités d'intervention (MSSS, 1997), à savoir : i) le développement et l'adaptation sociale des enfants et des jeunes, ii) les maladies évitables par la vaccination, iii) le VIH/sida et les maladies sexuellement transmissibles, iv) le dépistage du cancer du sein, v) le tabagisme, vi) les traumatismes non intentionnels et les traumatismes intentionnels (suicide, violence envers les personnes), vii) l'alcoolisme et les toxicomanies. Quatre principes doivent parallèlement guider les interventions vis-à-vis de tels problèmes (MSSS, 1997) : i) « agir » et « comprendre », ii) s'engager davantage auprès des communautés, iii) s'engager dans la lutte contre les inégalités de santé, iv) réfléchir de manière concertée et coordonnée. Aux États-Unis, une politique de santé publique est adoptée, de manière analogue, fixant trois objectifs majeurs (US Public Health Service, 1990) : i) étendre la durée de la vie en bonne santé, ii) réduire les disparités de santé, iii) rendre plus accessibles les services préventifs pour tous. Cette même politique de santé publique comprend également 329 objectifs plus spécifiques, regroupés en 22 domaines prioritaires d'intervention, dont 8 en promotion de la santé, 5 en protection de la santé, 8 en services préventifs et 1 en surveillance (US Public Health Service, 1990). Enfin, précisons que cette politique fait l'objet d'un suivi régulier et qu'une nouvelle politique pour la décennie 2000-2010 a été élaborée.

santé, ceci dans le but d'obtenir l'information jugée nécessaire et pour prévenir ou corriger une situation dangereuse;

- La prévention<sup>99</sup> des maladies, des traumatismes (intentionnels et non intentionnels) et des problèmes sociaux, qui rassemble un ensemble d'activités visant à réduire les facteurs de risque associés aux problèmes sociaux et de santé et à détecter les premiers signes de maladie afin de les contrer. La prévention peut prendre la forme de stratégies qui rejoignent les individus ou les groupes à risque par le renforcement des compétences individuelles, par le développement d'aptitudes personnelles, par la pratique de soins préventifs incluant le dépistage;
  
- La promotion de la santé, qui rassemble les activités soutenant l'action des individus et des collectivités afin d'exercer un meilleur contrôle sur les facteurs déterminants de la santé et du bien-être. Ces activités reposent sur des interventions qui insistent sur les dimensions sociales et politiques tout en incluant le renforcement du potentiel des individus (*empowerment*). Les activités promotionnelles incluent le renforcement de l'action communautaire et l'élaboration de politiques publiques ainsi que la création d'un environnement – physique, culturel, social, économique, politique – favorables à la santé;

---

<sup>99</sup>

La prévention, qui constitue un champ très important de la santé publique et qui se définit par rapport à la maladie, est subdivisée en trois niveaux : i) la prévention primaire, qui concerne les actions visant à éviter l'apparition des maladies, soit directement (par exemple, par la vaccination) soit en agissant sur les facteurs de risque, ii) la prévention secondaire, qui concerne les actions au stade latent ou asymptomatique de la maladie comme la détection précoce, rassemblant elle-même différentes formes de dépistage et l'identification de groupes à risque, iii) la prévention tertiaire, qui concerne le stade de maladie déclarée et qui va permettre de réduire la gravité et les conséquences de celle-ci.

- Le travail de soutien à l'élaboration et à l'application de lois et de règlements ayant une incidence sur la santé et le bien-être des citoyens;
- La recherche qui vise l'avancement des connaissances nécessaires au maintien et au développement de l'expertise pour soutenir la réalisation et aussi l'évaluation des programmes de santé publique;
- Le développement et le maintien des ressources, de l'expertise et des compétences professionnelles;
- L'appréciation des effets des systèmes de soin, de services sociaux et de santé sur la santé et le bien-être de la population ainsi que l'évaluation des impacts des transformations du système de soins et de services préventifs.

### **4.1.3. L'histoire de la santé publique**

L'histoire de la santé publique « occidentale » est habituellement présentée comme étant façonnée par quatre courants historiques : i) le *Sanitary movement* ou mouvement d'hygiène publique, ii) le mouvement d'hygiène individuelle et d'éducation pour la santé, iii) le mouvement de médecine sociale et de protection des groupes vulnérables, iv) le mouvement de croissance des systèmes de soins avec le rôle accru de l'État (Porter, 1994).

Ces quatre mouvements se révèlent eux-mêmes, depuis des siècles, intimement liés, voire parfois « dominés » par : d'une part, l'histoire de la médecine, du savoir et du « raisonnement médical », d'autre part, l'histoire « épidémiologique », initialement histoire des épidémies (et des situations sanitaires), secondement (et donc plus récemment devenue) histoire de

l'épidémiologie et de son développement. À cette histoire « épidémiologique », celle de la mesure du risque et du probable s'avère consubstantielle. Enfin, l'envahissement conquérant du champ de la santé publique par la notion de risque représente le phénomène le plus marquant de la fin de siècle précédent, fin de siècle au cours de laquelle les peurs ancestrales de la maladie et de la mort prennent de nouvelles formes dans le contexte de « société du risque ». De véritables « batailles du risque sanitaire » prennent ainsi forme, batailles dont la lutte contre le sida en tant que « fléau social de fin de siècle » constitue un exemple paradigmatique.

Dans ce qui suit, nous avons ainsi partagé l'histoire de la santé publique en « histoire ancienne » et en « histoire récente », cette dernière correspondant plus ou moins à la périodisation qui suscite notre intérêt (1980-2007) et correspondant aussi à la « nouvelle santé publique ». Et c'est pourquoi nous analysons par suite le « champ » de cette « nouvelle santé publique » (voir 4.2.) après avoir traité des caractéristiques dudit « champ ». Cette manière de traiter l'histoire de la santé publique (différemment de l'histoire présenté dans les manuels et ouvrages de santé publique) sert directement à la modélisation présentée dans le dernier chapitre.

#### **4.1.3.1. ...Une histoire faite d'histoire ancienne**

##### **4.1.3.1. α. – *L'histoire des épidémies, des situations sanitaires, des préoccupations et politiques de santé***

La généalogie des maladies et des épidémies, d'une part, des politiques de santé, d'autre part, est ci-après établie depuis la Renaissance jusqu'à l'époque contemporaine, en passant par le début des Temps modernes et

l'ère industrielle. L'élargissement de la médecine et des préoccupations de santé succédant à l'époque contemporaine (première moitié du XX<sup>ième</sup> siècle) est ensuite présenté.

Suivant les auteurs, deux dates sont proposées pour le début de la Renaissance : 1453, la chute de Constantinople, et 1492, la découverte de l'Amérique et la fin de la *Reconquista* dans la péninsule ibérique, la période couvrant ensuite tout le XVI<sup>ième</sup> siècle. L'une de ces deux dates introduit un renouveau sans précédent au XV<sup>ième</sup> siècle, tout en marquant un retour à la culture gréco-romaine. La Renaissance correspond à l'irruption de l'humanisme dans l'art, dans les sciences et dans la philosophie. Un humanisme chrétien, certes, mais quand même un humanisme... et dès ce moment, un tournant culturel d'importance! C'est de fait le début du laïcisme en politique, marqué par la querelle entre les pouvoirs religieux et politique, et accentué par la montée du protestantisme. C'est aussi l'époque de la croyance naïve dans le pouvoir de l'être humain, une croyance déçuplée par la récente découverte du Nouveau Monde.

D'une manière générale, on peut dire que, durant la Renaissance, l'état de santé des populations demeure précaire, comme par les siècles précédents de Bas Moyen-Âge (du XI<sup>ième</sup> au XV<sup>ième</sup> siècle) (Boussel, 1979; Rosen, 1974; Sournia, 1992). Toutefois, c'est à cette même époque que les gouvernements commencent à s'engager dans l'organisation de la médecine et des soins<sup>100</sup>, et que la médecine s'affranchit progressivement des philosophies – avec leurs visions essentialistes de la maladie et de la santé – et des religions – avec leurs rites et préjugés –, en donnant la priorité à l'observation. Parallèlement, d'importants progrès sont réalisés en anatomie et en chirurgie, même si les retombées pratiques des connaissances acquises ne se concrétiseront que plus tard dans le domaine des soins.

<sup>100</sup> D'où le choix de cette époque – la Renaissance – pour « débiter » l'histoire ancienne de la présente section 4.1.3.1.

Sur le plan sociopolitique, les principaux événements marquant la Renaissance sont l'ouverture de l'Europe au Nouveau Monde ainsi qu'aux routes commerciales et maritimes des Indes (1492-1500). Deux fléaux caractéristiques de la Renaissance sont d'ailleurs liés aux voyages des explorateurs et aux grands mouvements de peuples qui ont agité cette époque : la *petite* vérole, soit la variole, et la *grande* vérole, soit la syphilis. Par ailleurs, la peste, la lèpre et l'ergotisme, qui sévissaient déjà au Moyen-Âge, poursuivent leurs ravages, auxquels s'ajoutent ceux de la suette anglaise (marquée par les fortes fièvres et des attaques cardiaques), de la trousse-galant (constituée d'un mélange d'influenza et d'encéphalite) et du tac ou horion (correspondant à une variété de grippe pulmonaire) (Boussel, 1979; Porter, 1994; Rosen, 1974).

Quoique n'ayant pris à aucun moment l'aspect terrifiant des grandes épidémies de peste du Bas Moyen-Âge, la variole, durant la Renaissance, a régné à l'état endémique en Europe et en Amérique. La situation variolique était toutefois beaucoup plus grave dans le Nouveau Monde, l'empire aztèque ayant été davantage décimé par cette épidémie que par les armées de conquistadors – deux « fléaux » qui provenaient d'outre-mer (Boussel, 1979; Porter, 1994; Rosen, 1974).

Quant à la syphilis<sup>101</sup>, elle aurait été introduite en Europe par l'équipage de Christophe Colomb revenant de l'île d'Hispaniola (Haïti) en 1493, pour être par suite propagée par les soldats et par les commerçants.

Elle va dès ce moment s'étendre en France, en Espagne, en Angleterre et au Portugal, atteignant même l'Afrique et l'Extrême-Orient. La syphilis figure au

---

<sup>101</sup> Le nom « syphilis » dérive d'un poème écrit par Frascator en 1530, poème qui décrivait les souffrances d'un jeune berger qui, ayant encouru la colère des dieux de l'Olympe, avait été frappé d'un mal répugnant. L'auteur parle aussi du traitement de la maladie par le bois sacré – le gaïac – et par le mercure, deux remèdes importés du Nouveau Monde, peu de temps après l'apparition de la maladie en Europe (Walker, 1962).

premier rang des méfaits que les Portugais ont apporté aux Indes. Ne connaissant pas le mode de contagion, les mesures préventives se révélaient difficiles : il était effectivement supposé à l'époque que l'agent syphilitique se transmettait dans l'air. En 1497, en France, un décret a même été publié, pour interdire à tout malade, sous peine de mort, de « converser » avec le monde extérieur. Les Écossais seront les premiers à se douter, quelques années plus tard, de la transmission de la maladie par contact sexuel.

Enfin, par-delà la variole et la syphilis, il est une troisième « maladie » durant la Renaissance qualifiée de « possession démoniaque » et qui donne lieu à une multitude de procès de sorcellerie de 1560 à 1640. Il ne faut pas oublier que la Renaissance constitue une époque « de paradoxes » où le rôle déterminant donné aux puissances surnaturelles – Dieu et Satan – et aux astres dans le déclenchement des maladies épidémiques conduit à la recherche de boucs émissaires, les femmes, les juifs, les étrangers et les marginaux – mendiants et prostituées – en faisant le plus souvent les frais.

En ce qui touche aux politiques de santé durant la Renaissance, on peut dire que les mesures de santé publique demeurent fort déficientes, surtout au début de la période concernée. De fait, vers la fin du XV<sup>ième</sup> et en début de XVI<sup>ième</sup> siècle, l'Angleterre supprimait les ordres religieux catholiques et les monastères qui avaient jusqu'alors assuré les soins hospitaliers aux pauvres et aux malades. Les souverains de l'époque, Henri VIII et Élisabeth I<sup>ère</sup>, avaient en effet choisi de consacrer plus d'énergie à combattre la mendicité par des mesures répressives qu'à s'attaquer à la source des problèmes. Du côté de la France, une étude réalisée sur la ville de Lyon a démontré que la splendeur de celle-ci n'était à cette époque que toute relative : le centre animé de la rue Mercière et des bords de la Saône abritait dans des maisons vétustes et totalement privées d'hygiène une population qui se trouvait désarmée devant les maladies et, particulièrement, devant les épidémies (Porter, 1994).

Sous l'effet des désordres économiques et sociaux, la pauvreté a par ailleurs continué de croître au point de menacer l'ordre public. Pareille situation a ainsi conduit les pouvoirs publics de la Renaissance non seulement à exiger une plus grande formation des médecins, mais également à établir des établissements d'hébergement provisoires. Petit à petit, des communautés urbaines se sont ensuite substituées à l'Église et aux princes dans la gestion des hôpitaux, non seulement sous l'effet de la Réforme, mais aussi en raison des difficultés financières éprouvées par ceux-ci. Une telle laïcisation progressive, du moins au niveau administratif, s'est opérée à la fois dans les pays catholiques et protestants (Rosen, 1974). Comme au Moyen-Âge, les hôpitaux et hospices servaient cependant davantage à héberger les pauvres et les infirmes qu'à soigner les malades. Quelques salles spécialisées étaient donc réservées aux aliénés mais, dans ce XVI<sup>ième</sup> siècle aussi appelé « siècle de la mélancolie », il n'est pas encore question de les soigner (Sournia, 1992). Enfin, avec l'exploration du Nouveau Monde, les colonisateurs ont emmené avec eux plusieurs membres d'ordres religieux qui sont devenus enseignants, infirmiers ou médecins dans les colonies. Ainsi par exemple, Cortés a conquis au début du XVI<sup>ième</sup> siècle Tenochtitlan – capitale aztèque rebaptisée Mexico – qui, dès 1524, deviendra site du premier hôpital existant sur le nouveau continent : l'Hôpital de l'Immaculée Conception.

La mort de Philippe II d'Espagne en 1598 ainsi que celle d'Élisabeth d'Angleterre en 1603 semblent sonner le glas de l'État de la Renaissance, c'est-à-dire, suivant Trevor-Roper (1972), la fin d'une grande bureaucratie royale dirigée par une masse de courtisans et d'officiers où le gaspillage était le premier à l'honneur. C'est le début des Temps Modernes... Cependant, en Europe occidentale et centrale, ce qui marque véritablement le passage aux Temps Modernes, correspond à la guerre de Trente Ans (1618-1648), qui a opposé les princes allemands protestants à l'autorité impériale catholique, le Saint-Empire romain germanique. C'est le traité de Westphalie qui mettra fin à cette guerre et qui ébranlera par ailleurs deux forces oppressives



traditionnelles, soit la dynastie des Habsbourgs et l'Église catholique, ce qui conduira parallèlement à une importance accrue des États territoriaux aux dépens des Empires.

Le début de l'époque moderne comprend, en termes de périodisation, les XVII<sup>ième</sup> et XVIII<sup>ième</sup> siècles. Au-delà des troubles politiques qui ponctuent cette époque, différents faits majeurs vont la marquer. Le développement du commerce, le début de l'industrialisation, les découvertes scientifiques et l'esprit du protestantisme vont en effet contribuer pleinement au déplacement du centre économique de l'Europe vers les États du Nord ainsi qu'à la transformation de l'humanisme des siècles précédents en un courant philosophique des Lumières, centré sur la raison et opposé à la croyance religieuse.

Durant les Temps Modernes, guerres, famines et maladies continuent à faire des ravages. L'émigration vers les Amériques s'accroît considérablement. Dans la plus grande partie de l'Europe, la croissance de la population, caractéristique du XVI<sup>ième</sup> siècle, s'interrompt au cours des dernières années du siècle pour faire place à une stagnation, sinon à un recul, qui se prolonge jusqu'au milieu du XVIII<sup>ième</sup> siècle. Pendant cette époque troublée, l'hygiène alimentaire demeure par ailleurs précaire. Certaines populations déshéritées, soumises à une nourriture insuffisante ou mal équilibrée, paient un lourd tribut aux maladies par carence. Pendant les Temps Modernes, le scorbut a continué à décimer les gens de mer, du moins jusqu'au milieu du XVIII<sup>ième</sup> siècle. Quant aux maladies infectieuses, elles ont elles aussi poursuivi leurs ravages, du moins jusqu'au milieu du XVIII<sup>ième</sup> siècle. Seule la lèpre était en franche régression, se cantonnant hors Europe, aux régions tropicales des quatre autres continents. De son côté, durant tout le XVII<sup>ième</sup> siècle et jusqu'en 1750, la peste bubonique – un vieux legs du Moyen-Âge –, a fait des millions de morts en Italie, en Hollande, en Allemagne et en Prusse.

Au XVIII<sup>ième</sup> siècle, le typhus, la diphtérie, la coqueluche, la fièvre scarlatine, les oreillons et l'influenza faisaient toujours de nombreuses victimes, d'autant plus que l'origine de ces maladies infectieuses demeurait mystérieuse. Mais, au début des Temps Modernes, il fallait aussi compter avec diverses affections « exotiques », pour la plupart importées des Indes ou des Amériques, qui ont fait par ce chemin leur apparition en Europe. La plus virulente était la fièvre jaune, appelée aussi *vomito negro*, qui a atteint des endroits aussi distancés que Lisbonne, Philadelphie et la Guadeloupe. Au XVII<sup>ième</sup> siècle, le record de malignité et de diffusion est toutefois revenu à la malaria et, au XVIII<sup>ième</sup> siècle, à la variole. Les fièvres palustres intermittentes ont entretenu durant l'époque une mortalité considérable, plus spécialement dans les plaines marécageuses du littoral italien. Quant à la petite vérole, le nombre de décès annuels en Angleterre au XVIII<sup>ième</sup> siècle a été estimé à 40.000 (Boussel, 1979; Trevor-Roper, 1972).

Durant l'époque moderne, les exigences populationnistes confrontées aux épidémies vont contraindre les autorités politiques à exercer une responsabilité de plus en plus marquée à l'égard des soins médicaux (Porter, 1994). Ainsi, émergera progressivement une véritable politique de santé, tandis que la formation et la pratique des soignants deviendront de plus en plus institutionnalisées.

Dans les pays d'Europe de l'Ouest, les fonctions de législation médicale et d'assistance étaient traditionnellement sous la responsabilité des autorités locales, mais bientôt, avec le début de l'époque moderne, l'ampleur des épidémies et des épizooties liée aux perspectives populationnistes a démontré l'insuffisance d'une telle approche. Il faut mentionner que la guerre de Trente Ans avait précédemment soulevé le problème de l'hygiène des troupes sans qu'aucune suite ne lui ait cependant été donnée. Dès le début du XVIII<sup>ième</sup> siècle, ce sont essentiellement l'avènement des grandes agglomérations urbaines et leurs mauvaises conditions sanitaires qui ont

aggravé la situation. Le bien-être de la population et, de là, la prospérité économique de l'ensemble du pays se trouvaient dès lors menacés. La réponse, qui se devait d'être organisée et efficace, sera à la fois politique et médicale. Ainsi, en Angleterre, en Suisse et en France, les pouvoirs politiques vont-ils prendre de plus en plus conscience de la nécessité de mesures qui visaient à améliorer le bien-être des populations.

L'épidémie de peste de 1720 conduira le Parlement britannique à adopter des règlements à visées sanitaires et à appliquer de rigoureuses mesures de quarantaine et de désinfection par aération et fumigation. La Suisse publiera des manuels d'hygiène alimentaire. En France, dans la foulée de la centralisation amorcée par Louis XIII, Louis XIV interviendra pour assurer les mesures globales nécessaires à la protection de ses sujets, administrateurs et médecins se retrouvant au coude-à-coude dans une même bataille. Les intendants du Roi organiseront les secours, sur la base d'avis fournis par les grandes facultés telles que celles de Montpellier ou de Paris et en s'adjoignant l'aide des médecins sur le terrain (Hanaway, 1982). Les limites thérapeutiques attireront parallèlement l'attention sur la nécessité de prévenir les maladies, comme l'illustrera d'ailleurs l'importance accordée à l'expertise sanitaire en matière d'eau à la même époque.

Combattre les épidémies exigera donc une action concertée « État-médecins ». À la fin du XVII<sup>ième</sup> siècle, la France se montrera à ce niveau particulièrement bien organisée. Comme le précise Foucault (1973, p. 25-26) : « [d]ans chaque subdivision, un médecin et plusieurs chirurgiens [étaient] désignés par l'intendant pour suivre les épidémies qui [pouvaient] se produire dans leur canton; ils se [tenaient] en correspondance avec le médecin en chef de la généralité ». Par ailleurs, il est dès lors devenu de plus en plus clair que, pour être efficace, une telle politique devait être doublée d'une *police*, c'est-à-dire d'un corps d'inspecteurs de santé. En 1776, l'État a

donc créé, en France, la *Société royale de médecine* qui détenait un pouvoir d'enquête, d'étude et de prescription.

Au niveau de la santé publique, le principal événement du début des Temps Modernes est néanmoins la médecine du travail. C'est Ramazzani da Carpi (1633-1714) qui, pour la première fois, a abordé cet aspect dans son traité *De morbis artificum* paru à Modène en 1700, traité dans lequel il décrivait des maladies liées à une cinquantaine de métiers différents. Se préoccupant avant tout de prévention, il y a indiqué les moyens d'éviter ces maladies ainsi que certaines règles de travail et d'hygiène collective.

Ainsi, l'humanisme des *Lumières* et l'utilitarisme économique se sont rejoints pour préconiser une surveillance étatique de la santé publique et, de façon plus concrète, l'élaboration d'une politique de santé permettant la gestion rationnelle du corps social et du capital humain (Foucault, 1979). C'est aussi dans ce contexte de raison d'État que l'efficacité, ici perçue en termes collectifs, deviendra peu à peu le mot d'ordre prévalant dans l'organisation des soins de santé.

La fin du XVIII<sup>ième</sup> siècle clôt les Temps modernes et voit sourdre l'ère industrielle, qui s'étend approximativement de 1780 à 1880.

Comment caractériser ce qui façonne l'ère industrielle? Quatre différents dynamismes vont y concourir : i) le passage du travail artisanal ou à petite échelle à la production à grande échelle fondée sur la division technique et la rationalisation du travail, ii) la diffusion du machinisme, c'est-à-dire l'utilisation généralisée de nouvelles machines utilisant des énergies matérielles (comme par exemple la machine à vapeur), iii) la formation d'un prolétariat urbain, qui fait suite au développement des villes, ainsi qu'une rupture relative avec la nature, iv) le passage d'une économie essentiellement agraire à une

économie de marché et au grand commerce national et international (Braudel, 1979).

Par ailleurs, le XIX<sup>ième</sup> siècle marque une nette accélération de l'histoire quant à la somme des connaissances scientifiques mises à la disposition des hommes. Progressivement, la science, au cours de cette période d'industrialisation, devient donc l'instrument du progrès technique. Tandis qu'auparavant, l'industrie avait été redevable aux techniciens empiriques, le XIX<sup>ième</sup> siècle voit ainsi l'éclosion d'une ère nouvelle où il n'y a plus de puissance industrielle sans une organisation déterminante de la recherche scientifique. L'esprit scientifique, au cours du même siècle, s'infiltré partout, les sciences humaines – sociologie, politique, histoire, économie – elles-mêmes adoptant les méthodes rigoureuses des sciences exactes. Pour les scientifiques de l'époque, la science et le positivisme de Comte – considéré comme tentative de reconstruction d'une société basée sur la science – permettra en effet de connaître la nature intime des choses, d'éradiquer l'idée de divin et de fonder une morale rationnelle permettant le bonheur des hommes.

Sur le plan sanitaire, les conditions de vie s'améliorent pendant l'ère industrielle. La peste a pratiquement disparu, ainsi que les famines. Toutefois, le fléau du choléra se propage encore, surtout dans les villes industrielles. Et si la période précédente – le début des Temps modernes – a connu une halte dans la progression démographique, l'ère industrielle se caractérise par une hausse considérable de la population, surtout en Europe.

En ce qui a trait aux maladies et épidémies durant l'ère industrielle, la peste s'éloigne de l'Europe tandis que la petite vérole poursuit ses ravages. Pendant le XIX<sup>ième</sup> siècle, c'est le choléra qui va causer les épidémies les plus dévastatrices, en particulier au cours des années 1832, 1849 et 1866

(Boussel, 1979). Connue en Inde depuis des siècles, son apparition en Europe est reliée à plusieurs grandes causes : la prolifération d'inondations inhabituelles suivies de famines, l'infection de troupeaux entiers dont la viande est malheureusement achetée par les plus démunis, enfin la saleté des villes industrielles, la pollution de l'eau et les systèmes d'égouts inadéquats. L'épidémie va aussi se propager en Amérique du Nord.

Sur le plan de la santé publique, les événements primordiaux l'ère industrielle touchent à la médecine du travail, aux mesures de prophylaxie contre les maladies contagieuses et, surtout, à la découverte de la vaccination par Jenner, perfectionnée ensuite par Pasteur et par Koch. La principale découverte de l'époque se situera donc au niveau de la lutte contre les épidémies. C'est effectivement dès la fin du XVIII<sup>ième</sup> siècle que les recherches entreprises à ce niveau commencent à porter fruit avec la découverte de la vaccination. Il faut préciser cependant que la variolisation était née, bien avant, à une date inconnue en Inde ou en Chine. Ce sont ensuite les échanges commerciaux qui permettront à l'Europe orientale de connaître ce procédé de prévention basé sur l'inoculation de pus variolique. Ajoutons que celui-ci était même parvenu en Amérique pendant la guerre d'Indépendance, Georges Washington ayant fait inoculer les recrues de l'armée. La variolisation ne s'est néanmoins pas imposée pas de façon générale, étant donné, d'une part, l'existence de sérieux cas d'infection secondaire et, d'autre part, la dissémination de la maladie.

L'arrivée du XX<sup>ième</sup> siècle signe l'époque contemporaine (qui débute vers 1880 et se termine vers 1960-1965). La première moitié du XX<sup>ième</sup> siècle est le théâtre d'importants bouleversements : guerres, crises économiques, explosion des sciences et pluralisme religieux. Malgré l'hécatombe des deux guerres mondiales – qui a fait approximativement 50 millions de victimes –, le milieu du siècle verra la population s'accroître tandis que, du point de vue sanitaire, plusieurs maladies contagieuses disparaîtront.

Toutefois, même si la variole, le typhus, la typhoïde ont pratiquement disparu, on sait qu'ils sont tenus en échec grâce à la vaccination et qu'ils pourraient réapparaître à la moindre défaillance. La mortalité causée par la tuberculose a également décliné dans la première moitié du siècle par rapport au siècle précédent. Quant à la grippe, elle a continué à faire des ravages, notamment la grippe espagnole durant les années 1918-1920. Partie d'Espagne, comme son surnom l'indique, l'épidémie va frapper le monde entier. D'un autre côté, la poliomyélite, au milieu du XX<sup>ième</sup> siècle, ne sera pas vaincue durant cette époque, et ce malgré la mise en place de mesures de vaccination préventive. Enfin, malgré l'apparition de la pénicilline, la première moitié du XX<sup>ième</sup> siècle voit une recrudescence de la syphilis.

En ce qui a trait à la santé publique, les États, durant l'époque contemporaine, interviennent de plus en plus (Porter, 1994). L'industrialisation et l'urbanisation croissantes en appellent effectivement à une intensification des efforts déjà entrepris en la matière. L'Angleterre va ainsi mener pendant cette période une vaste campagne visant à améliorer la distribution d'eau potable, l'assainissement des quartiers ouvriers, la construction d'égouts, la vaccination, ainsi que le développement d'une certaine éducation sanitaire dans les écoles (Lewis, 1991). Quant à la France, elle établit de son côté un important système de santé publique qui parvient à rendre les communes responsables de la voirie, de l'évacuation des eaux usées et des bureaux d'hygiène. Également, les professions de médecin et pharmacien deviennent mieux réglementées et la loi commence à imposer aux citoyens la vaccination contre certaines maladies.

Durant la même époque, la médecine du travail progresse également dans les pays dits développés qui, sujets aux maladies industrielles, instaurent petit à petit diverses mesures législatives de protection des travailleurs, faisant naître par le fait même une médecine du travail et de l'hygiène industrielle. Les préoccupations sociales engendrent aussi des effets

notables en pédiatrie et en gériatrie puisque, d'une part, la puériculture se développe à un point tel qu'entre 1936 et 1956, le taux de mortalité infantile est réduit de moitié alors que, d'autre part, en vingt ans (1940-1960), le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus va doubler.

Enfin, sur le plan international, le XX<sup>ième</sup> siècle s'inscrit clairement dans une perspective d'assistance médico-sociale internationale, poursuivant ainsi les efforts entrepris au siècle précédent, notamment en ce qui touche au développement de la Croix-Rouge et à la lutte contre les épidémies. À la fin de la Seconde Guerre mondiale, la Charte de l'*Organisation des Nations unies* (ONU), signée à San Francisco en 1945, inscrit donc la santé parmi les conditions indispensables à l'établissement et au maintien de la paix tandis que des institutions complémentaires seront fondées dans les années suivantes. Ainsi en sera-t-il de l'*Organisation mondiale de la santé* (OMS), fondée en 1948 et qui, en 1959, recueillera déjà l'adhésion de 88 États, tout en disposant d'un budget qui dépasse les 15 millions de dollars.

#### 4.1.3.1. **β.** – *L'histoire de la médecine, du savoir et du « raisonnement médical »*

L'examen de l'évolution du raisonnement médical au cours du temps – et surtout au cours des deux derniers siècles – peut permettre de mieux saisir les mécanismes qui sous-tendent l'état actuel de la pensée médicale dans le monde occidental en ce début de XXI<sup>ième</sup> siècle.



#### 4.1.3.1. **β.1.** *La médecine des temps préhistoriques*

Peu de traces permettent de se faire une idée des conceptions médicales, probablement très nombreuses et variées, des époques préhistoriques. L'étude de l'archéo-pathologie apprend toutefois que certaines lésions observées sur les squelettes de ces temps lointains relevaient d'une intervention humaine particulière. Ainsi la cicatrisation de certaines trépanations indique-t-elle qu'elles ont été réalisées à dessein. Par ailleurs, l'intervention de puissances maléfiques était habituellement invoquée : il était question d'envoûtement, de sortilèges, de mauvais sorts, d'agents surnaturels qui avaient pénétré et occupaient le corps des personnes atteintes. La médecine était donc, elle-même, conçue comme le recours à de pareilles forces surnaturelles, occultes et mystérieuses, capables de chasser le mauvais sort par des incantations et des rituels. Il n'y avait donc pas de « raisonnement médical » au sens où on l'entend aujourd'hui, c'est-à-dire qu'il n'y avait pas une suite discursive d'actes intellectuels cohérents permettant d'établir une conception basée sur la réalité des faits observables (Grmek, 1995a, 1999; Paollagi, et al., 2001). Par contre, des individus appelés mages ou sorciers ou guérisseurs opposaient des rituels de magie ou de sorcellerie et il est probable que divers phénomènes proches de la suggestion intervenaient dans ces conditions, entretenant l'illusion d'une efficacité. Il faut néanmoins mentionner que dans ces groupes dits « primitifs », des pratiques empiriques rationnelles – comme des sutures grossières de plaies et l'immobilisation de membres blessés par des attelles de fortune – coexistaient avec les pratiques magiques précédemment exposées.

#### 4.1.3.1. **β.2.** *Les débuts des temps historiques*

Les temps historiques – qui sont définis par l'apparition de l'écriture – coïncident avec la médecine théurgique (Grmek, 1995a). C'est le cas des médecines babylonienne et égyptienne qui étaient encore très fortement imprégnées de notions d'interventions de diverses puissances magiques et divines. L'interprétation des astres et des présages semblerait avoir été privilégiée par la médecine babylonienne alors que la médecine égyptienne attribuait plutôt les maladies à l'intervention de puissances surnaturelles pour recourir ensuite à l'invocation divine afin d'obtenir la guérison. Toutefois, les papyrus de cette époque révèlent des descriptions assez bien faites de maladies reconnues (Paolaggi, et al., 2003). En outre, différents médicaments et onguents accompagnaient les incantations et on pense que la médecine égyptienne aurait servi ultérieurement de référence à certains médecins grecs (Grmek, 1995a, 1997).

#### 4.1.3.1. **β.3.** *Les premiers éléments de raisonnement*

C'est Hippocrate qui pose, au VI<sup>ème</sup> siècle avant J.C., les bases d'une médecine dégagée de toute influence théurgique. Les données de l'observation sont effectivement très présentes chez Hippocrate tout comme chez ses disciples, l'école hippocratique ayant inauguré les descriptions précises de diverses maladies telles que la goutte, le paludisme, la lithiase et l'épilepsie (Sournia, 1992). Cependant cette époque fait appel à des « principes » (comme le principe vital censé guérir) ou encore à la théorie des « humeurs » qui sont des constructions spéculatives basées sur le raisonnement analogique et ne reposent donc sur aucune démonstration. Par ailleurs, la médecine hippocratique se préoccupe déjà des principes moraux de l'exercice médical, le serment d'Hippocrate en demeurant le témoin

toujours vivant aujourd'hui. Après Hippocrate, dans l'Antiquité, différents philosophes comme Platon et Aristote vont conforter et perpétuer l'esprit hippocratique. Ensuite, à l'époque hellénistique, les médecins de l'école d'Alexandrie développeront l'étude de l'anatomie, ce qui a conduit à un début de compréhension rationnelle des phénomènes.

À l'époque romaine, plus précisément au II<sup>ème</sup> siècle après J.C., Galien va enrichir la médecine par l'observation de faits – symptômes, anatomie et chirurgie – et par la conception d'un ensemble de théories rationnelles. Il pratique également des expérimentations animales, tout particulièrement des sections nerveuses qui constituent autant d'ébauches de médecine expérimentale pertinente. La médecine dite « galénique » sera par suite enseignée, et ce durant plus de mille ans. Des médecins arabes comme Rhazès ou Avicenne vont d'ailleurs maintenir cette conception, autorisant dès lors la sauvegarde de la médecine antique.

Pendant toutes ces périodes il n'y aura pas de médecine proche d'une médecine scientifique dans aucune des autres civilisations, même au cœur de celles d'Asie dites « évoluées », comme l'Inde ou la Chine. Dans l'antiquité gréco-romaine, malgré la persistance d'éléments de magie et de théurgie, l'ébauche d'une médecine basée sur l'observation des faits se constituera mais, dans l'interprétation de ces données d'observation, les spéculations ne produiront que des théories non démontrées qui auront une influence prolongée avant d'être abandonnées aux XVIII<sup>ème</sup> et XIX<sup>ème</sup> siècles.

#### 4.1.3.1. **β.4.** *L'aube de la médecine scientifique*

Dès la Renaissance, la prise en considération des faits et l'ébauche de leur compréhension sans interprétation théorique dogmatique (re)commencent à se faire jour (Grmek, 1997; Sournia, 1979). Les travaux d'éminents

anatomistes tels que Sylvius, Vésale, Fallope et Eustache renouent dès ce moment avec l'« observation des réalités ». Les travaux de certains chirurgiens, comme Ambroise Paré, vont en outre traduire un respect accru des phénomènes constatés et des faits d'observation.

Au XVII<sup>ième</sup> siècle, un mouvement intellectuel se précise également, mouvement qui a le souci de l'observation rigoureuse et de l'analyse critique des observations et des phénomènes. Ainsi, Harvey décrit la circulation du sang; Sanctorius de Padoue introduisent la métrologie ou tout au moins les premières mesures en médecine – balance, thermomètre – et Malpighi découvre les cellules au microscope. Au XVIII<sup>ième</sup> siècle, se développent en outre l'anatomie pathologique ainsi qu'une anatomie précise orientée sur l'étude des voies d'abord chirurgicales, notamment avec Morgagni, Scarpa, les frères Hunter et Vicq d'Azyr. La vaccination sera ensuite inventée par Jenner en 1797 sur des bases d'observations empiriques de transmission de la vaccine qui mettront par suite l'homme à l'abri de la variole. Toutes ces avancées seront rendues possibles par un abord rationnel et scientifique des données fournies par l'observation des faits. On peut donc en conclure qu'à partir de la Renaissance, l'ambiance intellectuelle de rationalité commence à féconder la pensée médicale, les médecins y recourant de plus en plus et devenant davantage critiques face aux faits d'observation.

#### 4.1.3.1. **β.5.** *Le XIX<sup>ième</sup> siècle*

Un changement épistémologique majeur intervient durant la première moitié du XIX<sup>ième</sup> siècle grâce au perfectionnement de la méthode anatomo-clinique, changement qui va par suite s'accélérer avec le développement de la physiologie, de la médecine expérimentale et de la bactériologie.

De « grands cliniciens », animés par le souci de se baser sur l'observation rigoureuse des faits, établissent une description valide de la plupart des maladies. Encore aujourd'hui, Bright, Hodgkin, Corrigan, Addison, Charcot comptent parmi les plus célèbres de ces descripteurs de maladies. Quant à Bichat et Laennec, ils vont appuyer leurs travaux sur la méthode anatomo-clinique. La psychiatrie elle-même, avec Pinel, va s'orienter dès ce moment vers la prise en compte de données observables.

Une sémiologie rigoureuse et surtout l'étude minutieuse et la description sans cesse affinée des maladies et des lésions conduisent subséquemment à une classification méthodique des maladies et à la mise au point de la nosologie (Paolaggi, et al., 2001).

Les travaux de Magendie et de Claude Bernard inaugurent ensuite la médecine expérimentale tandis que s'ouvre une nouvelle ère de la médecine basée sur l'utilisation du raisonnement scientifique et sur l'apport de la physiologie. Les travaux de Pasteur vont ainsi détruire le dogme de la génération spontanée et, conséquemment, établir les possibilités de généralisation des vaccinations. Koch va quant à lui édifier les fondements de l'explication des affections bactériennes. Enfin, avec Henlé, Koch rétablit les « postulats » des rapports de causalité concernant les maladies infectieuses.

Dans la première moitié du XIX<sup>ième</sup> siècle, le Français Louis va, de manière inaugurale, lancer la quantification en médecine sous le nom de méthode numérique. Ses travaux démontrent l'inutilité de la saignée dans de nombreuses indications, alors qu'elle constituait jusqu'alors une pratique fort largement répandue. Sa méthode ne sera pourtant pas fort suivie en France. Par contre, elle sera reprise et développée outre-Atlantique et en Angleterre. Ce sont essentiellement ses « élèves » américains et anglais qui élaboreront ensuite le raisonnement probabiliste appliqué à la médecine, et qui mettront au point l'essentiel des méthodes de statistique médicale.

Ainsi, au XIX<sup>ième</sup> siècle, les outils épistémologiques se mettent progressivement en place pour que, dès qu'apparaissent des possibilités thérapeutiques qui jusqu'alors manquaient, les médecins puissent disposer des bases de reconnaissance des objets auxquels ces possibilités pourraient s'appliquer. Toutefois, il manque encore bien des éclaircissements sur la nature des maladies et, surtout, les moyens thérapeutiques demeurent toujours très limités.

#### 4.1.3.1. **β.6.** *L'ère des progrès biologiques et thérapeutiques*

Au XX<sup>ième</sup> siècle, une étape cruciale est marquée par les avancées des sciences fondamentales, qui permettent le développement rapide des progrès thérapeutiques. Un tel mouvement se dessinait toutefois depuis que, de manière empirique et grâce au fruit d'une observation critiquée et raisonnée, les médecins et les chirurgiens avaient, petit à petit, dégagé quelques procédés efficaces (Paolaggi, et al., 2001).

La mise en évidence des causes et des mécanismes des maladies vient ainsi compléter les connaissances apportées par les études descriptives. Les progrès des sciences fondamentales – physique, chimie, biologie, physiologie et pharmacologie – permettent donc de disposer de moyens diagnostiques et thérapeutiques largement accrus. De plus en plus de causes et de conséquences des phénomènes pathologiques deviennent dès lors accessibles aux traitements.

La médecine se retrouve ainsi, à partir de la deuxième moitié du XX<sup>ième</sup> siècle, de plus en plus détentrice de moyens d'action importants et variés. Pareille révolution ne peut toutefois s'accomplir qu'en raison de

l'environnement culturel, scientifique et économique de l'époque dont la médecine peut bénéficier, parallèlement à ses propres avancées. Elle va également profiter des recherches, des méthodes et des résultats mis à sa disposition par les sciences fondamentales.

Les moyens précédemment exposés contribuent aussi à modifier l'évolution naturelle des maladies et, pour certaines d'entre elles, à complètement les guérir. Mais, même dans les cas où ils n'atteindront pas cet objectif idéal, les moyens thérapeutiques de substitution aux fonctions vitales vont permettre des survies très prolongées pour des affections qui étaient auparavant assez rapidement mortelles.

Les progrès de la biologie moléculaire et de la génétique réalisent en outre l'une des dernières étapes majeures de la biologie et de son application à la médecine. Les concepts dès lors utilisés représentent une véritable révolution de la pensée, et les techniques qu'elles rendent possibles vont ultimement poser des problèmes quant au devenir du vivant. Les avancées se font ensuite à une vitesse de plus en plus grande. De véritables exploits seront encore réalisés, comme le clonage d'animaux et la possibilité de clonage thérapeutique, les problèmes d'éthique soulevés par de telles avancées étant à la hauteur des capacités de transformation du monde biologique qu'elles viennent de rendre possible.

#### 4.1.3.1. y – *L'histoire de la mesure du risque*

Après les épidémies, après la médecine et leurs historiques respectifs, une autre histoire participe de l'histoire *ancienne* de la santé publique : c'est l'histoire du risque ou plus spécifiquement, l'histoire de la mathématisation ou de la mesure du risque.

Dans son usage banal, le risque est numérisé par des comparaisons – ne dit-on par exemple qu' « il y a plus de risque à fumer un paquet de cigarettes par jour que de travailler dans une centrale nucléaire » – ou par des opérations – « le risque de leucémie est doublé pour les enfants des travailleurs de l'usine nucléaire », « la promiscuité ou le surpeuplement du logement augmente d'environ 50% le risque d'échec scolaire ». Il est néanmoins permis de s'interroger sur la nature mathématique d'une telle notion de risque. Dans les trois exemples cités précédemment, il apparaît nettement qu'il s'agit de *fréquences* d'apparition d'un événement ou, plus précisément, du rapport de la fréquence d'apparition dans une population donnée et de la fréquence d'apparition dans une population témoin. Or, l'usage courant du terme « risque » – plutôt que celui de « fréquence » – révèle un double glissement sémantique. Premièrement, il se produit pour cela une transformation d'une fréquence en probabilité, dont l'évaluation suppose une utilisation implicite de la loi des grands nombres, ceci amenant au moins deux questions : i) s'agit-il effectivement de grands nombres?, ii) l'apparition d'une maladie – ou d'un échec scolaire – peut-elle être assimilé(e) à une expérience aléatoire? Le second glissement de sens consiste à modifier le vocabulaire des probabilités, plus spécifiquement à remplacer le terme de « chance(s) » par celui de « risque(s) ».

Et, de manière plus générale, l'extension de l'emploi du mot « risque » ne suggérerait-elle pas l'idée qu'il existe une statistique exhaustive sur tous les événements pouvant survenir dans la vie d'un individu (maladie, échec scolaire, mais aussi accident de voiture ou d'avion, catastrophe, etc.) et que toutes les corrélations possibles ont été envisagées, ce qui permettrait à chaque instant et pour chaque individu de donner la probabilité, le « risque » de survenue de tel ou tel événement? Les exemples qui montrent l'importance de la mathématisation du risque dans les débats publics et son utilisation afin de justifier des prises de décisions politiques pourraient être multipliés sans peine. Mais, « en fin de compte », qu'en est-il vraiment de



cette mathématisation? Quels sont les outils statistiques utilisés? Par ailleurs, de tels outils amènent-ils des réponses plus fiables que l'« intuition qualitative »?

#### 4.1.3.1. y.1. *Une petite histoire de statistiques*

Les méthodes statistiques ainsi que le langage synthétique formalisé y afférent – moyenne, probabilité, estimation, intervalle de confiance, etc. – résultent d'un processus socio-historique complexe, processus ayant lui-même permis de déterminer les conventions actuelles qui définissent les objets étudiés. La statistique chiffrée à visée prévisionnelle est issue de l'arithmétique politique anglaise de la fin du XVII<sup>ième</sup> siècle, plus particulièrement de celle à laquelle on recourt lors de l'étude des registres d'état civil et des tables de mortalité. Pourtant, ce n'est que deux siècles plus tard, soit au XIX<sup>ième</sup> siècle, que la statistique numérisée fondée sur la loi des grands nombres prend son essor pour ensuite culminer dans la théorie de l'homme moyen de Quételet. À ce niveau, l'idée centrale est que l'accumulation de données numériques permet d'effacer les particularités individuelles pour laisser prédominer les faits généraux sur lesquels la société se fonde et se conserve. C'est également à la même époque que Poisson va reformuler et baptiser un énoncé, selon lequel les choses de toute nature sont soumises à une loi universelle pouvant être qualifiée de « loi des grands nombres ».

À la fin du XIX<sup>ième</sup> comme au tout début du XX<sup>ième</sup> siècle, c'est donc à contre-pied de ce culte de la moyenne que va émerger la statistique moderne, c'est-à-dire la statistique de la corrélation, de la régression, de la variance et des intervalles de confiance. Et, plus tard, c'est vers 1950, dans le cadre des recherches épidémiologiques qu'apparaissent des outils mathématiques rigides pour traiter de la notion de risque. Le risque médical devient dès ce

moment une manière de désigner une probabilité de maladie ainsi que les facteurs qui y contribuent. Ces méthodes lourdes seront par suite transférées dans d'autres domaines avec plus ou moins de rigueur (comme, par exemple, les accidents de la route ou les échecs scolaires).

L'ambition de la statistique est ainsi de traiter et d'interpréter des données afin d'éclairer les actions humaines ou de faire progresser la connaissance des phénomènes. Pour illustrer et évaluer une telle ambition, deux exemples qui se situent aux deux extrémités de l'histoire de la statistique mathématisée sont exposés ci-après : le premier exemple se situe au XVIII<sup>ième</sup> siècle tandis le second est contemporain. Ces deux exemples vont permettre de mieux saisir l'évolution des méthodes statistiques, de ses usages et conséquences sur le débat public.

#### 4.1.3.1. y.2. *L'inoculation de la variole au début du XVIII<sup>ième</sup> siècle*

La première définition du risque issue d'un texte mathématique remonterait à Abraham de Moivre qui, dans son traité *La doctrine des chances* – dont la première édition date de 1718 –, définissait le risque de la manière suivante : *le risque de perdre une somme donnée est le contraire de l'espérance et sa valeur exacte est le produit de la somme mise multipliée par la probabilité de la perdre*. En ce début de XVIII<sup>ième</sup> siècle, la notion centrale du calcul des probabilités demeure, à la suite de Huygens, la notion d'espérance, et le traité de de Moivre va justement opérer un changement vers la prééminence du concept de probabilité. En outre, comme dans tous les traités du début du XVIII<sup>ième</sup> siècle, les jeux de hasard constituent le champ principal d'application du nouveau calcul.

C'est toujours au début du XVIII<sup>ième</sup> siècle – et encore en Angleterre – qu'a lieu le premier débat de santé publique sur les risques encourus lors des traitements préventifs contre la petite vérole. La variole ou petite vérole est une maladie virale infectieuse, extrêmement contagieuse et épidémique, qui est caractérisée par une éruption de taches rouges (macules) se transformant successivement en vésicules et en pustules. Le pronostic de la variole est grave, mortel dans 15% des cas environ; en cas de guérison, les pustules se dessèchent tout en laissant des cicatrices indélébiles. En ce début du XVIII<sup>ième</sup> siècle, la petite vérole était une maladie tellement courante qu'on peut considérer que tous les individus la contractaient à un moment donné de leur existence. Par ailleurs, l'inoculation était une pratique populaire relativement ancienne et répandue en dehors de l'Europe, c'est-à-dire en Chine, dans l'Empire Ottoman et en Afrique. Son introduction savante en Angleterre serait le fait de deux médecins grecs, qui auraient communiqué, dans les années 1710, à la *Royal Society* leurs propres résultats obtenus quelques années plus tôt à Constantinople. Cette communication semble avoir eu alors un énorme retentissement en Europe.

Pendant les années 1720, l'inoculation commence donc en Angleterre, étant alors essentiellement pratiquée par Maitland. Sa pratique conduit à des succès, mais aussi à des échecs, d'où le début d'une polémique, qui se double du fait que Maitland est chirurgien (et pas médecin).

La polémique grossit particulièrement autour des années 1722-1723 sous l'effet d'arguments statistiques – et ce, mêmes si les données sont peu nombreuses. Ainsi, entre 1721 et 1728, on recense 897 inoculations en Angleterre, en Hollande et en Nouvelle-Angleterre, parmi lesquelles il y a 845 succès et 17 décès, soit 1 sur 50. Du côté des anti-inoculationnistes, les arguments évoqués circulent pourtant « bon train » : « c'est une pratique de bonne femme, populaire, incontrôlée », « l'inoculation répand l'infection au lieu d'en diminuer les effets », « rien ne prouve qu'elle immunise contre la

maladie», « elle répand d'autres maladies », « en provoquant la maladie, on va contre le cours des choses », « cette pratique entraîne les médecins à faire le contraire de leur accord avec les hommes et Dieu et elle en fait des assassins » (Dupont, 2003). Et c'est dans ce contexte hautement polémique que paraît à Londres, en 1722, un ouvrage anonyme, intitulé *Défense de l'exposé de Mr Maitland sur l'inoculation de la petite vérole à partir de la présentation erronée de cette pratique par le Dr Wagstaffe, avec quelques remarques sur le sermon de Mr Massey*. Ce texte d'une soixantaine de pages sera par la suite attribué, par la plupart des historiens, à Arbuthnot (1667-1735) qui était un érudit, médecin, ami de Pope et de Swift.

Amateur de mathématiques, et en particulier du calcul des probabilités, Arbuthnot aurait traduit le traité de Huygens mais il restera surtout célèbre chez les historiens du calcul des probabilités pour un texte de 1710-1712, *Un argument en faveur de la Providence Divine*, tiré de la constante régularité observée dans les naissances des deux sexes. Dans son texte sur la petite vérole, en dehors de quelques arguments plus idéologiques renversant les points soulevés par les opposants, Arbuthnot fait appel à une argumentation statistique. En simplifiant considérablement, Dupont (2003) résume comme suit cet argument statistique de Arbuthnot, qui remonte à quelque 300 ans.

Les statistiques de décès à Londres entre 1707 et 1718 montrent que sur 274.605 morts de diverses maladies, 21.788 sont morts de la petite vérole. D'autres part, le nombre de décès par an sur la période de 12 ans considérée est de l'ordre de 22.000 ( $274.605/12$ ). En faisant l'hypothèse implicite de la stabilité de la population totale, Arbuthnot suppose donc un nombre égal de naissances par an : 22.000. Par ailleurs, les tables de mortalité disponibles à l'époque montrent qu'il y a une mortalité infantile (avant la première année) de l'ordre de 25%. Arbuthnot suppose ainsi 4.000 (pourquoi pas 5.500?) disparitions sur les 22.000, ce qui donne 18.000. Comme il y a environ 1.800 décès par an de la petite vérole ( $21.788/12$ ), Arbuthnot conclut à un taux de

mortalité de 1/10 par la petite vérole, en admettant que la population entière est contaminée un jour ou l'autre. Enfin, Arbuthnot fait état d'une mortalité de 3 au plus sur 500 inoculés, soit en prenant large, un taux de mortalité chez les inoculés de 1/100 (il prend en fait par la suite 1/60). En conclusion : i) sans inoculation, il y a 1.800 morts par an (1/10 de 18.000), ii) avec inoculation, il y a eu 300 morts par an (1/60 de 18.000); iii) on a donc au moins sauvé 1.500 personnes par an à Londres.

Au-delà de certaines relatives obscurités, le texte d'Arbuthnot s'avère important, et ce à plus d'un titre. En effet, il défend la nécessité d'une meilleure collecte des données ainsi que d'une réflexion sur le type de données statistiques utiles, ceci afin d'arriver à un traitement des données plus précis, plus mathématique. Il montre en outre l'entrée des mathématiques dans le débat démocratique des prises de décisions politiques avec ses enjeux.

À partir de 1723, le secrétaire Jurin de la *Royal Society*, lance d'ailleurs un programme de collecte de données statistiques plus détaillées, desquelles il conclura que la mortalité par la maladie est de 1/6 alors que celle par inoculation varie entre 1/60 et 1/48. Trente ans plus tard, la polémique rebondira en France avec des débats opposant Bernouilli, d'Alembert et Diderot.

Enfin, en 1978, l'OMS déclarera que la variole est éradiquée à l'échelle planétaire. Il est néanmoins difficile d'estimer la « responsabilité » de la statistique dans une telle éradication. Depuis environ 25 ans, la vaccination antivariolique n'est plus obligatoire dans les pays dits développés. Toutefois, depuis les attentats du 11 septembre 2001, un certain nombre de pays occidentaux se sont coalisés et mobilisés pour reconstituer des stocks suffisants de vaccin antivariolique et pour parer à une attaque bioterroriste éventuelle.

#### 4.1.3.1. y.3. *La vaccination contre l'hépatite B*

L'exemple suivant concerne un pays européen, la France. Il s'agit spécifiquement du *Rapport Dartigues*, ou *Rapport de la Mission d'expertise de la politique de vaccination contre l'hépatite B en France*. Ce rapport a été choisi parce qu'il constitue un exemple paradigmatique de l'utilisation « chiffrée » actuelle en santé publique dans un pays développé, un exemple récent pour lequel on pourrait penser que l'abondance des données chiffrées et le perfectionnement des outils statistiques et de calcul favorisent une prise de décision rationnelle « plus simple » ...

L'hépatite B est une maladie virale, transmissible notamment par les voies sanguine, sexuelle et salivaire. La plupart des porteurs du virus ne connaissent aucun problème particulier, mais dans certains cas au demeurant assez rares, la maladie évolue très mal : cirrhose pouvant se transformer en néoplasme hépatique. Environ 20% des porteurs développent une cirrhose et entre 1‰ et 1% développent une forme fulminante. La maladie est surtout très répandue en Afrique et en Asie du Sud-Est.

Depuis 1981, il existe des vaccins reconnus comme étant très efficaces vis-à-vis de l'affection. Au début des années 1980, les seules populations vaccinées étaient celles dites « à risque » mais, dès 1991, l'OMS, constatant que cette stratégie ne suffisait pas à faire reculer globalement la maladie, va recommander aux autorités nationales (françaises dans l'exemple ici considéré) de pratiquer une vaccination systématique des jeunes, dans le but d'éradiquer définitivement la maladie. Depuis 1994, la France engage donc des campagnes massives de vaccination en direction de nourrissons et de jeunes (le virus se déclare généralement vers 15-16 ans) en sus des populations à risque, de sorte qu'en 1999, environ 40% de la population sera vaccinée. Cette proportion ira jusqu'à 80% pour la tranche d'âge 13-20 ans.

Parallèlement, il faut que l'effet de cette vaccination massive soit évalué. Ainsi, l'Institut de veille sanitaire de la France simule les bienfaits de la vaccination sur une cohorte de 800.000 adolescents, dès ce moment suivis jusqu'à l'âge de 30 ans : en résumé, il sera constaté que la vaccination a permis d'éviter entre 3 et 29 hépatites fulminantes, et entre 12 et 147 cirrhoses du foie qui auraient pu évoluer en néoplasmes. Il est en outre permis de constater que l'efficacité vaccinale avant 15 ans est de l'ordre de 95% tandis que la durée de protection est de 19 ans.

Dans ce cas précis de vaccination hépatique en France, la polémique va pourtant surgir, portant non pas sur la vaccination elle-même mais plutôt sur ses effets secondaires. Tous les vaccins présentent des effets indésirables plus ou moins gênants, qui s'avèrent généralement bénins. Dans l'exemple de l'hépatite B, la situation se révèle plus complexe : effectivement, dès le début de la vaccination de masse, différents cas de maladies graves apparues immédiatement après la vaccination – notamment des cas de sclérose en plaques et d'autres affections démyélinisantes – sont déclarées. Y a-t-il dès lors une relation de cause à effet entre de telles affections et la vaccination? Faut-il remettre de ce fait en cause la vaccination de masse? Autant de questions auxquelles il faut trouver une réponse...

Et cette réponse va être recherchée et va provenir des études statistiques, dont on peut dire d'emblée qu'elles sont compliquées du fait que, d'une part, ni l'hépatite B ni la sclérose en plaques ne sont des maladies à déclaration obligatoire et que, d'autre part, les nombres de cas sont faibles. L'Institut français du médicament lance ainsi des études dont les résultats seront révélés en 1998, et qui seront suivies encore quelques années par d'autres études. Enfin, en 2002, le *Rapport Dartigues* publie le tableau suivant, qui résume les résultats des principales études réalisées (voir *Tableau 6*). Ce tableau est destiné à éclairer les prises de décision politique. Mais encore faut-il pouvoir le lire et l'interpréter...

**Tableau 6 : Synthèse des différentes études sur la relation entre vaccination contre l'hépatite B et sclérose en plaques (SEP) ou épisode aigu de démyélinisation (EAD)**

| Étude                                   | Salpêtrière   | France        | GPRD                           | NHS I/II          | HMO           |
|---|---------------|---------------|--------------------------------|-------------------|---------------|
| Type d'étude                            | Cas-témoin    | Cas-témoin    | Cas-témoin                     | Cas-témoin nichée | Cohorte       |
| Nombres de sujets*                      | 121c/121t     | 236c/355t     | 343c/2058t                     | 190c/534t         | 134 698       |
| Âge moyen                               | 33 ans        | 35 ans        | 20 à 60 ans                    | 25 à 55 ans       | 0 à 40 ans    |
| Mesure exposition**                     | Q/CV          | Q/CV          | Q/CV                           | Q/Cv              | DI            |
| Proportion d'exposés:<br>Cas<br>témoins | 4,9%<br>3,3%  | 5,5%<br>3,4%  | 4,2%<br>2,1%                   | 4,7%<br>5,6%      | ...<br>...    |
| Maladie étudiée                         | EAD           | EAD           | EAD SEP                        | SEP               | SEP           |
| Association avec Q/CV***                | 1,7 (0,5-6,3) | 1,8 (0,7-4,6) | 2,2 (0,8-5,9)<br>1,2 (0,7-2,3) | 0,7 (0,3-1,7)     | 1,3 (0,4-4,8) |
| Association avec CV***                  |               | 1,4 (0,4-4,5) |                                |                   |               |

\* Nombre de sujets pris en compte dans l'analyse principale, c = cas; t = témoins

\*\* Q = questionnaire; CV = certificat de vaccination; DI = dossier informatisé

\*\*\* Odds ratio et IC 95% pour les études cas-témoin, risque relatif pour les cohortes

Source : Rapport de la Mission d'expertise de la politique de vaccination contre l'hépatite B en France, dit Rapport Dartigues, Ministère de la Santé (France), février 2002.

Comme précédemment exposé, une étude exhaustive des complications post-vaccinales s'avère impossible, du fait de la non-déclaration d'un grand nombre de cas. Les épidémiologistes peuvent cependant suivre deux méthodes classiques pour évaluer l'impact de la vaccination. La première consiste à comptabiliser sur un grand nombre de sujets la fréquence de la maladie démyélinisante, d'une part chez les personnes vaccinées et d'autre part, chez les personnes non vaccinées. Le rapport de ces deux fréquences donne le risque relatif (initialisé ci-après RR) qui est donc le coefficient



multiplicateur du risque de maladie entre les non-vaccinés et les vaccinés. C'est la méthode suivie en 1999 dans une base de données d'une assurance maladie américaine – dite HMO dans le Rapport – qui apparaît dans la dernière colonne du tableau (voir *Tableau 6*).

Les autres études suivent la méthode des cas-témoins et procèdent donc à l'analyse du passé d'un échantillon de victimes de la sclérose en plaques, pour voir si le taux de vaccination contre l'hépatite B diffère ou non de la moyenne observée dans un échantillon témoin. Il faut bien sûr – étant donné le nombre restreint de sujets – que les témoins soient appariés aux cas, en sexe, en âge et en date de consultation. Le rapport des cotes (ou *odds ratio*, initialé ci-après OR) est ensuite calculé : soit le rapport entre, d'une part pour les cas, et d'autre part pour les témoins, le nombre de vaccinés et le nombre de non-vaccinés. Si ce rapport se révèle être proche de *un*, on pourra dès lors considérer qu'il n'y a pas eu d'influence de la vaccination.

La première étude est réalisée dans le service de neurologie de la Salpêtrière en 1997; la deuxième, plus importante, est menée dans 17 services de neurologie des CHU (Centres hospitaliers universitaires) de France en 1997; la troisième, portant sur un nombre beaucoup plus grand de sujets, est issue de la base de données des médecins généralistes anglais. Enfin, la quatrième comporte en fait deux études menées sur des infirmières américaines (*Nurses' Health Study*). Les résultats de cette dernière étude sont davantage sujets à caution parce qu'il s'agit d'une étude sur des cas-témoins nichés dans une catégorie très particulière de la population.

Pour chacune des quatre études, on calcule l'intervalle de confiance à 95% pour l'*odds ratio* et on s'aperçoit que tous les intervalles contiennent 1, c'est-à-dire qu'on ne peut pas être sûr à 95% que la vaccination ait eu un effet sur la déclaration d'un épisode aigu de démyélinisation, même si la concordance des résultats supérieurs à 1 sur les OR peut être inquiétante.

Mais comment sont donc calculés ces *odds ratio* et ces intervalles de confiance? Le rapport Dartigues ne le mentionne pas. Peut-être y a-t-il dès lors plus de renseignements en consultant les publications correspondantes aux études mentionnées. Par exemple, la première étude, celle de la Salpêtrière – qui a aussi été publiée dans *Revue Neurologique* – fournit effectivement des détails sur la méthode employée, sur l'appariement des cas et des témoins. Mais la description de l'analyse statistique est présentée comme ayant été effectuée par les « méthodes classiques d'analyse univariée », et les calculs d'*odds ratio* ont été obtenus par « régression logistique conditionnelle ». La description du traitement statistique s'achève par la mention des logiciels utilisés pour le traitement. On apprend par ailleurs que les résultats ont été ajustés sur l'âge, sur le sexe, sur le statut marital, sur le pays de naissance, sur l'habitat, sur les autres vaccinations ainsi que sur la période avant la survenue du premier épisode de démyélinisation. Ce qui précède peut laisser « songeur » : l'effectif total des cas, comme des témoins retenus, étant de 121, il est permis d'imaginer quel est l'effectif de chaque strate de sujets correspondant à une demi-douzaine de critères : en moyenne 2. On est à ce niveau très loin des grands nombres de la loi du même nom. Pour essayer d'y voir un peu plus clair, il faut donc formaliser un tout petit peu...

Soit  $M$  noté comme étant l'événement de déclaration de la maladie (EAD pour épisode aigu de démyélinisation; SEP pour sclérose en plaques) et  $\Pr(M)$  noté comme étant sa fréquence dans une population.  $\bar{M}$  est l'événement contraire.  $V$  est de même noté comme étant l'événement de vaccination contre l'hépatite B et  $\Pr(V)$  comme étant sa fréquence. Ainsi,  $\Pr(M/V)$  est la fréquence relative (ou conditionnelle) de la maladie parmi les vaccinés.

Alors, le risque relatif est :  $RR = \frac{\Pr(M/V)}{\Pr(M/NV)}$

Pour une population qui se répartit suivant le tableau suivant :

|        | M             | NM            | TOTAUX              |
|--------|---------------|---------------|---------------------|
| V      | a             | b             | $t_1 = a + b$       |
| NV     | c             | d             | $t_2 = c + d$       |
| TOTAUX | $n_1 = a + c$ | $n_2 = b + d$ | $N = a + b + c + d$ |

On obtient :  $RR = \frac{\frac{a}{t_1}}{\frac{c}{t_2}}$ .

Les livres classiques de biostatistique indiquent alors que la méthode dite de Miettinen permet de trouver l'intervalle de confiance à 95% par la formule

suivante :  $RR^{1 \pm \frac{1,96}{\sqrt{x^2}}}$ , où  $x^2 = \frac{N(ad - bc^2)}{n_1 n_2 t_1 t_2}$ .

De même, l'*odds ratio* est :  $OR = \frac{\frac{\Pr(M/V)}{\Pr(NV/M)}}{\frac{\Pr(V/NM)}{\Pr(NV/NM)}}$ , qui est aussi égal à :

$OR = \frac{\frac{\Pr(M/V)}{\Pr(NM/V)}}{\frac{\Pr(M/NV)}{\Pr(NM/NV)}}$ , et qui est enfin égal à :  $\frac{\Pr(M/V)}{\Pr(M/NV)} \cdot \frac{\Pr(NM/MV)}{\Pr(NM/V)}$ , le

premier quotient étant le risque relatif RR. Si  $\Pr(M)$  est très faible, alors  $\Pr(NM)$  est voisin de 1, et OR est une bonne approximation de RR.

Avec un tableau similaire à celui qui précède :

|        | M             | NM            | TOTAUX              |
|--------|---------------|---------------|---------------------|
| V      | a             | b             | $t_1 = a + b$       |
| NV     | c             | d             | $t_2 = c + d$       |
| TOTAUX | $n_1 = a + c$ | $n_2 = b + d$ | $N = a + b + c + d$ |

M et NM représentent alors respectivement les cas et les témoins.

OR =  $\frac{\frac{a}{b}}{\frac{c}{d}}$ . Comme pour le RR, l'intervalle de confiance à 95% est donné par la

formule de Miettinen, OR  $\frac{1 \pm 1,96}{\sqrt{x^2}}$ , avec la même expression pour le  $\ddot{O}^2$ .

D'autre part, l'appariement des cas et des témoins suivant les strates (sexe, âge, etc.) conduit à calculer le RR ou l'OR par strate, puis à calculer un RR ou un OR ajusté par la méthode dite de Mantel-Haenszel :

$$RR = \frac{\sum at_2/N}{\sum ct_1/n} \text{ et } OR = \frac{\sum ad/N}{\sum bc/n} \text{ (les sommes se faisant sur toutes les strates).}$$

L'intervalle de confiance est ensuite calculé par la méthode de Miettinen,

$$\text{mais avec un } \ddot{O}^2 = \frac{\sum a - \sum t_1 n_1 / N^2}{\sum t_1 t_2 n_1 n_2 / N^2 (N-1)}.$$

On peut se demander d'où vient l'usage de l'*odds ratio* plutôt que celui, direct, des risques relatifs. Il existe là une certaine pesanteur historique qui renvoie aux débuts du calcul des probabilités : la « chance » était alors toujours exprimée par le rapport à la « chance » adverse.

En outre, les statisticiens recourent à des formules approchées comme celle de Miettinen, ou à l'ajustement de Mantel-Haenszel, sans apparemment s'interroger sur la validité des dites approximations. De l'avis de Dupont (2003), on pourrait même penser que ces calculs ont été directement effectués par un logiciel de calcul statistique, et que les résultats ont été ensuite admis d'emblée.

Signalons quand même que l'Institut de veille sanitaire en France, dans son étude mentionnée plus haut sur la cohorte d'adolescents, avait évalué entre 1 et 2 (sur 800.000) les affections neurologiques graves (du type sclérose en plaques) produites par la vaccination. Les experts eux-mêmes demeuraient partagés. Lors d'une réunion d'octobre 1998 où les études précédentes leur avaient été présentées, la question suivante était posée à tous les participants : « faites-vous vacciner votre enfant » ? Deux tiers avaient répondu affirmativement tandis qu'un tiers, par la négative. Au vu des premiers résultats, Kouchner, alors secrétaire d'État à la Santé, a donc décidé décidera donc, en 1998, de continuer la vaccination pour les populations à risque mais de suspendre la vaccination systématique dans les écoles, confiant le soin de cette vaccination aux médecins de famille en accord avec les parents. Depuis ce moment, les études par ces cas-témoins ont perdu tout caractère significatif. Et les parents des adolescents ou les médecins de famille se sont dès lors retrouvés dans une situation embarrassante puisque la science, censée apporter toutes les réponses, les laissait dans l'indécision à partir de conclusions opaques, voire contradictoires.

Comme le souligne fort justement Dupont (2003), il est pour le moins « inattendu » qu'avec autant de données statistiques recueillies et un investissement théorique et humain aussi important (comparativement à la situation et à l'exemple du XVIII<sup>ième</sup> siècle, exposé(e) en 4.1.3.1.γ.1.), la conclusion soit aujourd'hui que chacun peut en penser ce qu'il veut.

#### 4.1.3.1. δ – *L'histoire de la mesure et de l'évaluation*

Le XIX<sup>ème</sup> siècle va conférer un essor inédit à la rationalité bureaucratique étatique, dont la double logique de surveillance et de pertinence marque – avec les premières analyses de rendement et d'efficacité inhérentes au taylorisme – les travaux inauguraux de la recherche évaluative. D'un point de vue idéologique, l'ordre bureaucratique se caractérise à cette époque par la rigueur mathématique tout comme il aspire, dans la tenue des comptes de l'État, à l'exactitude et à la méthode. L'industrialisation, l'urbanisation et la montée du capitalisme vont ensuite ajouter, sur le plan économique, un supplément de technicité à ce modèle bureaucratique, le transfigurant en une force politique de première importance qui évolue subséquemment en s'élargissant et en se complexifiant. Les méthodes quantitatives, privilégiées par le dispositif bureaucratique, permettent dès lors une gestion « scientifique » de la société.

Quoique enracinée dans la tradition moderne des siècles précédents, l'évaluation de programme ne commencera à être systématisée aux États-Unis qu'au début du XX<sup>ème</sup> siècle (Rossi, et al., 2004). Les premières évaluations scientifiques de programmes publics remontent aux années 1900, marquant ainsi le début de ce que Madaus, Stufflebeam et Scriven (1989) nomment « deuxième âge » de l'évaluation ou l'« âge de l'efficacité et des tests ». Les derniers auteurs (1989) opèrent en effet un découpage chronologique de l'histoire de l'évaluation en six étapes ou six « âges » successifs. Le deuxième âge fait donc suite à l'« âge de la réforme » (avant 1900) et précède les quatre étapes suivantes : l'« âge de Tyler » (1930-1945) constituant le véritable commencement de l'évaluation de programme ou de l'expérimentation sociale, l'« âge de l'innocence ou de l'ignorance » (1946-1957) de l'Après-guerre, l'« âge de l'expansion » (1958-1972), véritable période d'« expansion de l'évaluation comme une industrie et comme une profession financée par les contribuables » (Madaus, et al., 1989, p. 11) et

enfin, le « sixième âge » ou l'« âge de la professionnalisation », qui s'étend de 1973 à aujourd'hui. Le domaine de l'évaluation apparaît dès le début de ce « sixième âge », naissant du confluent de trois grandes traditions disciplinaires : la tradition des sciences sociales, essentiellement marquée par le développement de l'éducation, de la psychologie, de la sociologie et également de la médecine sociale, la tradition économique et la tradition de la recherche clinique (Contandriopoulos, et al., 2000). Pour ces derniers auteurs, l'évaluation va se professionnaliser dès ce moment, en adoptant une perspective interdisciplinaire et en demeurant très « accrochée » aux aspects méthodologiques.

L'expérimentation constitue le modèle liminaire de l'évaluation de programme, modèle de référence calquant « le paradigme du traitement médical » (Perret, 1996, p.1) et portant la marque behavioriste imprégnant les sciences sociales aux États-Unis dans les années 1960. La société est, durant cette époque, appréhendée comme un vaste laboratoire dans lequel on expérimente les solutions potentielles aux problèmes sociaux accompagnant l'urbanisation et l'industrialisation massive (comme la marginalité, la délinquance, la ségrégation raciale et la criminalité). Comme le précise Cook (1997), l'enjeu fondamental de cette période est d'« étalonner la boîte noire », c'est-à-dire de produire des données précises, non biaisées sur les effets des programmes et sur leurs constituants, ceci en recourant exclusivement aux méthodes quantitatives. Le pragmatisme, la rationalité scientifique de l'époque privilégiaient ainsi l'« élaboration de connaissances véritablement positivistes fondées sur la recherche empirique déductive et permettant des applications sociales immédiates » (Cuin et al., 1992, p. 27); l'expérimentation sociale est donc placée au cœur de la régulation sociopolitique (Campbell, 1991; Perret, 1996).

Cependant, à partir des années 1970, cette conception positiviste et instrumentale de l'évaluation se révèle théoriquement et pratiquement

insuffisante. Un profond bouleversement épistémologique et méthodologique survient dès lors dans la pratique évaluative : une conception plus complexe de l'impact social de l'évaluation est admise et on ouvre la « boîte noire » afin de mieux appréhender les processus en cause dans la production des effets escomptés. Les méthodes qualitatives, jusqu'alors reléguées au second rang par les « scientifiques » de l'évaluation suscitent un vif intérêt. Holistiques, saisissant les situations dans leur globalité et leur contexte, elles fournissent une information plus directement utile pour l'action. Ces évaluations qualitatives, qui s'inspirent de l'ethnographie, de l'ethnométhodologie et de l'herméneutique (Denzin, et al., 2000), s'avèrent en effet précieuses pour comprendre la dynamique contextuelle dans laquelle le programme opère, pour saisir la cohérence entre la théorie de programme et sa mise en œuvre effective (Cook, 1997). Différents sujets en vogue apparaissent ainsi en évaluation, tels que notamment : la triangulation sur le plan méthodologique, l'intérêt marqué pour l'éclaircissement (*enlightenment*) du contexte décisionnel, la dimension formative de l'évaluation et l'habilitation (*empowerment evaluation*).

Pareille « révolution scientifique » de l'évaluation promeut la pluralité des modes de connaissance ainsi que celle des modes d'interaction entre la connaissance et l'action. Des années 1970 à nos jours, l'évaluation passe ainsi de la « méthode-outil » à la « méthode-processus ». Une conception pluraliste des finalités de l'évaluation est progressivement adoptée tandis que cette coexistence de finalités diverses et de référents méthodologiques variés intensifie les querelles théoriques (Perret, 1996). Encore actuellement, la question du rôle imparti à l'évaluation ou de sa (ses) fonction(s) s'avère déterminante mais elle demeure non résolue. À la finalité décisionnelle – politique – originelle, se sont aujourd'hui adjointes : la finalité gestionnaire ou administrative, la finalité d'apprentissage ou scientifique ainsi que la finalité déontologique, qui en associe elle-même trois autres, la finalité



démocratique, celle administrative et celle d'imputabilité (Kovess, et al., 2001).

Par ailleurs, un mouvement de professionnalisation en évaluation se développe durant les trois dernières décennies dans les pays post-industrialisés. Il s'agit d'un mouvement graduel, puissant, associé aux profonds remaniements du contexte social des sociétés occidentales avancées, et qui s'exprime différemment en Amérique du Nord comparativement à l'Europe. En effet, la tendance à la procéduralisation associée à cet important mouvement de professionnalisation s'exprime de manière inégale dans les différents pays occidentaux. Partout, le paysage idéologique et politique de la gouvernance tend à institutionnaliser la « méthode-processus » de l'évaluation, cette institutionnalisation se présentant comme une alternative à l'auto-régulation du milieu professionnel (Moreau Defarges, 2003). Toutefois, le degré d'institutionnalisation distingue toujours, à l'heure actuelle, le continent américain du continent européen.

Ainsi, suivant Perret (1996, p. 5), on oppose souvent « (...) une tendance nord-américaine à faire de l'évaluateur professionnel le garant d'une déontologie spécifique à l'évaluation à une tendance plus européenne à l'institutionnalisation des procédures ». Relativement au contexte européen, Perret (1995, 1996) souligne d'ailleurs fort bien la différenciation nettement plus importante qu'opère l'Amérique du Nord entre, d'un côté, la recherche évaluative, et de l'autre, l'évaluation institutionnelle intégrée au fonctionnement du système politico-administratif. En Europe, l'évaluation constitue aujourd'hui un véritable levier de gouvernance, même si l'acteur politique ne semble pas encore « (...) mûr pour jouer le jeu d'une pratique qui semble restreindre sa liberté d'agir politiquement, c'est-à-dire en se fondant sur les mécanismes traditionnels d'agrégation de la demande sociale, d'expression des valeurs et de représentation des intérêts » (Perret, 1996, p.

11). Par contre, dans le contexte nord-américain, la notion d'évaluation a jusqu'ici essentiellement évolué dans le registre disciplinaire et professionnel. Dans sa démarche, l'évaluateur nord-américain se perçoit aujourd'hui davantage comme méthodologue, comme médiateur ou maïeuticien (Bégin, et al., 1999; Monnier, 1992; Perret, 1996). En outre, cette image de méthodologue que les professionnels nord-américains ont d'eux-mêmes se révèle, selon Cook (1997), extrêmement importante puisque c'est précisément cet intérêt méthodologique qui unifie les évaluateurs, qui les rassemble au sein d'une corporation professionnelle, au-delà de leur appartenance respective à des disciplines variées.

#### 4.1.3.1. ξ – *L'histoire de la solidarité*

Depuis Durkheim (1930), les effets anoniques du marché sont identifiés en même temps qu'a été mis en évidence le rôle, dans la cohésion sociale, d'une solidarité organique liée à la division du travail. Selon Honneth (2000) ainsi que Chanial et al. (2002), en rapportant la force d'intégration sociale à l'expérience de la reconnaissance, il devient aujourd'hui possible de caractériser deux acceptations de la solidarité moderne en tant que solidarité « construite », se distinguant des formes de solidarité « héritée ». Il existerait ainsi deux sources de solidarité.

La solidarité philanthropique est la première forme de solidarité, qui renvoie à la vision d'une société éthique dans laquelle des citoyens motivés par l'altruisme remplissent leurs devoirs les uns envers les autres sur une base volontaire. Focalisée sur la « question de l'urgence » et sur la préservation de la paix sociale, cette conception se donne pour objet le soulagement des pauvres et leur moralisation par la mise en œuvre d'actions palliatives. Le don n'y est pas soumis à d'autres règles susceptibles d'en stabiliser les

conditions d'exercice que celles émises par les donateurs; le don peut donc se convertir en instrument de pouvoir et de domination. L'inclinaison à aider autrui, valorisée comme un élément constitutif de la citoyenneté responsable, porte en elle la menace d'un « don sans réciprocité » (Ranci, 1990), ne permettant comme seul retour qu'une gratitude sans limites et créant une dette qui ne peut jamais être honorée par les bénéficiaires. Les liens de dépendance personnelle qu'elle favorise risquent ainsi d'enfermer les donataires dans des situations d'infériorité. Autrement dit, elle est porteuse d'un dispositif de hiérarchisation sociale et de maintien des inégalités adossé sur les réseaux sociaux de proximité.

À cette version « bienveillante » de solidarité, s'oppose une version de solidarité démocratique, c'est-à-dire d'une solidarité comme principe de démocratisation de la société résultant d'actions collectives. Axée sur l'entraide mutuelle autant que sur l'expression revendicatrice, cette seconde conception de la solidarité relève à la fois de l'auto-organisation et du mouvement social. Cette seconde version suppose une égalité de droit entre les personnes qui s'y engagent. Partant de la liberté d'accès à l'espace public pour tous les citoyens, elle s'efforce effectivement d'approfondir la démocratie politique par une démocratie économique et sociale.

Certes, la solidarité philanthropique a joué un très grand rôle, comme en témoignent d'ailleurs les formes variées de patronage et paternalisme développées au XIX<sup>ième</sup> siècle. Toutefois, qui dit ou en appelle à la « solidarité » devrait s'entendre sur le choix de ladite solidarité et ne pas prendre l'une pour l'autre... À ce sujet notamment, retracer la généalogie de la solidarité « démocratique » permet de clarifier et de mieux comprendre la perspective de « solidarité » dans laquelle s'inscrivent aujourd'hui les sociétés post-industrielles.

#### 4.1.3.1. ε.1. *Une histoire de solidarité démocratique*

La solidarité est un terme que Leroux (1841) a introduit en philosophie dans le but de démarquer le lien social démocratique de la charité. Selon lui, « la nature n'a pas créé un seul être pour lui-même (...) elle a créé [les individus] les uns pour les autres, et a mis entre eux une solidarité réciproque » (Leroux, 1841, p.170). Pour échapper à un individualisme concurrentiel comme à un étatsisme autoritaire, Leroux (1841) a également insisté sur l'établissement entre l'État et la société d'une communication qui suppose des groupes intermédiaires. Il tablait sur des réseaux de solidarité passant par l'atelier, ainsi que sur des associations ou sur la presse, afin d'entretenir l'esprit public indispensable à la démocratie. Sa pensée entrait donc en résonance avec les mouvements de l'époque qui s'engageaient dans la recherche d'une autre économie : l'organisation du travail qui restait à trouver allait fournir l'occasion de mettre sur pied des entités productives qui inscriraient la solidarité au cœur de l'économie.

Mais, face aux limites rencontrées par cette première approche et suite aux événements de 1848, une autre conception de la solidarité démocratique va lui succéder, à la fois en prolongement et en rupture. Certes, elle continuera à témoigner d'un refus de la position libérale qui rabattait le lien social sur l'échange contractuel. Néanmoins, le solidarisme défendu par des hommes politiques, juristes ou sociologues – tels que Bouglé, Bourgeois, Durkheim – sera différent. Il reposait en effet sur l'idée d'une dette sociale que chacun s'engage à respecter parce qu'il est membre de la société, et qui l'amène à passer un « quasi-contrat » avec ses semblables. Ce n'est pas un engagement interindividuel volontaire, mais un engagement vis-à-vis de la collectivité dont l'État se doit d'assurer le respect par l'obligation. Comme l'indique encore Bourgeois (1998, p. 22-23), « le devoir social n'est pas une pure obligation de conscience, c'est une obligation fondée en droit, à l'exécution de laquelle on ne peut se dérober sans une violation d'une règle

précise de justice », et l'État peut imposer cette règle « au besoin par la force » afin d'assurer « ainsi à chacun sa part légitime dans le travail et les produits ». L'intervention de l'État va émanciper les dépendances personnelles par l'accès au droit, mais elle va aussi renforcer « sa puissance tutélaire » et « son rôle central de mise en forme de la société » (Lafore, 1992). La notion de solidarité prendra ainsi un sens nouveau et elle apparaîtra comme le moyen de réconcilier les droits individuels et les responsabilités de l'État. En contrepartie, elle avalisera la prééminence de l'économie marchande sur laquelle l'État s'appuie pour prélever les moyens nécessaires à la réalisation des fonctions sociales dont il prend la responsabilité à travers la redistribution publique. Illustration de la réussite de cette seconde conception, le droit du travail remplacera le débat sur le droit au travail. Le règlement de la dette sociale va dès ce moment passer par le travail qui ne sera plus un contrat mais un statut puisqu'il procure des droits sociaux. Depuis la seconde moitié du XIX<sup>ième</sup> siècle, la solidarité en tant que principe organisateur de la résistance à l'extension sans limites du marché s'exprime donc prioritairement par des protections liées à l'emploi salarié dans un cadre national (Castel, 1996).

Toutefois, dans les conditions qui prévalent dans les sociétés occidentales contemporaines, la solidarité ne peut plus être limitée à cet aspect, étant donné les obstacles à l'obtention d'un travail « digne », pas plus qu'elle ne peut être obtenue par une redistribution indexée sur la croissance marchande. Également, l'accélération des dégâts écologiques ne peut plus être combattue que par des formes d'intervention supposant des coordinations transnationales. D'où une interrogation contemporaine sur un élargissement de la solidarité horizontale à l'égard des plus démunis et sur une prise en compte de la solidarité verticale, entre les générations. Le « principe responsabilité » de Jonas (1998) appelle ainsi une recrudescence de la solidarité selon ces deux axes qui sont mis en avant dans la notion de développement durable. Néanmoins, derrière un apparent consensus, deux

projets divergents quant aux formes de solidarité impliquées se profilent : l'un repose sur la réactualisation d'une version philanthropique de la solidarité, l'autre s'appuie sur une adaptation de la version démocratique.

#### 4.1.3.1. ε.2. *Un projet fondé sur le recours à la solidarité démocratique*

La conception démocratique de la solidarité replace l'économie dans son rôle de moyen destiné à atteindre des finalités de justice sociale et de soutenabilité/durabilité<sup>102</sup> écologique. Pareille réinscription dans une interrogation téléologique sur le vivre-ensemble des individus suppose que soient empiriquement garanties au moins deux conditions quant au cadre institutionnel dans lequel l'économie trouve place.

La première est un ensemble de règles ayant pour but de « socialiser » le marché et de limiter son recours à des stocks limités de ressources non renouvelables pour être légitimement établi, ce qui implique des arbitrages publics. Les marchés sont compatibles avec des institutions régulatrices qui

---

<sup>102</sup> Le développement durable dans pareil « projet » de solidarité démocratique n'est traduisible en avancées contestables que par le biais de la conformation des sphères non marchandes et non monétaires articulées à des marchés régulés. À l'inverse d'un projet qui serait fondé sur le retour d'une solidarité philanthropique qui argue de l'unicité de l'entreprise et du marché, cette version du développement durable est en mesure de fonder des discussions publiques sur les évolutions économiques par le renforcement d'une économie plurielle qui apparaît ainsi comme le vecteur indispensable pour l'instauration d'un mode de développement plus solidaire. Une économie plurielle par les principes économiques autant que par les formes de propriété et dont la pluralité serait valorisée comme une richesse est susceptible de dessiner les voies d'une solidarité démocratique redéployée. À cet égard, la possibilité de (re)légitimer le service public en démocratisant son fonctionnement pourrait être arrimée à la stabilisation d'une économie sociale et solidaire, dont les composantes les plus dynamiques auraient été créées pour inscrire l'économie dans les normes sociales et écologiques. La solidarité démocratique ne pourrait plus dès lors se cantonner au niveau national et au travail; tout en restant présente sur ces plans, elle ne pourrait atteindre sa finalité de justice qu'en s'ouvrant aux niveaux local et international et en s'exerçant à l'égard des plus démunis et entre les générations.

ne se limitent pas à une internalisation des externalités négatives, mais manifestent une volonté collective d'inscrire le marché dans l'ordre démocratique.

Le « cadrage » institutionnel des marchés est en outre à compléter par un « débordement » (Callon, 1999) issu de la mobilisation d'une pluralité de logiques d'action et de principes économiques. L'apparition de l'activité économique à partir d'un seul marché aboutit en effet à adopter une perspective « individualiste », « atomiste » que la diversité des principes économiques et formes de propriétés amène à relativiser en enrichissant le répertoire des actions à dimension économique.

#### **4.1.3.2. ...Une histoire faite d'histoire récente**

##### **4.1.3.2. α – *L'histoire du concept de santé et des déterminants de la santé***

Avant d'analyser ci-après l'évolution du concept et des modèles de déterminants de la santé, une tentative d'éclaircissement du concept de santé – qui a lui aussi évolué – semble opportune.

Tantôt considérée comme absence de maladie, tantôt ramenée à un état normatif physiologique ou à un idéal organique « naturel », tant les définitions linguistiques, professionnelles ou institutionnelles de la santé que ses définisseurs abondent. Hier encore appréhendée comme l'*ergon* du médecin et ensuite reprise, en 1946, par l'OMS dans une représentation maximaliste proche du bonheur, elle se drapera dès 1986 (avec la publication du rapport de l'OMS intitulé *La Santé pour tous en l'an 2000*) d'une perspective (contextuelle) plus « écologique » puisqu'elle sera dès ce moment devenue

une ressource de la vie quotidienne permettant – à un groupe ou à un individu – de réaliser ses ambitions, de satisfaire ses besoins et d'évoluer dans son milieu ou de s'y adapter. Polysémique et multidimensionnelle, on ne peut dès lors que tenter de mieux comprendre et d'analyser la santé à travers le construit social ou mieux le construit socio-historique qu'elle incarne. Aussi, remontons-nous ci-dessous le cours du Temps et de la Santé...

« La santé est une couronne sur la tête des bien-portants que seuls voient les malades » (Proverbe arabe). Dans la pensée commune tout comme dans le langage quotidien, la santé est effectivement considérée comme le premier des biens pour l'être humain, comme en témoignent d'ailleurs les conventions sociales d'hier et d'aujourd'hui. Ainsi, d'une langue à une autre, se souhaite-t-on de se bien porter, tel que l'exemplifient le « *vale!* » ou « *valete!* » latin ainsi que le « *leben sir wohl!* » allemand. Pareillement, n'échange-t-on pas en tout début d'année des vœux de « bonne santé », tout comme on ne saurait boire avec des amis ou en société sans porter quelques joyeux « Santé! Santé! ». Toutefois, les particularités lexicographiques suggèrent une interprétation plus nuancée du terme « santé ». Par exemple, en grec ancien, « *hugieia* » et l'adjectif « *hugiês* » se voient attribuer un sens strictement positif : ni l'un ni l'autre n'admettent de sens négatif parce que « *hugieia* » correspond à « l'état de celui qui est *bien* en vie ». Inversement, en latin, tout comme en allemand, en français ou encore en anglais, le nom et l'adjectif ont un sens neutre qui admet la négation : ainsi parle-t-on de « *sanus* » et « *insanus* », de « *gesund* » et « *ungesund* », de « *Healthy* » et « *Unhealthy* ». Solidaire de leur contraire, « santé », « *Gesundheit* », « *Health* », « *salute* » paraissent donc moins propres à désigner un état spécifique de l'organisme que ne le désignait leur équivalent en grec ancien.

Par ailleurs, la santé a longtemps été entendue comme la négation de l'état morbide; la maladie étant par essence négative, la santé se trouve alors dans la situation « algébriquement » positive d'une double négation. On admet



ainsi que le terme « santé » dans son sens privatif constitue l'absence de maladie. Plus spécifiquement, la santé est alors un état d'innocence biologique ou physiologique, état au cours duquel l'organisme est épargné par la maladie et par les souffrances qui l'accompagnent. Rien de plus précaire, néanmoins, qu'une telle conception de la santé... Les maladies sont effectivement nombreuses à « presser » de leurs menaces la course de l'être vivant, et c'est une chose rare que de ne jamais connaître la maladie, sous une quelconque de ses formes – qu'il s'agisse d'une carie dentaire, d'une grippe bénigne et passagère, d'une hépatite fulminante ou d'un néoplasme silencieux. L'inéluctable obstacle de la maladie – qui sera d'abord considérée comme *extérieure* et donc comme un coup du sort, une malédiction ou un accident, avant que lui soit assignée une ou des causes *internes* – paraît ainsi encager la santé dans un stade inchoatif et provisoire de l'existence, de plus en plus rare et précaire à mesure du vieillissement de l'organisme humain et de son évolution vers la mort.

Une telle conception privative de la santé évolue par suite tout en se rapprochant des notions de norme et de normativité. La santé et la maladie apparaissent dès lors comme deux états qualitativement contraires qui s'opposent comme s'opposent le *normal* et l'*a-normal*. Pour circonscrire la santé comme « quelque chose de bien réel », elle est donc identifiée au fonctionnement *normal*, c'est-à-dire *naturel* de l'organisme. À ce niveau, la santé devient « *hugieia* » puisqu'elle est l'acte ou la perfection même du vivant donné(e) comme tel(le), c'est-à-dire comme une vie biologiquement conforme à « ce qu'elle doit (devrait) être ». La définition de la santé est dès lors ramenée à une dimension physiologique, soit à une connaissance de la nature et du fonctionnement du corps vivant, préalable à toute pathologie. Ajoutons à ce niveau qu'une telle articulation entre la santé et la physiologie n'est d'ailleurs pas étrangère au fondement même de la médecine (hippocratique).

La représentation de la santé comme le mariage parfait des différents éléments constitutifs du corps humain se révèle en effet indissociable de l'« invention » et de la pratique de la médecine. L'action thérapeutique suppose l'élaboration d'une norme physiologique, par rapport à laquelle la maladie constitue une « infraction ». La connaissance de l'état normal – normatif – du corps humain permet au médecin d'établir, premièrement, un diagnostic, secondement, de prescrire un traitement visant à inscrire ou restaurer les normes de santé dans l'organisme en corrigeant le déséquilibre induit par la maladie. Aussi, parce que la connaissance de son essence et des règles de sa production définit l'art de la médecine, peut-on considérer ici la santé comme étant l'ergon du médecin.

Faire de la santé l'*ergon* du médecin appelle pourtant une certaine prudence quant à la manière dont sera caractérisé le geste médical : dans la mesure où le médecin prend pour modèle le fonctionnement normal de l'organisme, lui-même fondé sur l'ordre naturel, l'art imiterait la nature. Subséquemment, il semblerait plus exact de dire que la santé devient l'effet de l'art quand l'individu la perd. Ainsi, le médecin comme le biologiste peuvent conférer à la santé deux significations, deux sens. Il y aurait : i) d'une part, une santé naturelle, proche de l'idée de norme et définie, par opposition à pathologie, comme étant l'équilibre ou la résistance aux facteurs de trouble, ii) d'autre part, une santé artificielle, médicale, que réalisent dans la langue française des expressions comme « maison de santé », « soins de santé », où le mot subsume hygiène, médecine, pharmacologie, sans parler des perspectives sociale et institutionnelle de la notion.

Enfin, il reste à savoir si le rapport établi entre les deux sortes de santé – santé naturelle et santé artificielle – éclaire la notion globale de santé. Du moins faut-il savoir que la santé n'est pas originellement un concept d'existence phénoménologique au sens où sa réalisation effective trouverait

ses lois dans une modélisation. Comme le souligne en effet Ganguilhem (1966) dans *Le normal et le pathologique* :

(...) il y a deux sens au mot santé. La santé, prise absolument, c'est un concept normatif définissant un idéal de structure et de comportement organique; en ce sens, c'est un pléonasme de parler de bonne santé, car la santé est le bien organique. La santé qualifiée, c'est un concept descriptif, définissant une certaine disposition et réaction d'un organisme individuel à l'égard des maladies possibles. Les deux concepts, descriptif qualifié et normatif absolu<sup>103</sup>, sont si bien distincts que les mêmes gens du peuple diront de leur voisin qu'il a *une*<sup>104</sup> mauvaise santé ou qu'il n'a pas *la*<sup>99</sup> santé, tenant pour équivalents la présence d'un fait et l'absence d'une valeur. Quand on dit qu'une santé continuellement parfaite, c'est anormal, on traduit ce fait que l'expérience du vivant inclut en fait la maladie. Anormal veut dire précisément inexistant, inobservable. Ce n'est qu'une autre façon de dire que la santé continue c'est une norme et qu'une norme n'existe pas. (p. 86)

Enfin, que dire de la définition maximaliste de l'OMS de 1946 qui, en assimilant la santé à un « état de complet bien-être », véhicule une représentation statique de la santé et brouille quelque peu la différenciation entre santé et bonheur?

La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain. (Constitution de l'Organisation mondiale de la santé, 1946, *Préambule*)

Pareille définition de la santé se révèle difficilement opérationnalisable, semblant assez bien correspondre par ailleurs au « rêve d'énergie » ou à la « grande santé » nietzschéenne définie dans *Le gai savoir* écrit en 1882 :

La grande santé – Nous, nouveaux, sans-nom, difficiles à comprendre, nous, enfants précoces d'un avenir encore non assuré – nous avons besoin pour un nouveau but d'un nouveau moyen aussi, à savoir d'une nouvelle santé, plus forte, plus rusée,

---

<sup>103</sup> Souligné par nous.

<sup>104</sup> Souligné par l'auteur.

plus opiniâtre, plus téméraire que ne l'ont été toutes les santés jusqu'à présent. Celui dont l'âme a soif d'avoir vécu tout le spectre des valeurs et des choses jugées désirables jusqu'à présent, et navigué sur toutes les côtes de cette « Méditerranée » idéales, celui qui veut, à partir des aventures de son expérience la plus personnelle, connaître les sentiments d'un conquérant et d'un découvreur idéal, et même d'un artiste, d'un saint, d'un législateur, d'un sage, d'un savant, d'un homme pieux, d'un devin, d'un homme vivant divinement à l'écart du style antique – celui-là a avant tout besoin d'une chose pour le faire, de *la grande santé* – une santé qu'on ne se contente pas d'avoir, mais qu'on conquiert encore et qu'on doit conquérir continuellement, parce qu'on sacrifie et qu'on doit la sacrifier sans cesse! (Nietzsche, 1993, p. 68)

Véritable principe de déploiement de la vie, la santé conçue de telle manière autorise une « infinité de conquêtes » dans l'exacte mesure où elle correspond à un pouvoir transcendant de dépassement.

Finalement, on peut penser, avec Hippocrate, que chacun est à même de faire appel à son « propre jugement » quand il y va de sa santé. En effet, comme le précise encore Canguilhem (1966), personne d'autre n'est à même d'apprécier l'étendue de son « pouvoir normatif ». En évaluant l'état de santé en fonction de performances individuelles – physiques, intellectuelles ou morales –, la santé apparaît ainsi comme une norme subjective. Cependant, une telle norme, ajoute Canguilhem (1966), ne saurait être conçue en faisant abstraction du milieu et des paramètres socioculturels, ce qui conduit à considérer la norme comme changeante, non seulement suivant les cultures mais encore suivant les fonctions sociales de chaque individu, dans une sorte de « plasticité technique » issue de la « domination du milieu » (Canguilhem, 1966, p. 72).

Parce qu'une *mauvaise* santé limite les choix de vie professionnelle, culturelle, et bien sûr, plus fondamentalement, de vie personnelle de tout un chacun – alors que la *pleine* santé l'investit d'une réelle liberté –, la santé peut ainsi être considérée comme l'un des droits fondamentaux de tout être

humain (OMS, 1946). Il s'agit ici d'une sorte de « droit-créance », analogue au droit du travail, dont le respect a d'ailleurs incité les États à déployer tous les moyens nécessaires (hygiène, médecine, soins hospitaliers, pharmacologie, maîtrise des atteintes collectives à la santé et à la vie, accès aux traitements) à l'amélioration de la « santé publique », ceci dans la lignée de l'articulation foucauldienne entre biopouvoir et bio-politique (Foucault, 1976). Depuis la fin du XIX<sup>ième</sup> siècle, la santé était de fait progressivement devenue, dans les pays occidentaux, un enjeu sociopolitique majeur, tandis que le biopouvoir trouvait son expression ultime dans l'émergence de l'État-Providence (Ewald, 1996) et que naissait la santé publique « (...) dans l'institutionnalisation de la fonction politique, dans l'émergence de pouvoirs forts et centralisés [ainsi que] dans les logiques d'instauration et de légitimation de l'ordre étatique » (Fassin, 1996, p. 231).

Mais une politique sanitaire ne peut faire l'économie d'une réflexion sur les enjeux écologiques de la santé, ce qui a amené l'OMS en 1986 à situer la santé dans une perspective écologique et à la présenter dès ce moment comme une ressource de la vie quotidienne permettant à tout un chacun de réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et s'adapter au milieu. La santé étant ainsi considérée et sa complexité sous-jacente étant reconnue, il devient patent que la santé des individus tient à un ensemble de dimensions ou de facteurs sociaux qui débordent très largement du système de soins. Une démarche axée sur une approche de la santé obligeait subséquemment de réfléchir sur les facteurs qui peuvent l'influencer, sur les déterminants<sup>105</sup> de la santé.

---

<sup>105</sup> Un déterminant de la santé équivaut à un facteur physique, social, culturel, comportemental, qui influe sur la santé et qui amène un changement de santé. Il importe cependant de ne pas confondre les déterminants de la santé avec les indicateurs de santé d'une part, avec les facteurs de risque d'autre part.

Le facteur de risque est défini comme étant n'importe quel fait endogène ou exogène (aspect du comportement personnel ou habitude de vie; exposition à des dangers environnementaux; caractéristique innée, héréditaire) qui, selon les données épidémiologiques, peut être relié à un état de santé ou à une maladie qu'il faut

Et c'est ce qu'ont précisément fait Evans et al. (1994) qui – comme le suggère le titre de leur ouvrage, *Why are some people healthy and others not? The determinants of health of populations* – ont ouvert et couvert de manière exhaustive la question des déterminants de la santé, afin de

---

prévenir, et dont l'effet est subséquemment contrôlable (du moins théoriquement) par une action de prévention (ou par une intervention thérapeutique). Le facteur de risque – terme imprécis qui s'est popularisé à la suite de Framingham – est donc en lien direct avec la prévention; il peut correspondre à : i) un marqueur de risque (comme par exemple, l'âge, le sexe), ii) un facteur de risque modifiable ou un déterminant modifiable par une intervention, iii) un déterminant.

Quant aux indicateurs de santé, ils correspondent à des outils utilisés pour comparer les populations entre elles, pour porter un diagnostic de santé, pour évaluer une action de santé dans ses différentes étapes. Il importe de créer et d'utiliser l'indicateur le plus pertinent dans chaque situation; aussi existe-t-il une liste exhaustive d'indicateurs de santé, qu'il s'agisse d'indicateurs démographiques, d'indicateurs cliniques, d'indicateurs plus complexes prenant en compte diverses variables (indicateurs de déficience, d'incapacité, de désavantage social), d'indicateurs d'état (exposition à différents facteurs nocifs, comme par exemple, le tabac ou l'alcool; statistiques non médicales ou indicateurs indirects de morbidité, comme par exemple, le taux d'absentéisme au travail ou le taux d'échec scolaire) ou encore d'indicateurs d'évaluation ( indicateurs de ressources, de procédures, de résultats, d'impacts). Les indicateurs démographiques comprennent notamment le taux brut de mortalité, le taux brut de reproduction, la fécondité générale, l'espérance de vie (à la naissance ou à un âge donné), les années potentielles de vie perdues (paraissant sous l'acronyme APVP, qui constitue un des meilleurs indicateurs pour définir les priorités en santé publique, et qui permet d'évaluer l'importance des décès prématurés, comme par exemple dus à des accidents de voiture). Les indicateurs cliniques concernent toutes les données de morbidité et de mortalité liées à une maladie; ils permettent conséquemment d'identifier un problème de santé, de quantifier son importance et d'établir une liste des facteurs de risque liés à la maladie. Il en existe de différents types tels que : i) les indicateurs de mortalité concernant une maladie (taux de létalité), ii) les indicateurs de morbidité (taux de prévalence, taux d'incidence), iii) les indicateurs de risque (facteurs et marqueurs de risque). Enfin, on ne peut parler d'indicateurs sans évoquer les indicateurs d'évaluation, qui interviennent à toutes les étapes d'une politique sanitaire visant des objectifs précis, à savoir ; i) l'évaluation de l'état de santé, ii) l'évaluation des ressources, iii) le contrôle des procédures, iv) l'évaluation des résultats et des impacts. Chaque phase de l'action de santé est ici évaluée, les chiffres étant par suite comparés à une référence et l'écart par rapport à cette référence permettant de juger la qualité des soins. Il existe des indicateurs de ressources (qui permettent d'évaluer les moyens disponibles, comme par exemple, évaluer le nombre de lits d'hôpitaux ou encore le nombre de centres hospitaliers dans une région), des indicateurs de procédures (qui visent à évaluer la bonne réalisation d'une procédure, comme par exemple, évaluer le nombre de consultations réalisées rapportées au nombre de consultations prévues), des indicateurs de résultats (comme par exemple, le pourcentage de diminution de mortalité chez les enfants prématurés d'une ville en cinq ans, qui est comparé à la diminution de 30% qui était escomptée, cette diminution de 30% constituant l'objectif), des indicateurs d'impacts (qui visent à évaluer les effets inattendus d'une action, comme par exemple, évaluer la diminution du nombre de femmes fumant pendant la grossesse après une action qui visait à diminuer la mortalité des enfants prématurés).

proposer un cadre intégrateur des différents concepts émergeant de recherches jusqu'alors réalisées sur les déterminants de la santé des populations. En se basant entre autres sur les travaux réalisés par McKeown<sup>106</sup> (1972, 1973, 1979), sur la *Whitehall Study* faite par l'équipe de Marmot<sup>107</sup> (Marmot, 1986; Marmot, et al., 1987) ainsi que sur le *Black Report* (1980), Evans et al. (1994) mettent en lumière la relation existant entre, d'un

---

<sup>106</sup> McKeown (1972, 1973, 1979) a analysé la situation sanitaire en Angleterre et au Pays de Galles depuis le XVIII<sup>ième</sup> siècle, sa méthode historique ayant permis de mettre en évidence l'importance de déterminants liés au mode de vie dans le recul des maladies infectieuses. Selon cet auteur, ce sont principalement des changements de comportement tels que le fait de familles moins nombreuses associés à un accroissement de denrées alimentaires, qui ont permis d'améliorer la santé, et non la mise en application de thérapeutiques spécifiques. L'étude réalisée par le même auteur en 1979 touche plus particulièrement à l'évolution historique du taux de mortalité par tuberculose enregistré au Royaume-Uni : on y observe un recul important de l'affection avant même l'apparition des antituberculeux.

<sup>107</sup> Les études réalisées par Marmot et son équipe (Marmot, 1986; Marmot et al., 1987, 1988) ont permis de suivre quelque 10.000 fonctionnaires britanniques durant presque 2 décennies. Les résultats de cette étude dénommée « *Whitehall study* » ont mis en évidence une forte corrélation entre la position sociale et l'état de santé des fonctionnaires. Ainsi, la mortalité standardisée par âge chez les hommes de 40 à 64 ans s'est-elle révélée 3 fois plus élevée chez les employés de bureau et chez les travailleurs manuels que chez les cadres supérieurs de la fonction publique. Par ailleurs, les résultats ont montré l'existence d'un gradient de mortalité qui suivait le niveau hiérarchique : la mortalité apparaissait en effet significativement plus élevée auprès du personnel d'encadrement que chez les dirigeants, alors que les deux bénéficiaient de conditions de travail identiques et percevaient un salaire plus élevé que le reste de la population étudiée. Ce n'était donc pas le statut socio-économique qui permettait d'expliquer de telles différences d'état de santé, puisque les fonctionnaires appartenaient tous à une classe sociale élevée. L'hypothèse avancée par Marmot a été l'existence d'une relation entre l'état de santé et la situation hiérarchique des individus dans l'ensemble de la société. En outre, l'équipe de Marmot (1987) a observé que les risques de décès des fumeurs appartenant à des catégories hiérarchiques plus élevées étaient plus faibles comparativement aux autres catégories, de tels résultats suggérant que la santé était liée à la position sociale hiérarchique, dont les différentes maladies n'équivalaient donc qu'à une manifestation. Enfin, relativement à la morbidité, l'équipe de Marmot (1988) a réalisé un suivi de la tension artérielle auprès des fonctionnaires appartenant à tous les niveaux hiérarchiques, la prise de tension s'effectuant d'une part, au travail, d'autre part, à leur domicile. Marmot et al. (1988) ont ainsi mis en évidence une hausse de la tension artérielle moyenne prise sur le lieu même de travail existant chez tous les fonctionnaires. De retour chez eux, la chute de tension artérielle était toutefois plus significative chez les hauts fonctionnaires que chez les autres. Il apparaissait ainsi, suivant les auteurs, que les hauts fonctionnaires avaient une maîtrise de leur réaction au stress relativement meilleure. En outre, le taux sérique de fibrinogène se révélait significativement plus élevé chez les fonctionnaires de moindre niveau dans la hiérarchie (Marmot et al., 1988).

côté, l'accroissement graduel des taux de mortalité pour de nombreuses pathologies et de l'autre, la diminution du statut hiérarchique et socio-économique des individus dans une société. Un tel gradient de mortalité est présent depuis plusieurs décennies et aurait persisté en dépit de l'évolution des principales causes de mortalité. Pour éclaircir ce gradient de mortalité, Evans et al. (1994) soutiennent que la position hiérarchique des individus dans une société s'avère déterminante pour leur statut de santé. Également, les mêmes auteurs précisent que les différentes positions sont associées à l'exposition à divers stressseurs et qu'une telle exposition engendre des réponses biologiques et comportementales qui diffèrent selon le bagage génétique des individus et, surtout, selon leur position sociale, les réponses biologique et comportementale se révélant dès lors déterminantes pour la santé des individus. Evans et al. (1994) ajoutent toutefois que la voie d'expression de la maladie ne relève pas uniquement de ces déterminants : certains aspects de l'environnement social peuvent en effet influencer la relation existant entre le statut socio-économique et le statut de santé.

Evans et al. (1994) ont par ailleurs présenté l'évolution des modèles de déterminants de la santé avant d'en proposer un cadre intégrateur. Ils initient leur démarche avec un modèle biomédical, qui inscrit le système de santé comme étant le principal déterminant de l'absence de maladie, un tel modèle de rétroaction simple entre la maladie/pathologie et le système de soins ayant primé jusque dans les années 1970, avant d'être confronté à la « crise du financement de la santé ». Vient ensuite le modèle des quatre déterminants, issu en 1974 du livre Blanc de Lalonde, la *Nouvelle perspective pour la santé des Canadiens*. Pour la première fois, est ici proposée une typologie des déterminants de la santé, classés en quatre grandes catégories à partir d'une conception globale de la santé : i) les habitudes de vie (qui représentent l'ensemble des décisions que prennent les individus et qui ont des répercussions sur leur propre santé), ii) l'environnement (qui correspond à l'ensemble des facteurs extérieurs au corps humain qui ont une incidence sur



la santé et qui échappent en tout ou en partie à la maîtrise de chacun), iii) la biologie humaine (que constituent tous les aspects de la santé, à la fois physique et mentale, ayant leur origine à l'intérieur de l'organisme et dépendant de la structure biologique de l'homme et de la constitution organique de l'individu), iv) l'organisation des soins (qui inclut non seulement la quantité, la qualité, l'agencement et la nature des soins, mais encore les rapports entre la population et les ressources engagées dans la distribution des soins de santé). Tenant compte du livre Blanc ainsi que de travaux<sup>108</sup> ultérieurs tels que ceux d'Antonovski<sup>109</sup> (1979), de Caldwell<sup>110</sup> (1986), de Dutton (1986), de House et al. (1988), de Marmot (1986), de Sapolsky (1990), Evans et al. (1994) vont par suite proposer un cadre de référence plus complexe sur les déterminants de la santé (avec des extensions au bien-être et à l'économie), cadre qui suivant les auteurs reflète précisément la complexité des relations existant entre les déterminants de la santé, les individus et les populations. Evans et al. (1994) y posent la santé comme un déterminant du bien-être et non pas comme une fin en soi tout comme ils y

---

<sup>108</sup> Les travaux réalisés depuis quelque trois décennies ont permis de mettre en évidence l'influence d'un certain nombre de facteurs sur la santé, tels que : l'impact du « stress » sur la santé, l'existence ou l'absence de relations sociales, la place occupée dans la hiérarchie sociale, l'importance que revêt l'estime de soi pour la santé, ainsi que le degré de maîtrise sur l'avenir.

<sup>109</sup> Le sociologue Antonovski (1979) a introduit la notion de « salutogenèse », qui entre en opposition avec celle de pathogenèse. Ses travaux ont permis de comprendre pourquoi certains individus vieillissaient mieux que d'autres, notamment en raison de leur « sens de cohérence » plus développé, lequel leur conférait un sentiment que la vie – en dépit de ses tourments et des difficultés du quotidien – avait du sens, et qu'on pouvait agir sur elle, les choses de la vie n'arrivant pas par hasard. Précisons que, suivant Antonovski (1979), ledit « sens de cohérence » se développe dans l'enfance et se révèle dépendant du milieu familial, de l'éducation et des rencontres.

<sup>110</sup> En 1986, Caldwell a montré l'existence d'une forte corrélation entre la richesse d'un pays et la santé de sa population, tout en soulignant que, dans certains d'entre eux, l'état de santé s'avérait nettement meilleur que le niveau de revenu moyen permettait de l'envisager. Le même auteur a également mentionné qu'un haut niveau d'instruction de la mère semblait, comme d'autres caractéristiques sociales, systématiquement associé à un bon niveau de santé au sein de la population, ceci malgré une faiblesse de niveau de revenu moyen.

positionnent la prospérité sociale comme une ressource influencée par les coûts des systèmes de soins.

L'évolution de la connaissance portant sur les déterminants de la santé a autorisé la remise en question des idées auparavant admises couramment, selon lesquelles le système de soins constituait le principal déterminant de la santé. Toutefois, encore aujourd'hui, il persiste une certaine non-adéquation entre la connaissance des dits déterminants de la santé et la place accordée par les politiques de santé au système de soins (Pomey, 2000). La compréhension de l'impact des facteurs agissant sur la santé devrait, de l'avis de Pomey (2000), orienter les actions visant à améliorer la santé vers une plus grande pluri- et transdisciplinarité en santé publique, qui associerait notamment les considérations économiques, socioculturelles, environnementales et médicales. C'est en effet grâce à un travail associant l'ensemble des déterminants en fonction d'objectifs de santé que l'amélioration de la santé et de la qualité de vie progresseront davantage (*La Recherche*, 1999) ou que le « vivant pourra s'accomplir » (Contandriopoulos, 1994, 1996).

#### 4.1.3.2. **β** – *L'histoire de la démarche évaluative et l'irruption de l' « Evidence-based medicine » ouvrant la course aux données probantes dans le domaine de la santé*

Tel que le remarque Drucker (1992), pionnier de l'analyse organisationnelle, la fin du XX<sup>ième</sup> siècle a auguré l'ère du savoir. Ainsi, les savoirs sont aujourd'hui devenus des actifs stratégiques dont la maîtrise ou l'appropriation correspond à un enjeu primordial, tant au niveau sociétal qu'organisationnel. Cette popularité croissante pour la gestion fondée sur les savoirs reflète,

suivant Landry (1997), l'intérêt porté graduellement à l'utilisation des résultats de la recherche dans le processus décisionnel. L'actuelle société du savoir privilégie de la sorte la routinisation et l'institutionnalisation des connaissances, ce qui amène de profonds changements touchant la production, la dissémination et l'application des résultats de la recherche (Denis, et al., 2004).

Consubstantielle à la société (et à l'économie) du savoir, la diffusion de la culture évaluative est actuellement favorisée à l'échelle planétaire (Perret, 2001). Et, loin de s'éroder, l'intérêt pour la pratique de l'évaluation croît de jour en jour depuis environ trois décennies. Le questionnement évaluatif s'est aujourd'hui intégré dans les contextes culturel, historique, organisationnel, juridique et sociétal. Deux séries de critères témoignent de cet essor évaluatif de tournant de siècle : d'une part, le degré d'institutionnalisation de l'évaluation ainsi que son rôle dans la préparation des arbitrages budgétaires et dans le management public, d'autre part, l'importance et la structuration d'un milieu professionnel et académique (Perret, 2001).

Au fil du temps et de son développement, l'évaluation s'est progressivement transmuée en « fait de société » (Steudler, 2000, p. 74) et, à l'heure actuelle, un véritable « seigneurage évaluatif » procède partout, dans tous les domaines publics, et donc aussi... en santé. Depuis les années 1990, l'évaluation est effectivement entrée au cœur des réflexions sur la santé et, compte tenu de la crise<sup>111</sup> sans précédent qui a traversé – et qui traverse toujours – les systèmes de santé des sociétés industrielles avancées, une importance croissante lui a été accordée. D'abord d'obédience strictement

---

<sup>111</sup> Selon Contandriopoulos (1996, 2000), une crise sans précédent traverse les systèmes de soins des sociétés démocratiques contemporaines, cette crise englobant elle-même quatre crises concomitantes : une crise du financement, une crise des valeurs, une crise des connaissances et une crise de la régulation.

médicale<sup>112</sup> avec l'émergence du mouvement d'« *Evidence-based medicine* », l'« évidence<sup>113</sup> » – fille de l'épidémiologie clinique – va rapidement voir sa cote de popularité grimper dans tous les sous-domaines en rapport avec la santé : le mouvement de prise de décisions fondée sur des données probantes est lancé...

Mais le questionnement quant au pourquoi et au comment d'une telle promotion (actuelle) d'une « culture » de prise de décisions fondée sur des données probantes demeure toutefois bien légitime (Lapaige, 2006b).

---

<sup>112</sup> « La médecine [est d'abord devenue] incertaine », rapporte Condiropoulos (2000, p. 649), cet avis étant corroboré par Carré et al. (2001) qui évoque un processus de technicisation de la médecine. Quant à Illich, il précise, en 2004, que le diagnostic ne correspond plus à une image réaliste mais bien à un « [...] enchevêtrement de courbes de probabilité organisées en profil » (p. 34). La médecine, conclut le même auteur, « s'est mise hors d'état de choisir le bien pour un patient concret » (Illich, 2004, p. 34). Comme le précise aussi Ralston Saul (1998), le règne de la forme, de la gestion et de l'efficacité a transformé la pratique médicale en une sorte de réalité étriquée et artificielle dictée par des données, faisant fi des réalités de la société, des patients. Selon le dernier auteur (1998), l'efficacité étant devenue un but en soi, la pratique médicale s'est progressivement distanciée de la pratique humaniste à l'aune du XXI<sup>ème</sup> siècle. Dans le domaine de la médecine et de la santé, l'évaluation a en outre créé une dynamique (Stuedler, 2000). Elle a plongé : d'une part, la médecine dans une « véritable révolution copernicienne », d'autre part, le médecin « dans la tourmente » (Côté, 2001, p. 15). On peut donc dire que l'évaluation bouleverse aujourd'hui et la tradition (Guyatt, et al., 2000; Love, 2001) et la profession médicales (Seudler, 2000; Patton, 2002).

À l'aube du XXI<sup>ème</sup> siècle, le recoupement du champ de l'évaluation avec celui de la médecine constitue ainsi l'une des grandes évolutions du microcosme des praticiens. L'évolution de la médecine s'est placée sous l'égide de l'évaluation (Jenicek, 2003; Guyatt, et al., 2000) et, tandis que se perpétue la « mode de l'évaluation » (Perret, 2001, p. 4) dans les sociétés techniques avancées, la fin du XX<sup>ème</sup> siècle est marquée par une profonde transmutation du champ de la médecine (Paolaggi, et al., 2001; McColl, et al., 1998). La nécessité de mettre en œuvre une démarche qualité en médecine et d'étendre l'évaluation est donc (ré)affirmée. Enfin, précisons avec Love (2001) et Lecomte et al. (2003) que l'évaluation en santé s'est traduite dans les années 1990 par le développement majeur et simultané de trois secteurs d'activités pour la prise de décision clinique et politique : l'évaluation des technologies de la santé, la médecine basée sur des preuves scientifiques et le développement des guides de bonne pratique.

<sup>113</sup> «Évidence », anglicisme tiré de l'acception même d'« *Evidence-based medicine* », qui apparaît également en langue française sous les vocables de « preuve », « donnée probante », « donnée factuelle » ou encore « fait ».

Si l'on s'en tient spécifiquement au Québec et au Canada, la promotion d'une culture de prise de décisions fondée sur des données probantes est orchestrée par différents acteurs dès la toute fin du siècle passé. Dès 1997-1998, le Forum national de la santé fait de la création et du développement d'une telle culture l'un des principaux objectifs du secteur de la santé pour le XXI<sup>ème</sup> siècle (Forum national, 1997; National Forum on Health, 1998). Parallèlement, la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé se donne pour mission d'appuyer la prise de décisions fondée sur des données probantes dans l'organisation, la gestion et la prestation des services de santé. Les mêmes propos seront ensuite tenus au sein du programme FORCES (Formation en utilisation de la recherche pour cadres qui exercent en santé), programme créé au tournant de siècle par la FCRSSS en partenariat avec trois acteurs institutionnels – Collège canadien des directeurs de services de santé, Association médicale canadienne et Association des infirmières et infirmiers du Canada –, lequel programme a pour but de familiariser les décideurs à la recherche tout en promouvant une culture de prise de décisions fondée sur des données probantes (FORCES, 2003).

De l'avis de Jenicek (2003), la prise de décisions cliniques fondée sur des données probantes s'attaque directement à la surutilisation des services médicaux, aux erreurs évitables et aux variations de pratique médicale. Cependant au-delà de l'actuelle impulsion dont fait l'objet l'« *Evidence-based medicine* » (EBM), Lecomte (2003) situe plus profondément son ancrage au niveau économique-politique. Ainsi, suivant Lecomte (2003), le processus d'émergence des « meilleures pratiques<sup>114</sup> » s'inscrit dans la transmutation qui marque le milieu de la santé depuis la fin du siècle passé, une

---

<sup>114</sup> Concernant le lien entre l'EBM et les « meilleures pratiques », il semble judicieux de rappeler à ce niveau que deux modèles sont habituellement proposés pour développer les meilleures pratiques : le premier est fondé sur les données probantes tandis que le second s'appuie sur les avis des spécialistes.

transmutation qui comporte quatre éléments clés : i) l'importance accordée à l'évaluation empirique, qui permet de baser les décisions cliniques sur des données probantes ou sur les meilleures pratiques qui proviennent de la recherche scientifique, ii) le financement de la recherche qui répond aux priorités gouvernementales, iii) la volonté manifestée par les gouvernements de transformer les pratiques de manière radicale, iv) la nécessité de diffuser les résultats de recherche afin de maximiser leur transfert dans les milieux de pratique. Selon l'analyse économique-politique de Lecomte (2003), la rationalisation des connaissances – qui définit les meilleures pratiques comme des interventions basées sur des données probantes – se présente comme une solution dynamique puisqu'elle permet d'intégrer l'axe des coûts et l'axe des connaissances. La rationalisation a donc vu le jour dans le début des années 1990, engendrée par la profonde fracture entre le développement des connaissances et celui des ressources nécessaires à leur application. Paolaggi et al. (2001) avaient d'ailleurs également mentionné cette hétérochronie.

Selon Lecomte (2003), l'actuel mouvement des meilleures pratiques se présente comme

(...) un nouveau paradigme dans le champ de la santé qui vise à modifier profondément les manières de traiter et de répondre aux besoins des personnes en difficulté, que ce soit au plan des interventions, des programmes psychosociaux ou des modèles organisationnels. (p. 30)

Le même auteur précise toutefois que :

(...) comme le soulignent de nombreux chercheurs et cliniciens, il ne faut pas adopter ce nouveau paradigme à l'aveugle. Ce mouvement fournit des outils très utiles et imaginatifs pour améliorer les pratiques. Mais il comporte aussi de nombreuses lacunes dans ses fondements. (p. 30)

... Propos que ne semblent pas du tout corroborer Guyatt et al. (2000) pour lesquels l'EBM constitue vraiment un paradigme au sens kuhnien du terme.

En effet, la médecine factuelle se présente elle-même, dès 1992, comme une nouvelle médecine : « *A new paradigm for medical practice is emerging* » (Evidence-based Medicine Working Group, 1992, p. 2420). Il s'agit, de l'avis de Guyatt et al. (2000) et des autres promoteurs de l'EBM, d'un paradigme à quatre composantes ou quatre bases :

- Composante 1 : en l'absence d'une observation systématique, effectuée selon les principes scientifiques, il faut être prudent, voire méfiant, dans l'interprétation des informations dérivées de l'expérience clinique et de l'intuition, car elles induisent souvent en erreur;
- Composante 2 : l'étude et la compréhension des mécanismes de base d'une maladie sont nécessaires, mais elles ne sont pas suffisantes pour la pratique clinique. Les bases rationnelles du diagnostic et du traitement qui se font sur des principes de physiopathologie peuvent en fait être incorrectes, conduisant à des prédictions erronées quant à la qualité des tests diagnostiques et à l'efficacité des traitements;
- Composante 3 : la compréhension de la définition d'un niveau de preuve est absolument nécessaire pour interpréter correctement la littérature en ce qui concerne la cause, le pronostic, les tests diagnostiques et les stratégies thérapeutiques. Les praticiens devront donc consulter régulièrement la littérature originale. Ils doivent lire et être capables de critiquer les sections concernant les méthodes et les résultats, lorsqu'ils veulent résoudre un problème clinique et donner un soin optimal au malade. Ils doivent être prêts à accepter de vivre dans une certaine incertitude et à reconnaître que les décisions qu'ils prennent le sont souvent en présence d'une ignorance relative sur leurs véritables connaissances. Le nouveau paradigme que constitue l'EBM donne donc beaucoup moins de valeur à leur autorité. La philosophie sous-jacente est que les médecins sont aujourd'hui

capables d'acquérir la capacité de faire leur propre évaluation de ce qu'est une évidence, et de ce fait d'évaluer aussi la crédibilité des opinions offertes par les experts;

- Composante 4 : une dernière composante du paradigme, ajoutent Guyatt et al. (2000), est que le médecin dont la pratique est basée sur une compréhension et une connaissance des niveaux de preuves donnera au patient des soins de meilleure qualité.

Au sein des professionnels, le mouvement des meilleures pratiques a toutefois suscité une vive controverse qui s'articulait autour de la question suivante : l'évaluation médicale (les recommandations cliniques) met(tent)-elle(s) en jeu voire en danger l'autonomie du médecin (Steudler, 2000)? Quant au phénomène EBM, il a réactivé le débat relatif à l'évaluation médicale et en a déclenché un nouveau, plus musclé, concernant plus spécifiquement la philosophie de la pratique de la médecine et l'avenir de la profession médicale (McColl, et al., 1998; Steudler, 2000; Young, et al., 2001). Selon Giacomini (2001), la philosophie de l'EBM suggère en effet qu'en matière d'acquisition des connaissances, le raisonnement inductif est inférieur au raisonnement déductif, les perceptions subjectives inférieures à la quantification objective, et la description inférieure à l'expérimentation des hypothèses.

Pour ses promoteurs, la médecine factuelle apparaît pourtant essentielle afin de contrer différentes crises – notamment celles de la normativité, de la profession médicale et du système de santé – et elle est présentée comme référentiel normatif et solution aux variations de pratique médicale (EBMWG, 1992; Grol, 2001). Toutefois, de nombreux cliniciens se sont interrogés quant aux limites conceptuelles et méthodologiques de l'EBM (Bourgeois, 2001; Green, 2001; Greenhalgh, 2001; Lesage, et al., 2002; McColl, et al., 1998; Williams, et al., 2002; Young, et al., 2001). La notion de preuve ou d'évidence



dans le champ de la santé et dans le champ de l'évaluation a été – et est encore aujourd'hui – âprement discutée : la prééminence du quantitatif sur le qualitatif en recherche a suscité un débat non encore clos. La dominance de l'objectivité marquant aujourd'hui la pratique clinique tout comme la construction rationnelle du savoir ont été mis en doute. En outre, le lien entre savoir scientifique en médecine et pratique clinique a été questionné. Ainsi, selon Paolaggi et al. (1996), l'absence de différence cliniquement pertinente ou, inversement, une différence significative sur le plan statistique demeure sans intérêt si elle ne sous-tend pas une amélioration clinique suffisante. Par ailleurs, suivant différents auteurs (Paolaggi, et al., 1996; Lièvre, et al., 2001; Malterud, 2001), la pratique médicale ne se résume pas à l'application de résultats d'essais thérapeutiques, quelle que soit leur valeur intrinsèque : l'expérience individuelle du médecin, les préférences personnelles d'un patient dûment informé et les valeurs de la société conservent toute leur importance dans la décision finale. Enfin, différents auteurs (Bourgeois, 2001; Kerridge, et al, 1998; Malterud, 2001; McColl, et al., 1998; Paolaggi, et al., 1996; Rushton, 2001; Trinder, 2000; Young, et al., 2001) ont insisté sur le caractère humaniste de la profession médicale. Pour ceux-ci, la médecine est une pratique et une science humaines, non réductibles aux chiffres, tirant profit des enseignements du passé et dont le progrès passe autant par une meilleure compréhension physiopathologique que par une démonstration statistique.

Enfin, il semble important, à l'heure actuelle, de mieux connaître – pour mieux la comprendre – la généalogie, la définition inaugurale et la (ou les) finalité(s) de l'EBM... de l'avis même de ses promoteurs.

La médecine factuelle est née dans les programmes de la faculté de médecine de l'Université McMaster dans les années 1980, dans le contexte d'émergence d'une nouvelle culture pédagogique. Il importait alors de trouver une méthode d'enseignement centrée sur l'apprentissage par problème, qui

placerait l'étudiant au cœur de son apprentissage, face à des problèmes complexes, une méthode qui serait donc plus à même de faciliter le transfert des apprentissages pour valoriser la compétence. Il était nécessaire, pensaient (et avançaient) les universitaires épidémiologistes de la McMaster School, de s'affranchir du modèle professoral traditionnel, où l'exposé magistral avait rapidement montré ses limites en termes d'efficacité d'apprentissage, et où l'évaluation tenait une place de sanction et non pas un rôle formateur.

Le terme même (ou l'acception, devrait-on dire) d'EBM a donc initialement été présenté(e) – on pourrait dire « créé(e) » – en 1989 par Neufeld (cité dans Lecomte, 2003); il s'agissait alors de désigner un des concepts fondamentaux de la réforme pédagogique que les professeurs de l'Université McMaster étaient en train de mettre en œuvre. La première des deux racines de l'EBM est donc le développement d'une méthode d'apprentissage de la médecine. Ajoutons de suite que l'EBM trouve sa seconde racine dans l'entreprise de réforme thérapeutique qui, aux États-Unis, durant l'Après Deuxième Guerre, s'est appuyée sur les statistiques et a placé l'essai contrôlé randomisé en tête des meilleurs outils comme un idéal de travail à atteindre.

Mais revenons à ce concept novateur – et réformateur – qu'est l'EBM, concept immédiatement adopté par la *Cochrane Collaboration* qui défendait, depuis son origine, les essais contrôlés randomisés ainsi qu'une méthodologie rigoureuse en recherche clinique.

Pour poursuivre les considérations historiques touchant à l'EBM, sachons que dès 1992, un ensemble d'épidémiologistes a de suite créé l'*Evidence-Based Medicine Working Group* qui élargissait le concept de Neufeld à la pratique quotidienne de la médecine. À ce moment, aucune définition précise de l'EBM n'accompagnait toutefois ce passage (cette transition). Ce n'est que

plus tard que Sackett et son équipe, en réponse à des commentaires (ou en réponse aux premières critiques) définira l'EBM comme suit :

Evidence based medicine is the conscientious, explicit, and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients. The practice of evidence based medicine means integrating clinical expertise with the best external clinical evidence from systematic research. (Sackett, et al., 1996, p. 71-72)

L'EBM relève directement de l'épidémiologie clinique, le type d'épidémiologie<sup>115</sup> le plus récent après, dans l'ordre de leur apparition : i) l'épidémiologie descriptive, ii) l'épidémiologie analytique, iii) l'épidémiologie évaluative.

Quant aux avantages et/ou à la (aux) finalité(s) de l'EBM, elle permet, suivant ses promoteurs :

- De s'attaquer directement à la surutilisation de divers services médicaux;

---

<sup>115</sup> L'épidémiologie est définie par l'OMS comme l'étude de la distribution des maladies et des invalidités dans les populations humaines ainsi que des influences qui déterminent cette distribution. Il y a aujourd'hui quatre types d'épidémiologie qui se sont développés successivement. L'épidémiologie est d'abord la science des épidémies des maladies infectieuses, contagieuses, pour s'intéresser ensuite au domaine des maladies non transmissibles. Orientée initialement vers la description des phénomènes de santé par le recueil d'informations sanitaires, elle se développe ensuite dans le domaine de la recherche étiologique avec l'épidémiologie analytique, qui cherche à mettre en évidence une association statistique entre un facteur de risque et une maladie. Par suite, se développe l'épidémiologie évaluative qui a comme objectif d'apprécier dans quelle mesure une intervention de santé publique (c'est-à-dire une action menée dans un objectif de prévention, de diagnostic ou de traitement) atteint les objectifs qui lui sont assignés. L'épidémiologie est considérée comme une méthode de raisonnement sur les phénomènes morbides observés dans les populations humaines. Finalement, avec l'épidémiologie clinique, dont relève directement l'EBM, elle devient la mise en application des méthodes épidémiologiques au niveau du raisonnement médical clinique (qu'il s'agisse du choix du meilleur test diagnostique, du choix de la meilleure stratégie thérapeutique ou de l'aide à la décision).

- De diminuer l'écart entre les résultats probants et l'utilisation de ces résultats (faire le pont au-dessus du fossé [*gap*] existant entre les milieux de recherche et de pratique) et dès lors :
  - De réduire les erreurs évitables;
  - De réduire les variations de pratique clinique;
- D'améliorer la qualité de soins en fournissant aux praticiens l'information sur laquelle fonder leurs décisions cliniques, en s'assurant que le patient reçoit les soins les plus à jour, en améliorant la continuité et l'uniformité des soins entre les différents praticiens;
- D'intégrer l'apprentissage au sein même de la pratique.

En pratique, la démarche processuelle de l'EBM se décompose en cinq étapes successives :

- Étape un : transformer le besoin d'information (quant au traitement, diagnostic, facteur de risque ou pronostic) concernant un patient donné en une question claire et précise suivant les critères PICO<sup>116</sup>;
- Étape deux<sup>117</sup> : rechercher de manière aussi efficace que possible les articles les plus pertinents;

---

<sup>116</sup> L'étape un de la démarche processuelle de l'EBM correspond à la définition précise de ce qu'est le problème du malade et de l'information qu'il est nécessaire d'acquérir pour résoudre le problème. Pour y arriver, il s'avère nécessaire de décomposer la question en différents concepts en utilisant les critères PICO :

**P** = Patient characteristics or Problem being addressed;

**I** = Intervention or exposure being considered (treatment, diagnostic test, risk factor, prognostic factor);

**C** = Comparison intervention or exposure, when relevant (implicit or explicit);

**O** = clinical Outcome of interest (positive or negative).

- Étape trois<sup>118</sup> : évaluer de manière critique la validité (fiabilité) et l'intérêt (applicabilité) des résultats et extraire les preuves qui sont à la base des décisions cliniques;
- Étape quatre<sup>119</sup> : en déduire la conduite à tenir pour le patient considéré, c'est-à-dire intégrer cette évaluation des données probantes avec l'expertise clinique et les valeurs du patient pour appliquer les résultats dans la pratique;
- Étape cinq<sup>120</sup> : évaluer (pour le médecin) sa propre performance de recherche et d'application clinique des données probantes au cas particulier concerné (s'auto-évaluer).

---

<sup>117</sup> L'étape deux correspond plus précisément à la conduite d'une interrogation efficace de la littérature couplée à une sélection des meilleures études concernées par le problème. La littérature inclut :

- Les bases de données bibliographiques...
- ... Avec ajout de termes spécifiques : i) *meta-analysis, systematic review, systematic overviews, methodological reviews, methodological overviews, quantitative reviews, medline*, ii) *sensitivity and specificity, sensitivit\$, specificit\$, predictive value\$, double blind\$, placebo\$, random\$*;
- Les filtres méthodologiques pour la recherche de publications pertinentes : *Clinical Queries, SUMSearch*;
- Les bases de données EBM : *CDSR, DARE, ACP Journal Club, Evidence-Based Medicine*;
- Et le choix du type d'études selon le niveau de preuve.

<sup>118</sup> L'étape trois correspond plus précisément à la détermination du niveau de preuve qui qualifie ces études. D'abord, les recherches médicales publiées peuvent manquer soit de pertinence soit d'une rigueur méthodologique suffisante pour être utilisées comme bases de décisions cliniques. En outre, il existe des sources de variabilité et d'erreur dans les essais cliniques : erreurs aléatoires liées aux fluctuations de l'échantillonnage ou erreurs systématiques (biais) qui dépendent de la façon dont est organisée l'étude. Enfin, plus récemment, cette étape fait référence à l'« appréciation critique de la littérature ».

<sup>119</sup> L'étape quatre correspond plus précisément à l'extraction du message clinique et application de ce message au problème du malade. Elle inclut l'évaluation des risques et bénéfices potentiels du traitement dans chaque cas particulier et son applicabilité à un patient donné. Elle requiert l'expertise clinique du praticien qui déterminera la mise en application ou non des données probantes.

<sup>120</sup> L'étape cinq correspond plus précisément à la capacité de présenter à un collègue de manière brève le contenu du message avec ses forces et ses faiblesses; évaluer si l'application des meilleures preuves au cas du patient est en accord avec les résultats qu'il est légitime d'attendre et si elle satisfait les impératifs d'une éthique clinique :

La qualité de l'information scientifique – le niveau de preuve – existant sur un sujet dépend de la qualité méthodologique intrinsèque des études disponibles. Le Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique a été le premier, en 1994, à prendre en compte la qualité méthodologique des études ou données disponibles lors de l'élaboration de recommandations. La qualité des données épidémiologiques a été évaluée ensuite le *US Preventive Services Task Force*, dès 1999, en tant que condition préalable essentielle à leurs recommandations au sujet du dépistage et des interventions à visée préventive. On y trouve plusieurs catégories de preuves, la classification de l'efficacité d'une intervention médicale s'y présentant comme suit :

- I. Preuves obtenues d'au moins un essai clinique randomisé de façon appropriée;
- II. 1. Preuves obtenues d'essais cliniques bien menés mais non randomisés;
- II. 2. Preuves obtenues d'études de cohortes ou de cas-témoins bien menées, de préférence dans plus d'un centre ou par plus d'un groupe de recherche;
- II. 3. Preuves obtenues de séries chronologiques multiples, avec ou sans interventions. Des résultats de première importance obtenus dans le cadre d'études non comparatives (par exemple, les résultats du traitement de la pénicilline dans les années 1940) peuvent aussi figurer dans cette catégorie;

---

« suis-je capable de faire de l'*Evidence-based practice*? À quelle étape est-ce que j'éprouve des difficultés? Et pourquoi? ».

- III. Preuves fondées sur la base d'opinions d'experts reconnus, à partir de l'expérience clinique, d'études descriptives ou de rapports de comités d'experts.

Comme on s'en doute, il n'est pas toujours possible de parvenir à une rigueur scientifique absolue; par exemple, la tenue d'essais comparatifs randomisés ou d'études de cohortes peut être contraire à l'éthique ou irréalisable dans certaines circonstances.

Après adaptation par Gray (2002) et par Sackett et al. (2000), la hiérarchisation des preuves référant à l'*étape deux* de la démarche processuelle de l'EBM se présente comme suit (hiérarchie allant du plus haut au plus bas niveau de preuve) :

- 1a : revue systématique d'essais contrôlés randomisés (méta-analyse);
- 1b : un essai contrôlé randomisé avec faible intervalle de confiance;
- 1c : séries de cas « tout ou rien »;
- 2a : revue systématique d'études de cohorte;
- 2b : étude de cohorte individuelle ou ECR avec < 80 % de suivi;
- 2c : recherche centrée sur les résultats (*outcomes research*) ou étude écologique (*ecological study*);
- 3a : revue systématique d'études cas-témoins;
- 3b : étude cas-témoins individuelle;

- 4 : série de cas;
- 5 : opinion d'experts.

De nombreux cliniciens considèrent que les ECR correspondent au « gold standard » (ou étalon-or, c'est-à-dire le meilleur niveau de preuve, le meilleur devis d'étude ou type de recherche) : en fait, cela ne se vérifie que pour des questions d'efficacité de choix/stratégies thérapeutiques (Geddes, et al., 1997; Greenhalgh, 2001). En effet, il importe de relier le niveau de preuve au type de question posée (c'est-à-dire relier les *étapes un et deux*). Ainsi, le niveau de preuve à privilégier est subordonné au type de question clinique :

- Pour un diagnostic : étude transversale;
- Pour un traitement : essai contrôlé randomisé;
- Pour un pronostic : étude de cohorte;
- Pour une étiologie, un facteur de risque : étude de cohorte ou étude cas-témoins.

#### 4.1.3.2. y – *L'histoire de la bataille du risque*

La prolifération du risque dans le quotidien est caractéristique du dernier quart de siècle, qu'il s'agisse des risques alimentaires – largement médiatisés – de « vache folle », de listériose ou de salmonellose, qu'il s'agisse du tabagisme-fléau reconnu par l'OMS comme enjeu central de santé publique et taxé de risque sanitaire majeur, de la montée d'une « culture du risque » se heurtant aux risques technologiques majeurs (catastrophes nucléaires, destruction de la couche d'ozone, pollution de l'air et destruction des



écosystèmes) apparus dans l'Après Seconde guerre mondiale, voire encore des « conduites à risque » des jeunes comme possible réactualisation de rites ordaliques.

La périodisation 1980-2007 deviendrait-elle l'ère de (peureux?) risquophobes et/ou de (joyeux?) risquophiles. La question demeure ouverte, mais tout au moins peut-on observer comme trait distinctif majeur des sociétés occidentales contemporaines, l'envahissement conquérant de la notion de risque, qu'accompagne – sur fond d'héroïsation des preneurs de risque qui réussissent – un nouvel impératif paradoxal de prévention du risque (Douglas, et al., 1990; Morin, 2004; Peretti-Watel, 2000).

#### 4.1.3.2. y.1. *La saillance sociale des risques*

Le risque constitue le pivot central de la vie sociale contemporaine et de la « modernité avancée » du dernier quart de siècle (Giddens, 1991), avec son corollaire de recherche de réassurance et de sécurité (Morin, 2004). Depuis les années 1980, différents chercheurs parlent effectivement de « société du risque » (Beck, 2001; Peretti-Watel, 2000), Beck étant le promoteur de la notion en 1986, peu de temps après Tchernobyl. L'analyse de ce dernier auteur, à la fois critique et polémique, reflétait d'ailleurs la sensibilité de l'époque aux risques technologiques et environnementaux majeurs. L'analyse de Beck (2001) pourrait aussi être présentée comme un vivant témoignage du passage au niveau sociopolitique des préoccupations croissantes qu'avaient suscité, au sein de l'opinion publique, des catastrophes comme celles de Bhopal et de Seveso. À côté de la « société du risque », il est également fait état de la « civilisation du risque » avec Lagadec (1981), de « société vulnérable » avec Fabiani et al. (1987) ou de « risques majeurs » avec Duclos (1987).

Par ailleurs, c'est à la même époque – soit vers la fin des années 1980 – que commence à croître le degré de visibilité médiatique du sida. Bien que la crainte du retour des épidémies du passé n'ait pas encore atteint son paroxysme (Paicheler, 2002b) à ce moment, un tout premier cadrage des formes adoptées par la saillance sociale du risque se met en place. Ainsi, les traits caractéristiques de la saillance du risque inhérente à cette époque pourraient-ils être présentés de la manière suivante :

- Le premier trait correspondrait à l'hétérogénéité inégalitaire des expositions au danger et à la globalisation graduelle des risques. On peut effectivement constater une course entre la prolifération visible des richesses et celle, invisible, des risques (Morin, 2004). Ajoutons que, selon Beck (2001, p. 35), « (...) la production sociale des richesses est systématiquement corrélée à la production sociale des risques » et que leur augmentation concomitante se reflète dans des répartitions inégalitaires des dangers, les situations d'exposition aux risques correspondant aussi à des situations de classes, même si « au bout du compte », la distribution inégalitaire va se retourner contre les détenteurs de richesse (Beck, 2001; Morin, 2004). Enfin, les risques technologiques ou nucléaires – comme par exemple, le nuage de Tchernobyl – ne connaissent pas de frontières, qu'il s'agisse des frontières des États ou de celles des classes sociales;
- Le deuxième trait de la saillance sociale des risques correspondrait, d'une part, au rôle nouveau de la science en tant qu'organe de perception, d'autre part, à l'élaboration active de « théories profanes » du risque. Les nouveaux risques n'étant ni visibles ni tangibles et échappant ainsi à l'expérience sensible – même lorsqu'il s'agit de risques environnementaux –, les menaces apparaissent comme diffuses. La conscience des risques au quotidien va dès lors passer

par « du théorique », par de l'information médiatisée ou non (Beck, 2001);

- Le troisième trait de saillance des risques correspondrait à la crainte du futur ainsi qu'à l'apparition du principe de précaution<sup>121</sup> (Dab, 1995; Ewald, 2001). Ce dernier principe vient donc s'ajouter au principe de prévention, lui-même entendu comme étant la recherche maximale d'une correction des dangers connus à leur source (Lascoumes, 1997a). Les deux principes précités vont se coaliser pour former une nouvelle culture du risque, celle-ci étant placée sous l'égide de la précaution qui impose un dépassement des limites des approches prédictives déterministes au profit d'anticipations de dangers improbables ou à la probabilité difficilement estimable (Lascoumes, 1997a);
- Le quatrième trait de la saillance sociale des risques correspondrait au débat relatif à l'acceptabilité sociale du risque. Étant donné l'inexistence du « risque zéro », un débat ainsi qu'une recherche sur les seuils de « risque acceptable » se sont ouverts dans les années 1980 auprès de décideurs rationnels, une bonne gestion des risques sociétaux reflétant selon ces derniers une minimisation de la probabilité et de la magnitude des conséquences indésirables sans entraîner de risques excessifs. À la question posée il y a quelque deux décennies, « à partir de quel seuil la sécurité devient-elle suffisamment sûre ? », s'est, depuis quelques années, substituée, la question

---

<sup>121</sup> Le principe de précaution a été formulé vers la fin des années 1980 afin de désigner les mesures à prendre en matière de changements climatiques. Il a été par suite reconnu, en 1992, lors du sommet de la terre à Rio. Le traité de Maastricht en fait notamment, à l'heure actuelle, l'un des principes directeurs des politiques environnementales, selon lequel : l'absence de certitudes, compte tenu des connaissances scientifiques du moment, ne doit pas retarder l'adoption de mesures effectives proportionnées, qui visent à prévenir un risque de dommages graves et irréversibles à l'environnement, ceci à un coût économique acceptable.

suivante : « le seuil de sécurité est-il *socialement acceptable* ? » (Rainer, et al., 1987, p. 140). Comment peut-on en effet prévoir et comprendre sur quoi va se fixer ou sur quoi se fixe l'intérêt du public lorsqu'il s'agit de risques à faible probabilité? Par exemple, le risque qu'un mammifère comme le tigre s'échappe d'un zoo et s'attaque aux visiteurs se révèle peu crédible et dès lors ne préoccupe pas le public nord-américain (Starr, 1985), parce que le public fait confiance aux gardiens de zoo. Mais d'autres craintes peuvent se développer sans frein, avec une grande variabilité suivant les pays et malgré une probabilité jugée faible : ainsi en a-t-il été des craintes survenues dans le contexte de la « vache folle »... Qui donc peut définir – et comment le faire dès ce moment – l'acceptabilité sociale du risque? Doit-on ou peut-on par ailleurs se demander quelle est l'équité sociale du risque acceptable (Rainer, et al., 1987)? Les questions précitées demeurent sans réponse nette. Quant à la thématique de l'acceptabilité sociale du risque, elle s'articule aujourd'hui de trois principaux éléments (points de vue) : i) l'impérieuse nécessité de la précaution du côté des décideurs, ii) l'énoncé universaliste de l'idéologie libérale selon lequel le risque constitue un élément fondamental de la condition humaine et que les individus se doivent de l'accepter comme tel, iii) la nécessité éthique de reconnaître les inégalités d'exposition aux risques (ce troisième élément ou point de vue est toutefois moins fréquemment relevé). Au-delà des débats de points de vue, tout un travail de recherche interdisciplinaire, procédant d'un ancrage clairement affiché dans les sciences sociales, est réalisé depuis quelques années dans les pays occidentaux afin de caractériser les critères, les méthodes et les procédures utilisés dans les processus décisionnels de sécurité sanitaire (Morin, 2004; Setbon, 2004). Un tel travail de recherche tente de répondre à la présente demande d'identifier et d'analyser les fondements cognitifs et sociaux qui permettent d'étayer les décisions

publiques visant à assurer ou à renforcer la sécurité sanitaire<sup>122</sup> (Morin, 2004; Setbon, 2004).

Enfin, on ne peut parler de saillance sociale des risques sans évoquer, avec Douglas (1992), la détermination culturelle des perceptions du risque. En effet, la diversité des points de vue relatifs à un risque donné n'est pas seulement tributaire du niveau de compétence technique de tout un chacun, comme elle ne se limite pas à une opposition simple entre l'expert et le profane. Au contraire, les opinions et les attitudes à l'égard des risques s'appuient sur des valeurs culturelles : il s'agit là du « biais culturel » de Douglas (1992), apte à rendre parfois inopérants les plus « fameux » arguments scientifiques. Ainsi, par exemple, si des études médicales et épidémiologiques montrent que le cannabis ne crée pas de dépendance physique et suggèrent que l'usage du cannabis n'entraîne que rarement une escalade vers d'autres substances plus dangereuses, de tels données scientifiques ne rassurent pas ceux qui adhèrent à une éthique condamnant toute substance dont l'absorption est passible d'altérer la maîtrise de soi et qui procure un « plaisir artificiel », soit une exaltation sans effort (Becker, 1985, p. 159).

Selon Douglas (1992), il existe quatre types organisationnels-culturels se distinguant notamment par leur attitude face au risque. Suivant leur appartenance à tel ou tel autre type culturel, les individus adopteront une

---

<sup>122</sup> La notion de sécurité sanitaire est apparue au début des années 1990, à la suite de l'affaire dite de sang contaminé. Elle a pour objet de prévenir ou de réduire les risques iatrogènes, les accidents et les incidents liés aux traitements, aux actes de prévention, de diagnostic et de soin, à l'usage de biens et de produits de santé comme aux interventions et décisions des autorités sanitaires (Tabuteau, 1994). La sécurité sanitaire inclut trois exigences, à savoir : i) l'évaluation des actes thérapeutiques (qui elle-même intègre des outils tels que la gestion des risques, l'évaluation de la qualité de soins, le développement de bonnes pratiques cliniques et la mise en place de procédures d'assurance de la qualité, ii) le contrôle des produits à usage thérapeutique et des produits alimentaires, iii) la veille sanitaire (c'est-à-dire la surveillance de tout nouveau événement concernant la santé de la population et la mise en œuvre de la procédure d'alerte) (Tabuteau, 1994).

conception différenciée de la connaissance et par là même, leur perception des risques – technologiques, sanitaires ou écologiques – en sera altérée. Par ailleurs, toujours selon Douglas (1992), certains de ces types culturels pourront aussi être caractérisés par des attitudes précises et spécifiques à l'égard du risque en général, par des « portefeuilles de risques » différenciés, puisqu'ils ne craindront pas les mêmes menaces. La promotion de l'approche « culturelle » du risque faite par Douglas (1992) a contribué à la remise en cause d'une certaine « fausse innocence » de l'expertise scientifique (probabiliste) et de l'individualisation des rapports au danger.

Les quatre types organisationnels idéal-typiques décrits par Douglas (1992) se présentent de la manière suivante :

- La « structure hiérarchique », dont l'archétype est la bureaucratie et qui se caractérise par une frontière marquée, nette, entre les groupes sociaux, ainsi que par des relations hiérarchisées accompagnant une différenciation des statuts et des rôles à l'intérieur même du groupe. La structure hiérarchique constitue habituellement la communauté centrale de toute société, communauté centrale dont les membres respectent le savoir scientifique institutionnel détenu et produit par les savants (les experts) légitimés par les autorités. Les membres conçoivent en outre un tel savoir comme résultant d'un long travail collectif d'accumulation (de données, de savoirs). Ainsi, par exemple, feront-ils confiance aux campagnes de prévention du sida en tant que maladie transmissible mais non contagieuse. De la même manière, certains continueront à manger du bœuf aussi longtemps que les autorités ne l'interdiront pas, toujours en se fiant aux labels officiels;
- L'« individualisme », correspondant à une organisation peu structurée aux frontières peu marquées. Par exemple, sur un marché et dans une situation de concurrence parfaite, les entrepreneurs vont former

un collectif non structuré, non hiérarchisé (puisqu'ils ne sont pas liés par des relations de subordination) et sans frontière (puisque l'entrée sur le marché est libre). Ils ressortent donc du type culturel individualiste qui, à l'instar du (précédent) bureaucrate, se fiera au savoir officiel, mais avec un peu d'avance : ainsi, pour se soigner par exemple, choisira-t-il (aussi) un médecin accrédité, mais encore un médecin accrédité... à la fine pointe de la science et de la technologie (comme lui). Tout en cautionnant les experts officiels, les « individualistes » de Douglas (1992) se montrent donc plus attentifs aux dernières innovations;

- La « secte égalitaire » (ou le « sectarisme égalitaire »), renvoyant à de petits groupes fermés, qui s'isolent du reste de la société et instaurent entre leurs membres des relations égalitaires. Outre les sectes religieuses, Douglas et al. (1982) ciblent sous cet idéal-type les mouvements écologistes et le syndicalisme britannique (Douglas, 1992). En ce qui touche à la conception du savoir, le type sectaire égalitaire se définit essentiellement par sa méfiance à l'égard du savoir validé par la « communauté centrale » (la structure hiérarchique). Au contraire, il tendra à mobiliser ses propres sources de savoir, qui ne doivent en aucun cas dépendre des autorités. De plus, le type sectaire considère que le savoir n'est pas nécessairement complexe, collectif et lent à s'accumuler : ainsi, pour cet idéal-type, un individu seul peut-il acquérir du savoir et faire des découvertes rapidement. La conception du savoir rejoint également ici la conception du pouvoir : l'autorité scientifique ou politique d'un individu procède d'une source charismatique et repose sur son talent personnel, plus que sur ses diplômes ou sa position hiérarchique. Dès lors, le type sectaire égalitaire adoptera-t-il plus aisément des connaissances jugées peu crédibles par la structure hiérarchique (comme par exemple, les médecines dites alternatives), du fait que

ces dernières émanent de sources se situant en dehors de la sphère scientifique officielle. Ainsi, Douglas et al. (1990) exemplifient-ils cet idéal-type en évoquant diverses communautés homosexuelles de Californie – communautés relativement fermées, égalitaires, se révélant aussi méfiantes par rapport aux autorités – qui, dans les années 1980, pensaient qu'une nourriture saine et macrobiotique protégeait du virus VIH;

- L'« exclu » (ou l'« isolement »), renvoyant à une situation dans laquelle des individus subissent un état de subordination très marqué par rapport au reste de la société, tout en s'avérant incapables de s'organiser entre eux et, conséquemment, de définir un sentiment identitaire qui contribuerait à mieux fixer la frontière qui les sépare. Les exclus n'ont pas, quant à eux, d'opinion bien arrêtée sur ce qu'est la science ni sur qui sont ses dépositaires légitimes. À l'instar du type sectaire, les exclus suspectent les « puissances de l'argent » (ils suspectent donc et la structure hiérarchique et les individualistes) de comploter contre eux. Mais, contrairement au type sectaire qui précède, les exclus auraient tendance à s'y résigner. Par ailleurs, les opinions émanant de cet idéal-type que forment les exclus se révèlent le plus souvent fantaisistes, volatiles. Ainsi par exemple, lors d'une enquête KABP (*Knowledge, attitudes, beliefs and practices*) réalisée auprès de 1.485 personnes âgées de 18 à 69 ans, 39% d'entre elles ont déclaré que le virus VIH pouvait être transmis par une piqûre de moustique et, selon 36% des enquêtés, il suffisait de se laver après l'acte sexuel pour éviter la contamination (Grémy, et al., 1999).

Ainsi, pour Douglas et al. (1990), doit-on s'attendre, au sein d'une société donnée, à ce que le savoir scientifique légitime, soutenu et diffusé par la structure hiérarchique, se heurte à des résistances de la part des minorités, qui le mettent en doute. Comme le soulignent encore Douglas et al. (1990, p.



453) : « la diffusion de l'information scientifique n'est ni facile, ni rapide, parce que le statut de la connaissance est un enjeu de la lutte que se livrent les quatre types culturels : le théâtre de cette diffusion ressemble plus à un champ de bataille qu'à une salle de classe ».

Au-delà de la conception du savoir, le « biais culturel » va jouer à un second niveau, intimement lié au premier : l'attitude générale face au risque. Ainsi, les valeurs des individus cadrent leurs expériences et influent sur leur perception du risque : selon leur culture, les individus vont privilégier telle ou telle source d'information. Leurs valeurs vont secondement donner du sens au risque en déterminant sa polarité, en distinguant les risques qui sont à craindre, ceux qu'on peut oublier et ceux qu'il faut prendre (Douglas, 1992).

Suivant Douglas (1992), on peut illustrer l'attitude de la structure hiérarchique à l'égard du risque en se basant sur le modèle organisationnel le plus proche, soit la bureaucratie. À l'instar de la bureaucratie, la structure hiérarchique est très compartimentée; elle est régie par une réglementation formelle pouvant être interprétée comme une entreprise de réduction de l'incertitude. Des règles délimitent les fonctions des membres, coordonnant leurs activités, fournissant une liste de problèmes qu'ils seraient susceptibles de rencontrer et y décrivant les réponses standardisées à apporter. Craignant le changement et cherchant à tout prix à réduire les incertitudes de son environnement, la structure hiérarchique est risquophobe, tendant même parfois à être aveugle au risque, et elle présente une faible capacité d'adaptation. Ainsi par exemple, dans l'affaire de la « vache folle », certaines lourdeurs « bureaucratiques » des institutions responsables ont été pointées du doigt parce qu'elles auraient tardé à réagir face à l'apparition d'un nouveau risque, avant d'édicter de nouvelles réglementations sans en vérifier l'application (Peretti-Watel, 2001).

À l'encontre du précédent type risquophobe, le type individualiste s'avère risquophile : il ne craint pas l'incertitude et la considère plutôt comme une opportunité d'affirmer ses capacités et sa maîtrise. Face à un risque nouveau, tandis que la structure hiérarchique s'affaire à produire de nouvelles règles, le type individualiste va faire confiance à l'initiative individuelle et au marché. Ainsi par exemple, le type individualiste correspond à des personnes favorables à une prévention qui privilégierait la responsabilisation individuelle plutôt que de nouvelles règles contraignantes (comme le développement d'un dépistage obligatoire du virus VIH).

À l'instar des individualistes, le type exclu est « preneur de risque ». Cependant, l'attitude du type exclu est nettement plus passive : alors que le type individualiste s'expose au risque parce qu'il pense être capable de le maîtriser, le type exclu le fera parce qu'il pense qu'il n'y échappera pas quoi qu'il fasse.

Quant au quatrième type de Douglas (1992), le sectarisme égalitaire, il se définit moins par son attitude générale reflétée face au risque que par sa forte aversion pour le type spécifique de risque que constituent les risques majeurs (encore qualifiés par l'auteur de « risques globaux » ou de « risques catastrophiques », soit des risques qui menacent la survie de l'espèce humaine, même à long terme). Le type sectaire égalitaire a besoin d'une croisade à mener : réunissant des individus motivés qui partagent un sentiment identitaire fort, cet idéal-type va donc accuser le reste de la société (tout spécifiquement les types hiérarchique et individualiste) de mener le monde à sa perte, ceci en se focalisant sur les « risques majeurs ».

Enfin, en ce qui concerne les « portefeuilles de risques », Douglas (1992) observe que le type hiérarchique redoute tout ce qui pourrait perturber l'ordre social, tout particulièrement les crises économique ou politique, la guerre et la criminalité. Quant au type individualiste, il craint les risques susceptibles de

perturber le fonctionnement du marché, c'est-à-dire des risques plus ou moins équivalents à ceux que craint le type précédent. Le sectarisme égalitaire se différencie des deux précédents types par son aversion marquée face aux risques catastrophiques (catastrophes nucléaire et technologique, dérèglement climatique).

#### 4.1.3.2. y.2. *L'irruption du risque en santé publique*

Le rattachement du risque à la maladie et à la santé est devenue, petit à petit, l'une des caractéristiques fondamentales de l'organisation de la santé publique. Pareil rattachement du risque à la santé publique peut être mis en parallèle avec la progression de la médecine scientifique et de l'épidémiologie – science de base permettant la numérisation du risque. Dans le contexte contemporain de « société du risque » et en suivant une logique épidémiostatistique du risque, la maladie apparaîtrait donc aujourd'hui comme une probabilité, un *risque* qu'il faut contrer, la santé publique se voyant dès lors accorder le mandat de gérer les facteurs qui présentent des risques pour la santé (Massé, 2003).

Or, la notion de risque, à l'instar de celle de santé, est polysémique. Selon Got (2001, p. 34), elle correspond d'abord à une « probabilité de dommage par exposition à un danger ». Il s'agit dans ce cas d'une conception probabiliste du risque, soit la conception la plus classique et qui reflète l'essentiel des définitions modernes du risque. Une telle conceptualisation du risque s'est bâtie sur les calculs de probabilité de pertes et gains ayant été systématisés dès le XVII<sup>ième</sup> siècle et ayant par suite servi d'assise aux compagnies assurantielles. Pour ces dernières, la conceptualisation du risque est ainsi devenue « parfaitement » définie en termes méthodologiques, l'aléatoire devenant tout à fait quantifiable et les parts de responsabilité se révélant dès lors déterminées.

Une seconde définition du risque est davantage liée au jugement social : ainsi Bajos et al. (1995, p. 360) considèrent-ils le risque tel une « (...) propriété qui concerne le passage du présent au futur, que la culture savante ou populaire, les groupes, les individus attribuent à des situations qui peuvent avoir des conséquences négatives ».

Enfin, il est une troisième manière de considérer le risque, qui consiste à opposer des conceptions « objectivistes » à d'autres « subjectivistes », ou encore à distinguer les approches qui appréhendent le risque comme une réalité face à celles qui s'attachent aux dimensions imaginaires et représentationnelles du risque (Bajos, et al., 1995; Augé, et al., 1984). En se basant sur la première des deux orientations (opposées), on s'appuie sur des définitions techniques et institutionnelles faisant office de « réalité » : il s'opère dès ce moment une certaine réification du risque. Dans le cas de la seconde approche, la vision épidémio-statistique est dépassée; c'est ici la « réalité sociale » qui permet d'étayer la notion de risque en tant que construit socioculturel.

En santé publique, la notion de facteur de risque (voir *Note de bas de page numérotée 105*) est celle qui a marqué le plus la pensée professionnelle et l'encadrement des choix de santé, en caractérisant le passage du déterminisme ou de la recherche linéaire et mécaniste des causes (de mortalité, de morbidité) à une conception probabiliste de la maladie (Berlivet, 2001; Dab, 1995; Morin, 2004). Dès le début des années 1980, l'analyse du risque dans la prise en charge de la santé était d'ailleurs promue par l'OMS elle-même dans le but — moralement inattaquable — d'améliorer la prévision de morbidités futures afin de rendre plus efficaces les systèmes de santé. Remarquons d'emblée ici, avec Massé (2003), la construction utilitariste qui est faite du risque : la lutte aux comportements à risque trouve sa justification dans une logique économiste (évaluative) d'efficacité (le plus souvent de type coût-bénéfice) qui, selon le dernier auteur, fait concomitamment de

l'individu d'aujourd'hui un être dédié à la maximisation du rendement de ses agirs. Dans le même temps où l'on parle de promotion de la santé et de « nouvelle santé publique », une telle gestion rationnelle du risque va constituer l'une des visées centrales de santé publique, tout en supposant un citoyen : i) qui a une compréhension claire des maladies à prévenir et de l'efficacité de l'approche préventive, ii) qui adhère à une approche temporelle axée sur le futur et un souhait de garder le contrôle sur ce futur, iii) qui se rend compte de sa propre liberté de choix, iv) qui est d'accord pour discuter des conséquences de ses choix. Mais, pareil citoyen – idéal – que visent les programmes de santé publique se retrouve rarement dans la réalité : il serait plutôt, selon Massé (2003) le fruit d'un processus de construction socioculturelle de la part des acteurs de santé publique. Aussi, dans le cas où le comportement ou la conduite d'un individu ne correspond pas à celui qui présente le plus faible niveau de risque pour la santé, ce n'est pas nécessairement (ou ce n'est pas toujours) parce que cet individu manquait d'information ou se révélait inapte à en faire l'analyse. Il peut s'agir là d'un choix délibéré, intentionnel de prise de risque tout comme il faut savoir que les choix « rationnels » sont généralement influencés par des contraintes culturelles qui déterminent la valeur relative des différentes finalités des comportements, la santé ne constituant que l'une d'entre elles.

#### ***4.2. Le champ contemporain de la nouvelle santé publique : un champ normatif à cinq visages***

L'ère de la santé publique moderne ou de la « nouvelle santé publique » – qui débute à la fin des années 1970 – est celle qui correspond d'un point de vue diachronique à la périodisation des quelque 25 dernières années (années 1980-2007) choisie dans la présente thèse. L'acceptation « nouvelle santé publique » n'est toutefois pas avancée pour la première fois il y a un quart de

siècle : elle remonte en effet en 1916, avec la parution faite par Hill d'un ouvrage qu'il intitule *The new public health*. Selon Hill (1916), il s'avère en effet nécessaire de concevoir une « nouvelle approche » de la santé publique. Plus particulièrement, cet auteur propose une vision de la santé publique – vision *nouvelle* pour l'époque – basée sur la bactériologie, qui permette d'éradiquer la tuberculose en identifiant, pour ensuite les traiter individuellement, tous les transporteurs et les garçons de course de la ville de New York, une sous-population spécifiquement touchée par le fléau (et cela, plutôt que d'investir dans une amélioration générale des conditions de vie de l'ensemble de la population de la ville). L'acception utilisée à cette époque n'a donc rien à voir avec ce que la « nouvelle santé publique » sous-tend à l'heure actuelle, si ce n'est la *nouveauté* de sa vision comparativement à celle qui prévalait juste avant dans le temps.

La santé publique a toujours été concernée par la protection du public contre les dangers plus ou moins patents et immédiats que constituaient les épidémies, l'insalubrité des milieux de vie ou la précarité des conditions de travail. Ce n'est toutefois que dans la seconde moitié avancée du XX<sup>ième</sup> siècle qu'une « nouvelle santé publique » va élargir ce mandat initial et se transformer en une « entreprise » de prévention contre une ensemble de risques et de promotion de comportements ou de conditions environnementales permettant l'amélioration de l'état de santé (Massé, 2003). Pour Desrosiers (1996), la nouvelle santé publique est intimement liée, d'une part, à la transition épidémiologique et à l'élargissement des déterminants de la santé aux phénomènes sociaux (l'intégration des comportements et des inégalités sociales dans la prise en compte des états de santé) suivie, d'autre part, de ce que l'auteur qualifie de « retour à la mission initiale de protection de la santé publique », ceci étant donné l'apparition de nouvelles maladies infectieuses (voir *Note de bas de page numérotée 6*).

Plus spécifiquement, la nouvelle santé publique est, dans sa première « vague », liée à la parution du rapport Lalonde en 1974, qui souligne l'importance de dépasser une stricte vision de la santé basée sur les soins (voir 4.1.3.2.a, en particulier *page 354* : le système de soins ne peut plus être considéré comme le principal déterminant de l'état de santé des populations) et qui propose pour la première fois une typologie à quatre déterminants de la santé, que sont les habitudes de vie, la biologie humaine, l'environnement et l'organisation des soins. Malgré un accueil largement favorable, le livre Blanc va toutefois soulever quelques critiques quant à une certaine construction morale (implicite) du blâme adressé aux individus qui prennent des risques. Ce blâme est induit par la responsabilisation individuelle : une sorte de nouvelle moralité s'installe, fondée sur la gestion des probabilités de dépérissement prématuré de la santé, de réduction de l'espérance de vie en bonne santé et de fragilisation du bien-être psychologique. Le discours du livre Blanc donne en effet à penser que les individus sont *totalem* responsables de leur état de santé en fonction de leur comportement. Pourtant, comme le souligne encore Pomey (2000), Lalonde ne cherchait certes pas à responsabiliser totalement les individus. Mais son discours a conduit à des politiques sociales plus interventionnistes qui ont eu tendance à prendre en compte et à différencier les « bons » comportements et les « mauvais » comportements (un peu comme s'il s'agissait du « bon » et du « mauvais » cholestérol...). Dès ce moment, une intervention collective se révélait moins justifiée, la société se refusant à prendre en charge les comportements *volontairement* à risque des individus. Pour terminer avec la première « vague » de la nouvelle santé publique que représente le livre Blanc, mentionnons qu'il a également contribué à l'enrichissement de travaux portant sur les facteurs de risque individuels<sup>123</sup> (du fait même qu'il écartait les

<sup>123</sup> Ainsi par exemple, l'usage du tabac était associé à un « mode de vie » lui-même dépendant d'un choix strictement individuel. Pourtant, on sait aujourd'hui que l'usage du tabac – le « choix » de fumer – est socialement conditionné. De nombreux travaux ont en effet montré que le niveau de revenu, le statut et le prestige social avaient une importante corrélation négative avec la consommation tabagique. Le fait de fumer, bien que constituant un acte individuel, n'était donc pas un choix individuel, un tel

processus à mettre en œuvre au niveau des groupes de population afin de promouvoir leur état de santé).

La deuxième « vague » de la nouvelle santé publique est concomitante à la parution en 1986 de la charte d'Ottawa<sup>124</sup>, texte fondateur, pionnier, qui s'intégrait dans un contexte d'ordre globalitaire naissant (Kickbush, 2003; *Ottawa Charter for Health Promotion*, 1986). La définition avancée par la charte de la promotion de la santé est générale<sup>125</sup> (selon certains, elle aurait gagné à être plus concrète) mais elle a le mérite de formuler un objectif fondamental, soit celui d'aider les personnes, les groupes, les populations à exercer un plus grand contrôle sur leur santé et sur les déterminants de celle-ci, grâce notamment à l'exercice du pouvoir que représente l'empowerment<sup>126</sup>. La charte d'Ottawa énumère aussi les conditions préalables à la santé, à savoir : la paix, un abri, l'éducation, la nourriture, un revenu, un écosystème stable, des ressources durables, la justice sociale et l'équité. La charte propose en outre cinq axes stratégiques aptes à promouvoir la santé. Il s'agit à ce niveau : i) d'élaborer une politique publique

---

comportement étant soumis à l'environnement qui l'encourageait ou ne l'encourageait pas. De telles informations se sont bien sûr révélées essentielles pour la prise de décision concernant les campagnes de prévention.

<sup>124</sup> La première Conférence internationale pour la promotion de la santé a été tenue le 21 novembre 1986 à Ottawa où elle a émis ladite charte, qui visait alors la « santé pour tous en l'an 2000 » et au-delà de l'an 2000...

<sup>125</sup> La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci. Cette démarche relève d'un concept qui définit la santé comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut, d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins, et d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. La santé est ainsi perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie; il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques. La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur sanitaire : elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être.

<sup>126</sup> L'*Empowerment* – difficilement traduisible en français – correspondrait à ce qu'on pourrait qualifier d'habilitation ou d'autonomisation, c'est-à-dire à l'action qui confère aux individus et aux groupes l'aptitude à mieux maîtriser les facteurs qui influent sur eux.



saine, dépassant le cadre réducteur des soins, ii) de créer des milieux (de vie, de travail) favorables étant donné le lien unissant les individus au milieu et subséquemment, de promouvoir une approche socio-écologique de la santé, iii) de renforcer l'action communautaire, celle-ci permettant d'articuler l'indépendance individuelle et le soutien social, et d'instaurer des systèmes souples qui puissent renforcer la participation et le contrôle du public dans les questions sanitaires, iv) d'acquérir des aptitudes individuelles, ceci passant par l'offre d'informations et par l'éducation pour la santé, comme encore par le perfectionnement des aptitudes indispensables à la vie, v) de réorienter les services de santé dans le sens de la promotion de la santé, c'est-à-dire au-delà du mandat exigeant la prestation de soins médicaux, ce cinquième axe stratégique requérant une attention accrue à l'égard de la recherche sanitaire ainsi que de profonds changements d'attitude et d'organisation au sein des services de santé.

Dans la présente thèse et dans le développement qui suit, la nouvelle santé publique va être appréhendée comme un « champ », un champ qui est lui-même ouvert à différentes visions, qui présente différents « visages » (chacun d'entre eux étant identifié à partir de catégories de variables privilégiées), un champ dont le caractère normatif alimente encore à ce jour la réflexion.

#### **4.2.1. La nouvelle santé publique : pourquoi un « champ » et pas une « discipline »?**

La santé publique n'a que fort peu souvent été étudiée sous l'angle d'un champ, Gagnon et al. inaugurant cette perspective en 1999. Le plus fréquemment en effet, elle a été étudiée sous l'angle spécifique d'un domaine d'interventions tel que : i) la santé et la sécurité au travail, ii) la santé

environnementale, iii) les habitudes de vie, ou encore sous l'angle d'un problème particulier tel que par exemple, les traumatismes routiers, le suicide ou le cancer du sein (Gagnon, et al., 1999). Grâce à de tels angles d'approche, l'analyse de la santé publique portait : i) sur les pratiques professionnelles (les praticiens concernés pouvant être des épidémiologistes, des infirmières, des médecins de famille, des travailleurs sociaux, des microbiologistes, des nutritionnistes, des environnementalistes, etc.), ii) sur les interventions ou les stratégies à privilégier (comme le dépistage, l'éducation, la vaccination, l'intervention auprès d'individus, auprès des communautés ou auprès de groupes ciblés), iii) sur les ressources qui étaient consacrées ou non à un domaine ou à un problème particulier.

Dans l'exhaustive recension effectuée par Gagnon et al. (1999), les études ou analyses<sup>127</sup> portant sur la santé publique ont été principalement centrées sur des formes spécifiques d'organisation de la santé publique, tout comme elles relevaient essentiellement d'un intérêt professionnel, méthodologique ou historique. Mais très peu d'études se sont ainsi intéressées à l'organisation de la santé publique dans son ensemble, ou encore à la place occupée par celle-ci dans le système de santé et à ses acteurs (Gagnon, et al., 1999).

---

<sup>127</sup> Au Québec, par exemple, les départements de santé communautaire ont fait l'objet d'un certain nombre d'études (Desrosiers, et al., 1998; Champagne, et al., 1993; Pineault, et al., 1990). Par ailleurs, au cours des 15 dernières années, et ce autant au Québec ou en France qu'aux États-Unis ou en Angleterre, différents rapports officiels ont été produits relativement au « champ d'intervention » de la santé publique. Il s'agissait des rapports suivants : « *Public health in England. The report of the committee of inquiry into the future development of the public health function. The Acheson report* » (Acheson, 1988), « *The future of public health. A report of the committee for the study of the future of public health* » (Institute of medicine, 1988), « *La santé en France. Rapport général* » (Haut comité de la santé publique, 1994), « *L'institut national de santé publique. Rapport Bernard* » (Groupe de travail sur la création de l'Institut de santé publique, 1997). Cependant, comme le souligne Gagnon et al. (1999), les rapports précédemment cités, bien que constituant des sources d'informations fort pertinentes, n'ont posé qu'un regard administratif sur les institutions de santé publique. Finalement, il faut encore mentionner dans le nombre des études faites sur les interventions de santé publique celles qui ont été réalisées par Dean (1994) et par Lupton (1995) et qui sont étayées par les notions de contrôle social et de régulation des corps.

Or, étant donné le découpage sectoriel, organisationnel et professionnel dont elle fait l'objet, compte tenu de l'ensemble des disciplines universitaires qu'elle constitue – disciplines qui renvoient elles-mêmes à un ensemble de pratiques professionnelles les plus diversifiées –, compte tenu enfin des problèmes afférents à la multiplicité, à la diversité, à l'autonomie relative des groupes de producteurs de connaissances qui forment les secteurs du corps universitaire en santé publique, il serait judicieux de considérer la santé publique sous l'angle d'un *champ*.

La notion de champ est une notion bourdieusienne, reflétant avant tout un lieu de luttes, de rapports de force, d'intérêts, et traduisant l'esprit de la sociologie des classes sociales. Cependant, la définition proposée par Gagnon et al. (1999) et l'utilisation que ces mêmes auteurs en font dépassent largement la perspective bourdieusienne.

Pour Gagnon et al. (1999, p. 233), le champ de la santé publique apparaît comme « le lieu et le système de rapports entre les divers acteurs institutionnels et individuels, qui évoluent dans l'un et l'autre des domaines d'intervention de la santé publique ». Le terme « domaine » fait lui-même référence à un espace-temps professionnel et organisationnel d'interventions délimité autour d'un objet ou d'un problème particulier. Ces différents domaines – maladies infectieuses, maladies cardio-vasculaires, cancers, santé et sécurité au travail, santé environnementale, etc. – peuvent être associés à différents modes d'intervention, tels que la prévention des maladies, la promotion de la santé, la surveillance épidémiologique, la protection à l'égard des risques infectieux et environnementaux, l'organisation et l'évaluation des services de santé. En outre, chaque mode d'intervention se différencie des autres par le type d'intervention qui lui est plus ou moins spécifique. Ainsi en est-il par exemple en matière de protection, où des interventions comme la vaccination, le contrôle des épidémies, l'adoption de réglementations, l'inspection, les examens de laboratoire et l'élaboration d'un

plan d'urgence sont largement utilisés. D'autres types d'intervention comme le marketing social, l'éducation sanitaire auprès d'individus, auprès de groupes ou de communautés, et parfois même la mobilisation politique, sont utilisés par les acteurs privilégiant la promotion de la santé. D'autres interventions comme le dépistage de masse, le recours à des tests spécifiques, ou encore la sensibilisation de groupes spécifiques, de professionnels à des pratiques préventives sont associées au domaine de la prévention. Enfin, la prestation et le développement des soins primaires, l'identification de modèles de soins reconnus efficaces ou l'identification de pratiques « *Evidence-based* », avec la détermination de guides de « bonne pratique » et l'évaluation de programmes correspondent à autant de types d'intervention possibles en matière d'organisation et d'évaluation des services de santé (Gagnon, et al. 1999).

Au-delà de la stricte définition du champ de la santé publique, Gagnon et al. (1999) s'intéressent encore aux traits fondamentaux qui sont à la base d'une telle constitution « dynamique » de ce champ. Les auteurs vont ainsi retenir trois traits caractéristiques propres au champ (de connaissances, de recherche et d'action/intervention) que forme la santé publique, à savoir : i) la délimitation floue et changeante des frontières de ce champ, elle-même liée à l'hétérogénéité et à la prédominance de problèmes de santé à caractère collectif, ii) le fractionnement du champ lié à un corpus de connaissances éclaté, iii) le contexte public d'utilisation des connaissances, lié à la dimension collective des interventions de santé publique.

Dans cette thèse, la notion de « champ » est accréditée (pour l'élaboration du modèle conforme à notre premier objectif de recherche) : la *nouvelle* santé publique sera ainsi appréhendée comme un *champ* – un champ de recherche, de connaissances et d'action/intervention – conformément à la définition dynamique qu'ont donné Gagnon et al. (1999) du champ d'intervention de la santé publique.

## **4.2.2. La cartographie des déterminants de la nouvelle santé publique : cinq visages différents**

En 2001, Bibeau, Contandriopoulos et leur équipe ont proposé une cartographie de la nouvelle santé publique, cartographie pour le moins originale et novatrice faite en référence aux cinq modèles dominants de « nouvelle santé publique », chacun d'entre eux étant identifié à partir de catégories de variables.

Les auteurs (Bibeau, et al., 2001) ont ainsi choisi de conférer à la nouvelle santé publique cinq « visages », soit autant de manières de voir ou autant d'approches de la nouvelle santé publique qui reposent sur les variables suivantes : i) sociales, collectives, communautaires, ii) culturelles et comportementales, iii) économiques, iv) politiques, v) éthiques.

Le premier visage examiné par les auteurs est le visage sociographique de la nouvelle santé publique, correspondant à une approche faite de celle-ci par le social, le collectif, le communautaire. Une telle approche privilégie l'étude des groupes sociaux, des catégories (ou des classes) sociales, des collectivités et des communautés en tant que milieu quotidien de vie et espace d'appartenance des personnes et des familles. C'est au sein de ces espaces sociaux et collectifs que prennent forme, que sont transmis ou que se maintiennent des modèles spécifiques de comportement et des habitudes de vie particulières, que les personnes partagent largement en commun avec les autres membres de leurs groupes d'appartenance. La dimension collective de la vie et des comportements des personnes est donc au coeur des études touchant à l'approche sociographique de la nouvelle santé publique.

Les travaux des chercheurs promoteurs de cette approche vont essentiellement cibler comme but la réinsertion des personnes dans les

familles (en analysant ici les dynamiques familiales, les rapports mari-femme et parents-enfants), dans les groupes sociaux (en étudiant les types de travail, les catégories et classes sociales), dans les milieux de vie (en s'intéressant aux quartiers où les personnes vivent). La réalisation de telles études a permis de mettre en évidence l'existence d'une disparité sociale plus ou moins forte entre les groupes et au sein des groupes, et de relier cette disparité à des inégalités dans la santé et le bien-être des groupes. Les chercheurs ont donc mis en évidence l'existence d'associations, voire de corrélations plus ou moins fortes, entre d'une part, les caractéristiques sociales et économiques des classes sociales, des quartiers géographiques et d'autre part, le profil de santé des personnes, des familles et des groupes membres de ces collectivités. Les mêmes chercheurs ont en outre proposé diverses explications quant à l'existence de ces corrélations, explications elles-mêmes reliées à une théorie de la société, celle-ci étant pensée différemment selon les chercheurs.

Par certains d'entre eux, la théorie de la société est par exemple pensée en termes d'intégration fonctionnelle des différents groupes sociaux. Pareille approche est légitimée dans le programme de recherche et de théorisation qui se fait aujourd'hui autour de la notion de « capital social ». Bien que le capital social soit interprété par les chercheurs comme correspondant aux caractéristiques d'un groupe ou d'une collectivité, ses composantes sont généralement mesurées à un niveau individuel : réseau de relations coopératives, niveau d'engagement civique et de participation à des groupes, degré de confiance (*trust*). La notion de « capital social » renvoie donc, dans de telles recherches, à une réalité qui se situe à un double niveau, à la fois collectif et individuel, comme s'il s'avérait ici impossible de détacher la dimension individuelle des appartenances collectives. Malgré cet aspect réducteur, l'utilisation de la notion de « capital social » a permis de mettre de l'avant une alternative sociale et collective aux explications centrées sur les aspects strictement individuels de la pauvreté et sur la dimension singulière

des comportements des personnes, comportements que la santé publique « classique » avait plutôt tendance à détacher de leurs bases collectives. La même notion a encore été promue afin de déplacer le centre de gravité des interventions dirigées vers les personnes individuelles au profit d'une approche davantage centrée sur les déterminants collectifs de santé.

D'autres chercheurs (répondant toutefois à la même approche sociographique de la nouvelle santé publique) vont quant à eux adopter une théorie plus conflictuelle de la société que celle présentée ci-dessus. Lesdits chercheurs suggèrent ici l'idée que l'inégalité sociale et économique (inégalité de statut, de pouvoir et de sécurité du revenu) exerce une influence directe sur le contenu des relations sociales, sur la densité de la cohésion sociale et de différentes formes de capital (social, économique et culturel). Dans cette approche critique, les concepts d'appartenance de classe, d'inégalité et de *Social trust* sont envisagés à un niveau macro et vont être replacés au cœur d'une théorie critique du fonctionnement hiérarchique et inégalitaire des sociétés. Le profil de santé ne peut donc être amélioré, soutiendront ces chercheurs, qu'à travers des corrections structurelles du contexte socio-économique, politique et culturel, qui provoque l'inégalité entre les groupes et l'accès différentiel à la santé.

Le deuxième visage de la nouvelle santé publique en est un culturo-comportementaliste, pour lequel les chercheurs favorisent l'étude des aspects culturels et comportementalistes des problèmes de santé. Ce deuxième visage semble surtout avoir dominé dans le passé récent (15 dernières années), référant par exemple : i) à l'étude des liens entre les comportements des personnes, notamment de leurs comportements dits à risque – comme le fait de fumer, de boire, de ne pas faire d'exercice physique, etc. – et l'apparition de certains problèmes de santé, ii) à l'étude des représentations, des attitudes et des systèmes d'explication des personnes relativement aux maladies. Il faut également inclure sous le visage culturo-comportementaliste

de la nouvelle santé publique les approches post-culturalistes, qui se sont intéressées essentiellement à deux grands domaines d'études, à savoir : i) d'une part, la recherche sur les idiomes de détresse développés par les différents groupes sociaux et culturels en tant qu'éléments sous-tendant les représentations, les comportements et les pratiques des individus, ii) d'autre part, la recherche sur les caractéristiques culturelles des sociétés.

Le troisième visage de la nouvelle santé publique est son visage économique, étant initialement associé à la publication en 1980 du *Black Report* et qui comprend deux orientations théoriques principales, à savoir : i) la perspective de la « santé des populations<sup>128</sup> », élaborée dans le livre intitulé « *Why are some healthy and others not?* », ouvrage qu'ont fait paraître en 1994 les chercheurs de l'Institut canadien pour la recherche avancée (IRCA), ii) la perspective de *Critical inequality*, développée avec (1997, 2001) et d'autres chercheurs pour qui les déterminants historiques, économiques et sociaux sont plus importants que les déterminants culturels et comportementaux.

Le quatrième visage de la nouvelle santé publique est son visage politique, sur lequel débouchent de fait les trois précédents. Les chercheurs rassemblés sous ce visage peuvent parfois être présentés comme des critiques du troisième visage, économique, de la nouvelle santé publique, et plus particulièrement de la perspective de l'IRCA. Les membres du *Critical Social Science Group* de Toronto demeurent probablement les chercheurs de

---

<sup>128</sup> Cette perspective se fonde sur trois points principaux: i) ce sont les gradients au sein de l'organisation du travail et globalement la position sociale d'un individu qui constituent le meilleur prédicteur de son niveau général de santé, ii) l'impact différentiel des gradients se manifeste principalement sur les taux de mortalité à différents âges et sur l'ensemble regroupé des pathologies, iii) des facteurs psychologiques (par exemple, le sentiment d'impuissance chez les personnes de bas statut), biologiques (par exemple, les réponses psycho-neuro-immunologiques individuelles), sociaux (par exemple, la faible mobilité dans l'échelle sociale) et culturels agissent en synergie pour catalyser les interactions qui s'établissent entre le rang et le niveau de santé d'une personne.



l'approche politique reconnus comme étant les plus radicaux dans leur critique, en opposant une « perspective politico-économique » à l'approche de la perspective de « santé des populations » avancée par les chercheurs de l'ICRA. Ils reprochent tout particulièrement à l'IRCA de ne pas avoir dénoncé de manière plus véhémente le système politique libéral et l'économie capitaliste qui seraient à l'origine des inégalités en santé et qui contribueraient à les maintenir.

Enfin, le cinquième visage de la nouvelle santé publique est son visage éthique, sous-tendant la *Critical public health* dont Petersen et Lupton s'érigent en fervents promoteurs. Les derniers auteurs cités (Lupton, 1994; Petersen, et al., 1996) voient la nouvelle santé publique comme une forme de religion séculière dans le cadre de laquelle « les nouveaux prêtres » que sont ses professionnels définissent les voies – impénétrables pour tout individu non initié à l'épidémiologie du risque – du « salut sanitaire » à travers l'identification des « péchés séculiers » que constituent l'exposition volontaire aux facteurs de risque et le refus de modifier les comportements à risque. Il s'agit bien sûr de positions radicales qui, selon certains, s'inscrivent dans le cadre d'une guerre ouverte contre l'empire biomédical, et selon d'autres, d'une lutte contre toute menace aux droits et libertés. Cependant, malgré leur excès, les positions de tels censeurs ont le mérite de recentrer la réflexion sur certains enjeux éthiques générés par la nouvelle santé publique, soit la promotion via des moyens coercitifs ou des pressions à caractère purement moral, d'une conformité à des manières de vivre ayant été promues au rang de conditions quasi obligées de « salut sanitaire ».

### **4.2.3. La normativité inhérente à la nouvelle santé publique**

Les contributions de la santé publique à l'amélioration de l'état de santé des populations au cours des siècles précédents constituent, comme il a été montré précédemment (voir 4.1.3.), l'un des faits majeurs des civilisations occidentales. Il n'est donc pas besoin de revenir ici sur les impacts positifs des interventions de prévention et de promotion de la santé sur l'espérance de vie en bonne santé des citoyens. Cependant, confrontée aux pressions de l'état gestionnaire et à l'appétit de bien-être des citoyens « modernes », la santé publique mise, depuis quelque deux décennies, sur deux stratégies complémentaires : d'une part, sur une réglementation plus poussée des lieux d'exposition aux facteurs de risque, d'autre part, sur des interventions de promotion de la santé qui incitent les citoyens à s'engager activement dans une quête de santé.

Selon Massé (2003), un tel appel à la responsabilité citoyenne génère maints enjeux éthiques, ceci d'autant plus que s'opère, depuis environ 20 ans et dans les pays développés, un véritable « retour à l'éthique<sup>129</sup> ».

Ainsi, suivant le même auteur (2003), la promotion de la santé engendre la promotion de nouvelles valeurs et, de manière concomitante, elle implique

---

<sup>129</sup> Les explications pour mieux comprendre ce retour à l'éthique dans les discours se révèlent variées. Ainsi, Lipovetsky (1993) y voit notamment une réaction au vide éthique caractéristique des sociétés postmodernes, un courant de responsabilisation du citoyen souhaitant échapper à l'emprise d'appareils bureaucratiques et technocratiques. D'autres comme Ricoeur (1994) ou Boisvert (1997) y voient respectivement la manifestation d'une crise des démocraties représentatives confrontées à un vide normatif et une logique d'incertitude, ou un déplacement du pouvoir politique hors de l'État et un prétexte pour ce dernier pour justifier son délestage de responsabilités. Ajoutons que Lipovetsky (1992) y voit aussi une avenue nouvelle pour revitaliser la démocratie.

une hiérarchisation novatrice de ces valeurs : la liberté, l'hédonisme, l'autonomie se révèlent ainsi aujourd'hui confrontés au souci du bien commun et à la solidarité citoyenne. La nouvelle santé publique ne se présente plus seulement comme une « entreprise » scientifique justifiée par les évidences épidémiologiques, mais également comme une entreprise normative et d'acculturation dont le mandat est de promouvoir les valeurs d'une culture sanitaire, la culture s'entendant ici comme ensemble de normes, de valeurs et de savoirs sur la gestion du corps (Dozon, et al., 2001). Dans cette culture sanitaire, la santé devient elle-même une matière morale puisque les individus considèrent leur état de santé comme relevant de leur responsabilité personnelle. Ils portent subséquemment des jugements de valeur tant sur le bon ou mauvais état de santé de leur entourage que sur leurs pratiques préventives ou leurs comportements de négligence. L'idéologie sanitariste (*healthism*) peut ainsi conduire à de l'intolérance envers des citoyens qui ne respectent pas les normes de santé (Metcalf, 1993).

Des conflits de valeurs vont aussi fréquemment émerger entre la hiérarchie de valeurs promues par certaines populations cibles et la hiérarchie de valeurs implicites aux interventions promotionnelles de santé. La nouvelle santé publique peut être donc considérée comme un lieu de réflexion sur les enjeux éthiques contemporains de santé (Beauchamp, et al., 1999; Buchanan, 2000; Coughlin, et al., 1996; Guttman, 2000). Même si la prise de position officielle de la santé publique répond à une visée utilitariste, même si le principe de bienfaisance fonde le cœur du discours justificatif de la nouvelle santé publique, des avis contradictoires sont actuellement émis quant aux limites de l'interventionnisme spécifique à la nouvelle santé publique et quant à son rôle de normalisation des comportements. Enfin, comme le rappelle Massé (2003) au sujet des professionnels de santé publique, le sentiment de travailler au quotidien pour le bien-être de la

population peut également étouffer la prise de conscience des risques et des limites inhérents à la normativité préventive et promotionnelle de la nouvelle santé publique, certains professionnels faisant en outre facilement figure d'autorité comme le « requiert » la nouvelle santé publique (Hours, et al., 1997).

Enfin, on ne peut passer sous silence la catalyse réciproque qu'exercent possiblement entre eux l'individualisme contemporain (voir 3.3.2.3.γ) et la nouvelle santé publique. Le développement de la nouvelle santé publique a été facilité par le « nouvel individualisme » et son « éthique du bien-être personnel » (Massé, 2003). En effet, le repli narcissique et la valorisation de la santé et du bien-être individuel ont rendu les citoyens des pays développés très réceptifs aux messages qui visaient le « salut sanitaire » (Lasch, 1979). Comme le rapporte par ailleurs Becker (1986), la promotion de la santé alimente une philosophie de vie déshumanisante substituant des objectifs sanitaires personnels à des objectifs humanitaires et sociétaux plus importants. On assisterait en quelque sorte au développement d'une « culture éthique » caractérisé par le transfert des obligations supérieures envers Dieu vers la sphère humaine profane, ces obligations étant « métamorphosées en devoirs inconditionnels envers soi-même, envers les autres, envers la collectivité » (Lipovetsky, 1992, p.14). Dans les sociétés occidentales qualifiées de postmoralistes par Lipovetsky (1992), il en résulterait non pas l'abandon de toute éthique mais bien l'émergence d'une éthique qui répugnerait au devoir austère, qui privilégierait les droits individuels au bonheur, à l'autonomie au désir, et qui légitimerait le passage du bien au bien-être, n'ordonnant aucun sacrifice majeur qui ne soit rapporté directement à soi-même. C'est encore l'éthique du bien-être, qui trouve preneur chez les nouveaux « hommes-dieux » de Ferry (1998), qui cherchent les fondements du vivre-ensemble non plus dans des transcendances verticales – comme Dieu, l'État-nation – mais dans des transcendances horizontales que

représentent les valeurs promues par l'homme lui-même – comme la valeur santé.

Ainsi, la nouvelle santé publique composerait-elle directement avec l'individualisme, y trouvant un terrain fertile et réceptif à ses messages d'auto-contrôle, à ses prescriptions et à ses proscriptions qui visent le bien-être de tout un chacun. La nouvelle santé publique émergerait dès lors au carrefour de deux processus : d'une part, le processus de désenchantement face au monde sacré, d'autre part, la divinisation de l'homme vu comme finalité ultime à lui-même. Et la normativité externe afférente à la religion aurait fait place à une normativité intériorisée proposée par l'institution de santé publique et par une « éthique du bien-être physique et mental ». Mentionnons toutefois pour terminer que pareille vision normative légitime différents aspects du « cinquième visage » de la nouvelle santé publique – son visage éthique – précédemment évoqué (voir 4.2.2.).

### ***4.3. Professionnalisation, formation, rôle de la recherche et « Advocacy » en santé publique***

#### **4.3.1. La professionnalisation en santé publique**

Même si la professionnalisation de la santé publique est intimement liée au développement des connaissances spécialisées en médecine, l'histoire de la santé publique du début du XIX<sup>ième</sup> siècle, tant en Europe qu'aux États-Unis, compte de nombreux « réformateurs » qui n'étaient pas des professionnels de la santé. Ces réformateurs se situaient néanmoins tous dans la même perspective selon laquelle un état de santé précaire conduisait à une plus grande pauvreté puisqu'il entraînait d'abord des dépenses jugées (par lesdits réformateurs) inutiles, celles-ci engendrant, secondement et de manière

indubitable, moins de soins, voire un découragement prononcé chez les personnes pauvres (Lewis, 1986).

Au XIX<sup>ième</sup> siècle, il y avait aussi divers groupes de pression qui faisaient, pour différentes raisons, la promotion de programmes de santé publique. Tandis que certains groupes se préoccupaient directement de la santé pour des motifs humanitaires ou religieux, d'autres considéraient plutôt la santé publique comme un enjeu social essentiel à la préservation de la stabilité étatique. On pourrait ajouter, avec Beaglehole et al. (2004), qu'à la même époque, la santé publique a adopté une approche stratégique uniquement dans la mesure où le gouvernement central et les autorités locales ont participé à diverses tentatives ponctuelles qui visaient, d'une part, à mettre en place une réglementation contre les « dangers » de santé publique et, d'autre part, à mettre en œuvre une réforme sanitaire. Fort impliqués à ce niveau, les tout premiers réformateurs de la santé publique – des pionniers par ailleurs souvent décrits comme des fanatiques – apparaissaient comme des personnes résolues, dévouées à la « bonne cause » de la santé de la population (Lewis, 1986). Néanmoins, le concept de santé publique péchait à ce moment par sa grande imprécision et par son manque d'uniformité. Ajoutons qu'à l'heure d'aujourd'hui, malgré la professionnalisation de la santé publique, une telle critique pourrait demeurer partiellement valable (Beaglehole, et al., 2004).

Toujours en ce qui a trait à la professionnalisation en santé publique, on observe d'un autre côté qu'au Royaume-Uni, le mouvement de santé publique ne va compter des médecins que vers la fin du XIX<sup>ième</sup> siècle. Le premier directeur de la santé publique est ainsi nommé à Liverpool en 1847 (Porter, 1991). La professionnalisation de la santé publique se poursuit ensuite, dans le même pays, avec la parution du *Public Health Act* de 1872, qui rend obligatoire la nomination d'un directeur de la santé publique par les autorités responsables de l'hygiène des différentes régions. Les directeurs

ainsi nommés ont dès lors pour tâche de faire respecter les lois sur la santé publique au sein de la collectivité, ainsi que de veiller à l'inspection des aliments, des installations sanitaires et des logements. Ils sont également chargés de la publication d'un rapport annuel témoignant, d'un côté, de leurs activités et portant, de l'autre, sur l'état de santé des membres de leur collectivité.

Au début du XX<sup>ième</sup> siècle, l'accent est ensuite mis sur la responsabilisation de l'individu en vue d'une « prévention à l'échelle personnelle » avec comme principale stratégie, une certaine « éducation » en matière de ce qui touche à la santé (Lewis, 1991). Au Royaume-Uni, les directeurs de la santé publique participent également, dès le même moment, à l'administration des hôpitaux, bien que cette responsabilité leur ait été par suite retirée avec la création en 1948 du *National Health Service* (Lewis, 1991). À la même époque, la santé publique va aussi se rapprocher de la médecine clinique, ceci en dépit de la volonté de certains défenseurs de la médecine sociale théorique et malgré divers groupes politiques de pression soucieux d'élargir le concept de santé publique (c'est-à-dire soucieux de ne pas englober la santé publique dans l'étroite perspective médicale). Tandis que la santé publique se présente dès lors comme « une sorte de médecine clinique spécialisée » (Holland, et al., 1994), la pratique proprement dite de la santé publique s'avère quelque peu négligée, en particulier dans les années 1930, dès le moment même où les directeurs de la santé publique deviennent responsables de la gestion des services cliniques et des hôpitaux (Holland, et al., 1994).

Vers la moitié du XX<sup>ième</sup> siècle, toujours au Royaume-Uni, la médecine sociale, qui embrasse une vision élargie de la santé publique, se voit confinée aux seules universités (Holland, et al., 1994). La *médecine sociale* de cette époque est donc tout à fait distincte des politiques de santé et de la santé publique pratique (Holland, et al., 1994). En outre, vu qu'elle jouit d'une autorité intellectuelle à titre de *nouvelle discipline universitaire*, la même

médecine sociale participe à une certaine rupture qui va dès ce moment s'opérer entre, d'une part, l'enseignement théorique de la santé publique, d'autre part, la santé publique dans sa pratique quotidienne (Porter, 1990).

Examinons *maintenant* (...nous sommes à cheval sur les XIX<sup>ième</sup> et XX<sup>ième</sup> siècles) les débuts de la professionnalisation en santé publique de l'autre côté de l'Atlantique. Aux États-Unis, la médicalisation de la santé publique va se produire plus tardivement (comparativement au Royaume-Uni), soit dans les années 1920. Auparavant, la santé publique, dans le même pays, était l'apanage exclusif... des ingénieurs, des biologistes et de quelques sociologues (Acheson, 1990). L'événement-clé de ce processus de médicalisation de la santé publique correspond à la création en 1916 de la *John Hopkins School of Hygiene and Public Health*, permise grâce au généreux soutien financier de la *Rockefeller Foundation*. Cette dernière fondation a d'ailleurs également soutenu la mise sur pied des premières écoles de santé publique dans beaucoup d'autres pays (Waitzkin, et al., 2001).

Environ un demi siècle plus tard, soit au début des années 1970, et en revenant au Royaume-Uni, la professionnalisation de la santé publique va se poursuivre avec la création d'une spécialisation en *médecine communautaire*, qui est présentée, dans les mêmes années, comme la « spécialité pratiquée par les épidémiologistes et les administrateurs des services médicaux » (Lewis, 1986). Le rôle du médecin communautaire devient dès ce moment celui d'un stratège en santé, qui se spécialise dans l'intégration de services : ce rôle demeure cependant peu satisfaisant (pour les médecins *communautaires*) étant donné leur autorité limitée comparativement à celle de leurs confrères des autres spécialités médicales. La même spécialisation de médecine communautaire est intégrée dans l'organisation de la santé



publique, mais elle ne parvient toutefois pas à refléter une vision élargie<sup>130</sup> de la santé publique. Par suite, quelques éminents universitaires du domaine de la santé publique tels que Cochrane (1972) vont remettre en question la valeur des services médicaux. De manière générale, la (difficile) tâche qui consistait à s'attaquer aux causes sous-jacentes des maladies n'avait pas jusqu'alors été considérée comme une priorité pour les professions directement liées à la santé... et pour leurs professionnels.

L'évolution de la spécialisation (et de la professionnalisation) en santé publique se poursuit dans le courant des dernières décennies. Ainsi, dans beaucoup de pays, comme le Royaume-Uni, l'Australie et la Nouvelle-Zélande, la profession en santé publique subit largement l'influence de la profession médicale. Aux États-Unis, la santé publique acquiert en outre une portée beaucoup plus déterminante que dans tous les autres pays, le statut du professionnel de santé publique se révélant aussi « fort » que celui du médecin des autres spécialités médicales. Une telle « force » inhérente au statut de professionnel de santé publique est notamment liée à la prégnance de l'aspect *médical* de la santé publique.

Enfin, il faut ultimement préciser qu'au Royaume-Uni, en Australie et en Nouvelle-Zélande, la « médecine de la santé publique » (*Public health medicine*) apparaît voici une quinzaine d'années, se présentant comme une entité distincte, vouée à la performance comme à la transparence, ainsi que fondée sur l'épidémiologie clinique et l'*Evidence-based medicine* (Leeder, 1994). Bien que cette situation soit avantageuse pour la médecine clinique et améliore le statut de la médecine de la santé publique, il s'agit d'un changement d'orientation des principaux enjeux du champ de la santé publique. Il est également fort peu probable que ce développement

---

<sup>130</sup> Il faut toutefois souligner que la médecine communautaire a, à divers moments, débattu d'une vision sociale de la santé publique, notamment en réponse au *Black Report* qui portait sur les inégalités (Smith, et al., 1988).

renouvelle à lui seul le champ de la santé publique. Ainsi, pour Leeder (1994), il serait plus productif à moyen terme, pour les médecins de la santé publique, de demeurer dans leur propre champ d'expertise et de résister à pareille cooptation avec la médecine clinique.

Suivant Beaglehole et al. (2004), une spécialité de santé publique qui permette une vision élargie, c'est-à-dire multidisciplinaire, de la santé se présente comme la seule option viable pour l'avenir de la profession en santé publique. Pour Beaglehole, et al. (2004), il est aussi possible que le regroupement ainsi attendu d'origines disciplinaires diminue le statut des professionnels de la santé publique par rapport à celui des professions médicales. Il s'agirait toutefois là d'un bien faible prix à payer puisque, selon le même auteur, la médicalisation de la santé publique a elle-même jusqu'ici entraîné une importante « concentration » de médecins au sein de la pratique de la santé publique. Ainsi, par exemple, jusqu'à tout récemment, la domination médicale de la profession s'illustre au Royaume-Uni par l'interdiction, pour des professionnels de santé publique qui ne provenaient pas du milieu médical, de devenir membres de la *United Kingdom Faculty of Public Health Medicine*. Pareille situation a notamment, à cet endroit, entraîné deux conséquences : premièrement, elle a limité le développement d'une profession multidisciplinaire et, deuxièmement, elle a renforcé le rôle de la recherche en santé publique dans une perspective médicale. La *Faculty of Public Health Medicine* – l'équivalent actuel de la spécialité en médecine communautaire au Royaume-Uni – accepte aujourd'hui parmi ses membres des professionnels de la santé publique qui ne viennent pas du domaine médical. De l'avis de Holland, et al. (1994), une question qui demeure toutefois non résolue pour les professionnels de la santé publique venant du domaine de la médecine est leur lien avec la médecine clinique.

### **4.3.2. Se former ou « étudier » en santé publique**

Bien que les études supérieures en santé publique aient, à l'intérieur des États-Unis et du Royaume-Uni, une histoire qui remonte au début du siècle dernier, la formation en santé publique est d'apparition récente dans de nombreux pays dits développés. Par ailleurs, son financement demeure limité (Beaglehole, et al., 2004). Il faut enfin mentionner avec White (1991) et de manière très générale, qu'en ce qui concerne la formation dans ce domaine, la scission opérée voici quelque trois décennies entre l'enseignement (les écoles) de santé publique et l'enseignement (les écoles) de médecine a comporté des répercussions néfastes à la fois sur les deux écoles, le tout participant à une certaine faiblesse « statutaire » de la discipline « santé publique » ainsi qu'à une vision non holistique de la santé des populations.

Quoique encore non uniformisée à l'époque actuelle, la formation en santé publique se fait aujourd'hui dans de nouvelles écoles et des instituts de santé publique ayant été créés un peu partout de par le monde (Ashton, 1992). En Australie, un tel développement institutionnel a débuté vers le milieu des années 1980, promu par l'élection d'un gouvernement travailliste et sollicité par une réforme de la formation en santé publique (Jamrozik, 1994). En Allemagne, en Europe de l'Est et en Asie centrale, le développement disciplinaire de la santé publique survient un peu plus tard, dans les années 1990 (Jamrozik, 1994; Kolip, et al., 1996; McKee, et al., 1995). Avant cette période, l'Allemagne, par exemple, n'avait absolument aucune expérience de l'enseignement supérieur dans le domaine de la santé publique.

Il existe actuellement près de 60 établissements de formation en santé publique de par l'Europe; il s'agit essentiellement d'instituts de recherche ou d'enseignement autonomes ainsi que de départements de santé publique intégrés dans des écoles de médecine (ASPHER, 2001; De Leeuw, 1995). Des initiatives institutionnelles généralisées et novatrices clairement

associées à la pratique de la santé publique sont rares. Aux États-Unis, on compte aujourd'hui 30 établissements de formation de santé publique – « contre » approximativement 130 écoles de médecine –, dont 7 ont été établis ces 10 dernières années. Dans les différents pays, de nombreux établissements d'enseignement ont tissé de solides liens avec les départements locaux de santé publique et avec les organismes communautaires.

Par ailleurs, dans la plupart des pays en développement, il existe peu de formations spécialisées en santé publique. Par exemple, l'Inde ne compte qu'un ou deux établissements de formation en santé publique et toute la région de l'Asie du Sud-est en dénombre une douzaine pour une population de plus de 1,5 milliard d'habitants (Jain, 2000). De l'avis de Bertrand (1999), il serait urgent de passer d'une vision traditionnelle de la formation en santé publique à une approche plus appliquée qui aborderait la réalité de sa pratique dans un contexte de ressources limitées... et de globalisation.

Également, il faut souligner avec les équipes respectives de Beaglehole (2004) et de Rotem (1995) que, dans les cas où il existe de bons établissements de formation en santé publique, il serait souhaitable que ceux-ci créent des liens étroits avec les écoles de médecine et les départements locaux de santé publique. Pour le dernier auteur, une telle intégration se révélerait particulièrement judicieuse et opérante dans les pays pauvres, ceux-ci n'ayant pas les moyens d'avoir une élite médicale modelée sur celle de l'Amérique du Nord ou de l'Europe. Or, ces mêmes pays ne peuvent surtout pas se permettre que la profession soit affaiblie dans le domaine de la santé publique. Et la chance que l'approche concernant la santé publique se répande dans leurs écoles de médecine est également faible, en particulier si ces dernières demeurent isolées de leurs communautés. Peu d'écoles de médecine sont là-bas chargées de s'assurer de la santé et des besoins en soins et en santé de leur collectivité. Par contre, si les écoles de médecine

englobaient la formation en santé publique et qu'elles créaient des liens étroits avec les communautés, la santé publique pourrait avoir un plein essor renouvelé (Beaglehole, et al., 2004). Il demeure toutefois fondamental que la santé publique soit perçue comme une spécialité à part entière, et non comme une sous-spécialisation de la médecine, et qu'elle établisse et des liens et une collaboration avec les médecins.

Enfin, la mise sur pied d'une évaluation de la formation en santé publique par les pairs et d'un système de certification ou d'accréditation visant à assurer une reddition de compte quant aux activités de formation (visant donc une plus grande transparence ou imputabilité quant à la formation et à sa qualité) relève d'une priorité dans tous les pays (Beaglehole, et al., 2004). De telles évaluations pourraient aussi être mises en place de manière collégiale et constructive, grâce notamment à la mise en place d'évaluations par des pairs, correspondant à la première étape d'un processus (uniformisé) de certification ou d'accréditation (Beaglehole, et al., 2004).

À court terme, l'infrastructure institutionnelle de la formation en santé publique n'a que peu d'importance relativement au type de formation et à l'orientation à privilégier en matière de formation en santé publique, celles-ci passant avant tout (Beaglehole, et al., 2004). Un dernier objectif-clé consisterait encore à renforcer le partenariat entre la formation en santé publique et sa pratique. L'infrastructure institutionnelle nécessaire serait dès lors déterminée par l'histoire nationale et par les considérations pratiques. En outre, indépendamment de la question de la structure, un soutien institutionnel important ainsi qu'un solide leadership de la formation en santé publique s'avéreraient essentiels au rapprochement de la santé publique *universitaire* et de la santé publique *pratique*, tout comme ils contribueraient à une sensibilisation des (nouveaux) étudiants aux valeurs propres de la santé publique (Beaglehole, et al., 2004). De même, de solides liens entre la pratique de la santé publique et la prestation de soins médicaux permettraient

d'appuyer la mise en œuvre de programmes préventifs. Pareille interaction se révèle en ce début de troisième millénaire indispensable dans tous les pays, particulièrement dans les pays pauvres (Scutchfield, et al., 2003).

### **4.3.3. La recherche en santé publique**

Du côté de la recherche en santé publique, on peut affirmer sans peine qu'elle a contribué de façon importante à l'augmentation de l'espérance de vie au cours du siècle dernier, de concert avec l'augmentation des possibilités de formation et de spécialisation en santé publique, qui ont facilité l'acquisition des connaissances dans ce domaine. Les programmes en santé publique en bonne et due forme jouent certes un rôle d'importance, mais l'acquisition de connaissances dans le domaine de la santé peut également se faire en leur absence (Powles, et al., 2003). Par ailleurs, comme le constate Beaglehole (2001), il reste encore beaucoup de choses à apprendre en santé publique même si le plus urgent consisterait à traduire les connaissances existantes en politiques et en programmes efficaces.

De l'avis de Beaglehole et al. (2004), la santé publique est un champ *multidisciplinaire* (un champ plutôt *transdisciplinaire*, de notre avis), qui nécessite d'appliquer à la fois les sciences biologiques, sociales et comportementales, en vue de soulager les problèmes de santé des populations. Il arrive cependant trop souvent qu'elle se limite à la recherche en épidémiologie ou aux systèmes de santé. Le véritable défi consisterait donc à poursuivre l'exploration des interactions existant notamment entre les facteurs sociaux, environnementaux et économiques et les maladies ou problèmes de santé.

En outre, la recherche en santé publique n'est pas suffisamment financée à l'heure actuelle de même que le nombre de chercheurs en santé publique est

faible relativement à celui des autres spécialités en santé. Examinons à cet effet les chiffres suivants, fort révélateurs de la situation présente : à l'échelle mondiale, environ 70 milliards de dollars américains sont dépensés pour l'ensemble de la recherche en santé, et environ 10 % sont dépensés pour la recherche menée sur 90 % des problèmes de santé dans le monde, négligeant par conséquent la plupart des besoins en santé des pays pauvres (Global Forum for Health Research, 2002). Par exemple, de 1990 à 1991, en Australie, moins de 2 % des dépenses totales en santé ont été faites dans le secteur de la recherche et du développement en santé tandis que moins d'un quart de ces sommes étaient véritablement affectées à la recherche en santé publique (Nichol, et al., 1994). À l'heure actuelle, en Nouvelle-Zélande, la proportion des dépenses liées à la recherche en santé affectée à la santé publique est similaire, ce financement insuffisant de la recherche en santé publique étant l'une des raisons qui a entraîné la transformation du *Medical Research Council* en *Health Research Council of New Zealand* (Nichol, 1994). Pour ce dernier pays, un tel changement a eu un effet bénéfique, mais de courte durée, sur le financement de la recherche en santé publique. On constate ainsi que des moyens « novateurs » de financement de la santé publique s'avèreraient indispensables à la mise en place rapide de groupes de recherche *multi(trans)disciplinaires* efficaces (Beaglehole, et al., 2004).

Il paraît utile d'ajouter que, de leur côté, la Banque mondiale et l'OMS ont répertorié les domaines de recherche qui pourraient contribuer rapidement à des améliorations de la santé sur le plan international. Les principaux enjeux fixés par ces organisations internationales en matière de recherche en santé publique incluent : i) la persistance d'épidémies de maladies infantiles infectieuses évitables, aggravées par la pauvreté et la malnutrition, ii) les changements économiques, sociaux et environnementaux qui entraînent l'émergence ou la résurgence de maladies infectieuses, iii) l'augmentation des épidémies de maladies non transmissibles et de blessures, iv)

l'évaluation de l'efficacité et de l'efficience des programmes de santé publique.

Pareil exercice, établi en 1993 à la suite du rapport *Investir dans la santé* de la Banque mondiale, a permis de préciser les priorités à long terme des principaux organismes internationaux de recherche en santé (World Development Report, 1993). Toutefois, dans ce rapport, l'accent était mis sur la recherche portant sur des interventions contre certaines maladies précises ainsi que sur divers programmes jugés efficaces, ceci aux dépens d'autres aspects de la recherche en santé publique qui eussent permis d'aborder les causes sous-jacentes de mauvaise santé, de maladie, de mort prématurée.

McMichael (1999) rappelle à ce niveau qu'une large part de la recherche en épidémiologie et en santé publique est devenue « répétitive et déconnectée de la pratique et de la résolution de problèmes ». Pour le même auteur, une intégration plus étroite opérée entre les agences de santé publique et les établissements d'enseignement permettrait toutefois d'améliorer la qualité et la pertinence de la recherche. Les chercheurs en santé publique répondraient dès lors davantage aux besoins des décideurs en faisant plus attention au contexte politique et au processus d'élaboration de politiques. On pourrait également, de l'avis des *New England Research Institutes* (1991), éviter d'effectuer des recherches inutiles si les chercheurs adhéraient à la vision d'un organisme de recherche indépendant.

Enfin, l'intérêt d'utiliser des méthodes de recherche mieux adaptées à une question (de recherche) donnée est maintenant reconnu (Baum, 1995; Black, 1994). La mixité méthodologique est notamment de mise; les paradigmes ont évolué notablement dans le champ de la santé publique durant les deux dernières décennies (Baum, 1995; Black, 1994; Ulin, et al., 2005). Également, à mesure que l'épidémiologie verra son centre d'intérêt se mouvoir de l'étude des facteurs de risque individuels vers une exploration



plus complexe des influences communautaires et des structures économiques et sociales, elle devra travailler plus étroitement avec les autres domaines « également scientifiques » de la santé publique (Ulin, et al., 2005). La grande force de la recherche qualitative en santé publique est aussi qu'elle recèle un potentiel non négligeable de faire la lumière sur la nature de relations... quantitatives (Baum, 1995; Black, 1994). De la même façon, rappelons qu'un échange critique et qu'une saine interaction entre les chercheurs des domaines des sciences médicales, biologiques et des sciences sociales s'avère capitale à la mise en action d'une recherche en santé publique de haute qualité.

#### **4.3.4. L'« Advocacy » ou défendre les intérêts de la santé publique**

Un aspect important de la pratique en santé publique passe par la défense de ses intérêts (Weed, 1994). Pourtant, même si tous les pays devraient pouvoir compter sur un groupe de défense fort pour la santé publique, seuls quelques pays bénéficient d'une association de santé publique légalement (légitimement) établie, dynamique et qui défende sérieusement les intérêts de sa cause (Weed, 1994). Ainsi, en est-il par exemple de l'*American Public Health Association*, de l'*Association canadienne de santé publique* et de l'*Australian Public Health Association*, autant d'organismes jouissant d'une excellente visibilité et exerçant une influence nette sur les politiques en matière de santé. En 2000, un nouvel organisme, le *Public Health Advocacy Institute*, a vu le jour aux États-Unis, son rôle étant de valoriser et d'inclure les questions de santé publique au sein des débats et discussions juridiques (*The Public Health Advocacy Institute*, 2005).

Il faut cependant déplorer, avec un auteur anonyme du *Lancet* (Anon.,1995), que la santé publique soit rarement un succès sur le plan des relations publiques. Les chercheurs en santé publique, comparativement à leurs collègues médecins, préféreraient-ils rester dans l'ombre?... Très souvent, les professionnels de la santé publique avouent eux-mêmes avoir « mauvaise presse » : ne sont-ils pas en effet fréquemment dépeints comme des gens qui font la morale sur les mauvaises habitudes de vie? De plus, les professionnels de la santé publique, inexpérimentés dans les activités au sein des médias, refuseraient parfois de s'attribuer le mérite d'avoir participé aux améliorations de la santé (Anon, 1995; Beaglehole, et al., 2004). Finalement, certaines promesses, voire diverses déclarations extravagantes émanant de chercheurs et de cliniciens sont fréquemment présentées telles quelles, non préparées à la médiatisation et offrant dès lors à l'enthousiasme journalistique l'opportunité de prendre le pas sur un reportage objectif.

Selon Wallack (1994) comme suivant Chapman et al. (1994), les professionnels de la santé publique devraient travailler conjointement et de manière constructive avec les médias, du fait que ces derniers exercent une influence délibérée et déterminante sur les débats politiques. Une utilisation stratégique des médias de masse qui viserait à faire avancer une initiative sociale ou politique se présenterait comme un outil de santé publique puissant qui pourrait aussi être utilisé, en contexte global, pour renforcer l'action communautaire (Beaglehole, et al., 2004).

Aujourd'hui, la défense des intérêts demeure toujours difficile pour les professionnels de la santé publique qui sont directement employés par des organismes gouvernementaux. Les professionnels qui travaillent pour des organismes plus indépendants, comme par exemple les universités, ont davantage la responsabilité de parler publiquement des causes sous-jacentes de la moins bonne ou de la mauvaise santé de la population ainsi que des stratégies de santé publique jugées les plus pertinentes. Une solution pourrait

passer par un plus grand rôle à jouer par les associations professionnelles dans la défense des intérêts de leurs professionnels (Beaglehole, et al., 2004).

#### **4.4. Santé publique, globalisation et gouvernance**

Les enjeux de la santé publique en ce tout début du XXI<sup>ème</sup> siècle ne sont pas apparus *de novo* avec le tournant de siècle. Toutes les problématiques actuelles témoignent d'une histoire et apportent des enseignements qui ensemble participent à l'évolution de la pratique de la santé publique.

Ainsi par exemple, en Amérique du Nord, l'Angleterre victorienne a-t-elle influencé le développement de la santé publique mais en raison de la taille du continent, elle y a encouragé une tendance durable à la décentralisation des activités dans les États. L'influence de la « méthode » victorienne dans le domaine de la santé et du bien-être a été le plus ressentie dans les colonies anglaises, essentiellement en Inde, en Afrique et en Australie (Harrison, 1994). D'autres puissances coloniales ont eu un rayonnement semblable, participant à la mise en œuvre et à l'effectivité de la pratique de la santé publique dans leurs colonies (Maclean, 1964). Une telle influence ne date cependant pas d'hier : les écrits d'Hippocrate sur les effets de l'environnement sur la santé de l'époque ont en effet fourni maints conseils utiles à la colonisation de la Grèce ancienne (Poeter, 1964).

L'expérience de l'armée américaine avec la fièvre jaune et la malaria lors de la guerre hispano-américaine à Cuba et dans les Philippines montre également montré combien la santé publique se révèle indispensable à la « bonne réussite » de la colonisation (Maclean, 1964). Les leçons qui en ont été retenues seront par suite appliquées au sud des États-Unis, grâce au soutien de la Fondation Rockefeller. En 1915, le *Public Health Service*,

l'armée américaine et la Fondation Rockefeller deviennent ainsi les principaux organismes responsables de la santé publique aux États-Unis et dans ses colonies.

Les formes modernes de « colonisation » se révèlent nettement moins perceptibles : elles n'en demeurent pas moins influentes! Ainsi, beaucoup d'organismes internationaux, dont la Banque mondiale et le FMI, jouent-ils un rôle important dans l'élaboration des politiques en matière d'économie, de bien-être et de santé dans les pays pauvres. Dans les années 1980, les programmes d'ajustement structurel – mis en place pour faciliter le remboursement de la dette – ont favorisé l'émergence d'une approche commerciale des soins médicaux et des politiques de santé publique. Il semblerait néanmoins que les troubles de santé de nombreux habitants des pays pauvres aient été exacerbés par ces programmes, en particulier en Afrique subsaharienne (Sanders, et al., 2003).

L'une des caractéristiques de la santé publique internationale consiste aussi à tenter d'éradiquer certaines maladies. Pour Warren (1990), une telle conception a pris naissance avec la Fondation Rockefeller lors de ses débuts en 1913. L'éradication de l'ankylostomiase en était à ce moment l'objectif principal, bien que la technologie adéquate pour y parvenir n'était pas disponible (et elle ne l'est toujours pas de nos jours). Des programmes visant l'éradication de la fièvre jaune et de la malaria sont par suite mis en place, dès 1955 : programmes, par ailleurs, au succès mitigé... On assistera de fait à une résurgence massive de la malaria dans le courant des années 1950-1960. On sait également, à l'heure actuelle, que les colons ont davantage profité de la médecine tropicale que les habitants des pays tropicaux (Ramirez, 1996).

Toujours en ce qui a trait aux maladies, l'éradication de la variole a été un franc succès avec le dernier cas recensé en Somalie en 1977 au terme d'une

campagne de 10 ans menée par l'OMS. Malgré un tel succès, un certain désillusionnement persistera relativement aux approches ciblant les maladies.

En 1978, la Déclaration d'Alma Ata avait intégré l'approche des soins de santé primaires complets définie comme « des soins de santé essentiels universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles à un coût que la communauté et le pays peuvent assumer » (World Health Organization, 1978). L'objectif général, approuvé par l'OMS, était « de donner à tous les peuples du monde, d'ici l'an 2000, un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive ». Mais l'an 2000 est aujourd'hui révolu et la rhétorique n'a pas égalé les réalisations attendues... La récession des années 1980 est en partie responsable de la situation. Cependant, le manque de ressources disponibles n'a pas permis de répondre aux objectifs politiques escomptés et dans la mesure où des fonds se révélaient disponibles, ces derniers n'étaient pas préférentiellement destinés à l'atteinte des objectifs des politiques de santé publique.

Par suite, dans les années 1980, l'objectif international en matière de soins de santé primaires complets est remplacé par des « soins de santé primaires sélectifs » qui ciblent, provisoirement, les quelques maladies les plus importantes pour lesquelles des traitements réputés efficaces existaient déjà<sup>131</sup>. Quatre interventions-clés sont alors élaborées et successivement

---

<sup>131</sup> Les soins de santé primaires complets et les soins de santé primaires sélectifs sont deux approches fondamentalement différentes. Les soins de santé primaires sont basés sur une définition large de la santé; les soins de santé primaires sélectifs considèrent la santé comme l'absence de maladie. Les soins de santé primaires insistent sur l'équité; les soins sélectifs réunissent la puissance des professionnels de la santé et encouragent le recours aux solutions technologiques pour résoudre les problèmes de santé. Les soins de santé primaires sélectifs ont été notamment dirigés vers l'amélioration de la santé des enfants, mais en 1993, le Rapport sur le Développement dans le monde a étendu cette approche aux adultes. Les soins de santé primaires complets insistent sur la nécessité d'avoir des approches multisectorielles en santé; les soins de santé primaires sélectifs se concentrent sur la

mises en œuvre : i) l'immunisation, ii) la réhydratation par voie orale, iii) l'allaitement maternel, iv) les médicaments antipaludéens. En 1983, l'UNICEF se proposait en outre de servir de fer de lance à cette initiative, en retenant comme objectif la vaccination universelle des enfants (Lee, et al., 2002). L'approche sélective ou verticale de la lutte contre la maladie se poursuit encore d'ailleurs aujourd'hui grâce à de nombreux programmes ciblant des maladies données, comme par exemple les programmes de lutte contre le VIH / sida, la tuberculose et la malaria (Brugha, et al., 2001; Global Forum for Health Research, 2002; World Health Organization, 2002b; Yamey, 2001). Enfin, l'éradication de la polio, avec l'appui important du *Rotary International*, a pratiquement été réalisée, bien que des problèmes persistent dans quelques pays comme l'Inde et le Nigeria (Aylward, et al., 2003).

Aujourd'hui, en 2007, les professionnels de la santé publique affrontent une situation particulièrement difficile. La globalisation de l'économie et du commerce, la dépendance des pays pauvres à l'égard de quelques pays riches pour accéder aux marchés et même pour obtenir une aide de base, l'intégration au marché du travail dans les pays pauvres avec les besoins des multinationales constituent autant d'éléments qui augmentent la difficulté de gérer les questions de santé publique à l'échelle nationale. Un enjeu central consisterait notamment à renforcer l'approche de la santé publique tenant compte de l'ordre globalitaire (Feldbaum, et al., 2004; Kickbusch, et al., 1998; Lee, et al., 2002; WHO, 2002).

En 2005, l'un des défis majeurs de la santé publique consisterait à maintenir et poursuivre les réussites obtenues dans le domaine de la santé au cours du

---

prévention et la prise en charge de certains troubles de santé importants. Les soins de santé primaires sont solidement ancrés dans l'autonomisation de la collectivité; dans le cas des soins de santé primaires sélectifs, la participation de la communauté est nécessaire uniquement pour l'observance, pas pour la prise de décision ni pour la surveillance. Les soins de santé primaires complets sont une composante essentielle d'une pratique de santé publique vaste et inclusive.

siècle dernier et de s'assurer qu'on continue à progresser (Berman, et al., 2000). Plusieurs événements mondiaux étroitement liés ont une influence directe sur la santé publique : i) le déséquilibre entre les pays riches et les pays pauvres, ii) l'idéologie dominante qui insiste sur le rôle du « marché libre » et de « l'individualisme », iii) les menaces liées à l'environnement (Epstein, 2001c; Hales, et al., 2002; Hawkes, 2004). La globalisation de l'économie, avec les changements qui l'accompagnent sur le plan du commerce mondial et la propagation des politiques de marché libre et des économies axées sur le service, a des répercussions profondes, positives et négatives, sur la santé (Fidler, 2004; Lee, et al., 2004; Saker, et al., 2004; Zarrilli, et al., 1998).

#### **4.4.1. Globalisation et santé publique : des incidences positives, des incidences négatives**

La globalisation présente des défis d'importance pour tous les pays, qu'ils soient développés ou en voie de développement (Lee, 2003). La libéralisation des marchés avec l'intensification des flux commerciaux de biens et de services et la montée des investissements directs, l'accroissement de la flexibilité ou l'exigence de marchés de travail plus souples, les ajustements structurels et les réformes sectorielles sont autant de caractéristiques influant sur la santé des populations et ayant entraîné des changements de modes de consommation des biens et des services. Une plus grande intégration des économies nationales a également mené à des modifications tant de comportements que de modes de consommation. Certains aspects de la globalisation conduisent effectivement à des changements importants en ce qui a trait à l'organisation, au financement et au fonctionnement des systèmes de santé à l'échelle nationale. Ainsi, la dissémination rapide des connaissances, des biens, des technologies et des pratiques des soins de

santé se traduit par l'apparition des quatre nouveaux modes de libéralisation des services de santé que forment : i) la fourniture de services transfrontaliers (tels que l'expédition d'échanges de laboratoires et la délivrance de services de santé par télématique), ii) la consommation de services à l'étranger, soit le « tourisme médical » dans lequel les habitants d'un pays sont traités par des services de santé situés dans un autre pays, iii) la présence commerciale (dans laquelle des investisseurs privés étrangers dotent des hôpitaux privés, des cliniques, des centres de traitement ou des assurances, ou encore ont des contrats de gestion avec des établissements de ce type, que ceux-ci soient privés ou publics), iv) la migration temporaire des professionnels de la santé. La globalisation se traduit également par l'apparition de créneaux de marché pour les services de santé et, parallèlement, par des disparités plus grandes dans l'accès des différents groupes de population aux soins de santé. Les réformes structurelles et sectorielles comme la libération des échanges ont aussi pour effet d'accroître le commerce des biens et des services de santé, l'investissement privé – tant national qu'international – ainsi que l'offre et la demande de services de santé, ce qui n'est d'ailleurs pas sans poser de nouveaux défis en matière d'élaboration de politiques de développement dans le secteur de la santé.



Les gains issus de la croissance économique<sup>132</sup> liée à la globalisation ne sont toutefois pas uniformes entre les pays, et les objectifs de développement social comme la réduction des inégalités sanitaires entre les groupes humains du Nord et du Sud n'ont pu jusqu'ici être réalisés... bien au contraire! Au-delà des profondes divergences entourant encore aujourd'hui la relation unissant la libéralisation du commerce, la croissance économique et la santé des populations, on peut affirmer que les gains de santé bénéficient dans une proportion démesurée à certains groupes de population très (très!) limités.

Ainsi, malgré une amélioration générale des indicateurs de santé, les disparités n'ont cessé de croître entre les pays développés et les pays en développement (ainsi qu'à l'intérieur même des pays développés). Par exemple, la rougeole – affection tout à fait bénigne dans les pays

---

<sup>132</sup> À ce niveau, il appert utile de se questionner avec l'Association canadienne de santé publique (1997), avec Blane et al. (1996), Kawachi et al. (1996) ainsi que Labonté (2000) et Sen (1999), sur la relation existant entre la libéralisation du commerce, la croissance économique et la santé : existe-t-il effectivement une quelconque relation, d'une part, entre l'accroissement du commerce mondial et l'expansion économique (surtout pour les pays en développement), d'autre part, entre l'expansion économique et l'amélioration de la santé des populations? Le débat général relatif à cette double relation demeure actuellement ouvert quoique aucun consensus ne puisse en être dégagé. D'un côté, les promoteurs d'une (encore) plus large libéralisation du commerce et de l'investissement soutiennent que son incidence sur la santé, de manière générale, s'avère positive. En effet, pour ses partisans, l'expansion économique rehausserait les revenus et les niveaux de vie, participant dès lors à l'amélioration de la santé. D'un autre côté, les détracteurs affirment qu'il n'existe aujourd'hui aucune donnée empirique permettant de justifier ce point de vue... Une étude récente sur la question menée en 2000 par l'équipe de Rodriguez à la demande de l'OMC a conclu à la persistance d'une certaine ambiguïté en ce qui concerne la relation entre la libéralisation du commerce et la croissance économique. Par ailleurs, on peut utilement mentionner avec Labonté (2000) et avec Sen (1999) que même si la libéralisation du commerce et de l'investissement avait conduit à la croissance économique, on ne saurait pour autant supputer que cette dernière est *per se* bénéfique à la santé et au bien-être des populations. Inversement, la croissance économique, lorsqu'elle est associée à de plus profondes inégalités sociales, peut nuire à la santé et au bien-être. Parmi les pays développés, ce ne sont pas non plus les pays les plus riches qui bénéficient du meilleur état de santé de leurs populations, mais plutôt les pays où les revenus sont distribués de manière plus équitable entre les riches et les pauvres (Blane, et al., 1996; Kawachi, et al., 1996). Sen (1999) ajoute que le fait d'avoir un revenu supérieur ne garantit pas non plus que les membres d'une société auront une liberté plus grande de mener une longue vie et d'avoir une bonne santé.

développés – tue actuellement près d'un million d'enfants chaque année dans les pays en développement. Dans les mêmes pays, la malaria demeure l'une des affections les plus meurtrières, tandis qu'un fort lourd tribut est également payé pour le sida et pour la tuberculose.

La globalisation, qui favorise l'introduction de nouveaux biens et services, qui est intimement associé à la dissémination des connaissances et qui a participé (et participe) aux changements de comportements et de modes de consommation de la population, présente donc des effets positifs... mais aussi négatifs sur les profils de santé des populations (Chiffolleau, 2002; Cornia, 2001; Dollar, 2001; Fassin, 2001; Fidler, 2001; Hales, et al., 2002; Lee, 2003; Lee, et al., 2002; Saker, et al., 2004; Woodward, et al., 2001). Des effets positifs peuvent être observés dans le domaine des aliments et des autres produits destinés à la consommation humaine, principales composantes des échanges commerciaux. Des améliorations progressives de l'hygiène des aliments et différents produits constituent effectivement des avantages significatifs pour les importateurs et exportateurs. Les pays importateurs bénéficient de nouvelles possibilités d'obtenir des biens de qualité au moins égale à meilleur prix tandis que, de leur côté, les pays exportateurs profitent de l'accès à de nouveaux marchés ainsi que d'une meilleure protection de la santé des populations.

D'autres effets positifs de la globalisation sont de mise relativement aux innovations technologiques, qu'il s'agisse de produits pharmaceutiques nouveaux et plus efficaces, de meilleurs instruments de diagnostic ou de meilleurs appareils médicaux, voire d'une intensification des échanges et des normes encadrant de tels produits (ce qui concourt à leur assurer une visibilité universelle). Tant les pays importateurs qu'exportateurs peuvent tirer de cette évolution des avantages et sur le plan économique et sur le plan de la santé des populations. Par ailleurs, la protection de la propriété intellectuelle dans le monde en développement a permis au secteur

pharmaceutique axé sur la recherche de délocaliser ses activités (en les transférant des pays développés aux pays en développement). Pareille évolution s'est accompagnée d'avantages économiques substantiels pour les pays hôtes, ne fût-ce qu'en termes d'emplois et de recettes fiscales, comme elle a en outre permis à l'industrie d'adopter, en matière de médicaments, des prix correspondant davantage au pouvoir d'achat des pays en développement (Organisation panaméricaine de la Santé, 2003).

De même, la possibilité d'acquérir de nouvelles connaissances et technologies afin de mieux contrôler les problèmes de santé qui auparavant ne pouvaient l'être, constitue un autre effet positif (pour la santé) de la globalisation, ce qui participerait en outre à faire de la santé un droit de chaque être humain tel que défini et légitimé par les Nations unies en 1966, dans le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels. La définition de la santé liée à la notion de biens publics mondiaux (Chen, et al., 1999; Chiffoleau, 2002; Kaul, et al., 1999; Kaul, et al., 2003; Montaville, 2002) – comme le financement des initiatives sanitaires mondiales, le contrôle des maladies transmissibles, la fourniture efficace de technologie sanitaire – est d'ailleurs associée à ce dernier aspect.

Par-delà ses effets positifs en matière de santé, la globalisation présente néanmoins des points faibles... pour ne pas dire de francs effets délétères. Les effets négatifs de la globalisation sont diversement liés aux mouvements massifs des populations (mouvements forcés ou volontaires, et incluant le tourisme), au commerce croissant de produits insalubres, à la distribution très inégale des gains économiques issus de la globalisation, aux changements de comportements et modes de consommation des biens et services de santé ainsi qu'à la dégradation continue de l'environnement (Organisation panaméricaine de la Santé, 2003). L'accroissement de la production et de l'utilisation de drogues constitue un autre effet négatif en termes de santé (Nations unies, 2000), de même que l'incidence du sida. Les effets de la

globalisation sur la santé paraissent en outre présenter un aspect genré, comme en témoignent notamment les cas de violence et de santé reproductive, du sida, de la santé au travail et de la migration des professionnels de la santé (Commission Macroéconomie et Santé, 2001; MacLean, et al., 2003; Mayhew, et al., 2002).

Enfin, toujours dans le spectre des effets délétères, il importe de souligner de manière spécifique l'incidence – réelle et potentielle – qu'ont les « véhicules complices du triomphe du marché mondial », à savoir les différents accords commerciaux internationaux « régissant » la santé. L'accroissement du commerce international des services – qui inclut les services de santé – exigeait en effet des lignes directrices précises. La mise en place de certaines règles internationales ou de normes de libre-échange en matière de santé est aujourd'hui essentiellement du ressort de l'OMC.

On sait que l'OMC (voir *page 134*) a été instituée en 1995 suite à la conclusion des négociations de l'*Uruguay Round* portant sur l'Accord général sur les tarifs douaniers et le commerce (GATT), son rôle étant de : i) superviser la mise en œuvre et l'administration des ententes de l'OMC, ii) jouer le rôle de tribune pour les négociations, iii) jouer le rôle d'instance de règlement des différends. Les principes de base sous-tendant l'ensemble des accords de l'OMC sont les suivants : i) le « traitement réciproque ou national » (les marchandises, investissements ou services étrangers sont régis de la même façon que leurs homologues nationaux), ii) la « nation la plus favorisée » (les privilèges spécifiquement accordés à un partenaire commercial doivent être accordés à tous les États membres), iii) la « restriction commerciale la plus légère » (les réglementations sociales et environnementales du pays doivent être celles qui invalident le moins le commerce mondial).

L'OMC correspond aujourd'hui à *la seule* organisation multilatérale – supranationale – disposant de *pouvoirs exécutifs* (et qui peut donc imposer

des amendes ou des concessions commerciales à titre onéreux). Contrairement au processus volontaire et négocié du GATT – similaire à celui qu'utilisent la quasi-totalité des accords et déclarations de l'ONU sur la protection de l'environnement, sur les droits de la personne, sur les droits des travailleurs, etc. –, les décisions prises par les Groupes spéciaux de règlements des différends de l'OMC (composés d'experts internationaux du commerce) se révèlent ainsi *juridiquement exécutoires*. Les pays membres de l'OMC sont dès lors tenus de modifier leurs lois ou autres mesures jugées contraires à leurs engagements commerciaux, voire de verser des indemnités ou subir des mesures commerciales de rétorsion.

Depuis sa création il y a une décennie, plus de 205 différends commerciaux ont été portés devant l'OMC. À l'heure actuelle, l'OMC administre 29 accords commerciaux, d'investissement et « en rapport avec le commerce ». Sept d'entre eux portent en particulier sur les voies économiques, sociales et environnementales qui lient la globalisation à la santé des populations. Il s'agit : i) de l'Accord général sur les tarifs douaniers et le commerce (GATT<sup>133</sup>), ii) de l'Accord relatif aux aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (TRIPS<sup>133</sup>), iii) de l'Accord relatif aux mesures sanitaires et phytosanitaires (SPS<sup>133</sup>), iv) de l'Accord relatif aux obstacles techniques au commerce (TBT<sup>133</sup>), v) de l'Accord sur les mesures concernant les investissements et liées au commerce (TRIMS<sup>133</sup>), vi) de l'Accord sur les marchés publics, vii) de l'Accord général sur le commerce des services (GATS<sup>133</sup>).

Le GATT, en tant que tout premier accord commercial promu par l'OMC, a permis en quelque sorte d'édicter les règles des accords suivants. La règle fondamentale, prévalant par suite dans tout accord, est celle dite de « non-discrimination », en vertu de laquelle les pays membres s'engagent à

---

<sup>133</sup> L'acronyme le plus fréquemment utilisé est celui de la langue anglaise.

appliquer les deux principes de « traitement national » (voulant que les produits issus d'un autre pays soient traités de la même façon que ceux provenant du pays) et de « nation la plus favorisée » (exigeant que les produits de tous les pays membres bénéficient du meilleur traitement accordé aux produits de n'importe quel autre pays). Une autre règle prévaut relativement à l'interdiction de « restrictions quantitatives » telles que les quotas ou les licences, qui régissent les importations et exportations en fonction du volume plutôt que du prix. Les deux règles énoncées ci-dessus – qualifiées de « disciplines centrales » dans le jargon multilatéral de l'OMC – ont été adaptées et appliquées au commerce des services tout comme elles figurent aujourd'hui dans de nombreux accords régionaux (qu'il s'agisse par exemple de l'Aléna, de l'ASEAN, de Mercosur, ou encore d'associations et forums de coopération économique comme l'OCDE ou l'APEC [*Asia-Pacific Economic Cooperation*]). Ajoutons que la plupart des différends entre le Nord et le Sud portent sur le GATT, ainsi que les accords associés au GATT qui traitent de l'agriculture et du textile.

Le TRIPS est un accord qui fixe des normes minimales pour les marques de commerce, les droits d'auteurs, les brevets et les dessins industriels. C'est en vertu de cet accord qui sont exigées, auprès des pays membres de l'OMC, 20 années de protection de brevet pour les produits pharmaceutiques. À ce niveau, les pays en développement bénéficient cependant d'une dispense valable jusqu'en 2016. Les débats relatifs au TRIPS – notamment ceux touchant aux médicaments anti-rétroviraux – ont été largement médiatisés au cours des dernières années. Le TRIPS présente en effet des conséquences du point de vue de l'inégalité mondiale en matière d'accès aux vaccins et aux médicaments. Jusqu'à leur adhésion à l'OMC, peu de pays en développement disposaient d'une quelconque législation relative à la protection de brevets.

L'un des effets du TRIPS a été d'augmenter brusquement le coût des médicaments dans la plupart des pays membres, réduisant concomitamment le montant des fonds publics alloués aux soins de santé primaires ou à d'autres programmes publics. En cas d'urgence de santé publique, et tel que prôné par la déclaration de Doha, le TRIPS devrait toutefois permettre aux différents pays de concéder des licences obligatoires aux fabricants de médicaments génériques. Mais... bien qu'annoncée comme une avancée majeure dans le domaine de la santé publique et comme une victoire à l'OMC pour les pays en développement, ladite déclaration n'aurait-elle pas « oublié » deux problèmes ou questions de taille afférent(e)s au TRIPS? D'abord, en effet, comment des pays (pauvres) qui n'ont pas les moyens de produire des médicaments génériques vont-ils faire pour obtenir leurs médicaments à moindre coût en cas d'urgence de santé publique? Par rapport à la résolution dans les faits de cette question-problème, mentionnons simplement l'opposition toujours actuelle de pays comme le Canada, les Etats-Unis, le Japon et la Suisse au sein du Comité du TRIPS de l'OMC. Seconde question-problème liée au TRIPS : la période de protection du brevet ne devrait-elle pas être raccourcie, voire abrogée? Relativement à cette question, on n'ignore pas que la croissance économique de nombreux pays, depuis les États-Unis du XIX<sup>ième</sup> siècle jusqu'à l'Asie du XXI<sup>ième</sup> siècle, est intimement liée au fait qu'ils aient copié à moindre coût les technologies développées dans d'autres contrées. Pourquoi un tel avantage serait-il dès lors actuellement refusé aux pays les plus pauvres de la planète?...

Les accords SPS et TBT sont deux accords qui portent sur la protection environnementale, la sécurité des aliments, la protection des consommateurs et la protection de la santé. En plus d'être « non-discriminatoires », les lois et règlements afférents à chacun de ces deux accords incluent un critère de « nécessité » selon lequel il faut prouver que les mesures choisies correspondent aux options les moins restrictives sur le plan commercial pour les pays concernés. En santé publique, c'est surtout l'influence du SPS

relativement à celle du TBT qui se fait ressentir. En particulier, le SPS soulève de fréquentes discussions – voire controverses – liées au degré de certitude scientifique nécessaire pour justifier une mesure de protection de santé. En effet, le SPS demande que les normes et décisions prises soient fondées sur des données probantes et sur une évaluation systématique du risque. Toutefois, le même SPS comprend une disposition pour les cas où les données probantes s'avèrent insuffisantes. Les partisans des mesures de protection de la santé et de l'environnement s'opposent à cette dernière disposition, réclamant que celle-ci soit appliquée parallèlement au principe de précaution (en vertu duquel, rappelons-le, l'absence de certitude scientifique ne constitue pas une raison qui permette de reporter une mesure visant à prévenir le risque de préjudice). Suivant les mêmes partisans, lorsque les données disponibles ne se révèlent qu'indicatives et qu'il n'existe donc pas de preuve irréfutable, il faut accorder le bénéfice du doute à la protection de la santé et de l'environnement. Mais, pour les Groupes spéciaux de règlements des différends commerciaux, c'est un autre point de vue qui prévaut : le principe de précaution est ici rejeté, les évaluations des risques ne pouvant prendre en compte les impacts multiples et cumulés aujourd'hui caractéristiques des problèmes de gestion des risques.

À l'instar du TBT, un autre accord, le TRIMS, se révèle d'importance relative moindre pour la santé publique. Il paraît cependant utile de le mentionner car il peut concerner indirectement la santé. Le TRIMS empêche les pays d'imposer des exigences de performance sur les investissements étrangers, pareilles dispositions ayant déjà été exploitées afin de servir les intérêts personnels de hauts dirigeants politiques corrompus. De telles dispositions se sont pourtant révélées utiles au développement d'économies nationales viables ainsi qu'à la garantie d'un développement équitable et durable.

Qu'il s'agisse du TBT ou du TRIMS, leur suppression profiterait davantage aux investisseurs venant des pays développés qu'aux populations des pays



en développement. Pourtant, ce sont surtout les pays en développement qui, en nombre, appellent à une exemption des mesures du TRIMS afin de garder un certain contrôle sur la direction à donner à leur propre développement économique (local). Jusqu'ici, l'obtention de telles exemptions pour les pays en développement s'est cependant heurtée au veto de plusieurs pays développés, comme le Canada, les États-Unis, le Japon et l'Union européenne. En ce qui a trait spécifiquement au TBT, qui vise à rendre tout « obstacle technique<sup>134</sup> » au commerce le moins restrictif possible pour ce dernier, ajoutons encore qu'il encourage le recours aux normes internationales et autorise les réglementations intérieures à leur être supérieures uniquement en cas de justification appropriée. L'article XX(b) du GATT autoriserait pourtant à faire des exceptions aux mesures du TBT si cela s'avère nécessaire pour protéger la vie humaine, animale ou végétale, ou pour protéger la santé. Il semble également utile de préciser que ce dernier article a seulement été retenu et appliqué à une reprise dans toute l'histoire des différends commerciaux.

Enfin, comparativement à tous les Accords précédemment cités, le GATS revêt un intérêt relatif nettement plus important pour la santé publique. Tandis que les autres Accords étaient susceptibles d'influer sur la santé du fait de leur incidence sur les facteurs qui déterminent la santé, le GATS a une portée considérable : il concerne directement la santé publique et ses services dispensés aux populations, ses règles commerciales pouvant avoir des ramifications jusqu'aux critères d'accréditation des professionnels de santé, les critères d'agrément des hôpitaux, les normes de rendement des différents établissements de santé ainsi que les codes d'éthique des professionnels de santé.

---

<sup>134</sup> Un « obstacle technique » est défini comme étant une réglementation intérieure qui n'a rien à voir avec les tarifs (correspondant aux taxes qu'imposent les gouvernements sur les importations) ou avec les subventions (constituées par les aides accordées sur les exportations).

Le GATS se présente donc avant tout comme un accord complexe et innovateur qui dépasse le modèle du GATT : il touche aux mesures gouvernementales reliées à l'investissement ainsi qu'au commerce et à un large éventail d'obstacles dits non tarifaires au commerce des services. Par l'intermédiaire de ses clauses directives que représentent i) le *traitement national*, ii) la *nation la plus favorisée*, et iii) la *libération progressive*<sup>135</sup>, le GATS touche tous les services de ses États membres. Le GATS intéresse subséquemment leurs services de santé. Les impacts les plus importants du GATS relèvent de ses clauses consultatives, en fonction desquelles les pays membres ont à spécifier les services qu'ils s'engagent à libéraliser ainsi que les modes de libération de ceux-ci (fourniture de services étrangers, « tourisme médical », présence commerciale, mouvement de professionnels de la santé) et les éventuels « *engagements* » ou restrictions prévu(e)s.

À l'heure actuelle, la préoccupation majeure relative au GATS touche à la privatisation croissante des services publics essentiels, tels que les services de santé, l'éducation ainsi que les services d'eau/d'assainissement. Déjà en 2002, plus d'une demi-centaine de pays membres de l'OMC prenaient des engagements en vue de libéraliser certains services de santé aux termes du GATS (Adlung, et al., 2002). Le nombre de pays ouverts à la libéralisation des services de santé montait encore de quelque trente unités lorsqu'on y adjoignait le marché des assurances de santé privées. Rejoignant l'avis de différents auteurs (Bettcher, et al., 2000; Boyer, et al., 1996; Koivusalu, 1999; Labonté, 2000, 2003; Larkin, 1999;), nous pensons que les différents accords

---

<sup>135</sup> Il s'agit d'une clause directive selon laquelle les engagements à libéraliser les services peuvent être majorés mais inversement, ils ne peuvent en aucun cas être restreints, sous peine de pénalités commerciales. Ainsi, dès qu'en vertu du GATS, un secteur de services a été libéralisé, dans et par un pays membre, il s'avère impossible pour ce dernier de revenir sans frais sur les engagements pris. En vertu de l'article 1:3b du GATS, il existe bien une exception pour « un service public qui ne soit ni fourni sur une base commerciale ni ne se trouve en concurrence avec un ou plusieurs prestataires de services ». Toutefois, cette disposition pourrait être remise en cause du fait que la plupart des pays membres cautionnent les différentes clauses commerciales ou de concurrence afférentes à la majorité des services publics.

commerciaux, dont la visée s'aligne avec la promotion d'intérêts économiques privés, ne constituent pas aujourd'hui un espace propice à la négociation de règles internationales pour la santé, pour les soins de santé ou pour d'autres intérêts généraux essentiels.

#### **4.4.2. Santé publique et gouvernance globale : ses acteurs, ses défis**

Depuis quelques années, la santé a gagné une place prioritaire dans les agendas internationaux, bénéficiant parallèlement d'un intérêt accru de la part des acteurs de la gouvernance globale (Lee, et al., 2002). La globalisation s'étant accompagnée d'un affaiblissement de l'aptitude des États-nations à « réglementer l'activité économique pour le bien public, c'est-à-dire pour redistribuer les richesses et pour protéger l'environnement » (Labonté, 2000, p. 14), de nouveaux acteurs sont aujourd'hui sommés de répondre aux défis sanitaires d'un monde globalisé.

À l'aube du XXI<sup>ème</sup> siècle, la gouvernance globale en santé relève d'un processus de négociations permanentes entre divers acteurs, très hétérogènes, tous engagés dans la conduite de politiques internationales, c'est-à-dire dans la définition des orientations, des ressources allouées et des moyens mis en œuvre. Objet de tensions en constante évolution ou processus dans lequel se développent conjointement des moments de conflit et de coopération, la gouvernance globale en santé publique relève ainsi d'acteurs *interdépendants* que constituent, outre les acteurs étatiques : les organisations intergouvernementales (OIG), les organisations non gouvernementales (ONG) – nationales ou internationales –, les firmes transnationales, les associations communautaires, les centres de recherche, les fondations, la société civile (Lee, et al., 2004). Liée à la

transnationalisation des firmes pharmaceutiques et à l'extension de la concurrence, on remarque d'emblée que la gouvernance globale en santé publique a décloisonné des domaines *a priori* cloisonnés (public/privé, économie/politique, interne/externe), comme en témoigne notamment l'évolution actuelle de « nouvelles » formes de partenariat entre les secteurs public et privé (Buse, 2004).

Par-delà les acteurs étatiques, les préoccupations sanitaires mettent essentiellement en jeu trois configurations d'acteurs, aux intérêts divergents, que nous présentons successivement ci-après. En premier lieu, sont exposées diverses OIG, des OIG entretenant entre elles des relations qui oscillent entre la concurrence et la coopération. Vient ensuite le tissu associatif ou tissu coopératif – très hétérogène – formé par les ONG. Enfin, différents partenariats publics-privés (PPP) qui constituent cette nouvelle forme de partenariat participant depuis peu à la gestion collective de la santé publique sont présentés, les caractéristiques dominantes des PPP étant par ailleurs soulignées.

Depuis 1945, au moins cinq agences onusiennes ont participé de manière notable aux activités internationales en matière de santé : l'OMS, la banque mondiale, le Fonds des Nations unies pour l'enfance (UNICEF<sup>127</sup>), le Fonds des Nations unies pour les populations et le programme des Nations unies pour le Développement (Lee, et al., 1996b, 2002). Après la Seconde Guerre mondiale, la nécessité de placer le contrôle de la santé internationale dans le cadre de l'architecture onusienne s'imposait. L'OMS va dès lors afficher une vocation normative, menant en outre diverses actions de recherche, de formation et d'information. De manière concomitante, elle constitue une agence opérationnelle qui offre aux différents gouvernements nationaux une aide lorsqu'ils en font la demande. Il importe par ailleurs de mentionner que l'OMS procède par une approche dite technique, principalement orientée vers

les maladies, et qu'elle demeure très largement dominée par les professionnels de la santé.

Les maladies n'ayant pas de frontières et la plupart des affections nécessitant une action internationale coordonnée, l'OMS a, durant le quart de siècle suivant sa fondation, pourvu de manière extrêmement satisfaisante à la nécessité impérieuse d'un leadership politique mondial fort pour la santé. Pendant quelque trois décennies, l'OMS a représenté un tel « chef de file », se concentrant avec succès sur la prestation de conseils scientifiques et techniques ainsi que sur l'établissement de règles internationales. Au cours de cette longue période, des programmes dits verticaux (équivalant à une lutte ciblée contre une maladie) constituent le principal mode d'action de l'OMS, ceux-ci ayant soit conduit à des succès francs (tel que l'exemplifient l'éradication variolique et la disparition de la polio) ou mitigés (dans le cas de la dracunculose) soit entraîné des échecs (comme dans le cas de la malaria) (Aylward, et al., 2003; Caincross, 1996).

L'OMS édicte les normes les plus élevées dès 1977, officiellement certifiées en 1979. C'est en quelque sorte et de manière métaphorique le « sommet de sa gloire ». Toutefois, vers la toute fin des années 1970, la stratégie de l'OMS change; elle promeut à ce moment une vision *élargie* de la santé, une vision étroitement liée au développement et une stratégie cherchant par ailleurs à se concrétiser à travers une approche en termes de soins de santé primaires. Or, un tel changement de perception confère à l'OMS un statut d'agence plus politique. Comme le suggère Gauvrit (2001), l'OMS délaisse dès lors son rôle d'expert au profit d'une action plus hasardeuse dans le domaine des réformes des politiques de santé. Le même changement conduit en outre l'OMS à un « brouillage » de sa vocation de même qu'il engendre une pléthore d'actions devenant impossibles à gérer efficacement (Chiffolleau, 2002).

Dans le tout début des années 1980, l'OMS va cependant tenter de reprendre le leadership en défendant vigoureusement une vision – ambitieuse – de la santé, vision promue sous le slogan « *La santé pour tous en l'an 2000* ». Mais une telle stratégie a plutôt contribué à mettre l'OMS dans une situation délicate sur le plan politique. En effet, l'insuffisance des efforts de mise en œuvre effective du concept de « santé pour tous » est née de la nécessaire délimitation des interventions de prévention et des actions de promotion de la santé. Au départ, la vision alimentée par *La santé pour tous en l'an 2000* apparaissait large et constructive, sa rhétorique étant séduisante, d'autant plus qu'elle promouvait maints changements économiques et sociaux. Néanmoins, la principale stratégie adoptée sur le terrain s'est rapidement restreinte à l'unique prestation de soins de santé primaires, les stratégies dites « plus globales » étant délaissées. Par ailleurs, il existerait des données probantes montrant que cette dernière stratégie ou approche sélective adoptée par l'OMS dans les faits ne se serait pas non plus avérée équitable (Evans, et al., 1994; Susser, 1993).

L'impossibilité de concrétiser l'objectif assigné par *La santé pour tous en l'an 2000* participe indirectement à l'affaiblissement progressif de l'OMS, ses réalisations effectives n'ayant jamais correspondu aux énoncés, et ce en partie à cause d'une insuffisance de ressources (Peabody, 1995). Dès le début des années 1990, l'image de l'OMS est ainsi ternie. Des facteurs tels que le manque de leadership efficace, le caractère flou de la vision prônée, le manque d'obligation réditionnelle et la lourdeur bureaucratique vont également participé à ce ternissement d'image ainsi qu'à une incapacité pour l'organisation de traduire ses recommandations en actions concrètes (Peabody, 1995). En outre, le pouvoir des États membres qui profitaient des droits acquis ou qui faisaient pression en faveur de nominations politiques conduit dans le même temps à la fragmentation de programmes jugés inefficaces de même qu'il va aboutir à un manque de définition de nombreuses priorités (Beaglehole, et al., 2004).

Avant de poursuivre avec la réforme survenue au sein de l'OMS au cours de la dernière décennie, il importe toutefois de souligner qu'en dépit de son affaiblissement dans les années 1990, l'OMS a compté de nombreuses et importantes réalisations au niveau de programmes particuliers financés par des fonds extrabudgétaires qui provenaient des pays membres les plus riches (Vaughan, et al., 1995). De tels fonds ont permis à des donateurs de soutenir des programmes mais pareille situation a malencontreusement engendré une concurrence pour le financement et pour la mise en œuvre au niveau national, ceci s'étant conséquemment révélé préjudiciable au processus de mise en place des soins de santé primaires intégrés dans de très nombreux pays en voie de développement (Godlee, 1995).

Arrive l'année 1998, avec la nomination de Madame Gro Harlem Brundtland comme Directrice générale de l'OMS. Sous la direction – faite à l'appui général des membres de l'OMS – de cet ancien Premier Ministre<sup>4</sup> de la Norvège, l'organisation va entreprendre une importante réforme tant sur le plan structurel que stratégique. Les changements réalisés au cours des cinq années qui suivent la nomination de Madame Brundtland ainsi qu'un recentrage sur quelques priorités opéré sous une direction centrale vont permettre de « revigorer » l'OMS et lui confèrent parallèlement une nouvelle crédibilité (Horton, 2002a, 2002b, 2003a, 2003b). De nombreux programmes sont dès lors élaborés et mis en place; de nouveaux partenariats<sup>136</sup> (PPP)

---

<sup>136</sup> Parmi ces PPP, certains ont été couronnés de succès, comme par exemple, la production de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte anti-tabac réalisée par l'« Initiative pour un monde sans tabac » (*Tobacco Free Initiative's Work on the Framework Convention on Tobacco Control*), approuvée en mai 2003 par l'Assemblée mondiale de la Santé. Par contre, d'autres PPP ont connu un moins franc succès. Ainsi en est-il par exemple de l'initiative pour faire reculer le paludisme, dénommée *Roll Back Malaria*, qui a notamment été critiquée pour son manque de leadership (Daniels, et al., 2002). Ajoutons, en ce qui concerne les critiques, que l'OMS a également été vilipendée pour l'« intérêt » qu'elle manifestait à participer à des PPP. Pourtant, la question des PPP se révélait cruciale pour la survie de l'organisation (Buse, et al., 2000a, 2000b; Walt, et al., 2000). En effet, l'OMS s'avérait incapable, d'une part, de remplir son mandat en agissant seule. D'autre part, elle risquait de perdre le contrôle en collaborant avec trop d'agences qui, très fréquemment, avaient des programmes concurrents (Buse, et al., 2000a, 2000b; Walt, et al., 2000).

sont établis, l'OMS participant ainsi à une mise à l'ordre du jour de la santé internationale (Horton, 2003a).

À l'heure actuelle, l'OMS demeure critiquée, voire disqualifiée, son éclipse partielle durant les vingt dernières années ayant offert un espace propice à l'émergence de nouveaux acteurs dans le champ de la santé internationale, acteurs concurrençant désormais l'OMS. Ainsi, depuis une décennie, la Banque mondiale constitue, sur le plan financier, l'organisation la plus influente dans le domaine de la santé mondiale (Beaglehole, et al., 2004; *Editorial du Lancet*, 1996), les OIG comme l'OMS et les ONG demeurant relativement impuissantes du moins en ce qui touche au point de vue financier. Si, à l'origine, la Banque mondiale n'avait aucun mandat en matière de santé, la logique économique qui a guidé son fonctionnement l'a conduit à pénétrer, de façon progressive mais cependant implacable, ce territoire. Ainsi, dès la fin des années 1980, force a été de constater, du côté de la Banque mondiale, les effets dévastateurs des politiques d'ajustement structurel sur les politiques sociales des pays en développement, notamment en ce qui concerne la santé. Dans son rapport de 1993, la Banque mondiale va donc proposer son expertise ainsi que des modèles économiques de maîtrise des coûts qui visent à assurer une prise en charge minimale des populations exclues du secteur libéral en pleine expansion (Chiffoleau, 2002), c'est-à-dire destinées à réduire l'inégalité dans le domaine de la santé. La banque mondiale s'engage ainsi, de manière résolue, dans la réforme des systèmes de santé, tentant de réussir là où l'OMS avait échoué. Cependant, parallèlement au changement d'acteur, se produit un changement du sens des actions menées dans les pays concernés. En effet, l'OMS, au-delà de ses forces et faiblesses, souscrivait à une logique et un fonctionnement relativement démocratiques, bien que les pays développés s'étaient vus garantir la majeure partie du poids financier. À l'inverse de l'OMS – correspondant à une sorte de forum à l'intérieur duquel s'exprimaient les Ministres de la santé des pays membres et au sein duquel diverses normes



partagées étaient élaborées –, la Banque mondiale est quasi exclusivement composée d'experts économiques; elle obéit à l'idéologie néo-libérale et souscrit au primat de différents outils économiques en vue de guider l'action pour la réforme des systèmes de santé.

Par ailleurs, la Banque mondiale fonde beaucoup d'espoir sur la participation du secteur privé afin d'assurer la prestation de soins de santé dans les pays en développement. Suivant la Banque mondiale, la « voie » vers la santé passe avant tout par le développement économique et par les sciences médicales, n'étant que secondement liée au développement de l'éducation. À ce niveau, la Banque mondiale a influencé de façon prépondérante le développement de la santé à l'échelle internationale. En 1993, le Rapport de la Banque mondiale reconnaissait bien l'existence d'une relation de cause à effet entre la maladie et la pauvreté. Toutefois, le même Rapport ne plaidait aucunement en vue d'une redistribution des richesses comme facteur d'amélioration de la santé (Elliott, 1992; O'Keefe, 1995). Pourtant, l'un des problèmes fondamentaux sous-tendant les inégalités de santé demeure la nécessité de régler la dette des pays pauvres (Beaglehole, et al., 2004).

Aujourd'hui, la Banque mondiale continue de soutenir le recours à des actions spécifiques et économiques. Suivant Beaglehole et al. (2004), une telle approche rappelle quelque peu la « solution magique » de la médecine, coïncidant à trouver le « bon médicament » pour chacune des maladies. Toutefois, selon le même auteur, le principal adversaire à cette solution magique appliquée au champ de la santé publique demeurerait l'éducation des femmes. Comme l'explicitent en effet Beaglehole et al. (2004), quoique la Banque mondiale ait le mérite d'accorder une importance réelle à l'éducation, les obstacles socioculturels qui entravent sur le terrain les possibilités d'éducation des femmes et des petites filles devraient aussi être considérés et éliminés.

Enfin, toujours du côté des acteurs intergouvernementaux, l'OMC joue également un rôle considérable en santé publique, étant donné l'impact de ses Accords multilatéraux de commerce et son intérêt subséquent pour la régulation du marché international du médicament. En ce qui a trait aux épidémies – et nous saisissons ici l'occasion de revenir sur la pandémie du sida appréhendée comme exemple paradigmatique de la gouvernance globale en santé<sup>137</sup> – c'est essentiellement le TRIPS qui révèle toute son importance en définissant les règles de droit des brevets ainsi que leurs possibilités de production et d'exportation. La plupart des firmes pharmaceutiques étant des producteurs privés, leur activité est soumise aux normes du TRIPS, les politiques de lutte contre les épidémies étant dès lors astreintes à tenir compte des enjeux financiers, de la concurrence et de la régulation du commerce mondial. La transnationalisation des firmes ainsi que la pesanteur des marchés financiers constituent ainsi une des dimensions considérables, *a priori* insoupçonnée, que revêt la santé. Le coût de développement d'un médicament conjugué à la nécessité pour l'entreprise pharmaceutique d'obtenir un retour sur investissement explique notamment l'absence de recherche destinée à lutter contre certaines maladies spécifiques dans les pays en développement. En effet, les firmes pharmaceutiques privilégient leurs intérêts financiers, ce qui les « oblige » à reléguer les ambitions sanitaires à la seconde place.

---

<sup>137</sup> Comme l'atteste un numéro spécial du *Third World Quarterly* de 2002, la visibilité de cette pandémie et celle des réunions internationales lui ayant été consacrées font apparaître le VIH/sida comme le problème de santé mondial révélateur des différents enjeux de la santé publique, à savoir des enjeux sociaux, politiques, économiques, médicaux et juridiques. Même si les multiples tensions engendrées par la pandémie de sida ne lui sont pas spécifiques – de telles tensions relèvent effectivement de la même logique dans le cas du paludisme ou de la tuberculose –, la pandémie en question les concentre, ce qui en fait une référence. En mettant en relation les firmes pharmaceutiques, les ONG, les OIG et les États sur un enjeu véritablement mondial, le sida a en effet impliqué tous les acteurs internationaux. Altman (2002) souligne d'ailleurs toute l'importance de tels liens – existant entre le sida, la globalisation et la gouvernance – en recourant à l'acception d'« industrie du sida » afin de décrire les multiples acteurs, leurs interactions ainsi que les processus concernés.

Par ailleurs, si l'on revient à l'exemple pandémique du sida, on peut observer que la propagation de l'épidémie dans différents pays dotés de capacités de production, tels que la Thaïlande, l'Inde ou le Brésil, a conduit ceux-ci à fabriquer des anti-rétroviraux génériques (des copies de médicaments), l'achat de médicaments de marque s'avérant pour leur part impossible. Conséquemment, diverses grandes firmes pharmaceutiques ont pu observer, sur le marché, des médicaments identiques aux leurs propres ayant toutefois un coût inférieur de production. Et c'est précisément à ce niveau que le TRIPS a suscité de nombreuses discussions, sa signature visant à l'origine à protéger les revenus de telles firmes en assurant la perception de *royalties*. Force est de pourtant constater, *a priori*, que pareille régulation de la production et du commerce pharmaceutiques s'opère à l'encontre des besoins sanitaires que rencontrent les pays les plus touchés par le virus du VIH/sida. Le TRIPS encadre effectivement le commerce international tout en modelant les politiques étrangères des pays en développement et en restreignant leurs capacités concurrentielles. De tels enjeux – commerciaux et industriels – ont par suite été relayés, à l'intérieur de diverses OIG, par les États dont les firmes se montraient intéressées soit par l'application stricte du TRIPS soit par la production de génériques. Ainsi, on peut avancer que le choix d'une politique mondiale de lutte contre l'infection du VIH/sida qui privilégierait la prévention et la mise à disposition d'anti-rétroviraux comporte de lourdes implications économiques. Il s'agit en l'occurrence d'une situation potentielle à deux cas de figure. Le premier cas de figure correspondrait à l'organisation des systèmes de santé des pays pauvres du Sud menée « purement et simplement » par les pays développés du Nord tandis que le deuxième cas de figure favoriserait plutôt la production de génériques par les pays du Sud. De l'avis de Dixneuf (2003) et de Labonté (2000), l'alternative imposée par les deux précédents cas de figure représenterait donc un des « risques » liés aux exigences actuelles du marché globalisé. Comme le précisent encore Ryan (1998) et Sell (1998), la gouvernance globale en santé publique, telle qu'elle se dessine, pourrait correspondre à une forme de

domination douce exercée par les pays du Nord sur ceux du Sud; la transnationalisation des firmes pharmaceutiques et l'extension de la concurrence permettraient effectivement aux pays développés de pénétrer « de façon douce » les espaces politiques des pays en développement, c'est-à-dire, d'une part, d'orienter leurs politiques de santé, d'autre part, d'encadrer le développement de leur industrie par la maîtrise de connaissances liées aux brevets. Mais, fort heureusement pour les pays pauvres, la gouvernance globale en santé ne relève pas seulement des acteurs privés comme les firmes pharmaceutiques...

Par-delà les OIG précédemment évoquées (OMS, Banque mondiale, OMC), d'autres acteurs d'importance (et d'influence!) ont également ajusté leurs pratiques aux changements internationaux liés à santé. Ainsi, un fort mouvement associatif est apparu, contribuant à remettre en cause certaines pratiques instituées par les acteurs tant étatiques qu'intergouvernementaux. Cet important renouveau coopératif est formé d'ONG bien structurées (telles que, par exemple, Médecins Sans Frontières, Médecins du Monde, Act Up) ainsi que de Fondations éponymes d'entreprises (comme Rockefeller, Bill et Melinda Gates, Mérieux) ou encore de rassemblements autour de certaines « grandes consciences<sup>138</sup> » individuelles (Foucault ou Brauman par exemple).

...Et quelle a été la « réplique *globalisée* » pour les ONG?

Cette réponse s'est inscrite dans le processus d'internationalisation des associations nationales de solidarité internationale, prenant d'emblée part au phénomène de globalisation de la société. Des ONG internationales ont ainsi cherché à élargir leur base traditionnelle d'actions, au-delà des conflits

---

<sup>138</sup> Celles-ci s'avèrent surtout efficaces dans le fait d'alerter, de mieux comprendre et de permettre aux associations de citoyens de se constituer, de combattre et de s'émanciper ensemble, plutôt que dans le fait de mener d'autres actions significatives de santé publique.

nationaux et internationaux, des catastrophes naturelles et des programmes d'aide au développement des pays du Sud. Elles ont subséquemment élaboré une approche *globalisée*, basée sur le trépied suivant : i) l'expertise, ii) le lobbying auprès des décideurs et des médias ainsi que l'*Advocacy* (ou l'action de plaider) des opinions publiques, iii) la volonté de construire de nouveaux rapports de force d'adversaires/de partenaires avec les firmes transnationales, les États, les OIG.

Comme on peut l'observer, les acteurs associatifs vont remettre en cause les pratiques! Les associations de défense des malades ne se cantonnent plus désormais à la protestation : elles deviennent des organisations de proposition, dûment informées, ayant acquis une expertise dans la surveillance des politiques de santé des pays développés ainsi que dans les traitements médicaux développés par les firmes pharmaceutiques. Certains acteurs associatifs ont principalement développé leur compétence dans le domaine du plaidoyer alors que d'autres ont spécifiquement ciblé la maîtrise des données scientifiques. Par conséquent, les acteurs privés pharmaceutiques se sont vus contraints d'apprendre à travailler de pair avec les ONG, l'activité de développement de médicaments des firmes étant l'objet d'une constante attention de leur part.

Les ONG ont ainsi largement contribué à la transformation du contexte dans lequel opéraient les autres acteurs de la gouvernance en adoptant, premièrement, un mode d'action associant expertise et dénonciation. En deuxième lieu, elles ont formé ou investi des espaces de discussion ou de décision au niveau mondial (comme en témoignent, par exemple, l'*International AIDS Society* ou le Fonds mondial, dans le cas du VIH/sida). Troisièmement, les acteurs associatifs du Nord et du Sud se sont coalisés, entretenant par là même des relations suivies et partageant leur expérience respective. À l'heure actuelle, les ONG sont donc considérées comme jouant un rôle influent en matière de santé, de commerce et de développement tout

comme elles constituent un poids démocratique à la montée en puissance et en influence des firmes transnationales. Enfin, elles jouent un rôle notable dans la défense de divers groupes, notamment ceux ayant été marginalisés par les différentes formes de globalisation économique<sup>139</sup>.

Une dernière configuration d'acteurs, consubstantielle à l'ordre globalitaire et à la gouvernance globale en santé, demeure à présenter : il s'agit des nouvelles formes de partenariat public-privé global (PPP) (Buse, 2004; Buse, et al., 1997, 2002; Kickbusch, et al., 1998; Lee, et al., 2002). Au cours de la dernière décennie, de très importantes initiatives en santé publique ont été lancées sous forme de tels PPP. Ainsi compte-t-on par exemple les PPP fort connus suivants : i) le *Global Alliance for Vaccines and Immunization* (GAVI), un PPP lancé en 2000 dont les principaux partenaires sont l'OMS, l'UNICEF et la Fondation de Bill et Melinda Gates et dont le but est d'améliorer l'accès aux services de vaccination (Brugha, et al. 2002), ii) le *Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria* (GFATM), un PPP lancé en 2002, dont les partenaires sont le G8, l'ONU, la Banque mondiale et l'UNAIDS et qui vise à réunir des fonds pour la lutte contre les trois maladies considérées (Feachem, 2003; Kapp, 2002; Siringi, et al., 2002); iii) le PPP nommé *Roll Back Malaria* (RBM), lancé en 1998 par Madame Gro Harlem Brundtland, qui réunit l'OMS, l'UNICEF, la Banque mondiale, le PNUD, le DFID et le USAID et qui vise à soutenir la lutte contre la malaria (Daniels, et al., 2002).

Bien que décriée<sup>140</sup>, une telle évolution en faveur de la constitution de PPP présente pourtant certains avantages, comme notamment : i) celui de permettre aux Nations unies de s'acquitter de ses mandats et de remplir ses

---

<sup>139</sup> Cependant, il importe aussi de remarquer, avec Weiss (1999), que beaucoup d'ONG contemporaines présentent leurs propres intérêts organisationnels, qui sont quelquefois plus proches de l'esprit d'entreprise que celui de la justice sociale ou du développement humain.

<sup>140</sup> Il y aurait un risque, suivant différents auteurs, que certaines ONG, comme par exemple l'OMS, perdent leur « intégrité » et/ou leur « impartialité » (Koivusalu, 1999).

fonctions à une époque de croissance budgétaire zéro, ii) celui de conférer et une autorité et une légitimité à l'ONU étant donné son association avec de puissants<sup>141</sup> acteurs du secteur privé, iii) celui de permettre aux différentes agences de l'ONU de tirer parti des conseils et des fonds du secteur privé (Kapp, 2002; Labonté, 2000). Les avantages des PPP pour le secteur privé ont aussi suscité l'inquiétude de maints observateurs. En effet, les PPP offrent à ces derniers : i) une influence accrue au niveau du palier national étant donné l'accès à l'information, aux institutions et aux décideurs publics, qu'ils obtiennent par le truchement de l'ONU, ii) une emprise renforcée sur la scène internationale, iii) un surcroît de légitimité et d'autorité vu leur association avec des OIG, avec l'ONU par exemple, iv) des avantages financiers directs du fait de l'expansion des marchés et étant donné les concessions fiscales (Buse, et al., 2000a, 2000b).

Une telle évolution en faveur de partenariats publics-privés conjuguée à la multiplication et à la montée d'influence des acteurs coopératifs a pleinement participé à l'émergence de la gouvernance globale en santé (Labonté, 2000), plaçant les acteurs non étatiques au premier plan. Cependant, cette *nouvelle* gouvernance globale en santé demeure encore aujourd'hui bien jeune... Et, comme le soulignent à la fois Kickbush (1999) et Labonté (2000), si l'on veut, d'une part, permettre aux décisions de commerce d'être fondées sur des objectifs sociaux, environnementaux et de santé (au lieu d'objectifs strictement commerciaux), si l'on veut, d'autre part, permettre à tous les acteurs (États, firmes transnationales, ONG, société civile) de participer de manière équitable au processus de gouvernance, la tâche à accomplir est écrasante. Même si ensemble, les ONG et les PPP sont de plus en plus considérés comme jouant un rôle précieux et influent en matière de commerce, de santé et de développement – et comme cela a d'ailleurs constaté lors de la Conférence ministérielle de l'OMC à Seattle en 1999 –,

---

<sup>141</sup> Ainsi par exemple, le budget alloué au programme de santé par la Fondation de Bill et Melinda Gates équivaut quasiment à celui de l'OMS (Kickbusch, 1999).

deux sérieux obstacles sont aujourd'hui à déjouer. Le premier obstacle ou défi à surmonter tient à la concurrence âpre bien que civilisée que font jouer entre elles les OIG. Le second défi à relever est lié au caractère flou des politiques étrangères des États.

Le premier obstacle à surmonter procède d'un certain « éparpillement » de la gestion de la santé au sein de l'architecture onusienne ou au niveau des OIG, qui s'affrontent plus souvent qu'elles ne coopèrent. Les politiques intersectorielles de santé qui impliquent diverses OIG suscitent de fréquentes tensions, celles-ci ne s'avérant pas systématiquement régulées. Les OIG qui interviennent en santé tentent logiquement d'influer sur les choix des politiques... et l'atteinte d'un consensus est difficilement envisageable. Tandis que, par exemple, la Banque mondiale et le FMI s'affrontent pour influencer des agences, l'OMS, le BIT ou l'Unicef refusent de s'accorder sur les projets du Département des Affaires sociales de l'ONU (Deacon, et al., 2003).

Dans la mesure où les différentes OIG bénéficient de ressources très inégales d'un point de vue financier, médiatique, technique, humain, il semble légitime de se questionner quant à leur hiérarchisation (Deacon, et al., 2003; Dixneuf, 2003; Koivusalu, 1999). Toutefois, en dépit du rapport réalisé par Sachs<sup>142</sup> quant à un schéma de coordination possible entre l'OMS et la Banque mondiale, on entrevoit difficilement comment l'existence, au sein du système onusien, d'institutions spécialisées et de programmes qui ne partagent ni les mêmes visées ni les mêmes modes de financement permettrait d'envisager une structuration hiérarchisée avec, par exemple, l'OMS qui définirait des orientations que les programmes auraient ensuite à

---

<sup>142</sup> Jeffrey Sachs a effectivement dirigé un rapport publié par la Commission de macroéconomie et santé de l'OMS, intitulé « *Investing in Health for economic Development* », rapport qui proposait une coordination entre l'OMS et la Banque mondiale : l'OMS se voyait attribuer la veille et le conseil tandis qu'en association avec la Banque mondiale, elle avait à définir les pratiques à suivre, le FMI ayant pour sa part la mission de soutien des politiques nationales de réforme. Un tel schéma n'a cependant pas convaincu nombre d'acteurs (Deacon, et al., 2003).



faire appliquer. Parallèlement, en matière de développement humain et de politiques sociales, on peut citer, avec Jacquet et al. (2002), l'exemple d'un difficile et hasardeux rapprochement entre l'OMS et le BIT, étant donné leurs différences de fonctionnement et d'objectifs.

Par-delà les précédentes difficultés de coexistence des OIG ou de coordination de leurs actions, la gouvernance globale en santé présente un second défi de taille : les États concilient difficilement les objectifs de leur politique étrangère avec ceux de l'action en faveur de la santé (Dixneuf, 2003). La gouvernance se révèle difficilement maîtrisable du côté des acteurs étatiques étant donné la non-équipollence d'une telle gestion partagée des politiques mondiales avec leur(s) politique(s) étrangère(s). Il s'avère de fait extrêmement difficile pour les États de s'affranchir des contraintes<sup>143</sup> de leur politique étrangère pour participer à une gestion de la santé régulée collectivement. La multiplication des acteurs lors du processus décisionnel dilue la capacité étatique à contrôler le déroulement du jeu des négociations, majorant conjointement leur obligation de nouer de multiples relations en vue d'obtenir des soutiens diversifiés. Enfin, il faut mentionner que la gouvernance globale suppose une relative autonomie des organisations internationales. Or, le financement de celles-ci est en partie tributaire des contributions extrabudgétaires des États. Ces derniers maintiennent de cette manière un certain contrôle quant à l'orientation des agences, ce qui peut

---

<sup>143</sup> Une politique étrangère sert à façonner l'environnement de l'État afin qu'il puisse en retirer des bénéfices en termes d'image, de capacité de négociation ou d'action en faveur de ses ressortissants, que ce soit d'un point de vue individuel ou collectif. Un tel travail sur l'image d'un pays tout comme l'orientation des espaces de négociation et la mise en oeuvre d'actions sur le terrain permettent d'influencer les représentations des autres acteurs, et parallèlement d'accroître les ressources de l'État, ainsi que de promouvoir un discours destiné à l'espace politique interne. Même si tous les États se montrent aujourd'hui très intéressés par la perspective d'un ajustement de leurs pratiques aux changements internationaux liés à la santé, pareil ajustement réclame une stratégie d'action (Kickbush, 1999; Labonté, 2000; Dixneuf, 2003). Il existe effectivement une divergence « de principe » entre le fait de devoir envisager des politiques de santé dans un cadre politique global et le fait de considérer les politiques de santé comme un instrument d'influence extérieure parmi d'autres.

participer à amoindrir leur légitimité... et ce qui complexifie ultimement la mise en œuvre d'une gouvernance globale en santé.

Ainsi, la gouvernance globale en santé reste à « faire *de facto* » puisque, comme l'explicitent conjointement Kickbush (1999) et Labonté (2003), elle n'a pas jusqu'ici

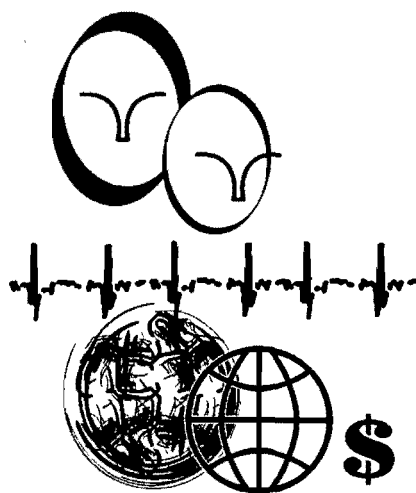
réussi à coordonner « une réponse adéquate » combinant des politiques, des ressources et la volonté politique nécessaires pour relever le défi croissant des inégalités dans le secteur de la santé et pour assurer la santé des populations. (...) La gouvernance mondiale désigne précisément ce que nous sommes en train de bâtir [aujourd'hui]. Si la structure n'en est pas encore claire, sa finalité offre à la communauté de la santé internationale la possibilité d'influer sur ses valeurs pour appuyer le développement de certains éléments clés. (Labonté, 2003, p. 16)

Et comme le précise encore Kickbush (1999), il importe donc d'élaborer une stratégie qui aidera à transformer les actuels réseaux d'action et de promotion de la santé constitués par le truchement de partenariats, de réseaux et de coalitions d'acteurs, en de véritables réseaux de gouvernance globale. Ce que de nombreux auteurs (Altman, 1998b; Bauman, 1999; Bouchet, 2005; Chen, et al., 1999; Chiffolleau, 2001, 2002; Deacon, et al., 2003; Deblock, 2005; Dixneuf, 2003; Fassin, 2001; Freitag, 2005; Galbraith, 2005; Izraelewicz, 1997; Kickbush, 1999, 2003; Koivusalu, 1999, 2003; Koivusalu, et al., 1997; Labonté, 2000, 2003; Lee, 2003; Love, 2001; Manzagol, 2003; Michalet, 2005; OIT, 2004; Petrella, 1997; Sen, 2001a, Smith, et al., 2003; Verschave, 2001; Weiss, 1999, 2000) jugent inquiétant, c'est cette focalisation sur les avantages de la globalisation financière, pareille focalisation occultant en concomitance les coûts de la globalisation en termes de santé, de développement humain et d'environnement. Loin de se porter contre la libéralisation du commerce et des marchés, ces mêmes auteurs prônent plutôt l'instauration d'une (nouvelle) gouvernance globale en santé, une gouvernance qui puisse notamment garantir que la même globalisation financière réponde aussi à des objectifs de développement

humain et social associés à une répartition plus équitable du pouvoir et des ressources entre tous les citoyens du monde.

## Chapitre 5

### **LA SANTÉ PUBLIQUE GLOBALISÉE : MODÈLE THÉORIQUE ET PROPOSITIONS POUR UNE GOUVERNANCE GLOBALE EN SANTÉ PUBLIQUE**



La lecture de ce chapitre nécessite le recours à un CD-ROM (voir 5.1. [page 418] pour la présentation succincte du CD-ROM et sa mise à la disposition du lecteur; voir 5.2.1.1. [page 426] pour l'installation des fichiers sur votre propre ordinateur).

La santé publique, socialement, culturellement et historiquement construite, traverse depuis deux à trois décennies une profonde crise. C'est cette crise qui a constitué le point de départ de notre questionnement.

Afin de répondre aux quatre questions de recherche qui sous-tendaient la présente thèse (les questions *un, deux et trois* apparaissant en *page 11*; la question *quatre* apparaissant en *page 13*), nous avons choisi le « nouveau monde global », c'est-à-dire le processus multiforme de globalisation, comme *cible contextuelle* (voir *page 7, dernier paragraphe, dernière ligne*) et nous avons par suite développé, analysé un certain nombre de *concepts intégrateurs* (voir *page 7, paragraphe 2, ligne 7*) qui allaient nous permettre de saisir théoriquement la réalité sociale et historique du dernier quart de siècle, une telle réalité correspondant à la crise évolutive de la santé publique replacée dans son contexte.

Le présent chapitre de notre thèse se compose de trois figures, successivement présentées, soient les figures dites *Figure 2, Figure 3* et *Figure 4*, qui ensemble s'inscrivent dans une logique de production d'une compréhension théorique de la santé publique en contexte global (voir *page 71*). Les deux premières figures (*Figure 2* et *Figure 3*) sont en « format papier » tandis que la troisième et dernière figure (*Figure 4*) est présentée sur disque optique numérique (CD-ROM), les liens hypertexte facilitant une analyse multiréférentielle<sup>144</sup>, encore dite « à niveaux multiples ». C'est cette

<sup>144</sup> L'analyse multiréférentielle (ou *multiniveau* ou à *niveaux multiples* [sous-entendu, *de connaissances*, qui réfèrent aux multiples dimensions de la réalité]) s'articule avec le paradigme de complexité de Morin (1990, 1994) et la non-linéarité (Guespin-Michel, et al., 2000; Sève, 2005). Elle participe de la construction (notamment en recherche) d'un savoir multiréférentiel de type transdisciplinaire. C'est la reconnaissance de la complexité du réel qui permet d'admettre sa multidimensionnalité, exigeant dès lors pour une compréhension plus fine (du complexe, des phénomènes) une multiréférentialité. Attention : l'*analyse* multiréférentielle ne correspond pas à (ou n'est aucunement synonyme de) l'*analyse* qualitative en mode écriture, la méthode d'analyse spécifiquement utilisée dans la présente thèse. La première, en tant qu'approche, nous place au niveau épistémologique, la seconde en tant que méthode nous situe au niveau méthodologique. Comme le soulignent Ramagnino et al. (1998), l'analyse multiréférentielle, est « [b]eaucoup plus encore qu'une position méthodologique, l'analyse multiréférentielle est un parti pris épistémologique » (p. 7), qui promeut la *transversalité* des connaissances et le questionnement d'objets dits « transversaux » (c'est-à-dire d'objets qui, pour être connus, nécessitent de passer d'un champ disciplinaire/de connaissances à un autre, de tisser ensemble les théories, paradigmes et faits qui appartiennent différents champs). « En assumant l'hypothèse de la complexité, voire de l'hypercomplexité, de la réalité à propos de laquelle on s'interroge, l'approche multiréférentielle propose [ainsi] une lecture plurielle de ses

dernière figure (*Figure 4*) qui constitue la modélisation proprement dite, répondant à nos objectifs de recherche (voir *page 78*). C'est la *Figure 4* qui correspond donc au modèle socio-historique de la santé publique *globalisée* et c'est au sein de la même *Figure 4* que sont proposées des pistes de réflexion pour une gouvernance globale en santé publique, apparaissant sous forme de propositions.

La *Figure 2*, première des trois figures de ce dernier chapitre, intitulée « *Périodisation 1980-2007 : La chaîne des crises du nouveau monde global* » nous replace de manière figurative à l'aube de notre questionnement et au point de départ de la présente thèse (voir *Chapitre 1*) : de notre avis, la transmutation de la santé publique durant la périodisation 1980-2007 peut être mise en parallèle avec les multiples avatars de la globalisation, la crise de la santé publique pouvant être mise « en chaîne » (en continuité) avec cinq autres crises afférentes à la même périodisation.

---

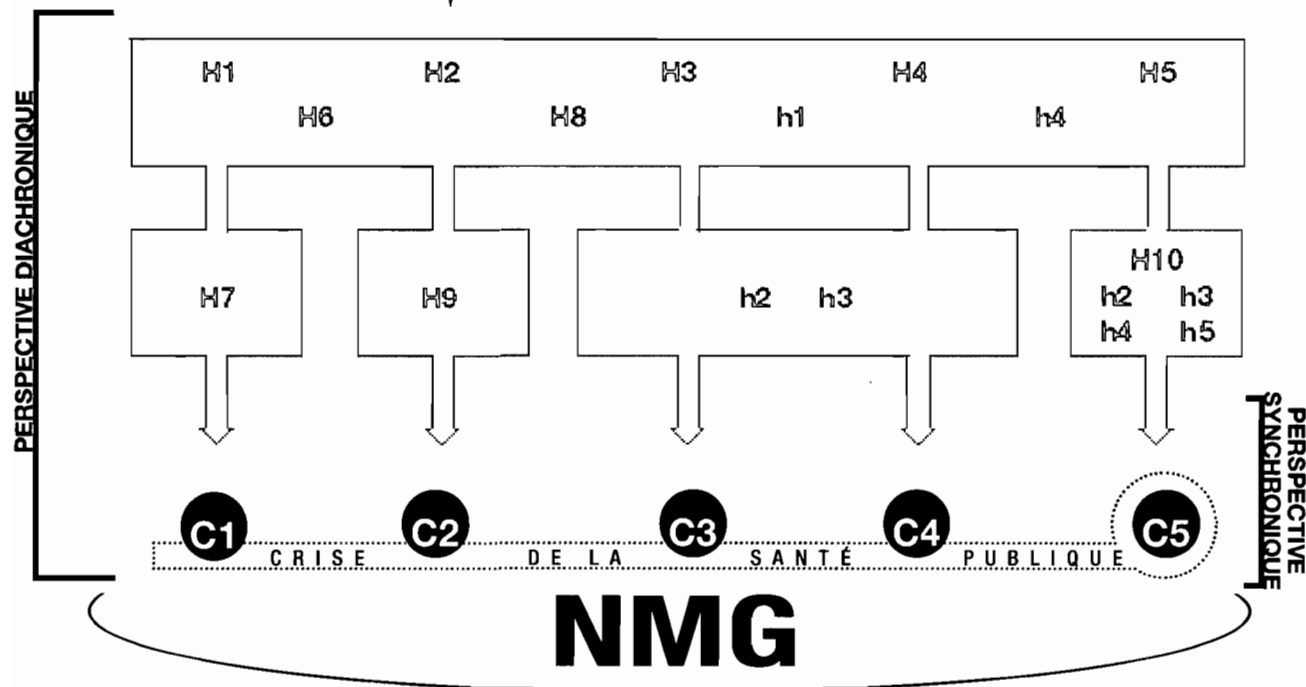
objets (pratiques et théoriques), sous différents angles, impliquant autant de regards spécifiques et reconnus explicitement non réductibles les uns aux autres, c'est-à-dire hétérogènes » (Ardoino, cité par Mabilon-Bonfils, et al., 1999, p. 51). Précisons encore, avant d'y revenir à la *page 432 (ligne 5)*, que l'objet (de recherche) « transversal » de notre thèse est la santé publique des quelque 25 dernières années, santé publique dans la réalité socio-historique de son époque (que nous appelons, à la suite de la *Figure 4*, santé publique « globalisée »).



**FIGURE 2**  
**PÉRIODISATION**  
**1980-2007**

**La chaîne des crises**  
**du nouveau monde**  
**global (NMG)**

La chaîne fournit une indication sur la concomitance entre les différentes crises (et les éléments qui s'y rattachent) et non une interaction fonctionnelle entre ces crises et leurs éléments ou caractéristiques



**H1** Histoire de la médecine, du savoir et du raisonnement médical  
**H2** Histoire des mondialisations  
**H3** Histoire des épidémies, des situations sanitaires, des préoccupations et politiques de santé  
**H4** Histoire de la mathématisation (ou de la mesure) du risque  
**H5** Histoire de l'évaluation

**H6** Histoire de la marchandisation  
**H7** Histoire du capitalisme  
**H8** Histoire de la solidarité  
**H9** Histoire de l'État-providence  
**H10** Histoire de la santé publique

**h1** histoire du concept de santé et des déterminants de la santé  
**h2** histoire du sida/VIH-1  
**h3** histoire de la bataille du risque  
**h4** histoire de la démarche évaluative et de l'irruption de l'« *evidence-based medicine* » en santé  
**h5** histoire de la recherche, de la formation et de l'« *advocacy* » en santé publique

La « chaîne » des crises (C) du nouveau monde global représentée à la *Figure 2* inclut six crises identifiées de la manière suivante :

- C1 : Crise du capitalisme fordiste
- C2 : Crise de l'État-providence
- C3 : Crise institutionnelle
- C4 : Crise sociale/sociétale
- C5 : Crise environnemento-sanitaire
- CSP : Crise de la santé publique

La *Figure 2* se lit en deux phases : tout d'abord, on y observe cinq des six crises alignées en chaîne (C1, C2, C3, C4, C5), la crise de la santé publique (CSP) se greffant à C5. À l'intérieur de la chaîne fermée sur elle-même, apparaît – sous l'acronyme NMG – le nouveau monde global.

Dans une seconde phase, on procède – de manière imagée – à l'ouverture de la chaîne des crises (voir *Figure 2*). L'ouverture de ladite chaîne des crises va secondement nous permettre d'« entrer » dans la modélisation proprement dite de la *Figure 4* (en passant par la *Figure 3*). Pourquoi?... Parce qu'une telle ouverture de la « chaîne » permet de faire entrer les différentes crises dans une perspective diachronique, c'est-à-dire de mettre les crises en relation avec diverses *H-histoires* (*Histoires* dites anciennes et récentes). Nous nous retrouvons dès lors dans une double perspective diachronique (perspective socio-anthropo-historique) et synchronique, ces deux perspectives renvoyant respectivement à l'objectif 1 ii) (qui était de mieux comprendre la transformation de la santé publique durant la périodisation 1980-2007) et à l'objectif 1 i) (qui était d'analyser la nature des liens entre la santé publique et le nouveau monde global) de notre thèse.

Dans la *Figure 2*, les différentes *Histoires* relevant de l'Histoire ancienne (c'est-à-dire, dans notre thèse, qui remonte au-delà de la périodisation 1980-



2007, ou avant 1980) (voir *Journal de bord*, en 4.1.3.1.) y sont référées comme suit :

- H1 : Histoire de la médecine, du savoir et du raisonnement médical
- H2 : Histoire des mondialisations
- H3 : Histoire des épidémies, des situations sanitaires, des préoccupations et politiques de santé
- H4 : Histoire de la mathématisation (ou de la mesure) du risque
- H5 : Histoire de l'évaluation
- H6 : Histoire de la marchandisation
- H7 : Histoire du capitalisme
- H8 : Histoire de la solidarité
- H9 : Histoire de l'État-providence
- H10 : Histoire de la professionnalisation en santé publique

D'autres *histoires* participent de l'histoire récente qui, dans notre thèse, couvre la périodisation 1980-2007 (voir *Journal de bord*, en 4.1.3.2.). Ces histoires relèvent de la réalité socio-historique du dernier quart de siècle et sont identifiées comme suit :

- h1 : histoire du concept de santé et des déterminants de la santé
- h2 : histoire du sida/VIH-1
- h3 : histoire de la bataille du risque
- h4 : histoire de la démarche évaluative et de l'irruption de l'« *Evidence-based medicine* » en santé
- h5 : histoire de la recherche, de la formation et de l'« *Advocacy* » en santé publique

En examinant la seconde phase de la *Figure 2*, on observe que la crise de la santé publique (représentée en pointillé) englobe la C5 et a partie liée aux quatre autres crises que sont C1, C2, C3 et C4 (la nature précise de tels liens apparaît plus explicitement dans la *Figure 4*). On remarque également que C1 est liée avant tout à H7, mais également à H1, H2, H3, H4, H5, H6,

H8, h1 et h4 (lesquelles *Histoires/histoires* sont liées à toutes les crises de la figure). La crise C2 est liée avant tout à H9, mais également à H1, H2, H3, H4, H5, H6, H8, h1 et h4; les crises C3 et C4 sont liées avant tout à h2 et à h3, mais également à H1, H2, H3, H4, H5, H6, H8, h1 et h4. Enfin, les crises C5 et CSP sont liées avant tout à H10, h2, h3, h4, h5, mais également à H1, H2, H3, H4, H5, H6, H8, h1 et h4.

Les six crises initialement présentées dans la *Figure 2* vont réapparaître dans la figure suivante (*Figure 3*) en tant que concepts intégrateurs (aux côtés d'autres concepts intégrateurs). C'est par l'intermédiaire de tels concepts intégrateurs qu'un cadrage analytique (tel que requis à la *page 75, paragraphe 1, ligne 2*) a pu être fait, cadrage portant d'une part, sur les interrelations entre la santé publique et la globalisation, portant d'autre part, sur la dynamique de la gouvernance globale en santé publique (voir en 2.2 [*lignes 2-4*], *page 77*). La *Figure 3* avec ses concepts intégrateurs prépare donc à la lecture du modèle proprement dit de la *Figure 4*.

La *Figure 3*, intitulée « *Santé publique et nouveau monde global : concepts intégrateurs pour une double mise en perspective synchro-diachronique de leurs interrelations* » propose les concepts intégrateurs suivants, que constituent : les **crises** (C1, C2, C3, C4, C5, CSP), les **filtres** (F1, F2, F3, F4, F5), les **formes** (f1, f2, f3, f4, f5, f6, f7, f8), les **logiques** (logique dromocratique, logique épidémique, logique technoscientifique, logique « cyber », logique productive, logique marchande) et les **imaginaires** (i1, i2, i3, i4, i5)

Les crises de la *Figure 3* sont les mêmes que celles apparaissant dans la (précédente) *Figure 2*, c'est-à-dire :

- **C1** : Crise du capitalisme fordiste
- **C2** : Crise de l'État-providence
- **C3** : Crise institutionnaliste

- **C4** : Crise sociale/sociétale
- **C5** : Crise environnemento-sanitaire
- **CSP** : Crise de la santé publique

Les filtres (F) (voir *Journal de bord*, en 3.3.2.) sont identifiés comme suit :

- **F1** : Filtre des paradigmes épistémiques (et des communautés épistémiques)
- **F2** : Filtre sociologique des crises (crise habermassienne de l'État social ; crise freitagienne de la normativité ; crise dubarienne des identités ; crise éthico-politique selon Beauchemin)
- **F3** : Filtre des auteurs et de leurs œuvres (Anders et le hiatus entre le produire et le représenter, Jonas et le principe responsabilité, Lasch, Sennett et Lipovetsky et la montée du nouvel individualisme en Occident)
- **F4** : Filtre socio-anthropologique du risque (société du risque; ère du risque et de l'incertitude)
- **F5** : Filtre de la réalité sociale (désymbolisation, déracinement, absence d'être-ensemble)

Les formes (f) (voir *Journal de bord*, en 3.3.3.1.) apparaissent de la manière suivante :

- **f1** : globalisation du capital (globalisation du secteur financier)
- **f2** : globalisation des marchés
- **f3** : globalisation de la technologie, de la R&D et des connaissances
- **f4** : globalisation des modes de vie, des modèles de consommation, de la culture
- **f5** : globalisation des normes (partie prenante de la gouvernance globale)
- **f6** : globalisation à titre d'instrument politique planétaire
- **f7** : globalisation des perceptions des conditions humaines, « conscience planétaire »

- **f8** : globalisation communicationnelle-médiatique

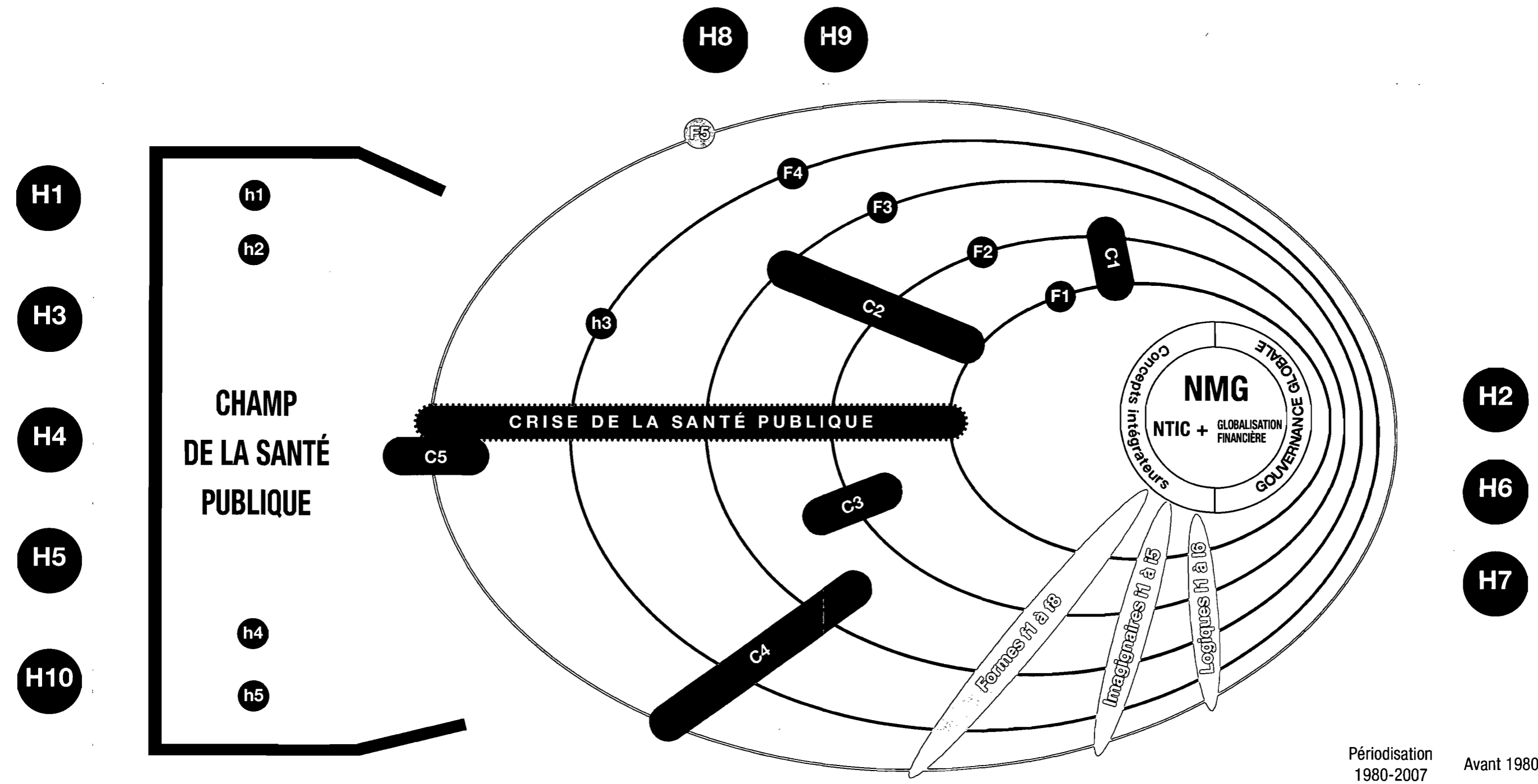
Les logiques (l) (voir *Journal de bord*, en 4.1.3.2.) sont présentées comme suit (les trois premières logiques citées apparaissent en périphérie du processus socio-historique de NMG tandis que les trois dernières en forment le cœur) :

- **l1** : logique dromocratique
- **l2** : logique épidémique
- **l3** : logique technoscientifique
- **l4** : logique cyber
- **l5** : logique productive
- **l6** : logique marchande

Enfin les imaginaires (i) (voir *Journal de bord*, en 4.1.3.3.) apparaissent de la façon suivante :

- **i1** : imaginaire universaliste, de « semblable dans le monde »
- **i2** : imaginaire de « vie quotidienne mondiale » (« *Happenings* planétaires », catastrophes, etc.)
- **i3** : imaginaire du « vivre ensemble collectif »
- **i4** : imaginaire du « tout se vend et tout s'achète », du libre choix
- **i5** : imaginaire discursif (des mots propres au temps mondial : gouvernance, transparence, évaluation, privatisations, *Empowerment*)

Et ensemble, tous ces concepts intégrateurs – que constituent autant de crises, de filtres, de formes, de logiques, d'imaginaires – mis en place figurativement à *la Figure 3* vont réapparaître – cette fois interreliés entre eux et avec d'autres éléments – dès que l'on « ouvrira » *la Figure 4*, fournie sur CD-ROM à la *page 426*.



**FIGURE 3**  
**SANTÉ PUBLIQUE ET NOUVEAU MONDE GLOBAL**  
 Concepts intégrateurs pour une double mise en perspective synchro-diachronique

**NMG** nouveau monde global (globalisation)  
**NTIC** nouvelles technologies de l'information et de la communication

**CONCEPTS INTÉGRATEURS** : Crises (C1, C2, C3, C4, C5, CSP), **Filtres** (F1, F2, F3, F4, F5), **formes** (f1, f2, f3, f4, f5, f6, f7, f8), **logiques** (logique démocratique, logique épidémique, logique technoscientifique, logique «cyber», logique productive, logique marchande), **imaginaires** (i1, i2, i3, i4, i5)

**CRISES (C)**  
 C1 Crise du capitalisme fordiste  
 C2 Crise de l'État-providence  
 C3 Crise institutionnaliste  
 C4 Crise sociale/sociétale

**C5** Crise environnemento-sanitaire  
 CSP Crise de la santé publique

**FILTRES (F)**  
 F1 Filtre des paradigmes épistémiques (et des communautés épistémiques)  
 F2 Filtre sociologique des crises  
 F3 Filtre des auteurs et de leurs œuvres (Anders, Jonas, Lasch, Sennett et Lipovetsky)  
 F4 Filtre socio-anthropologique du risque  
 F5 Filtre de la réalité sociale (désymbolisation, déracinement, absence d'être-ensemble)

**FORMES (f)**  
 f1 globalisation du capital (globalisation du secteur financier)

f2 globalisation des marchés  
 f3 globalisation de la technologie, de la R&D et des connaissances  
 f4 globalisation des modes de vie, des modèles de consommation, de la culture  
 f5 globalisation des normes (partie prenante de la gouvernance globale)  
 f6 globalisation à titre d'instrument politique planétaire  
 f7 globalisation des perceptions des conditions humaines, «conscience planétaire»  
 f8 globalisation communicationnelle-médiatique

**LOGIQUES (l)**  
 l1 logique démocratique  
 l2 logique épidémique

i3 logique technoscientifique  
 i4 logique cyber  
 i5 logique productive  
 i6 logique marchande

**IMAGINAIRES (i)**  
 i1 imaginaire universaliste, de «semblable dans le monde»  
 i2 imaginaire de «vie quotidienne mondiale» («happenings planétaires», catastrophes, etc.)  
 i3 imaginaire du «vivre ensemble collectif»  
 i4 imaginaire du «tout se vend et tout s'achète», du libre choix  
 i5 imaginaire discursif (des mots propres au temps mondial : gouvernance, transparence, évaluation, privatisations, empowerment)

**HISTOIRE ANCIENNE (avant 1980) (H1 à H10)**  
 H1 Histoire de la médecine, du savoir et du raisonnement médical  
 H2 Histoire des mondialisations  
 H3 Histoire des épidémies, des situations sanitaires, des préoccupations et politiques de santé  
 H4 Histoire de la mathématisation (ou de la mesure) du risque  
 H5 Histoire de l'évaluation  
 H6 Histoire de la marchandisation  
 H7 Histoire du capitalisme  
 H8 Histoire de la solidarité  
 H9 Histoire de l'État-providence  
 H10 Histoire de la santé publique

**HISTOIRE RÉCENTE (périodisation 1980-2007) (h1 à h5)**  
 h1 histoire du concept de santé et des déterminants de la santé  
 h2 histoire du sida/VIH-1  
 h3 histoire de la bataille du risque  
 h4 histoire de la démarche évaluative et de l'irruption de l'«evidence-based medicine» en santé  
 h5 histoire de la recherche, de la formation et de l'«advocacy» en santé publique

Périodisation  
 1980-2007      Avant 1980

## **5.1. Le CD-ROM ou Figure 4 : présentation succincte et mise à la disposition du lecteur**

La *Figure 4*, intitulée « *Modèle théorique* » apparaît sur le support CD-ROM fourni ci-dessous (voir 5.2.1.1. pour l'installation des fichiers sur votre propre ordinateur).

La *Figure 4* comprend elle-même quatre figures, les *Figures 4A, 4B, 4C* et *4D*, actualisées en cliquant sur leur dénomination respective (et visualisées à la *Figure 4* sous la forme d'étoiles de couleur jaune). La *Figure 4A* est intitulée « *Histoires et formes de globalisation* »; la *Figure 4B* est intitulée « *Imaginaires et nouvelle santé publique* », la *Figure 4C* est intitulée « *Logiques et sociétés* » et la *Figure 4D* est intitulée « *La santé publique globalisée* ».

Pour chacun des termes ou des acceptions se trouvant dans chacune des cinq figures (*Figures 4, 4A, 4B, 4C, 4D*), comme pour chacun des concepts intégrateurs précédemment évoqués, des liens hypertexte ont été créés afin de situer analytiquement/contextuellement l'(les) élément(s) ou le(s) terme(s) « cliqué(s) », de le(s) relier aux autres. De même, les propositions relatives à la gouvernance globale en santé publique, bien que reprises ci-après (voir 5.3.), font partie intégrante de la *Figure 4D*.

## **5.2. Répondre à notre premier objectif de recherche : un modèle théorique appelé « La santé publique globalisée »**

Nombre d'auteurs ont qualifié la périodisation afférente au dernier quart de siècle comme étant celle de la « mondialisation », ou de la « globalisation », adaptation du terme anglais *Globalization* à la signification plus rigoureuse parce qu'insistant sur l'emprise totale et tentaculaire du marché global à l'échelle planétaire. Au cours des dernières années, les débats – plus fréquemment éditoriaux ou politiques que scientifiques – ont d'ailleurs mis l'accent sur l'intensification des interdépendances économiques et sociales à l'échelle mondiale, soulignant la nouveauté et l'importance de la globalisation. L'abus d'utilisation de ce mot ne peut toutefois dispenser de s'interroger sur sa véritable signification. Au plan économique, la globalisation désigne tout à la fois l'émergence d'une « économie globalisée » qui opère directement au niveau international et non plus au niveau des États-nations, tout comme elle se définit par la convergence de marchés à l'échelle planétaire ou encore par le déploiement de firmes *transnationales* (l'encadrement, l'investissement et la recherche-développement étant « dénationalisés »). Toutefois, par-delà la globalisation financière (la constitution d'un marché mondial – global – de capitaux) et le développement de réseaux globaux de communications (ayant de fait modifié la donne économique mondiale), la globalisation intègre des pans entiers de culture et de relations sociales. La globalisation recouvre un vaste spectre de phénomènes, de nature économique mais aussi culturelle, technologique, politique et sociale. La globalisation va donc se manifester dans des domaines allant de la culture à la politique, en passant par la production, les relations de travail, la finance, l'éducation et la santé, étant en outre rattachée aux questions d'émergence de « nouveaux » risques sanitaires et environnementaux et mettant à mal la souveraineté étatique et la solidarité providentialiste (essentielle à la santé publique).

Depuis environ un quart de siècle, les fondements traditionnels de l'État (emploi, territoire, sécurité) sont en effet contestés; ses prérogatives sont réduites; son monopole détenu jusqu'alors – comme gardien de la sécurité nationale, comme principal employeur, comme agent économique majeur, comme principal entrepreneur, comme pourvoyeur d'information, comme décideur de politique économique – est brisé. La fin des Trente Glorieuses en tant qu'environnement institutionnel spécifique signe ainsi la fin de l'État-providence, c'est-à-dire la fin du système de protection sociale fondée sur la solidarité entre les classes sociales et intergénérationnelle. La périodisation 1980-2007 qui s'avère concomitante à l'accélération de l'histoire (avec la chute du Mur et du système communiste, la domination de l'économie américaine, l'hégémonie du paradigme épistémique néolibéral, la diffusion des nouvelles technologies de l'information et de la communication, le creusement des inégalités entre les pays développés et en développement, la fracture technologique Nord-Sud avec ses « infos-riches » et ses « infos-pauvres », la propagation de pandémies comme le sida, etc.) et à un temps de crises (*crise* de l'État-providence, *crise* du capitalisme fordiste, *crise* institutionnaliste, *crise* sociale/sociétale, *crise* environnemento-sanitaire... et *crise* de la santé publique), marque ainsi l'effondrement du keynésianisme et l'émergence de la globalisation ou d'un « nouveau monde global ».

La même globalisation (le nouveau monde global) va poser à la santé publique des enjeux théoriques et pratiques de taille, étant donné les multiples avatars liés à l'ordre globalitaire : crises internes des États-providence et implacabilité du manque de ressources pour répondre à l'exigence de sa finalité et de ses missions, crise généralisée des normes et des valeurs, mais aussi émergence de nouveaux risques globaux et saillance sociale des risques, « nouvelle » ère de l'incertitude, primauté du technocratisme ou techno-instrumentalisme et « pouvoir évaluatif » dans le domaine de la santé. À l'aube du XXI<sup>ème</sup> siècle, la globalisation constitue donc un défi théorique et pratique majeur auquel sont confrontés les



professionnels de la santé publique. Parallèlement, la question de la gouvernance en santé publique se révèle problématique pour tous les pays post-industriels.

Les liens entre la santé publique et le nouveau monde global se révèlent cependant complexes. La manière dont la globalisation détermine la santé des populations est bien soumise à un ensemble complexe de conditions politiques préexistantes, de capacités et de ressources politiques nationales, de programmes mis en place tels que la santé, l'éducation, le logement, le droit au travail, la protection de l'environnement, mais encore faut-il – de notre avis – prendre en compte (et formaliser) la pensée du non-linéaire, c'est-à-dire la perspective d'interactions non linéaires entre la globalisation et la santé publique.

Dispensateur de bienfaits apparents ou charriant des coûts (parfois moins apparents), le nouveau monde global s'accompagne en outre d'une nouvelle institutionnalisation de la scène internationale, soit de la naissance d'une gouvernance globale en santé publique, celle-ci impliquant de nombreux acteurs, qu'il s'agisse de gouvernements nationaux, d'institutions internationales gouvernementales, d'acteurs coopératifs, de firmes transnationales ou de partenariats publics-privés. La tâche incombant à cette forme émergente de gouvernance qu'est la *gouvernance globale* demeure encore aujourd'hui, à l'heure de ses débuts, écrasante. En effet, telle qu'elle se présente à l'heure actuelle, la gouvernance globale en santé publique n'a pas réussi à coordonner « une réponse adéquate » tenant compte et des politiques, et des ressources, et d'une volonté (politique), qui soient ensemble aptes à relever le défi croissant des inégalités de santé et qui se montrent également soucieuses d'assurer la santé des populations les plus vulnérables de la planète. De manière générale, il s'agirait de favoriser dès aujourd'hui l'instauration d'une telle gouvernance globale en santé publique, qui puisse garantir que la libéralisation commerciale réponde quand même aux objectifs

de développement humain et social, associés à une répartition plus équitable du pouvoir et des ressources entre tous les citoyens du monde.

### **5.2.1. La Figure 4 : une théorie non-linéaire, « interactive » et transdisciplinaire**

Comme vous l'avez lu précédemment à la *page 78*, le but de notre thèse était, premièrement, de conduire une analyse critique sur la globalisation de la santé publique et sur la gouvernance globale en santé publique ainsi que d'élaborer, secondement, une **théorie** sur la santé publique *globalisée*. Nos objectifs spécifiques se répartissaient comme suit : 1) construire un **cadre conceptuel** qui permette, i) d'analyser la nature des liens entre la santé publique et la globalisation (perspective synchronique du modèle) et, ii) de mieux comprendre la transformation de la santé publique durant la périodisation 1980-2007 (perspective diachronique du modèle), c'est-à-dire élaborer un modèle socio-historique de la santé publique *globalisée*, qui introduise une cohérence conceptuelle entre les deux perspectives (synchronique et diachronique) en même temps qu'il confère un sens à la transformation évolutive de la santé publique durant les quelque 25 dernières années; 2) en tenant compte du précédent modèle, proposer (s'il y a lieu) de nouvelles **pistes de réflexion** pour une gouvernance globale en santé publique.

Cependant, outre la question méthodologique de la validité externe (généralisabilité) présente lors de toute production théorique (voir *page 28*), une **précision** s'impose quant au terme ou à la **notion de « théorie » lorsqu'on « touche » à la globalisation**. Nous savons pour commencer que la globalisation n'est pas un phénomène processuel univoque ou monolithique. Tout au contraire, envisagé dans une perspective diachronique, nous le

faisons interagir avec cinq histoires (h1, h2, h3, h4, h5) et au moins autant de crises (C1, C2, C3, C4, C5, CSP) qui marquent la réalité socio-historique du dernier quart de siècle. Toujours envisagé diachroniquement, le même phénomène processuel interagit avec d'autres histoires dites anciennes. Envisagé à l'opposé dans une perspective synchronique, il agrège différentes *logiques-clés* et prend de multiples *formes*; il infiltre les *imaginaires* de multiples façons tout comme il peut être saisi comme une « société globale », à la fois société du risque, société technoscientifique, société en réseaux détemporalisée, société du savoir et société de marché. Mais... en dépit d'une mise en perspective synchro-diachronique ou, comme le soulignent Cusin et al. (2004), nonobstant l'hybridation culturelle ou la déterritorialisation des relations économiques, financières, technologiques, humaines, la globalisation « (...) reste [fondamentalement] difficile à appréhender, plus encore à *penser en termes théoriques* » (p. 381). Or, l'un des deux buts de notre recherche doctorale était précisément d'élaborer une théorie « qui touche(-à)-et-qui-pense » la globalisation puisqu'il s'agit d'une *théorie* sur la santé publique *globalisée*.

La globalisation est, dans la présente thèse, saisie comme une matrice de significations contextuelle d'une époque donnée, comme un phénomène processuel marquant les quelque 25 dernières années, phénomène dialogiquement synchro- et diachronique faisant lui-même partie du système ouvert auto-éco-organisé d'interactions sociales que forme la « santé publique globalisée ». Parallèlement, la théorie ici construite n'est ni linéaire ni systématique; il ne s'agit donc pas d'une production textuelle fermée – universalisante ou non – qui se terminerait par exemple par des liens à sens unique. Vu le caractère multivoque de la globalisation mais, surtout, compte tenu de notre parti pris épistémologique dans le traitement transdisciplinaire de notre sujet de thèse, notre théorie au contraire en est une de type *récuratif*.

rétroactif, pluriel et ouvert<sup>145</sup>. La théorie ici construite met en scène la transversalité et la complexité; elle participe du paradigme de complexité et de la non-linéarité (voir *page 16*) et met en résonance notre propre posture épistémologique (voir *Notes de bas de page numérotées 21 et 23*). À la suite du questionnement initial d'un objet de recherche « transversal », elle participe de la construction d'un « savoir complexe » afférent à la « santé publique globalisée ». La figuration (*Figure 4, Figure 4A, Figure 4B, Figure 4C, Figure 4D*) de cette théorie témoigne de la dialogique, ainsi que du mouvement récursif et organisationnel tels qu'ils se conçoivent dans la manière de penser « complexe » la santé publique *globalisée*, la santé publique dans le contexte global des quelque 25 dernières années et dans la réalité socio-historique de son époque. Théorie auto-éco-organisée, notre théorie est dépendante des articulations d'une figure à l'autre. Il s'agit d'une théorie d'ordre éactif<sup>146</sup>, qui est le produit des interactions entre les différentes figures du modèle. Dans notre thèse, la théorie va ainsi prendre forme de façon dynamique, se présentant sous la forme d'un modèle théorique (dit *Figure 4*) « interactif » (fourni sur CD-ROM) dont tous les « éléments-parties » sont représentés visuellement et cadrés analytiquement. Ces éléments sont unis conceptuellement, à la fois figurativement (*dans les différentes figures – Figures 4, 4A, 4B, 4C, 4D – et entre elles, d'une figure à l'autre*) et sous forme de liens hypertexte. Rappelons, à la suite de la *page 69*, que de tels liens autorisent précisément – grâce à une analyse multiréférentielle<sup>56</sup> – une mise en relation théorique et dynamique, en permettant de « voyager » d'un concept/élément à un autre (qui lui est lié conceptuellement). Les liens hypertexte vont ainsi permettre aux lecteurs de

<sup>145</sup> En tout (récursif + rétroactif + pluriel + ouvert) : favorable aux questionnements (ceci permet notamment d'évoquer le critère de « validité pragmatique » de Kvale [1989] [voir en *0.1.4., page 29*] touchant aux questionnements, aux réflexions, aux hypothèses de travail que peuvent émettre des lecteurs).

<sup>146</sup> Varela, cité dans Mabilon-Bonfils, et al. (1999). Le terme d'*énaction* a été forgé par le premier auteur cité, Francisco Varela, afin de caractériser le « faire-émerger » dans le cadre de processus interactifs et dans la mise en œuvre d'une épistémologie de la complexité.

« visiter » la théorie en même temps qu'ils sont une partie constituante de cette théorie<sup>147</sup> (ils « sont » en même temps qu'ils « font » liens).

### **5.2.1.1. La Figure 4 : le recours au CD-ROM et quelques exemples de « voyages » pour le lecteur**

Pour accéder, en tant que lecteur, à la théorie et « voyager » au sein du modèle théorique, il vous est nécessaire d'installer, d'enregistrer sur votre propre ordinateur **tous les fichiers du CD-ROM**, soit d'une part, le fichier *pdf* dit « Fig\_4 » et, d'autre part, le dossier de fichiers *pdf* dit « PDF CD ». Le fichier *pdf* dit « Fig\_4 » est le modèle théorique en tant que tel; c'est ce fichier *pdf* (et uniquement celui-ci) qui seul doit vous intéresser; c'est au sein même de ce fichier que vous allez « voyager » à votre guise, tout en déplaçant la souris. Le dossier de fichiers *pdf* dit « PDF CD » a une simple visée instrumentale (il renferme les liens « texte » du modèle). Même s'il vous permet de « voyager » au sein de la *Figure 4* – et c'est pour cette raison qu'il vous est nécessaire de l'installer également sur ordinateur –, il n'est pas destiné à pas être consulté ou ouvert en tant que tel.

Tous les fichiers sont installés sur votre ordinateur? Vous êtes prêt... Ainsi, pouvez-vous dès maintenant accéder au modèle en cliquant directement sur le *pdf* « Fig\_4 » (mentionnons-le à nouveau : il ne faut absolument plus vous occuper du reste, c'est-à-dire du dossier dit « PDF CD »)..

---

<sup>147</sup> En tant que figuration d'un « savoir complexe » et tout en procédant du dialogique et d'un mouvement récursif et organisationnel, la théorie, est une « théorie-totalité » où la totalité non figée est, à la fois, inférieure et supérieure à la somme de ses parties (Mabilon-Bonfils, et al., 1999).

**Ainsi par exemple, lorsque après avoir cliqué sur « Fig\_4 », vous accédez à la Figure 4 intitulée « Modèle théorique », il vous est possible de faire...**

- **Un premier « voyage » : la figure a la forme générale d'un rectangle comprenant, sur trois de ses côtés, une large bordure de couleur beige. Le rectangle de couleur blanche et sa bordure beige introduisent la perspective temporelle. La bordure représente ce qui se passe avant 1980 (perspective diachronique). L'intérieur du rectangle, de couleur blanche, représente la périodisation 1980-2007 et répond à une mise en perspective synchro-diachronique : (i) synchronique d'une part, relativement au « phénomène » de globalisation présent à l'heure actuelle et au champ actuel de la (nouvelle) santé publique, (ii) diachronique d'autre part car le NMG (acronyme pour nouveau monde global) est aussi un processus et qu'en même temps, la périodisation est le siège de différentes histoires qui influencent le champ – évolutif – de la nouvelle santé publique. La bordure extérieure beige est parsemée d'une dizaine de pastilles noires (H1, H2,... H10) qui représentent autant d'histoires dites anciennes, qui vont influencer ce qui se passe à l'intérieur même du rectangle. Passons à cet intérieur de rectangle : d'un côté, à droite, on aperçoit, un disque transparent (blanc) avec le sigle NMG (acronyme de « nouveau monde global », synonyme de globalisation), de l'autre côté, à gauche, on voit, écrit et délimité en brun, le champ de la santé publique. À l'intérieur du champ de la santé publique, on peut observer quatre petites pastilles de couleur noire (h1, h2 au-dessus de l'inscription « champ de la santé publique »; h4 et h5 en dessous). Ces petites pastilles noires représentent des histoires dites récentes, c'est-à-dire qui se déroulent durant la**

*périodisation 1980-2007. Ce sont elles qui introduisent une perspective diachronique dans le « rectangle » blanc figurant la situation actuelle, rectangle offrant donc aussi une perspective synchronique (en effet, la nouvelle santé publique et le NMG signent tous deux l'époque contemporaine et la périodisation 1980-2007). Entre le « NMG » de couleur noire et le « champ de la santé publique » de couleur brune, on observe une série d'ellipses de différentes couleurs, dites F1, F2, F3, F4 et F5 : ces ellipses, qui encerclent et partent du noyau circulaire « NMG » sont des filtres, qui vont permettre de comprendre visuellement (figurativement) et en même temps, d'analyser « ce qui se passe » dans le contexte socio-historique de NMG. Ces mêmes filtres comptent ainsi parmi les « concepts intégrateurs » qui permettent de rendre compte visuellement des interrelations entre les éléments du modèle théorique. D'une figure à l'autre (le modèle théorique inclut cinq figures; vous vous trouvez en ce moment sur la figure servant de point de départ), les concepts intégrateurs permettent une lecture visuelle figurative des éléments repris dans le modèle, et de leurs liens. Les autres concepts intégrateurs utilisés dans le modèle théorique (et présentés dans la légende du bas) seront : les crises (les zones de couleur rouge, notées de haut en bas et dans le sens anti-horlogique : C1 → C2 → Crise de la santé publique → C5 → C3 → C4), les formes de globalisation (il y en a 8 différentes : de f1 à f8; elles apparaissent, réunies, dans une des trois longues ellipses grises dans le coin inférieur droit du « rectangle »), les logiques de la globalisation (il y en a 6 différentes : de l1 à l6, apparaissant dans la longue ellipse grise de droite) et les imaginaires de la globalisation (il y en a 5 différents : de i1 à i5, apparaissant dans l'ellipse grise du milieu). Les concepts intégrateurs se croisent (en représentation visuelle figurative et*

*analytiquement, comme on pourra le constater ensuite) : les zones rouges des crises traversent les filtres; les ellipses grises représentant l'ensemble des formes, des imaginaires, des logiques partent du cercle « NMG » et traversent les filtres de couleurs différentes. Lorsqu'on regarde en particulier l'extrémité de l'ellipse de gauche, on voit une forme étoilée de couleur jaune appelée « Figure 4A » : en cliquant une fois avec la souris sur cette zone étoilée jaunâtre, vous vous retrouverez dans la Figure 4A (pour revenir ensuite dans la Figure 4 de départ, il vous suffit de cliquer sur la petite croix située sous la croix rouge de votre fenêtre, dans le coin supérieur droit de l'écran : ... attention à ne pas cliquer sur la croix rouge, qui fermerait complètement la fenêtre). Après la Figure 4A, vous pouvez faire de même avec les autres zones étoilées de couleur jaune : la Figure 4B sera reliée aux imaginaires; la Figure 4C sera reliée aux logiques de la globalisation. Quant à la zone étoilée jaunâtre « Figure 4D », elle apparaît de l'autre côté, c'est-à-dire du côté gauche du cadre rectangulaire : cette Figure 4D procède en effet directement du « champ de la santé publique », situé plus à gauche dans le rectangle blanc représentant la périodisation 1980-2007.*

- Un deuxième « voyage » : vous voici familiarisé(s) avec la figuration du modèle théorique. Vous vous trouvez toujours à la Figure 4, soit la figure de départ. En cliquant sur la zone étoilée jaunâtre « Figure 4A », vous accéderez à la Figure 4A, intitulée « Histoires et formes de la globalisation ». Du premier coup d'œil, vous pouvez remarquer que le cadre rectangulaire (y compris la bordure beige), avec à droite le cercle noir du « NMG » et à gauche le « champ de la santé publique » qui est circonscrit sur trois cotés par une ligne de couleur brune,



réapparaît. Également, les filtres (ellipses de différentes couleurs) sont toujours présents, ainsi que les crises (celles-ci ont cependant changé de couleur : elles sont passées du rouge, dans la Figure 4 de départ, au gris dans cette figure, ceci pour une plus grande clarté visuelle). La présente Figure 4A est d'abord celle des histoires : les histoires anciennes, celles que représentent les grosses pastilles noires de la bordure beige, qui s'« animent » ici en tissant des liens avec d'autres éléments du modèle. Comment « voyager » et « faire parler » les histoires?... Cliquez par exemple sur la grosse pastille noire dite H5 (la seconde pastille en partant du coin inférieur gauche du « rectangle », sur la bordure beige, du côté gauche) : vous ouvrez ainsi une nouvelle fenêtre expliquant H5 (histoire de l'évaluation) et reliant cet élément à d'autres éléments du modèle. Pour revenir à la Figure 4A : cliquez sur la petite croix (pas la rouge!) du coin supérieur droit de votre fenêtre OU cliquez sur le nom « Figure 4A » qui apparaît (en rouge) à la troisième ligne dans l'hyperlien « H5, histoire de l'évaluation ». Par ailleurs, le lien existant par exemple entre H5 et h4, que vous visualisez en regardant la Figure 4A (une flèche joint en effet ces deux éléments) est analysé et explicité lorsque vous vous déplacez avec la souris sur la Figure 4A aux extrémités de la flèche, et que vous voyez que la « petite main » se transforme en « doigt »... cliquez... sur H5 ou sur h4... hop!... un lien hypertexte apparaît. Les zones-textes elles-mêmes reliées aux différentes figures vous permettent ainsi de lier les différents éléments du modèle théorique et de « voyager » entre eux (éléments) / entre elles (figures). En revenant à la Figure 4A, on observe encore que les zones de couleur orange représentent les formes de NMG; trois d'entre elles pénètrent directement dans le « champ de la santé publique » (forme dite f8 qui

*entoure la petite pastille noire h5, dans le coin inférieur gauche du « rectangle »; forme dite f5 qui va d'une extrémité du rectangle à l'autre; autre forme dite f3); d'autres se situent à l'intérieur des filtres. On peut encore observer que ces formes (en orange) sont en lien avec des zones de couleur beige dites « sociétés » (remarquez ainsi par exemple la « société de marché » à l'intérieur du premier filtre bleu – F1 – qui abrite les formes oranges f1 et f2; remarquez aussi par exemple les sociétés « technoscientifique » et « du risque », alignées respectivement sur les filtres vert F3 et mauve F4) : les formes (en orange) sont donc liées aux sociétés (en beige), et elles – les formes ET les sociétés – se situent sur différents filtres, tout en étant liées aux différentes crises. Les hyperliens entre, par exemple, telle forme (en orange) et telle crise (telle ou telle « C » de couleur grise), vont à chaque fois apparaître en cliquant soit sur la forme soit sur la crise. De même, les hyperliens entre telle forme et telle société (ou entre telle forme et tel filtre... ou entre telle forme et tel autre élément/concept représenté dans une autre figure) deviennent visibles et explicites en cliquant sur la forme ou... la société, le filtre, l'autre élément/concept choisi. Il est donc important, pour faire apparaître certains liens moins visibles de manière figurative, de se déplacer avec la souris sur l'écran et de cliquer lorsque la « petite main » se transforme en « doigt pointeur »... C'est en effet un modèle théorique « interactif » où il importe de « voyager »...*

- Un troisième « voyage » : vous êtes toujours sur la Figure 4A et vous souhaitez revenir à la figure de départ : cliquez sur la petite croix grise du coin supérieur droit de votre fenêtre. Vous revoici à la Figure 4 : si vous souhaitez continuer... vous pourriez par exemple cliquer sur la zone étoilée jaunâtre

**« Figure 4B ». Voici qu'apparaissent les 5 imaginaires de la globalisation : attention, ils sont de différentes couleurs suivant leurs liens avec d'autres éléments représentés dans la même figure. Vous pouvez apercevoir, par exemple, du côté droit du « rectangle », à l'intérieur du premier filtre bleu F1, une petite pastille bleue appelée i4. Vers le milieu du « rectangle » et tout à fait dans le bas, vous pouvez identifier deux autres pastilles, apparaissant cette fois de couleur orange pâle : i1 et i2. Et si vous continuez à « voyager » vers la gauche du « rectangle », vous allez, en dépassant la ligne brune circonscrivant le « champ de la santé publique » rencontrer une petite pastille orange foncé : i5... reliée (et donc de la même couleur), à l'autre extrémité du « rectangle » (sur la droite, cette fois), à « acteurs en santé ». Vous pouvez apercevoir, enfin, la dernière pastille représentant un des imaginaires de la globalisation, i3, qui est bleu pâle; elle est située juste à côté du nom « champ de la santé publique » et est reliée à la pastille h2 (située dans une zone de même couleur, bleu pâle, où apparaissent en dégradé des lettres/chiffres... l2 et f8... une des formes que l'on vient de voir de la précédente figure, « Figure 4A »...); i3 est encore relié par une flèche bleu pâle à « Tissu associatif/coopératif » (en bleu pâle, situé dans le coin supérieur droit du « rectangle »); i3 est aussi lié à la grosse pastille noire H8 (au milieu de la bordure beige du haut) et à « Définition du champ » (en brun, dans le « champ de la santé publique »). Ajoutons d'emblée que c'est un imaginaire (i3) qui a joué un rôle très important dans la constitution du mouvement associatif de lutte contre le sida et qui a, en cela, participé à la mise en perspective de cette épidémie comme exemple paradigmatique de la gouvernance globale en santé publique (voir, si vous le souhaitez, la Figure 4D : le cadre orange dans le coin supérieur gauche du**

**« rectangle », intitulé « la pandémie du sida comme exemple paradigmatique de la gouvernance globale en santé » : en cliquant sur cet hyperlien, vous retrouverez à la ligne 11... le lien avec la Figure 4B... et i3).**

▪ **Un quatrième « voyage » : ... retour à la figure de départ, la Figure 4 : vous pouvez maintenant « voyager » comme vous-même vous le souhaitez, soit de manière aléatoire, soit avec une idée plus précise et en suivant un chemin qui correspond plus spécifiquement à ce que vous voulez « voir ». Il nous reste deux figures non examinées, la Figure 4C (qui va apparaître en cliquant sur la zone étoilée jaunâtre la plus à droite de votre écran) et la Figure 4D (qui va apparaître en cliquant sur l'unique zone étoilée jaunâtre située à gauche). La Figure 4C vous permet notamment de visualiser les logiques-clés de la globalisation : (i) premièrement, les logiques « I5 + I6 », productive et marchande, coalisées dynamiquement, qui forment l'apodicticité du NMG et qui sont dès lors représentées sous la forme d'un spectre/rayon lumineux de couleur bleue dont le point de naissance correspond au terme « NMG » (qui se trouve lui-même, comme on le sait maintenant, dans le cercle à droite), (ii) deuxièmement, les logiques « I4 + I1 » de couleur verte foncée, issues de l'élément « NTIC » (qui se trouve lui aussi dans le cercle du NMG), (iii) troisièmement, la logique I3, technoscientifique, de couleur orange qui prend naissance au sein de la société du même nom, sur le filtre F3 et (iv) quatrièmement, la logique I2, logique épidémique, en lien avec la société du risque et prenant naissance sur le filtre F4. Chacune de ces logiques est reliée à des éléments qui sont représentés dans la même figure (ainsi en est-il par exemple du cadre de couleur jaune intitulé « nouveaux risques et paradoxe**

*de sécurité ») et à des éléments qui apparaissent dans les autres figures (ces derniers liens se faisant alors par l'intermédiaire des liens hypertexte). Ainsi par exemple, en cliquant sur la zone ou le rayon de couleur mauve représentant la logique épidémique I2, on accède à l'hyperlien « I2 » et on voit que I2 est en lien – au-delà de ce que l'on a pu « voir figurativement » – avec d'autres figures (Figures 4A, 4B, 4D), avec h2 (dans la Figure 4B), avec h3 (qui, au-delà de son lien avec la « société du risque » immédiatement visible dans la Figure 4 C , est en lien avec h2 dans la Figure 4B et est encore en lien avec H4 dans la Figure 4A), avec F5, avec F4, avec la « société du risque », avec F3, avec la « société technoscientifique » avec la « saillance sociale des risques » de la Figure 4D, avec le « nouvel individualisme » de la Figure 4B. Et l'on peut « voyager » à travers ces liens en utilisant les liens hypertexte des zones de texte ou en utilisant les liens hypertexte à partir des figures.*

- *Un cinquième « voyage »* : la Figure 4D intitulée « la santé publique globalisée » offre au premier regard un cadre central de couleur brun orangé, comprenant en première ligne « SP + NMG »... *Ne nous leurrions pas : la santé publique globalisée ne peut être réduite à une équation qui serait : « SP + NMG = ... des incidences positives/négatives,... 4 nouveaux modes de libéralisation des services » (vous remarquerez d'ailleurs qu'il n'y a pas de véritable équation puisqu'il n'y figure aucun signe « égal »).* La Figure 4D apparaît comme la dernière figure du modèle car elle fait apparaître au centre de la mouvance contextuelle du NMG (au centre de ses crises, de ses filtres, de ses sociétés, de ses logiques, formes et imaginaires), le champ de la santé publique qui avec sa définition, sa mission et ses

***finalités (à droite) plonge littéralement dans l'ordre globalitaire (dans ses sociétés, dans ses formes, ses logiques)... via par exemple la pandémie du sida (voir le cadre orangé en haut, à gauche), via la montée de mouvements associatifs et la mise en place (très progressive) d'une gouvernance en santé (remarquez à ce niveau la bordure droite en demi-cercle nommée « gouvernance globale », colorée en orange, tout comme d'ailleurs les différents acteurs, qui apparaissent dans le coin inférieur droit de votre écran; ces mêmes acteurs sont représentés figurativement en lien avec les différents accords commerciaux : ... la ligne brun-orangé [côté « SP + NMG »] et orangé [côté « acteurs en santé »] avec le GATT, TRIPS, SPS & TBT, TRIMS, GATS. Enfin, plus bas, dans le centre de la Figure 4D, apparaît le cadre orangé qui inclut les « 5 propositions pour une gouvernance globale en santé »).***

***C'étaient donc quelques exemples de « voyages » possibles par lien hypertexte dans chacune des figures et entre les différentes figures.***

*... Mais attention : les liens hypertexte (au moyen desquels vous avez « voyagé » à l'intérieur même du modèle théorique) ne sont pas les seuls liens permettant les interrelations entre la globalisation et la santé publique. Au-delà des liens hypertexte, les figures dans leur ensemble « font » et « sont » lien(s) puisqu'elles lient dynamiquement et « mettent ensemble » des concepts/éléments d'une certaine manière, « visuellement appréhendable » (cette manière reflétant notamment notre positionnement dans le courant dit pragmatique de la globalisation ainsi que l'inscription même de notre recherche dans la pensée complexe et dans la non-linéarité). Ainsi, la « théorie » se recrée-t-elle, pour chaque lecteur, au fur et à mesure qu'il « voyage » de lien en lien : chaque lecteur, à chaque lecture du modèle*

*théorique (apparaissant aux Figure 4, Figure 4A, Figure 4B, Figure 4C, Figure 4D), fait (re)surgir (en partie) « la théorie », lorsqu'il clique, suivant ses intérêts, sur tel ou tel concept/élément (plutôt que sur tel autre...) et l'active en tant qu'hyperlien. De nombreux ou différents « voyages » par lien hypertexte sont possibles mais le lecteur qui va – tout en étant guidé par ses intérêts propres, par son positionnement critique, par ses interprétations personnelles et les champs de connaissances qu'il privilégie – « voyager » suffisamment longtemps, va inmanquablement croiser le chemin suivi par d'autres. Un truisme, pourrait-on dire... Par ailleurs, la « théorie » va se reconstituer (re-construire) au fil des « voyages », des lectures itératives faites par les lecteurs au sein même du modèle interactif numérisé.*

### **5.2.2. La Figure 4 : un système dynamique non-linéaire historico-social à cinq caractéristiques**

Soumises au regard transdisciplinaire et complexe ainsi qu'à une approche multiréférentielle<sup>56</sup>, les interrelations entre le nouveau monde global (NMG) et le champ de la santé publique échappent, dans notre thèse, à une vision linéaire de liens directs ou indirects qui auraient pu être « clôturés » et présentés par exemple en colonnes ou en tableaux, étant nommés « une fois pour toutes » ou intemporellement, étant exposés l'un après l'autre de manière exhaustive. La santé publique des 25 dernières années est un objet d'étude transversal et constitue une unité complexe formant totalité; la « santé publique globalisée » n'est ni statique ni moniste, et l'appartenance des interrelations (pouvant être faites entre la santé publique et la globalisation) à des niveaux différents de connaissance ne permettait pas une vision d'ensemble « directement explicite et visible sur format papier ».

Au sein du modèle théorique qui l'exprime de manière synchro-diachronique, la « santé publique globalisée » nous apparaît comme un **système dynamique non-linéaire historico-social** caractérisé par : i) premièrement, l'existence d'un cadrage délimitant, la globalisation et la santé publique pouvant être l'un et l'autre envisagés synchro-diachroniquement, ii) deuxièmement, l'existence d'interactions non linéaires entre la globalisation et la santé publique iii) troisièmement, une causalité circulaire existant entre la globalisation et la santé publique, iv) quatrièmement, un fonctionnement « homéostatique » dudit système, v) enfin, cinquièmement, l'existence de paradoxes au cœur même du système. Reprenons à présent l'une après l'autre chacune des cinq caractéristiques de notre modèle systémique.

### **5.2.2.1. Première caractéristique : un cadrage synchro-diachronique**

Premièrement, le cadrage délimitant du modèle et système de « santé publique globalisée » est offert par la mise en perspective synchro-diachronique ainsi que par le choix de concepts intégrateurs. La double mise en perspective est d'abord possible parce que la santé publique, à l'instar de la globalisation, est dialogiquement synchro- et diachronique. Ainsi une mise en perspective synchronique fait-elle apparaître, par exemple, ses différents « visages » (v1, v2, v3, v4, v5 : voir *Figure 4D*), la « recherche évaluative » (voir *Figure 4B*), la « nouvelle santé publique » (NSP : voir *Figure 4B* et *Figure 4D*) ou encore ses « finalité et missions » (voir *Figure 4D*). La mise en perspective diachronique de la santé publique se fait, par exemple, dans la *Figure 4B*, par l'intermédiaire d'histoires dites anciennes (*Histoires*) comme H1, H5, H10, ou encore d'histoires dites récentes (*histoires*) comme h4 et h5. Autre et dernier exemple de mise en perspective : la crise de la santé publique (CSP : voir *Figure 4*, *Figure 4A*, *Figure 4B*, *Figure 4C* et *Figure 4D*)



peut quant à elle être envisagée soit synchroniquement soit synchro-diachroniquement. Par ailleurs, au-delà de cette double mise en perspective, le choix de concepts intégrateurs – crises (C1, C2, C3, C4, C5, CSP), filtres (F1, F2, F3, F4, F5), formes (f1, f2, f3, f4, f5, f6, f7, f8), logiques (logique dromocratique, logique épidémique, logique technoscientifique, logique « cyber », logique productive, logique marchande) et imaginaires (i1, i2, i3, i4, i5) (voir *Figure 3*) – rend compte du cadrage délimitant du système de « santé publique globalisée » : ces concepts intégrateurs participent en effet de la trame **structurale**<sup>148</sup> synchronique de notre modèle théorique et, corollairement, de la **structure synchronique** du système.

### **5.2.2.2. Deuxième caractéristique : la non-linéarité des interactions**

Deuxièmement, le système de « santé publique globalisée » en est un dynamique et **non-linéaire**, sa non-linéarité se déclinant en termes d'interrelations/d'interactions *non* linéaires ainsi qu'en une série de propriétés négatives<sup>149</sup> : **non**-additivité, **non**-proportionnalité et **non**-prédictabilité. La santé publique des 25 dernières années n'est pas « isolée » de son contexte : elle interagit dynamiquement avec la globalisation, cette interaction

<sup>148</sup> Structurale ou structurelle dans le sens saussurien du terme « structure », pris comme l'organisation générale d'un système fonctionnant à un moment déterminé du temps (structure synchronique). Précisons encore à ce niveau que les termes « synchronique » et « diachronique » sont eux aussi issus de la linguistique où ils recouvrent un sens précis, leur différenciation ayant été posée inauguralement par Ferdinand de Saussure au tout début du XX<sup>ième</sup> siècle. En réaction à une perspective historiciste de la linguistique et aussi pour des fins méthodologiques, le linguiste structuraliste Saussure (1916-1972) introduit une distinction rigoureuse entre synchronie et diachronie : la langue peut selon lui être considérée comme un système à une époque donnée (synchronie) ou elle peut être analysée dans son évolution (diachronie), la diachronie pouvant aussi être la succession de synchronies et se projetant dans des structures synchroniques qui entrent parfois en concurrence.

<sup>149</sup> On pourrait en cela avancer que le système de « santé publique globalisée » souscrit à la « philosophie du non » de Bachelard (1940).

se réalisant au sein du modèle grâce à la formalisation figurative et grâce aux liens hypertexte unissant les multiples « éléments-parties ». Ces « éléments-parties » peuvent, à leur tour, être ou non des concepts intégrateurs/structures synchroniques (ainsi par exemple, les « éléments-parties » suivants du modèle, même s'ils ne sont pas des concepts intégrateurs/structures synchroniques, participent totalement, interactivement et dynamiquement au modèle : « gestion rationnelle des risques », « nouvel individualisme » et « heuristique de la peur » apparaissant à la *Figure 4B*; « nouveaux risques et paradoxe de sécurité », « ère i/v », « globalisation financière » et « société en réseaux détemporalisée », apparaissant à la *Figure 4C*; « destruction créatrice » et « tissu associatif/coopératif » apparaissant à la *Figure 4D*).

En outre, au sein de notre modèle systémique, **la dynamique ou les interactions priment sur les « éléments-parties »** que ces derniers soient ou non des concepts intégrateurs/structures synchroniques. La « santé publique globalisée » se présente ainsi avant tout un système éco-organisé d'interactions sociales, une compréhension théorique de la « santé publique globalisée » procédant d'une dynamique d'interactions, d'interrelations ou d'influences multiples. Ces influences – parfois faibles, ou au contraire marquées, voire toute-puissantes; influences directement visibles ou parfois cachées; influences dévastatrices d'emblée ou pouvant être salutaires; influences conjuguées, cumulatives ou contradictoires – se manifestent :

- Entre (i) des formes, des histoires anciennes/récentes (voir *Figure 4A*), des logiques, des sociétés (voir *Figure 4C*), des imaginaires (voir *Figure 4B*) afférents au nouveau monde global, et (ii) un champ, tout à la fois de recherche, de connaissances et d'action en santé, qui comporte aujourd'hui cinq différents visages (voir *Figures 4B et 4D*), un champ de la santé publique qui baigne dans le contexte socio-historique d'une époque, qui évolue lui-même tout en poursuivant sa

quête identitaire/statutaire relativement aux sciences médicales et sociales (voir histoires anciennes/récentes apparaissant à la *Figure 4B*);

- Entre les « éléments-parties » des différentes figures du modèle, qu'ils ressortent ou non de (i) ou de (ii);
- Entre les différentes figures (*Figure 4, Figure 4A, Figure 4B, Figure 4C, Figure 4D*) et au sein même de chacune des figures précitées.

Plus loin, la « santé publique globalisée » en tant que système non-linéaire est aussi **non-additif** : en ce sens, la totalité organisée de « santé publique globalisée » est irréductible à la somme des différentes figures (*Figure 4, Figure 4A, Figure 4B, Figure 4C, Figure 4D*) ou la simple addition inorganisée de tous les « éléments-parties » du modèle. Également, la « santé publique globalisée » présente les caractéristiques de **non-proportionnalité** et de **non-prédictabilité**. En vertu de la première, l'action de la « cause » globalisation (on pourrait aussi prendre comme exemple l'action d'une de ses logiques, comme la logique de marché) n'est pas isolable de l'action des autres causes. Ainsi, la « cause » – globalisation n'est-elle pas ici l'antécédent de l'« effet » – crise de la santé publique (CSP). Enfin, la seconde caractéristique du système de « santé publique globalisée », la non-prédictabilité, traduit l'impossibilité de prédire ce que sera l'évolution du système au bout d'un certain temps (par exemple, d'ici 2013, 2024, etc.)

### **5.2.2.3. Troisième caractéristique : une causalité circulaire**

Rejoignant les précédentes caractéristiques de non-additivité et non-proportionnalité, le système de « santé publique globalisée » fait troisièmement intervenir une **causalité enchevêtrée, en « échos »**. Une causalité (encore dite) **circulaire** lie le champ de la santé publique et le nouveau monde global. Chacun d'entre eux – santé publique d'une part, globalisation d'autre part – est pris dans un jeu complexe d'implications mutuelles d'actions et de rétroactions. La « santé publique globalisée », ce sera donc : **plus que** des « incidences positives ou négatives » (tel que l'« élément-partie » ainsi nommé apparaît à la *Figure 4D*) du NMG sur les profils de santé (des incidences **positives** comme par exemple les innovations technologiques avec l'apparition de nouveaux médicaments jugés plus efficaces, de meilleurs instruments diagnostiques et l'intensification des normes encadrant les produits médicaux, comme par exemple une meilleure hygiène dans le domaine des produits destinés à la consommation humaine, comme par exemple le développement de nouvelles connaissances dans le domaine de la santé ; des incidences **négatives** comme par exemple celles liées aux mouvements massifs de population, au commerce croissant de produits insalubres, à la distribution très inégale des gains économiques issus du NMG, aux changements de comportements et de modes de consommation des biens et des services de santé) ; **plus que** l'influence des accords commerciaux liés à la santé (GATT, TRIPS, SPS & TBT, TRIMS, GATS – voir *Figure 4D*) ; **plus que** l'influence de quatre nouveaux modes de libéralisation des services de santé (fourniture de services transfrontaliers, consommation de services à l'étranger ou « tourisme médical », présence commerciale, migration temporaire des professionnels à l'étranger) ; **plus que** l'influence combinée d'histoires anciennes et récentes qui s'entremêlent et forment sens (histoires **anciennes**, c'est-à-dire remontant avant la

périodisation 1980-2007 comme : l'histoire de la médecine et du raisonnement médical, l'histoire des mondialisations, l'histoire du capitalisme, l'histoire de la marchandisation, l'histoire des épidémies et des politiques de santé, l'histoire de la mesure du risque, l'histoire de l'évaluation, l'histoire de la solidarité, l'histoire de l'État-providence, l'histoire de la santé publique ; des histoires récentes, c'est-à-dire couvrant la périodisation 1980-2007 : l'histoire du concept de santé et des déterminants de la santé, l'histoire du sida/VIH-1, l'histoire de la bataille du risque, l'histoire de la démarche évaluative et de l'irruption de l'« *Evidence-based medicine* » en santé, l'histoire de la recherche, de la formation et de l'« *Advocacy* » en santé publique).

#### **5.2.2.4. Quatrième caractéristique : un fonctionnement homéostatique du système**

Quatrièmement, le système de « santé publique globalisée » en est un qui est auto-éco-organisé et ouvert. L'auto-organisation de la « santé publique globalisée » est liée à sa non-linéarité et à ses points de bifurcation, à ses boucles de rétroaction non programmé(e)s qui s'installent avec son « fonctionnement ». Ainsi la « santé publique globalisée » fonctionne-t-elle de manière homéostatique : elle est un système d'interactions qui a ses propres règles de fonctionnement qui constituent une force propre à la reproduction. D'une telle auto-organisation avec auto-adaptation du système va ou vont naître un ou des « comportement(s) collectif(s) émergent(s) ». Le système se transforme ainsi en construisant de nouveaux éléments qui vont demeurer dans ses frontières. On peut ici citer en exemple la montée du mouvement associatif lié à la pandémie du sida et l'émergence de la gouvernance globale en santé publique (voir « La pandémie du sida comme exemple paradigmatique de la gouvernance globale en santé » apparaissant à la *Figure 4D* ainsi que « nouveaux acteurs » et « gouvernance globale »

apparaissant à la *Figure 4B* et à la *Figure 4D*; les points de bifurcation relativement à cet exemple sont la « gouvernance globale » ainsi que les éléments-parties du modèle dits « h2 », « h3 » et « i3 » qui apparaissent à la *Figure 4B*).

### **5.2.2.5. Cinquième caractéristique : le caractère dialectique du système**

Cinquièmement, la « santé publique globalisée » est enfin un système qui est marqué par la **dialecticité**. La « santé publique globalisée » est ici l'expression des rapports dialectiques qui marquent socio-historiquement le dernier quart de siècle. Le nouveau monde global se présente d'abord comme un processus socio-historique tout à la fois *disjonctif* et *cohésif* (seneur de paradoxes) que ce soit dans ses logiques, dans les formes qu'il prend, dans l'expression des imaginaires qu'il suscite, dans les sociétés qu'il « dirige », voire même dans les crises qui se sont installées et s'enlisent sous son règne. Parallèlement, la transformation ou l'évolution socio-historique qu'opère le champ de la santé publique au cours du dernier quart de siècle « récupère » pleinement ce caractère dual et l'exprime, qu'il suffise par exemple d'évoquer à ce niveau : (i) le voeu d'une altérité et le dessein d'un avenir commun (en santé) s'exprimant en même temps que la psychologisation du social, (ii) le souci de durabilité, de prise en compte des générations futures en même temps que la vie dans l'instantanéité et l'idéologie de l'action en urgence, (iii) l'entrecroisement des rapports de coopération et de compétition, (iv) la gestion rationnelle des risques faite pour scotomiser l'incertitude et contrer la risquophobie avec, de façon concomitante, une montée des comportements à risque (une risquophilie) à l'échelle individuelle ainsi qu'une individualisation des rapports au danger, (v) la tension élevée entretenue par une exigence croissante d'autonomie

individuelle en même temps qu'une demande permanente de sécurité, (vi) le voilement des repères identitaires entre les espaces privé et public, entre les espaces de vie et de socialité, (vii) la fétichisation du *statu quo* en santé publique à l'échelle nationale dans de nombreux pays post-industriels en même temps que la demande de plus en plus grande d'une gouvernance globale en santé publique.

On pourrait presque penser que le nouveau monde global a en quelque sorte entraîné dans son giron, incorporé dans sa mouvance le champ de la santé publique; ainsi aurait-il *globalisé* la santé publique. Le champ de connaissances, de recherche et d'action/d'intervention que constitue la nouvelle santé publique se présenterait ainsi, à l'aube du XXI<sup>ème</sup> siècle, comme lieu et temps d'expression d'une dialectique ou d'une hybridation paradoxale, où s'expriment et parfois s'entremêlent : (i) une demande de (re)collectivisation, d'être-ensemble, de « public » et une dynamique d'inféodation idéologique au néolibéralisme, (ii) une exigence croissante d'autonomie individuelle en même temps qu'une demande accrue de sécurité, (iii) un appel toujours plus grand à l'expertise scientifique (probabiliste) et à une gestion rationnelle des risques en même temps qu'une montée de comportements à risques (une « risquophilie » croissante) à l'échelle individuelle. Le champ de la santé publique serait dès lors soumis, « subjugué » à telle dynamique globalitaire, qui le marque de son empreinte.

Pourtant, l'analyse des interrelations/interactions/influences existant entre ledit champ et la globalisation, nous porte – au-delà d'une vision plutôt anthropomorphe d'un « mauvais nouveau monde global » responsable de l'incorporation du champ de la santé publique – à penser davantage la « santé publique globalisée » comme une « totalité » dialectique, comme un processus socio-historique « total » et un système « total » fondamentalement dialectiques. Dialectique, parce que la figure classique thèse-antithèse-synthèse prend ici la forme d'une opposition entre deux

« principes<sup>150</sup> », profondément opposés entre eux en même temps que profondément liés en une totalité. Le premier « principe » est le champ de la santé publique (envisagé synchro-diachroniquement au cours des 20 à 30 dernières années); le second « principe » est le nouveau monde global. La « santé publique globalisée » se présente comme une synthèse provisoire, une conciliation temporaire, dans un espace-temps donné (en l'occurrence la périodisation 1980-2007), de ces deux principes entre lesquels il ne peut exister d'équilibre stable. La « santé publique globalisée » ou la « croisée de chemins » (voir *page 70*) dialectique de la santé publique avec la globalisation est une totalité organisée, une réalité socio-historique<sup>151</sup> et un processus mis en branle il y a quelque 25 ans; plus profondément, elle reflète une structure<sup>152</sup> temporelle dialectiquement autonome et contrainte, organisée et organisatrice, déterministe et imprédictible. C'est enfin un système dialogiquement certain et incertain.

---

<sup>150</sup> Terme hégélien utilisé lorsqu'on réfère à la dialectique en tant que figure. Un des deux principes est la thèse ; l'autre est l'antithèse (Hegel, 1972, 1981).

<sup>151</sup> La réalité socio-historique de santé publique globalisée peut être appréhendée comme construction d'acteurs individuels et collectifs, le mot « construction » renvoyant à la fois à ce qui est « produit » (ce qui est plus ou moins durable, plus ou moins temporaire) et au processus en cours.

<sup>152</sup> « Structure » dans le sens strictement linguistique (et saussurien) du terme, c'est-à-dire qu'elle est organisée en un système marqué par la totalité, par la transformation (le système de « santé publique globalisée » n'est pas immobile : c'est une structure *temporelle*, qui est traversée par des histoires, et non pas une structure intemporelle comme le serait par exemple un système logico-mathématique), et par l'auto-régulation.



### **5.2.3. La Figure 4 : des cinq caractéristiques du modèle aux cinq propositions du second objectif de recherche**

En réponse à notre premier objectif de recherche, nous avons ainsi élaboré un **modèle socio-historique de « santé publique globalisée »**. Il s'agit donc d'un modèle théorique « interactif » présentant la « santé publique globalisée » comme un système auto-éco-organisé d'interactions sociales, comme un système dynamique non-linéaire historico-social, comme une structure temporelle formant « réalité totale ». Ce système de « santé publique globalisée » présente encore cinq caractéristiques. Et ce sont ces dernières caractéristiques qui vont précisément nous amener à proposer de nouvelles pistes de réflexion<sup>153</sup> pour une gouvernance globale en santé publique, ralliant dès lors notre second objectif spécifique de recherche.

<sup>153</sup> La traduction de ces pistes de réflexion sous forme de cinq propositions participe de la décomposition microstructurale de l'« élément-partie » « cinq propositions pour une gouvernance globale en santé » de la *Figure 4D*, ceci en vertu de la non-linéarité et de l'ensemble des cinq caractéristiques ainsi qu'en accord avec le niveau structural du modèle théorique (la trame structurale synchronique du système ou les concepts intégrateurs). Dès lors, ces propositions dites *P1, P2, P3, P4, P5* (voir 5.3. et lire l'« élément-partie » concerné de la *Figure 4D*) ne se « succèdent » pas au sein de l'« élément-partie » concerné, tout comme chacune d'entre elles et/ou leur ensemble ne se « dédui(sen)t » pas de tel ou tel autre « voyage » prédéterminé dans le modèle. Les cinq propositions (*P1, P2, P3, P4, P5*) sous l'« élément-partie » concerné n'obéissent ainsi à aucune conception modulariste et/ou excluent toute séquentialité prédéterminée de « voyages » qui conduirait à eux. L'ensemble des propositions correspond, par analogie avec le modèle de situation de Kintsch (Kintsch, et al., 1978), à la construction d'une représentation (une sorte de modèle mental) qui intègre à la fois les aspects cotextuels (c'est-à-dire les aspects liées aux propositions – *P1, P2, P3, P4, P5* – venant d'être lues par un lecteur qui a cliqué sur l'« élément-partie » « cinq propositions pour une gouvernance globale en santé ») et les connaissances de ce même lecteur qui vient de faire différents « voyages » dans le modèle théorique. L'ensemble formé par les cinq propositions constitue donc un point focal, un centre unificateur développé en lien avec les cinq caractéristiques du modèle théorique et en lien avec le(s) « voyage(s) » possible(s) du lecteur passant ou aboutissant à l'« élément-partie » concerné. Le fait qu'il y ait cinq propositions (et non quatre ou plus de cinq) n'a rien à voir avec le fait qu'il y ait cinq caractéristiques.

Le cadrage délimitant du système de « santé publique globalisée » (première caractéristique) nous<sup>154</sup> fait « plonger » dans une époque et une réalité socio-historique données (la périodisation 1980-2007) et dans sa structure. La non-linéarité du modèle théorique (deuxième caractéristique) nous<sup>154</sup> permet de nous positionner en tant qu'acteurs (acteurs individuels et acteurs sociaux) au sein du système lui-même. À cela s'ajoute la causalité non circulaire (troisième caractéristique) qui va nous<sup>154</sup> permettre d'agir, en tant qu'acteurs, au niveau de multiples « éléments-parties » (et non pas seulement au niveau d'une « cause », au niveau d'un seul ou de quelques « éléments-parties »). L'auto-organisation transformatrice, la quatrième caractéristique du système de « santé publique globalisée » nous<sup>154</sup> permet de penser en termes de possible comportement collectif émergent. Des acteurs, engagés critiqueusement, peuvent effectivement faire émerger de nouveaux « éléments-parties », participant dès lors à la transformation du système. Enfin, la cinquième et dernière caractéristique du modèle théorique nous<sup>154</sup> fait participer à la dialectique évolutive intrinsèque au système de « santé publique globalisée ». Ajoutons à ce niveau qu'il s'agit plus précisément, dans notre modèle systémique, de l'interpénétration d'une dialectique *historique*<sup>155</sup> – où un contraire finit par éliminer l'autre et par là met fin à une phase donnée du processus (par exemple : un mouvement collectif émergent peut soit mettre fin à la globalisation de la santé soit mettre fin à la santé publique dans sa finalité actuelle) – et d'une dialectique *générationnelle* où les contraires arrivent

---

<sup>154</sup> Il s'agit du « nous » pluriel équivalent à « nous tous, individus ou professionnels en santé publique » et non du « nous en tant qu'auteur de la thèse ».

<sup>155</sup> On relève trois modalités distinctes de dialectique : celles de fonctionnement cyclique, du déploiement embryogénétique et du développement historique. Dans la première citée, les contraires passent chroniquement l'un dans l'autre sans transformer par là leur rapport : c'est par exemple le cas de l'énergie cinétique et de l'énergie potentielle dans un battement pendulaire. Dans le deuxième cas, il s'agit d'une dialectique générative où les contraires en viennent à passer à un troisième qui les (ré)concilie, comme par exemple l'acide et la base qui donnent naissance à un sel. Enfin, la troisième modalité de dialectique correspond à une dialectique évolutive où un contraire finit par éliminer l'autre et par là met fin à une phase donnée du processus, comme dans le cas des révolutions de l'histoire. Dans le modèle de « santé publique globalisée », nous pensons à une interpénétration des deux dernières modalités exposées, soit la dialectique générative et la dialectique historique.

à passer dans un troisième qui les (ré)concilie (par exemple : le troisième est une gouvernance globale en santé publique effectivement implémentée).

Ce qui précède nous incite à penser que les professionnels de la santé publique – à l'instar du champ lui-même – sont eux aussi à « une croisée de chemins » en termes d'engagement critique, de réflexion à apporter, voire d'actions à poser. La « croisée des chemins » dialectique que traverse actuellement la santé publique globalisée en est donc une qui – métaphoriquement – *se fait en marchant*.

Dès lors, à nous-mêmes<sup>154</sup> – professionnels de la santé publique et/ou intellectuels engagés – d'agir et de répondre... La « santé publique globalisée » va-t-elle se laisser définir dialectiquement et « négativement » par la globalisation, ou allons-nous<sup>154</sup> participer à une dialectique davantage générative promotrice de gouvernance globale effective en santé?

Ceci nous conduit à répondre à notre second objectif de recherche.

### **5.3. Répondre à notre second objectif de recherche : cinq propositions pour une gouvernance globale en santé publique**

Soumise à l’empreinte contextuelle de ce que nous appelons le nouveau monde global (NMG), la santé publique s’est donc, au fil du dernier quart de siècle, globalisée. La « santé publique globalisée » se présente comme un système interactif historico-social afférent à la périodisation 1980-2007, apparaissant encore comme une structure temporelle et « réalité totale » de cette époque donnée. Mais la santé publique *globalisée*, c’est aussi toute la portée d’un engagement critique et solidaire (à faire en tant que professionnels de la santé publique) pour une gouvernance globale en santé publique.

Et, à l’aube du XXI<sup>ème</sup> siècle, la gouvernance globale en santé publique reste à « faire *de facto* ». Notre avis rejoint ici celui de nombreux auteurs aujourd’hui forts inquiets à cause de la focalisation sur les avantages de la globalisation financière, pareille focalisation occultant les coûts de la globalisation en termes de santé, de développement humain et d’environnement. Loin de se porter contre la libéralisation du commerce et des marchés, il est temps aujourd’hui de prôner l’instauration d’une (nouvelle) gouvernance globale en santé publique, une gouvernance qui puisse notamment garantir que la même globalisation financière réponde aussi à des objectifs de développement humain et social associés à une répartition plus équitable du pouvoir et des ressources entre tous les citoyens du monde.

Dans cette lignée, nous proposons ci-après cinq pistes de réflexion (**P1**, **P2**, **P3**, **P4**, **P5**) pour une gouvernance globale en santé publique, celles-ci apparaissant comme un « élément-partie » du système de « santé publique globalisée » (voir *Figure 4D*).

### **5.3.1. La gouvernance globale en santé publique : première proposition sur les savoirs**

**Première proposition (P1)** : *lutter contre l'institution de « savoirs fermés » (savoirs afférents à la santé) dans le cadre d'une économie fondée sur le savoir et promouvoir le savoir (les connaissances en santé) en tant que bien public global*

L'actuelle privatisation du savoir (ou des connaissances) est notamment liée aux politiques de renforcement des droits de propriété intellectuelle menées par les autorités américaines et par les firmes transnationales. Pareillement, des accords tels que le TRIPS (qui portent sur les aspects du droit de la propriété intellectuelle qui touchent au commerce), promus par l'OMC, entraînent une limitation des transferts de connaissances vers les pays les moins développés (notamment par l'interdiction de pratiques d'imitation). Ainsi les activités de connaissance demeurent-elles encore aujourd'hui l'apanage des pays dits développés, les autres pays se trouvant exclus de cette nouvelle division internationale du travail fondée sur le savoir.

Or, le savoir constitue un bien économique particulier. Difficilement contrôlable et à l'origine d'externalités positives, c'est encore un bien « non rival » et il est « cumulatif », de tels principes de non-rivalité et de non-exclusion permettant de l'ériger au rang de « bien public global ». Toutefois, pareille promotion au rang de bien public mondial (ou global) fait surgir un dilemme, le même dilemme participant d'ailleurs de la polarisation des activités de connaissance au sein des pays dits développés. D'une part, les activités de connaissance enregistrent un rendement social important compte tenu des externalités qu'elles diffusent, tout en ayant un impact considérable sur la croissance économique. D'autre part, le rendement privé de leur production se révèle moindre que leur rendement social et les agents privés

ne seront enclins à produire le bien « connaissances » que s'ils espèrent pouvoir se l'approprier et exclure les autres agents de son utilisation.

Le moyen de sortir d'un tel dilemme passerait par la mise en place de politiques publiques volontaristes à l'échelle internationale, politiques en vertu desquelles le savoir (les connaissances, incluant les données probantes) constituerai(en)t un bien public mondial (global), nécessaire au développement de l'humanité. Ajoutons qu'actuellement l'Unesco propose déjà la mise en œuvre d'un « domaine public mondial de l'information », accessible à tous et tout un chacun.

### **5.3.2. La gouvernance globale en santé publique : deuxième proposition sur le développement d'un sens civique global**

**Deuxième proposition (P2) :** *favoriser et construire une société civile internationale « éduquée civiquement », responsable et citoyenne, constituant un contre-pouvoir aux logiques et formes afférentes à la globalisation*

Le nouveau monde global (NMG) a enfanté un monde nouveau, fait de flexibilité totale, de solidarités privées et d'États sociaux érodés, un monde d'individualisme libertaire et triomphant, un monde d'inégalités et d'oppositions (d'un côté, les productifs – jeunes – qualifiés – *Winners*, de l'autre côté, les moins productifs ou pris en charge par les associations – vieux – moins ou non qualifiés – *Losers*). Parallèlement, un changement induit par le NMG a été le rôle croissant joué par la société civile, qui s'est traduit par la montée du tissu associatif/coopératif (ONG). Ces nouveaux acteurs de la société civile internationale viennent dès lors occuper l'espace

laissé vacant par l'absence de représentation politique, dans un contexte marqué par l'absence d'État mondial (ou de partis politiques mondiaux). Actuels promoteurs de l'idée de citoyenneté (à l'échelle globale), ils constituent un contre-pouvoir déterminant et répondent à une volonté de « faire société » qu'il importe dès aujourd'hui de renforcer et de développer plus avant.

Différents groupes, organismes ou institutions ont déjà fait des propositions en faveur de la mise en place d'un « contrat social mondial », ce dernier étant vu comme un processus évolutif de construction, au cours des prochaines décennies, d'un « système de gouvernance coopérative mondiale » (Petrella, 1996, p. 74).

Tout en adoptant cette ligne de promotion d'un esprit civique, d'un sens de la citoyenneté (d'un « faire-société »), nous pensons qu'il importe de réhabiliter le politique, de rétablir sa priorité par rapport à l'économique (par rapport aux logiques productive et marchande) et de lui conférer une (nouvelle) dimension internationale, tout en lui conservant des dimensions nationales.

Même si la marche du NMG est loin d'être terminée, les formes, logiques et imaginaires du NMG ne sont pas fixés de manière infaillible; il existe des marges de manœuvre permettant d'infléchir l'évolution en cours et de rompre avec les logiques marchande et productive aujourd'hui dominantes. En affaiblissant l'État-providence, le NMG a directement porté atteinte aux « instruments » normatifs mis en place. De tels « instruments » sont dès lors à reconstruire : il faut reconstruire des règles et les réinstitutionaliser en tenant compte du contexte d'ordre globalitaire. Il faut « refaire du politique », réhabiliter le politique, lui demander de débattre et de répondre à de nouvelles thématiques contextuelles.

Des débats thématiques devraient ainsi être lancés au sein des gouvernements nationaux ou par tout responsable public :

- Quant au respect du patrimoine culturel national : l'avoir culturel de chaque nation (traditions, croyances, identité) devrait être considéré comme précieux et devrait être à préserver absolument;
- Quant au renforcement de solidarités régionales existantes et quant au développement de nouvelles solidarités affinitaires (comme celles, par exemple, fondées sur le partage de la langue);
- Quant à la légitimation de valeurs et quant à la construction, au-delà des querelles idéologiques, de véritables valeurs universelles : il importerait à ce niveau d'exiger en tout temps et tout lieu l'application de la Déclaration universelle des droits de l'homme (rappelons que les droits de l'homme incluent : i) les droits individuels comprenant eux-mêmes le droit à l'équité, à la non-discrimination, à la vie, à la liberté, à l'intégrité physique, à la personne juridique, à la justice, à la vie privée, à la liberté de mouvement, à la nationalité, au mariage, à la propriété, ii) les droits politiques, incluant la liberté de conscience, la liberté d'opinion, la liberté d'association, la liberté de participation à la vie collective, iii) les droits socio-économiques, comprenant la droit à la sécurité, au travail, aux loisirs, à un niveau de vie décent suffisant pour garantir la santé, au savoir, à la culture);
- Quant à l'éducation universelle et quant aux conditions de sa mise en place, incluant aussi : i) les conditions de réduction de la fracture technoscientifique Nord-Sud, ii) les conditions pour trouver le financement de la (nouvelle) dimension publique du savoir (voir **P1**). À ce dernier niveau, on pourrait par exemple penser que la promotion du savoir (et des données probantes) au rang de bien public global



puisse être financée par le prélèvement d'une taxe sur les revenus qui proviendraient des brevets entrepreneuriaux (ceci étant donné que les entreprises utilisent elles-mêmes un fonds commun de connaissances qui appartient de manière indivise à l'humanité toute entière). Ainsi ce financement pourrait-il servir à la création d'une bibliothèque virtuelle mondiale, ou encore dans les pays en développement, à la mise en place de systèmes éducatifs et de systèmes de recherche, ce qui soutiendrait secondement leur production et leur transfert des connaissances par les NTIC;

- Quant à l'assainissement du système financier international et quant à la réorientation à donner au financement pour le développement humain : d'une part, il importerait de prendre des mesures actives pour lutter contre l'instabilité financière mondiale. Ainsi pourrait-on envisager la (ré)activation de certains instruments de régulation des capitaux (comme la taxation de transactions financières internationales, comme le contrôle des changes avec les pays étrangers). On pourrait y ajouter la levée du secret bancaire (équivalant à plus de transparence) ainsi que l'élimination complète des paradis fiscaux. D'autre part, il importerait de réorienter le financement au service du développement humain. À ce niveau, il importerait de remettre en question l'homogénéisation des systèmes financiers strictement fondée sur la finance de marché. Des institutions spécialisées pourraient par exemple servir d'intermédiaires auprès des pays en développement. Étant adaptées à leurs besoins spécifiques, elles pourraient leur accorder des financements à des taux préférentiels ou recourir pour eux à la technique de microfinance. Par ailleurs, une autre mesure permettant de réorienter le financement du développement pourrait passer par la mise en œuvre d'une fiscalité internationale (les transactions financières

internationales seraient soumises à un pourcentage uniforme de taxe).

### **5.3.3. La gouvernance globale en santé publique : troisième proposition sur l'identité du champ de la santé publique**

**Troisième proposition (P3) : « remodeler » le champ de la santé publique et l'adapter au contexte globalitaire (transdisciplinarité / propre identité, propre statut / « Advocacy » / virage de la nouvelle santé publique vers une éthique de responsabilisation collective)**

Le champ de connaissances, de recherche et d'action/intervention que constitue la nouvelle santé publique gagnerait à être refaçonné en tenant compte du NMG.

Différents aspects seraient à prendre en considération :

- L'aspect identitaire, que nous qualifions ici de « propre statut » ou de « propre identité » : un resserrement identitaire du champ de la santé publique, passerait par le développement d'un statut spécifique, précis qui résiste à la cooptation avec la médecine (même si des collaborations s'avèrent nécessaires). Les actions/interventions de la santé publique ne constituent pas des actions médicales, même si l'histoire de la santé publique est imprégnée par l'histoire de la médecine. La formation en santé publique ne constituerait pas non plus une spécialité médicale; mettant en jeu les sciences sociales, la santé publique ne serait pas (plus) une « médecine sociale » mais elle « se présenterait *elle-même* à la première personne ». À ce niveau,

une telle affirmation identitaire pourrait passer par le fait de se présenter, dans le contexte de NMG, comme le « vecteur » d'une alternative crédible à la globalisation, comme l'un des moyens facilitant l'accès à une citoyenneté responsable (voir **P2**). L'identité profonde de la santé publique pourrait ainsi être bâtie autour de valeurs et d'une (nouvelle) collectivisation, autour d'une éthique de responsabilisation collective qui ferait front aux logiques et formes du NMG;

- L'aspect « valeurs » qui pourrait être qualifié d'éthique de responsabilisation collective et que nous situons entre l'agir émancipatoire habermassien et l'éthique de la responsabilité partagée de Guy Bourgeault (l'acception « éthique de la responsabilité partagée » a d'ailleurs été avancée et développée de manière inaugurale par le Professeur Guy Bourgeault, de l'Université de Montréal) : précisons d'emblée qu'une telle éthique de responsabilisation collective en santé publique s'intégrerait d'une part dans le cadre plus général d'un « faire-société » et d'une promotion d'une citoyenneté responsable (tels que développés en **P2**), comme elle participerait d'autre part de l'aspect identitaire propre de la santé publique (tel que développé ci-dessus). Il s'agit ici d'une réponse à l'enjeu considérable que Bourgeault (2000) cerne de la façon suivante :

(...) l'action des intervenants de Santé publique s'inscrit-elle aujourd'hui dans la dynamique globale de responsabilisation, finalement moralisatrice et asservissante, qui prétend et prend pour acquis que chacun est autonome et donc responsable, faisant fi de tout ce qui empêche d'être autonome... ou sert-elle aussi – plutôt –, jouant résolument la carte du socio-politique, à modifier les conditions de vie des personnes pour qu'elles puissent contrôler leur vie, s'inscrivant dans une perspective éthique de responsabilité partagée? (p. 42).

[Une telle responsabilité éthique partagée correspond à] une responsabilité à laquelle chacun participe de quelque façon, mais qui déborde en même temps le pouvoir de chacun, pris

individuellement, et par conséquent sa responsabilité (...). [C'est] à la fois sa responsabilité et pas la sienne : responsabilité partagée (p. 41).

L'éthique de responsabilisation collective proposée ici participe de l'éthique de responsabilité partagée telle que définie spécifiquement par Bourgeault (2000) de même qu'elle intègre la notion d'agir émancipatoire habermassien (Habermas, 1987) (qui lui-même se réalise dans un mouvement éthique fondé sur la communication, le dialogue, le débat entre les citoyens, au sein duquel l'Autre est respecté dans sa différence mais aussi dans son pouvoir de définir sa propre réalité). Une éthique de responsabilisation collective permettrait à la nouvelle santé publique de ne plus se présenter comme une « entreprise sanitaire » moralisatrice et responsabilisatrice de « ses » individus. La nouvelle santé publique, qui marque le dernier quart de siècle, a été catalysée par un individualisme croissant comme elle a été soumise à l'influence du paradigme épistémique néolibéral. Ainsi a-t-elle opté pour un rôle de moralisation des conduites et de régulation des (bons/mauvais) comportements, en l'absence d'autres repères qui auraient permis de situer la santé par rapport à d'autres dimensions et valeurs de la vie individuelle et collective. L'éthique de responsabilisation collective permettrait à la santé publique d'envisager et de poursuivre sa finalité et ses missions dans une autre direction, en tenant compte de la responsabilité *propre* d'individus qui ont une capacité éthique et politique et qui *solidairement* vont prendre en charge leur vie. Ainsi, par exemple, la promotion de la santé ne viserait plus une intervention éducative individualisée (cette dernière tenant compte de l'autonomie et de la capacité d'appropriation – *Empowerment* – des individus) mais elle chercherait plutôt à mettre en place entre les individus des conditions de communication de manière à ce qu'ils puissent s'apporter mutuellement des éléments favorisant

leur santé individuelle et la santé collective (comme dans le cas des groupes d'entraide, de *peer counselling*);

- L'aspect « projet de société », qui rejoint les deux aspects précédemment évoqués (voir *Aspect identitaire* et *Aspect « valeurs »* ci-dessus) : il s'agirait à ce niveau de sortir de l'approche individualisante « parcellisante » avancée par la nouvelle santé publique afin de promouvoir le développement de projets de société. Il importerait également à ce niveau, en accord avec l'implication effective des individus au niveau de l'action directe et locale (localement territorialisée), de repenser et d'approfondir la question de la participation des citoyens quant au processus décisionnel, incluant la définition des politiques de santé et d'allocation des ressources;
- L'aspect « engagement » : engagement identitaire du champ de la santé publique (voir *Aspect identitaire* ci-dessus), mais aussi engagement critique et proactif de ses professionnels. Pareil engagement, en étant soutenu par des valeurs, par une éthique commune de responsabilisation collective, pourrait secondement favoriser le rapprochement entre les professionnels de la santé publique de terrain et des universités (participant en cela d'une certaine « solidarité affinitaire » autour de valeurs, *Solidarité affinitaire* telle que proposée en **P2**);
- L'aspect « collaboration/coopération » : cet aspect participerait d'une collaboration avec le tissu associatif/coopératif en soutenant la démarche participative des citoyens, des populations. En tant que professionnels de la santé publique, il faudrait aussi passer d'un « faire pour » (les populations) à un « faire avec », celui-ci demeurant jusqu'ici plus souvent une bonne volonté qu'une réalité systématisée. Ce n'est qu'avec les populations et en comptant sur la participation

des citoyens qu'une évolution vers une « démocratie sanitaire » (un faire-société associé à une éthique de responsabilisation collective) s'avère possible. Ce n'est effectivement qu'en associant les populations aux processus décisionnels, aux programmes qui leur sont destinés, que la santé publique pourrait faire évoluer ses pratiques. En mobilisant les citoyens dans un monde où les décisions importantes semblent souvent leur échapper, pareille démarche sanitaire participative leur fournirait un moyen d'être plus critiques, moins confiants (moins mystifiables), puisque concrètement et personnellement investis. Offrir la communication aux citoyens, inciter au dialogue (voir *Aspect « valeurs »* ci-dessus) en l'organisant mais aussi en lui donnant le temps d'émerger, de s'enrichir collectivement, de s'affiner, sans qu'il ne serve d'alibi, de façade ou de caution à des décisions, constitue une démarche de longue haleine... Cependant, une telle démarche sanitaire participative permettrait aux citoyens de refaire du sens et, dans le contexte globalitaire, de redonner la conscience d'un pouvoir d'action;

- L'aspect « *Advocacy* » : il s'agirait à ce niveau de « tirer profit » de la globalisation communicationnelle-médiatique et d'utiliser cette forme de globalisation comme outil de communication/proposition à de nouvelles valeurs de santé publique (voir *Aspect « valeurs »* ci-dessus). Même si la prédominance de l'image et l'omniprésence de la publicité en tant que moyens de création de besoins, d'affirmation d'idées, de promotion ou d'incitation à des valeurs individuelles et marchandes, peuvent *a priori* décourager, les médias demeurent un précieux support pour des démarches d'« éducation » sanitaire et citoyenne (voir **P2**), qui restent à mettre en place. Par ailleurs, l'*Advocacy* pourrait faire partie intégrante du champ d'action des professionnels de la santé publique. Ces derniers, qui voient les situations de précarité existentielle (insalubrité des logements,

malnutrition, exposition non protégée à des polluants variés, manque d'accès à l'eau potable, isolement, etc.), qui voient combien l'insécurité – la vraie, pas celle que fabriquent quelquefois les médias et qu'utilisent certaines politiques –, la pauvreté, le chômage déconstruisent la santé, ces professionnels-là devraient avoir l'obligation (morale) de témoigner, de faire de l'*Advocacy*. Par leurs témoignages, ils se présenteraient ainsi comme les « avocats » plaidant pour (et avec) les citoyens, pour (et avec) certains groupes ou populations écrasé(e)s par leurs conditions d'existence. Leurs témoignages serviraient à rappeler aux décideurs, avec constance et de manière déterminée, la responsabilité directe de ces professionnels de santé publique dans la santé des populations;

- L'aspect « santé et déterminants de la santé » : les professionnels de santé publique, face aux « conditions favorables ou non » à la santé, pourraient envisager et promouvoir une relative « mise à jour » des déterminants de la santé. À ce niveau aussi, la santé publique est à un croisement de chemins... Certains outils descriptifs ou taxinomiques (comme la définition des populations à risque, comme la classification des problèmes de santé) paraissent en effet atteindre leurs limites d'analyse et de solution. Ainsi par exemple, à quelle prévention fait-on référence quand on parle du milliard de personnes de par le monde qui sont affamées et qui se meurent lentement? Ou encore, quelle est la chance de véritable « mieux-être » (ou de guérison) des quelque 30 millions de personnes africaines atteintes par le sida/VIH-1 puisque les antirétroviraux leur sont financièrement impossibles d'accès? En outre, les populations malades des pays en développement ne forment pas *seulement* des populations à risque de sida, de tuberculose, de malaria, de suicide : elles sont encore des populations à haut risque d'analphabétisme, de toxicomanie, de prison, de torture... ou plus simplement d'une survie « en sursis ». L'état de précarité de santé de

telles populations paraît lié au degré de (non) jouissance des droits de l'homme. Les droits de l'homme (individuels/politiques/socio-économiques : voir **P2**) se déterminent réciproquement, se renforçant mutuellement. Dès lors, si l'un d'eux vient à manquer, l'équilibre est brisé : impossible de parler de bien-être physique, mental et social auprès de personnes, de populations n'ayant pas accès à la culture, à la liberté politique, à la justice. La liberté, tout comme l'eau potable, l'habitat correct et l'alimentation décente, devrait être considéré comme un déterminant de la santé.

Au-delà de la définition des populations à risque, la classification des problèmes de santé à l'échelle du globe pourrait être repensée en insistant sur la dimension contextuelle et la responsabilité sociopolitique de certains problèmes. À ce niveau, on pourrait s'intéresser plus particulièrement : i) aux problèmes de santé liés au nonaccès ou au faible accès aux déterminants de la santé (pourrait-on ici, par exemple dans le cas du tabac, s'intéresser davantage à la responsabilité des firmes oligopolistiques qui entretiennent l'« épidémie » tabagique et s'intéressent exclusivement à leurs profits en violant le droit à la santé?), ii) aux problèmes de santé liés au commerce illégal de substances dangereuses (tabac, mais aussi alcool, drogues, etc.), iii) aux problèmes de santé liés aux désordres psychologiques/psychiques pour des raisons politiques et sociales (par exemple, l'« épidémie » de dépressions et de suicides – *Copy cat suicides* – survenue à la suite de la chute du Mur dans les pays de l'Est), iv) aux problèmes de santé liés à la guerre, à la torture et à leurs séquelles, aux diverses formes de violence d'origine sociopolitique (l'homme est parfois « un loup » pour l'homme, même si une telle vision n'est jamais appréhendée comme telle en santé publique, l'homme ne pouvant être considéré comme un agent agresseur au même titre que d'autres agents agresseurs – prions, virus, bactéries,



parasites –; pourtant, des problèmes de santé comme la torture ou la violence sociopolitique ne sauraient faire l'économie d'une analyse et d'une plus fine compréhension des mécanismes conduisant l'homme à de telles dérives et pareils agissements « prédateurs »);

- L'aspect « connaissances (données probantes) et recherche » : une vision élargie des problèmes de santé (qui s'oppose fermement à la vision biomédicale) ainsi qu'une ouverture véritablement *transdisciplinaire* devrait dépasser l'interdisciplinarité et la multidisciplinarité actuellement prévalentes en santé publique. Au niveau de la recherche, au-delà de la « simple » mixité méthodologique, il importerait de continuer à s'ouvrir – dans les milieux universitaires comme auprès des organismes subventionnaires – aux possibilités de recherches suivant différents paradigmes (paradigmes de recherche), une telle perspective s'alliant par ailleurs à l'aspect identitaire et aux aspects précédemment exposés.

Enfin, relativement aux connaissances et aux données probantes et à la question de leur utilisation, nous ne pouvons plus, en tant que professionnels de la santé publique, éluder et la question et la *responsabilité personnelle* du transfert des connaissances (incluant le transfert des données probantes). Transférer n'est toutefois pas équivalent au fait de « regarder passer l'information »; transférer demande au contraire – aux chercheurs comme aux utilisateurs –, de l'apprenance (l'idée d'apprenance [*learning readiness*] reflétant – selon Carré, 2005 – l'ensemble de représentations, de motivations et d'affects favorables à l'action d'apprendre, tissés ensemble dans le style de rapport au savoir auquel la société du savoir nous convie tous aujourd'hui). Une telle apprenance demandant elle aussi « de la bonne volonté » et ne s'installant pas d'elle-même, on pourrait penser au développement et à l'acquisition d'une méthodologie d'apprentissage

auto-dirigé dans le domaine de l'*Evidence-based* et du transfert de données probantes. Rendre possibles de telles « auto-formations » permettant le développement de capacités d'apprentissage auprès des professionnels de la santé passerait par le développement d'une ingénierie pédagogique (universitaire ou autre) ambitieuse et ouverte – dans le cadre de la société du savoir – sur toutes les opportunités de formation, d'apprentissage des professionnels. L'actualisation de l'apprenance chez les professionnels de santé publique dépendra en effet du positionnement, de l'intention et des conditions dans lesquelles ils seront placés et reliés à leur environnement (universités, institutions, autres organismes), aux autres (autres professionnels et autres citoyens) et enfin à eux-mêmes.

#### **5.3.4. La gouvernance globale en santé publique : quatrième proposition sur un droit humain global à la santé**

**Quatrième proposition (P4) : opposer le « droit à la santé » à l'actuel « marchandisation de la maladie » au niveau des Accords commerciaux et de l'OMC**

Notre point de vue à ce niveau accrédié la résolution de l'UIPES (Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé) adoptée en 2002 et élaborée à la suite de discussions portant sur l'impact potentiel sur la santé des accords commerciaux de l'OMC et des Accords multilatéraux sur les investissements (précisons qu'aujourd'hui cette résolution est largement promue par les Associations canadienne et australienne de santé publique). Ladite résolution de l'UIPES prône l'incorporation de clauses sociales dans les accords commerciaux de l'OMC comme elle affirme soutenir toute autre

stratégie de réglementation mondiale qui ferait que les échanges et les investissements ne se fassent pas au détriment de l'environnement et qu'ils contribuent à une meilleure répartition des richesses et ressources matérielles.

Relativement aux accords commerciaux et de notre avis, il importerait que d'autres options de politique mondiale – options non exclusives – soient présentées et défendues, comme celles de/d' :

- Élargir les exemptions des accords commerciaux accordées aux pays en développement afin que ceux-ci puissent se préparer à la compétitivité à l'échelle mondiale; les exempter sans limite dans le temps de la législation sur la protection des brevets et autoriser les importations parallèles en vertu de l'accord TRIPS;
- Retirer des accords commerciaux ceux qui sont relatifs à la santé et encourager plutôt la coopération internationale en matière de santé sous la forme d'accords cadres;
- Mettre au point une norme/règle de priorité applicable à tous les accords commerciaux en vertu de laquelle, en cas de conflit, la Déclaration des droits de l'homme (incluant le droit à la santé) et la Charte des Nations unies ainsi que les accords multilatéraux sur l'environnement auraient plus de poids que les accords commerciaux.

Dans une perspective de nouvelle régulation mondiale, de gouvernance globale en santé publique, il paraîtrait aussi déterminant de :

- Réaménager (penser à réaménager) la hiérarchie onusienne en fonction du développement durable, c'est-à-dire de renverser (penser à renverser) la hiérarchie normative actuelle des organisations en

plaçant à un niveau relativement plus haut les organisations défendant les valeurs fondamentales de développement durable – telles que l’OMS, l’OIT et l’UNESCO – et, parallèlement, en plaçant à un niveau relativement plus bas les organisations ayant des objectifs purement économiques, marchands et financiers – telles que l’OMC, le FMI et la Banque mondiale. Un pareil cadre empêcherait par exemple que la question des médicaments génériques pour le traitement de pandémies soit négociée uniquement à l’OMC.

Pour mettre les valeurs et objectifs politiques, sociaux et culturels à un niveau hiérarchique supérieur à celui des valeurs et objectifs économiques et marchands, il importerait de remodeler le fonctionnement interne des institutions internationales dans le sens d’une plus grande transparence et démocratie :

- Ainsi, s’avérerait-il primordial que ces institutions internationales cessent d’être dominées par les pays développés (G8) pour que l’ensemble des pays, y compris ceux en développement (et leurs ONG), puissent participer aux instances de direction. Actuellement, ce sont les sociétés du secteur privé qui dominent par rapport aux ONG à l’OMC. Et même si l’OMC fait aujourd’hui un effort en faveur d’une plus grande ouverture à la participation des ONG aux discussions, il y a un risque que ses efforts soient parfois symboliques (partiels) ou qu’ils favorisent des ONG ayant les ressources nécessaires pour participer. Des efforts supplémentaires devraient être faits pour créer des moyens afin de soutenir l’engagement des ONG des pays en développement.
- Par ailleurs, on pourrait penser au renforcement du pouvoir du juge international auquel pourraient être soumis les différents

cas de violation des droits fondamentaux. Cela passerait encore par un élargissement du cadre des juridictions internationales aux différentes structures de représentation de la société (aujourd'hui, seuls les États sont reconnus comme sujets de droit international), aux citoyens auxquels il serait dès lors permis d'ester en justice contre les entreprises, les États, les organisations internationales.

Enfin, toujours en accord avec la vision de développement durable (qui assure la suprématie des valeurs socioculturelles sur les valeurs marchandes et qui cherche à réunir la justice sociale, la prudence écologique et l'efficacité économique), on pourrait penser à élaborer un outil ou instrument normatif international qui mette directement en équilibre et en opposition les principes de libre-échange avec les principes nécessaires à la mise en place et au maintien de systèmes de santé pouvant offrir aux populations des pays démocratiques le niveau de soins/niveau de santé souhaité par l'ensemble de la population. Un tel outil/instrument-accord édicté pour chacun des États pourrait lui permettre de fixer lui-même, souverainement, le niveau de services de santé publics qu'il voudrait offrir à sa population.

### **5.3.5. La gouvernance globale en santé publique : cinquième proposition sur les firmes transnationales**

**Cinquième proposition (P5) : *refuser telle quelle la responsabilité sociale (relativement à la santé) des firmes transnationales en tant que stratégie de régulation du capitalisme***

Depuis une bonne dizaine d'années, les entreprises sont immergées dans le social, répondant à la pression de nouveaux mouvements sociaux. La

responsabilité sociale est devenue une dimension de leur performance d'entreprise, la responsabilité sociale n'étant plus seulement un choix stratégique mais devenant un impératif inhérent à la nature de l'entreprise dès lors promue « entreprise citoyenne ». Selon ses promoteurs, la responsabilité sociale d'entreprise permettrait aux firmes de concilier trois objectifs : en affichant leur responsabilité sociale et écologique, les firmes amélioreraient à la fois les conditions de vie de leurs salariés, la qualité de l'environnement et... leur profitabilité.

L'émergence des discours relatifs à la responsabilité sociale d'entreprise témoigne de la prise de conscience de la demande de « re-régulation » du capitalisme émanant de mouvements sociaux. C'est une stratégie adaptative qui cherche à corriger les abus du capitalisme... en s'appuyant sur la logique marchande. De cette manière, les dirigeants de firmes montrent leur capacité de s'auto-réguler, leur capacité de s'imposer des règles de bonne conduite, ceci sur la base du seul volontariat. Selon cette « doctrine » nouvelle, une firme doit toujours viser le profit maximum mais elle doit prendre en compte dans son fonctionnement l'intérêt des parties prenantes (*stakeholders*), ce qui inclut les actionnaires, mais aussi les salariés, les consommateurs, les fournisseurs... voire la société dans son ensemble et les « générations futures ». Ainsi, la responsabilité sociale d'entreprise s'allie-t-elle avec l'objectif de développement durable (?!). En réalité, cette « responsabilité sociale d'entreprise » relève d'une tendance plus générale à la privatisation du droit, celle-ci reposant sur l'idée qu'il faut réduire au maximum la place de l'État et des organisations internationales dans la régulation de l'économie. Ainsi, pour demeurer compétitives, les firmes vont-elles choisir elles-mêmes leurs règles de comportement éthique ou social en fonction de leurs contraintes propres : c'est donc la loi douce (*soft law*) librement choisie, faite d'engagements moraux non sanctionnables juridiquement, qui prévaut ici en lieu et place de la légalité étatique. Une telle approche se révèle très

insuffisante, voire dangereuse, la vision édulcorée de « développement durable » présentée par les firmes à des fins commerciales s'avérant factice.

Les cinq pistes de réflexion émises ci-dessus sous forme de propositions ne prétendent pas résoudre une fois pour toutes la crise de la santé publique, survenant en concomitance avec les autres crises dans le contexte de nouveau monde global. Se préparer à une gouvernance globale en santé publique, bâtir de nouvelles règles et institutions susceptibles d'encadrer la globalisation correspond à un processus de changement qui, comme de nombreux changements, est long, complexe et représente une tâche herculéenne. Comme le disait déjà Edgar Morin en 1994, toute crise fait apparaître un triple mouvement : un durcissement de l'orthodoxie (un *statu quo*), une fuite vers l'avant dans du « n'importe quoi » ou encore une volonté d'innovation réelle. La dernière alternative est aussi la plus lente à émerger, la plus difficile à traduire en mots et en actions, la plus complexe à mettre en place...

#### ***5.4. En conclusion : penser « santé publique globalisée » et agir localement***

La globalisation – pouvant être perçue comme la force centrale derrière les changements rapides aux niveaux économique, politique, social, écologique et culturel, qui transforme les sociétés et l'ordre du monde – marque la réalité socio-historique du dernier quart de siècle. Impulsé par l'économie, par les NTIC et intimement lié à la culture, un tel processus de globalisation est sans précédent historique, son caractère intensif et extensif (c'est-à-dire sa vélocité et son impact) le démarquant fondamentalement des précédentes mondialisations. Le monde d'aujourd'hui est un monde aux frontières poreuses<sup>156</sup>, un monde fait d'interdépendances, de plus en plus transnational. L'intensification des flux transnationaux – flux qui peuvent être le fait d'entreprises (firmes globales, organisations humanitaires ou écologiques, mouvements religieux ou identitaires) ou flux qui participent de l'agrégation de choix individuels (flux migratoires) – marquent l'échec de l'idéal d'un monde d'États-nations, d'un monde qui reposait sur le principe d'autorité, de souveraineté et de territorialité. Ainsi, la globalisation, bien que non assimilable à la fin de l'État, oblige ce dernier à se reconstruire; la globalisation force les États du monde à repenser leurs modes d'intervention et leur capacité d'action. Le système des États-nations ne peut plus dominer seul et sans partage la gouvernance globale, pareille gouvernance exigeant la reconnaissance de l'imbrication des espaces globaux (transnationaux, transfrontaliers) et des espaces territoriaux ou locaux (nationaux ou infranationaux).

De manière générale, la globalisation installe de la sorte une nouvelle dialectique globale-locale des questions ou des problèmes dans l'horizon

---

<sup>156</sup> Frontières interétatiques étant donné la multiplication des flux, mais aussi frontières entre le domaine public et le secteur privé.



quotidien d'expérience des hommes. Des problèmes locaux fondamentaux qui inquiètent les hommes – problèmes de santé, d'alimentation, de travail, de sécurité, d'environnement, d'investissement, etc. – se transforment en des problèmes transnationaux<sup>157</sup>. Parallèlement à cette nouvelle transnationalité des problèmes, la globalisation devient un détonateur de conflits, réclamant son encadrement ou encore l'apprentissage d'une interdépendance démocratiquement fondée et consentie entre différents acteurs (États, institutions internationales, ONG, groupes associatifs, fondations privées, firmes globales) aux intérêts divers (intérêts publics, associatifs ou privés). Dans différents secteurs (santé, éducation, sécurité, environnement), la gouvernance globale renvoie ainsi à l'ouverture transnationale des politiques nationales et à la mise en place d'un espace public global qui transcenderait en quelque sorte les espaces territoriaux.

De manière plus spécifique, la globalisation confronte doublement<sup>158</sup> le champ de recherche, de connaissances et d'action/d'intervention de la santé publique. Déterritorialisant les crises<sup>159</sup>, les enjeux socio-sanitaires et faisant croître notablement les inégalités de santé, la globalisation rend caduque ou incomplète une vision strictement territorialisée de la santé publique : une (nouvelle) « santé publique globalisée » prend forme, réclamant une compréhension et exigeant elle aussi, la création d'une gouvernance globale

---

<sup>157</sup> Problèmes transnationaux parce qu'étant donné leur origine et leurs conséquences, ils ne dépassent les limites de l'ordre politique national, et aussi parce qu'ils soulèvent *hic et nunc* des questions globales dans tel ou tel autre endroit (pays, région, ville, etc.).

<sup>158</sup> L'auteur de la thèse évoque ici une problématique à double « *tranchant-* » (voir page 73, dernier paragraphe) : « *tranchant*-globalisation de la santé publique » (globalisation en tant que telle avec ses avatars critiques et la montée de problèmes globaux), « *tranchant*-gouvernance globale en santé publique » (les crises et la montée de problèmes globaux appellent l'émergence d'une nouvelle gouvernance globale en santé publique).

<sup>159</sup> Crise du capitalisme fordiste, crise de l'État-providence, crise institutionnaliste, crise sociale/sociétale, crise environnemento-sanitaire.

en santé publique et la mise en place de politiques publiques de santé globale.

S'inscrivant dans une logique de production d'une compréhension théorique de cette (nouvelle) *santé publique globalisée*<sup>160</sup>, la présente thèse s'est construite sur le paradigme de la non-linéarité<sup>161</sup> ainsi que sur le « principe » de la transdisciplinarité<sup>159</sup>, prenant ainsi le parti de rendre compte de la complexité et de la multiplicité des points de vue (d'ordre disciplinaire ou non). Cette thèse, bien qu'elle reflète d'entrée de jeu le positionnement politique et idéologique de son auteur – nourri d'aspirations sociales démocrates et de valeurs cosmopoliques<sup>162</sup> –, est profondément ancrée au courant pragmatique de la globalisation, désireux de « réconcilier » le marché et l'équité. La présente thèse ne se présente donc ni comme une thèse « pro-globalisation » ni non plus comme une thèse « anti- » ou « alter-globalisation ». Pourtant, même si cette thèse décline dans son ensemble et comme tel le chapeau altermondialiste, elle engage<sup>163</sup> résolument son auteur face à la globalisation.

La « santé publique globalisée » est un modèle théorique « interactif » des interrelations entre la santé publique et la globalisation, épistémologiquement fondé sur la non-linéarité, méthodologiquement construit via une « analyse qualitative en mode écriture » et qui, à travers les propositions émises

---

<sup>160</sup> Voir *page v*.

<sup>161</sup> Voir *page 16*.

<sup>162</sup> Courant de pensée social-démocrate et cosmopolitique au sein duquel la globalisation constitue une occasion de repenser l'universel et non de le détruire (voir *page 79*).

<sup>163</sup> L'auteur évoque à ce niveau l'« engagement » face à la globalisation tel que proposé par différents auteurs (Berridge, et al., 2002; Dodgson, et al., 2002; Feldbaum, et al., 2004; Smith et al., 2003) ainsi que le positionnement en tant qu'« intellectuel engagé » dont (notamment) Pignarre et Stengers (2005), Arendt (1972b, 2002) ainsi que Rioux (2005) soulignent l'importance (voir *page 74, paragraphe 1, ligne 7 et page 79, avant-dernière ligne*).

relativement à la mise en place d'une gouvernance globale en santé publique, soutient une logique d'engagement critique, de réflexion et d'action auprès des professionnels de la santé publique (et des personnes intéressées par la santé publique et interpellées par le monde qui les entoure). La pertinence d'un tel cadrage analytique s'accordait avec le défi actuel (i) de mieux comprendre la crise que traverse la santé publique face à la globalisation, (ii) d'en clarifier les enjeux en termes de gouvernance, (iii) de constituer le point de départ d'une réflexion novatrice au niveau décisionnel, voire de servir indirectement à la formulation de politiques publiques de santé globale.

C'est un modèle théorique dialectique et dialogique. Dialogiquement synchronique et diachronique, dialogiquement certain et incertain<sup>164</sup>, dialogiquement construit (la *Figure 4* existe bel et bien) et à reconstruire (la théorie ne se construit qu'au fil des « voyages » du lecteur), le système de « santé publique globalisée » est un modèle théorique semeur de paradoxes (du fait de son caractère non-linéaire, de l'ensemble de ses cinq caractéristiques et d'une de ces cinq caractéristiques en particulier) qui, en son sein même (par exemple lors de « voyages ») ou à travers les cinq propositions émises en faveur d'une gouvernance globale en santé publique, nous fait participer en tant qu'acteurs à sa propre dialectique évolutive intrinsèque. C'est fondamentalement ce même caractère dialectique qui donne des ressources aux acteurs de la santé publique.

La « santé publique globalisée » nous<sup>165</sup> confronte au choix d'un relatif découragement, d'un repli identitaire frileux face l'ampleur de la tâche – tâche herculéenne, ne le cachons pas – de gouvernance globale en santé

---

<sup>164</sup> Voir page 452, dernière ligne.

<sup>165</sup> Idem note de bas de page numérotée 154. Le « nous » désigne les professionnels ou acteurs de la santé publique et non l'auteur de la thèse.

publique. Mais, c'est aussi la même « santé publique globalisée » qui permettra(it) d'inventer ou de réinventer un « nous » identitaire proactif, promoteur de changement structurel et organisateur de contre-pouvoirs face à la globalisation et à son impact en santé publique et sur le champ de la santé publique.

À travers nos recherches *locales* et nos prises de position professionnelles *locales*, nous pourrions ainsi travailler à promouvoir la santé *globale*, ce qui passerait par le fait : (i) de participer, localement, à organiser la « santé publique globalisée<sup>166</sup> », c'est-à-dire de participer à sa légitimation politique et démocratique, ceci à partir de nos espaces locaux respectifs, (ii) d'*orienter publiquement*<sup>167</sup> la gouvernance globale en santé publique, c'est-à-dire de la rendre non seulement équitable, mais également imputable, responsable et participative,... et peut-être aussi... (iii) de réfléchir à ce que pourrait être un embryon de structure de santé publique « cosmopolitique<sup>168</sup> ».

La route de l'organisation de la « santé publique globalisée » et de la gouvernance globale en santé publique est pavée de belles intentions, voire de belles réflexions. Mais ni les intentions ni même les réflexions ne suffisent

---

<sup>166</sup> Pensons notamment à la nature profondément inégalitaire/inéquitable du partage de richesses, de développement humain et de santé, et au travail pour rétablir une certaine forme d'équité globale en santé.

<sup>167</sup> Le Professeur Unger a récemment proposé le terme de *Publicly-oriented governance* qu'il traduit en français par une gouvernance « *orientée publiquement*, dans le sens d'une *finalité publique* et d'une *gestion publique* » (Communication personnelle, septembre 2007).

<sup>168</sup> Pour reprendre l'expression de Beck (2000). Santé publique « cosmopolitique » c'est-à-dire qui satisfait à l'impératif d'ouverture transnationale des politiques nationales de santé (qui réclame que les politiques nationales de santé fassent un bon en avant, qu'elles délaissent leur autonomie nationale pour créer une politique de santé globale apte à résoudre les problèmes nationaux de santé).

plus. Aussi, *comment*, de manière plus concrète, pragmatique, pourrions-nous, dans notre quotidien, nous engager<sup>169</sup> et paver cette voie?

Le « *et si...?* » réflexif de Schön pour une réflexion individuelle et collaborative pourrait nous éclairer.

- **Et si**, par-delà les cloisonnements disciplinaires et les découpages sectoriels, nous produisons de nouvelles connaissances sur différentes questions transnationales en lien avec la santé publique? Si nous diffusons ces connaissances vers les milieux politiques, économiques, voire médiatiques pour certains d'entre nous? Si nous mettons en relief des leviers d'action pour optimiser l'actionnabilité de telles connaissances? Si nous recontextualisons globalement certaines questions ou certains problèmes territorialisés ou nationaux? Si nous participions aux débats publics et si nous nous connectons davantage en réseaux? Si nous favorisons les innovations institutionnelles globales en lien avec la santé publique? Si nous repensons (à la manière du praticien réflexif) à certains textes pouvant être fondateurs ou mobilisateurs pour certains d'entre nous (Déclaration universelle des droits de l'homme et Pacte international sur les droits économiques, sociaux et culturels, Charte d'Ottawa, Charte de Bangkok, etc.)? Si nous utilisons certains outils d'évaluation déjà existants, liés à la problématique de la globalisation et développés en santé publique?
  
- **Et si** nous actualisons et cherchions à appliquer la formule du « penser global, agir local » qui met en continuité l'impératif d'une ambition collective et intellectuelle avec une nécessaire modestie des

---

<sup>169</sup> Cet engagement se décline en termes personnel (en tant qu'individu) et professionnel (en tant que praticien ou professionnel en santé publique, à travers des associations ou des écoles de santé publique).

actions individuelles? Si nous tentions de tirer leçon de succès locaux ou territorialisés?

- **Et si** nous embrassions davantage la complexité du vivant et ses paradoxes, la complexité de la réalité socio-historique des hommes et du monde qui nous entoure. Si, par exemple, pour couvrir les questions transnationales liées à la santé publique, on recourait en recherche en santé publique, à un « coffre à outils » épistémologique et méthodologique propice à une meilleure compréhension de cette réalité (paradigme de la non-linéarité, analyses qualitatives théorisantes, prise de compte de la sensibilité théorique du chercheur, transdisciplinarité plutôt que multi- ou interdisciplinarité, articulation de diverses perspectives comme par exemple le croisement des perspectives synchronique et diachronique, etc.)<sup>170</sup>.
  
- **Et si**, enfin, nous faisons preuve d'inventivité conceptuelle et politique pour faire l'apprentissage d'une gouvernance globale en santé

---

<sup>170</sup> À l'aide de tels choix épistémologique et méthodologique, nous pourrions ainsi, dans différents lieux ou territoires du monde, approfondir notre compréhension des interrelations entre la santé publique, la globalisation et la gouvernance globale, et ce de manière comparative ou non. Nous pourrions tenter de mieux comprendre la logique d'action des partenariats publics-privés pour la santé globale, ou encore explorer le phénomène des nouveaux mouvements sociaux pour la santé (comme par exemple, *People's Health Movement*) et l'émergence d'une « conscience mondiale » pour la santé. Nous pourrions explorer les valeurs favorables à la création d'une gouvernance globale en santé publique et étudier leur adéquation avec certaines valeurs professionnelles reflétées dans tel ou tel autre territoire. Nous pourrions encore tenter de comprendre les liens entre la santé publique globalisée et le *Brain drain* professionnel dans certains espaces locaux. Toujours enchâssés dans les balises paradigmatique et méthodologique précitées, nous pourrions chercher à mieux comprendre l'imbrication des espaces globaux – reposant en partie sur le virtuel – et les espaces territoriaux. Nous pourrions envisager d'explorer le pourquoi et le comment de certains succès locaux ou territorialisés en santé publique (comme par exemple, la stratégie Villes et villages en santé). Certaines villes, régions ou pays pourraient être considérés comme des « laboratoires » témoignant de la possibilité de nouvelles passerelles entre la société civile et l'État. Nous pourrions dès lors chercher à mieux comprendre comment transposer certaines interventions ou approches territorialisées, intégrées (à la fois économiques et sociales) et multipartenaires (mettant à contribution les milieux public, privé et associatif).

publique? Si nous cherchions à comprendre de manière approfondie l'inadéquation entre le système de gouvernance actuelle (tombant sous le leadership d'institutions internationales non démocratiques comme la Banque mondiale et le FMI) et les problèmes globaux liés à la santé, cette inadéquation se posant dans la mesure où les États-nations conservent une forte légitimité qui fait défaut à la plupart des institutions globales? Si nous explorions de nouveaux mécanismes et organes de gouvernance globale, si nous tentions par exemple de mieux comprendre le comment et le pourquoi du succès de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte anti-tabac<sup>171</sup> en tant que premier traité mondial de santé publique? Si nous analysons les discours et examinons les instruments de pouvoir des différents acteurs intéressés à s'impliquer pour une gouvernance globale en santé publique?

Et les « *et si...?* » continuent...

*Et si* cette thèse était à refaire, son auteur conduirait-il la recherche différemment ou non?

Les balises paradigmatique et méthodologique (non-linéarité, analyse qualitative en mode écriture) ainsi que la perspective transdisciplinaire demeurerait. La collecte de données se ferait possiblement à partir de différentes sources de données, mais dans l'ensemble, les modalités de collecte (le type d'échantillonnage) seraient respectées. De manière générale, l'auteur s'inspirerait ou se baserait sur le présent modèle pour « réfléchir » et « partir »... Il tenterait de dresser des parallèles qui pourraient peut-être nuancer, compléter, ou au contraire, défier et contredire le modèle existant. Certains concepts intégrateurs et/ou « éléments-parties » du modèle existant « tomberaient » fort probablement; d'autres verraient le jour, tout en

---

<sup>171</sup> Voir page 402, note de bas de page numéroté 135.

prenant garde à ne pas balkaniser le modèle existant mais bien à le reconstruire dans sa totalité et dans sa globalité. Par ailleurs, peut-être pourrait-on envisager deux ou trois « sous-modèles », chacun d'entre eux étant adapté à un contexte local spécifique et étant accessible à partir du « modèle générique » ou « méta-modèle »? Enfin, technologiquement, l'auteur considérerait la possibilité de rendre le modèle « générique » plus « intelligent » en se faisant aider de ressources informatiques adéquates.

Toute cette entreprise serait certes un nouveau défi et... un tout autre risque<sup>172</sup>.

---

<sup>172</sup> Voir page 14.



## RÉFÉRENCES

- Abbasi, K. (1999). The World Bank on world health : Under fire. *British Medical Journal*, 318, p. 1003-1006.
- Acheson, D. (1990). The medicalization of public health: The United Kingdom and the United States contrasted. *Journal of Public Health and Medicine*, 12, p. 31-38.
- Acheson, D. (1988, Janvier). *Public health in England. The report of the committee of inquiry into the future development of the public health function (The Acheson report)*. Londres, Royaume-Uni : Londer Her Majesty's Stationery Office.
- Adda, J. (1996). *La mondialisation de l'économie*. Paris : La Découverte.
- Adlung, R., & Carzaniga, A. (2002). Health services under the General Agreement on Trade services. Dans C. Vieira, & N. Drager (Éds), *Trade in health services : Global, regional and country perspectives*. Washington, DC : PAHO.
- Adorno, T.-W. (1984). *Modèles critiques*. Paris : Payot.
- Aglietta, M. (1998). *Le capitalisme de demain*. Paris : Syllepse.
- Aglietta, M., & Orlean, A. (2002). *La monnaie entre violence et confiance*. Paris : Odile Jacob.
- Aïach, P., & Delanoë, D. (Éds). (1998). *L'ère de la médicalisation*. Paris : Anthropos.
- Aïach, P., & Fassin, D. (Éds). (1994). *Les métiers de la santé*. Paris : Anthropos.
- Aïach, P., Fassin, D., & Saliba, J. (1994). Crise, pouvoir et légitimité. Dans P. Aïach, & D. Fassin (Éds), *Les métiers de la santé* (pp. 9- 42). Paris : Anthropos.
- Alexievitch, S. (1998). *La supplication. Tchernobyl, chroniques du monde après l'apocalypse*. Paris : Lattès.
- Alkin, M. C. (2004). *Evaluation roots. Tracing theorists' views and influences*. Thousand Oaks, CA : Sage.
- Allais, M. (1999, Avril). La mondialisation, le chômage et les impératifs de l'humanisme. *Unesco, Sciences et Humanisme*, 9-10 avril.
- Altman, D. (2003). Understanding HIV/AIDS as a global security issue. Dans K. Lee (Éd.), *Health impacts of globalization, Towards global governance*. Basingstoke, Royaume-Uni : Palgrave MacMillan.
- Altman, D. (1999). Globalization, political economy and HIV/AIDS. *Theory and Society*, 28, p. 559-584.

- Altman, D. (1998a). *Understanding HIV/AIDS as a global security issue*. Londres, Royaume-uni : Taylor and Francis.
- Altman, D. (1998b). Globalization and the AIDS industry. *Contemporary Politics*, 4 (3), p. 233-245.
- Altman, D. (1994). *Power and community : Organisational and cultural responses to AIDS*. Londres, Royaume-uni : Taylor and Francis.
- Amiel-Lebigre, F., & Gognalons-Nicolet, M. (1993). *Entre santé et maladie*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Anders, G. (2002). *L'obsolescence de l'homme*. Paris : Ivrea.
- Anders, G. (2001). *Et si je suis désespéré, que voulez-vous que j'y fasse?* Paris : Allia.
- Anders, G. (1980). *Die Antiquiertheit des Menschen : Veber die Zerstörung des Lebens in Zeitalter der dritten industriellen Revolution*. Munich, Allemagne : C.H. Beck.
- Anders, G. (1956). *Die Antiquiertheit des Menschen : Veber die Seele in Zeitalter der zweiten industriellen Revolution*. Munich, Allemagne : C.H. Beck.
- Anders, G. (1937) Pathologie de la liberté. Essai sur la non-identification. *Recherches Philosophiques*, 6, p. 22-54. (Article publié par l'auteur en 1937 sous son véritable nom, Günther Stern).
- Anderson, D., & Mullen, P. (Dir.). (1998). *Faking it. The sentimentalisation of modern society*. Londres, Royaume-Uni : Social Affairs Unit.
- Andreff, W. (2003). *Les multinationales globales*. Paris : La Découverte.
- Anon. (1995). SIDS theory : From hype to reality. *Lancet*, 346, p. 1503.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*. San Francisco, CA : Jossey-Bass.
- Apostolidis, C., Fritz, G., & Fritz, J.-C. (1997). *L'humanité face à la mondialisation*. Paris : L'Harmattan.
- Appay, B., & Thebaud-Mony, A. (1997). *Précarisation sociale, travail et santé*. Paris: CNRS, IRESO.
- Aquilino, M. (1996). *La défaite de la santé publique*. Paris : Flammarion.
- Arendt, H. (2002). *Les origines du totalitarisme. Eichmann à Jérusalem*. Paris : Quarto Gallimard.
- Arendt, H. (1983). *Condition de l'homme moderne*. Paris : Gallimard.

- Arendt, H. (1974). *Vies politiques*. Paris : Gallimard.
- Arendt, H. (1972a). *La crise de la culture*. Paris : Gallimard.
- Arendt, H. (1972b). *Le système totalitaire*. Paris : Seuil.
- Arendt, H. (1961). *La condition de l'homme moderne*. Paris : Calmann-Lévy.
- Ariès, P. (1977). *L'homme devant la mort*. Paris, Seuil.
- Artus, P. (2002). *La nouvelle économie*. Paris : La Découverte.
- Arweiler, D. (2002). *L'économie face à la santé*. Thèse de doctorat en santé publique. Montréal, Québec : Université de Montréal.
- Ascher, F. (2003, Février). *De la société à toute vitesse à une société à toutes les vitesses*. Paris : Cahiers du Conseil National des Ponts et Chaussées.
- Ashton, J. (1992). Institutes of public health and medical schools : Grasping defeat from the jaws of victory ? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 46, p. 165-168.
- Askenazy, P., & Gianella, C. (2000). Le paradoxe de productivité : les changements organisationnels, facteur complémentaire à l'informatisation. *Économie et statistique*, 339/340.
- ASPHER (Association of Schools of Public Health in the European Region). (2001). *Quality improvement and accreditation of training programs in public health*. Lyon, France : Fondation Merieux-ASPHER.
- Assayag, J. (1998). La culture comme fait social global? Anthropologie et (post)modernité. *L'Homme*, 148, p. 201-224.
- Association canadienne de santé publique. (1997). *Health impacts of social and economic conditions : Implications for social policy*. Ottawa, Canada : Auteur.
- Attali, J. (1998). *Dictionnaire du XXI<sup>e</sup> siècle*. Paris : Fayard.
- Aubert, N. (2005). *Le culte de l'urgence. La société malade du temps*. Paris : Flammarion.
- Augé, M., & Herzlich, C. (1984). *Le sens du mal*. Paris : Archives contemporaines.
- Austin, J.-L. (1962). *How to do things with words*. Oxford, Royaume-Uni : Oxford University Press.
- Aylward, R. B., Acharya, A., England, S., et al. (2003). Global health goals : Lessons from the worldwide effort to eradicate poliomyelitis. *Lancet*, 362, p. 909-914.

- Bachelard, G. (1940). *La philosophie du non*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Baier, L. (1991). *Les Allemands maîtres du temps. Essai sur un peuple pressé*. Paris : La Découverte.
- Baier, L. (2002). *Pas le temps! Traité sur l'accélération*. Arles, France : Actes Sud.
- Bajos, N., & Ludwig, D. (1995). Risque construit et objectivation du risque : deux approches de l'adaptation au risque de transmission sexuelle du sida. Dans V. Doré, Y. Souteyrand, N. Bajos, M. Bozon, & A. Giami (Éds), *Sexualité et sida* (pp. 199-220). Paris : ANRS.
- Balandier, G. (2001). *Le grand système*. Paris : Fayard.
- Balint, M. (1960). *Le médecin, son malade et la maladie*. Paris : Payot.
- Banque mondiale. (1998). *Rapport de la Banque mondiale sur le développement dans le monde 1998-1999*. Washington, DC : Oxford University Press.
- Banque mondiale. (1997). *Rapport sur le développement dans le monde 1997 : l'état dans un monde en mutation*. Washington, DC : Oxford University Press.
- Banque mondiale. (1993). *Rapport sur le développement dans le monde 1993 : investir en santé*. Washington, DC : Oxford University Press.
- Banque mondiale. (1992). *Governance and development*. Washington, DC : Auteur.
- Batsch, L. (2002). *Le capitalisme financier*. Paris : La Découverte.
- Baudrillard, J. (1990). *La transparence du mal*. Paris : Galilée.
- Baudrillard, J. (1978). *L'ombre des majorités silencieuses*. Paris : Denoël.
- Baudrillard, J. (1976). *L'échange symbolique et la mort*. Paris : Gallimard.
- Baudrillard, J. (1972). *La société de consommation*. Paris : Gallimard.
- Baudrillard, J. (1970). *La société de consommation*. Paris : Denoël.
- Baudrillard, J., & Morin, E. (2003). *La violence du monde*. Paris : Le Félin et l'Institut du Monde Arabe.
- Baum, F. (1995). Researching public health : Behind the qualitative-quantitative methodological debate. *Social Science and Medicine*, 40, p. 459-468.
- Bauman, Z. (1999). *Le coût humain de la mondialisation*. Paris : Hachette Littératures.

- Beaglehole, R. (2001). Global cardiovascular disease prevention : Time to get serious. *Lancet*, 358, p. 661-663.
- Beaglehole, R., & Bonita, R. (2004). *Public health at the crossroads. Achievements and prospects (2<sup>e</sup> éd.)*. Cambridge, Royaume-Uni : Cambridge University Press.
- Beauchamp, D. E., & Steinbock, B. (Dir.). (1999). *New ethics for the public's health*. Oxford, Royaume-Uni : Oxford University Press.
- Beauchemin, J. (2004). *La société des identités. Éthique et politique dans le monde contemporain*. Outremont, Québec : Athéna.
- Beauchemin, J. (2000). Le discours éthique néolibéral et les transformations du projet politique de la modernité. Dans A. Lacroix, & A. Létourneau, *Méthodes et interventions en éthique appliquée* (pp. 93-108). Montréal, Québec : Fidès.
- Beck, U. (2002). *Macht und Gegenmacht im globalen Zeitalter*. Francfort, Allemagne : Suhrkamp.
- Beck, U. (2001). *La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité (2<sup>e</sup> éd.)*. Paris : Aubier.
- Beck, U. (2000). The cosmopolitan perspective. *Sociology for the second age of modernity. British Journal of Sociology*, 51, p. 79-106.
- Beck, U. (1999a). *World risk society*. Cambridge, MA : Polity Press.
- Beck, U. (1999b). *What is globalization?* Cambridge, MA : Polity Press.
- Beck, U. (1998). Le conflit de deux modernités et la question de la disparition des solidarités. *Lien social et Politiques, RIAC*, 39.
- Beck, U. (1987). The anthropological shock : Chernobyl and the contours of risk society. *Berkeley Journal of Sociology*, 32.
- Becker, H. M. (1986). The tyranny of health promotion. *Public Health Review*, 14, p. 15-25.
- Bégin, C., Joubert, P., & Turgeon, J. (1999). L'évaluation dans le domaine de la santé : conceptions, courants de pensée et mise en oeuvre. Dans C. Bégin, P. Bergeron, P.-G. Forest, V. Lemieux (Dir.), *Le système de santé québécois. Un modèle en transformation* (pp. 265-281). Montréal, Québec : Presses de l'Université de Montréal.
- Bell, D. (1973). *The coming of post-industrial society : A venture in social forecasting*. New York : Basic Books.
- Bell, D. (1960). *The end of ideology*. New York : Free Press.
- Benjamin, W. (1991). *Écrits français*. Paris : Gallimard.

- Bensaid, D. (1997). *Le pari mélancolique*. Paris : Fayard.
- Béraud, C. (2002). Les transformations du système de soins au cours des vingt dernières années : point de vue d'un acteur. *Sciences Sociales et Santé*, 20 (4), p. 37-74.
- Berger, S., & Dore, R. (Éds). (1996). *National diversity and global capitalism*. Ithaca, MA : Cornell University Press.
- Berlivet, L. (2001). Déchiffrer la maladie. Dans J.P. Dozon, & D. Fassin (Éds), *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique* (pp. 75-102). Paris : Balland.
- Bernard, C. (1994). *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*. Paris : Flammarion.
- Bernard, C. (1966). *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*. Paris : Borduas, Les petits classiques.
- Bernouilli, J. (1987). *Ars Conjectandi*. Bâle. Traduction française de la 4<sup>e</sup> partie par N. Meusnier, Rouen. (Ouvrage original publié en 1713).
- Berridge, V., & Loughlin, K. (2002). *Historical dimensions of governance. Global governance discussion paper n° 2*. Genève, Suisse : OMS.
- Bertrand, W. E. (1999). *Public health schools without walls : New directions for public health resourcing*. New York : The Rockefeller Foundation.
- Besnier, J.-M. (1993). *L'humanisme déchiré*. Paris : Descartes et Cie.
- Bessie, S. (1993). Conférence de Rio : quel bilan tirer? Dans M. Beaud, C. Beaud, & M. L. Bouguerra (Dir), *L'état de l'environnement dans le monde* (pp. 333-334). Paris : La Découverte.
- Bettcher, D. W., Yach, D., & Guindon, G. E. (2000). Global trade and health : Key linkages and future challenges. *Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé*, 78 (4), p. 521-534.
- Bibeau, G., Contandriopoulos, A.-P., Gomez, M., Demers, A., Zunzunegui, M. V., & Vissandjée, B. (2001). *Cadre théorique pour les discussions du réseau*. Montréal : Université de Montréal, REDET (Réseau sur les déterminants de la santé).
- Bidet, J., & Texier, J. (1995). *La crise du travail*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Billy, J. (1975). *Les technocrates*. Paris : Fayard.
- Black, N. (1994). Why we need qualitative research. *Journal of epidemiology and Community Health*, 48, p. 425-426.

- Black Report*. (1980). Inequalities in health : Report of a research working group. Londres, Royaume-Uni : Department of Health and Social Services.
- Blane, R., Brunner, E., & Wilkinson, R. (Éds). (1996). Health and social organization. Londres, Royaume-Uni : Routledge.
- Bobbio, N. (1990). *Liberalism and democracy*. Londres, Royaume-Uni : Verso.
- Boisvert, Y. (1997). L'éthique comme suppléance politique : une approche postmoderniste. Dans G. Giroux (dir.), *La pratique sociale de l'éthique* (pp. 49-75). Montréal, Québec : Bellarmin.
- Boltanski, L., & Chiapello, E. (1999). *Le nouvel esprit du capitalisme*. Paris : Galimard.
- Boniface, P. (2001). *Le monde contemporain : grandes lignes de partage*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Bordo, M. D. Taylor, A. M., & Williamson, J. (Dirs). (2003). *Globalization in historical perspective*. Chicago : University of Chicago Press.
- Bouchet, M.-H. (2005). *La globalisation. Introduction à l'économie du nouveau monde*. Paris : Pearson.
- Bouliane, M. (2003). Mondialisation et marchandisation de la santé : des tendances fortes qui débordent des cadres nationaux. Dans F. Saillant, & M. Boulianne (Dirs), *Transformations sociales, genre et santé* (pp.17-20). Saint-Nicolas, Québec : Presses de l'université Laval.
- Bourdieu, P. (1998, Mars). L'essence du néolibéralisme. *Le Monde diplomatique*.
- Bourdieu, P., & Sayad, A. (1964). *Le déracinement. La crise de l'agriculture traditionnelle en Algérie*. Paris : Minuit.
- Bourg, D. (1996). *L'homme-artifice*. Paris : Gallimard.
- Bourg, D., & Schlegel, J.-L. (2001). *Parer aux risques de demain. Le principe de précaution*. Paris : Seuil.
- Bourgeault, G. (2000). *La santé publique... entre l'imposition d'une nouvelle morale et la mise en œuvre d'une éthique de responsabilité partagée*. Actes du Colloque «Les enjeux éthiques en santé publique» (p. 25-44). Montréal : ASPQ Éditions.
- Bourgeois, M. L. (2001). La psychiatrie apodictique (Evidence-based mental health) dans les stratégies et dispositifs de soins futurs. *Annales médico-psychologiques*, 159, p. 196-200.
- Boussel, P. (1979). *Histoire de la médecine et de la chirurgie de la Grande peste à nos jours*. Paris : Porte verte.

- Boyer, R. (2005). *La globalisation : mythes et réalité*. Récupéré en ligne en date du 5 juin 2005 de [http : www.univ-evry.fr/labos/gerpisa/actes/18/article2.html](http://www.univ-evry.fr/labos/gerpisa/actes/18/article2.html)
- Boyer, R. (2004). *Théorie de la régulation*. Paris : La Découverte.
- Boyer, R., Dehove, M., & Plihon, D. (2004). *Les crises financières. Mécanismes et propositions. Rapport pour le Conseil d'analyse économique*. Paris : La Documentation française.
- Boyer, R., & Drache, D. (Éds). (1996). *States against market : The limits of globalization*. New York : Routledge.
- Bradshaw, Y. W., & Wallace, M. (1996). *Global inequalities*. Londres, Royaume-Uni : Pine Forge Press-Sage.
- Braudel, F. (1997). *Les ambitions de l'histoire*. Paris : Fallois.
- Braudel, F. (1985). *Dynamique du capitalisme* (rééd.). Paris : Arthaud.
- Braudel, F. (1979). *Civilisation matérielle, économie et capitalisme, XV<sup>e</sup>-XVIII<sup>e</sup> siècles* (3 volumes). Paris : Arthaud.
- Braudel, F. (1977). *La dynamique du capitalisme*. Paris : Flammarion.
- Brewer, J., & Hunter, A. (1989). *Multimethod research : A synthesis of styles*. Newbury Park, CA : Sage.
- Brown, P., & Schweke, B. (2001, Septembre). Globalization : An examination of the pros and cons. *Corporation for Enterprise Development*.
- Bruckner, P. (1990). *La mélancolie démocratique*. Paris : Seuil.
- Brugha, R., Starling, M., & Walt, G. (2002). GAVI, the first steps : Lessons from the Global Fund. *Lancet*, 359, p. 935-938.
- Brugha, R., & Walt, G. A. (2001). A global health fund : A leap of faith? *British Medical Journal*, 323, p. 152-154.
- Brunel, S. (1996). *Le sous-développement*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Buchanan, D. R. (2000). *An ethic of health promotion : Rethinking the sources of human well-being*. Oxford, Royaume-Uni : Oxford University Press.
- Buse, K. (2004). Governing public-private infectious disease partnerships. *Brown Journal of World Affairs*, 10(2), p. 225-242.
- Buse, K., & Walt, G. (2002). Globalisation and multilateral public-private health partnerships. Dans K. Lee, K. Buse, & S. Fustukian (Éds), *Health policy in a globalising world*. Cambridge, Royaume-Uni : Cambridge University Press.



- Buse, K., & Walt, G. (2000a). Global public-private partnership : A new development in health? *Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé*, 78 (5), p. 699-709.
- Buse, K., & Walt, G. (2000b). Global public-private partnerships. Part II. What are the issues for global governance? *Bulletin of WHO*, 78, p. 699-709.
- Buse, K., & Walt, G. (1997). An unruly melange? Coordinating external resources to the health sector : A review. *Social Science and medicine*, 45, p. 449-463.
- Caincross, S. (1995). Victory over guineaworm disease : Partial or pyrrhic? *Lancet*, 346, p. 1440.
- Caldwell, J.-C. (1986). Routes to low mortality in poor countries. *Population and Development Review*, 12, p. 171-220.
- Callon, M. (1999). La sociologie peut-elle enrichir l'analyse économique des externalités? Essai sur la notion de débordement. Dans F. Foray, & J. Mairesse, *Innovations et performances. Approches interdisciplinaires*. Paris : Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales.
- Calvez, M. (2001). Le risque comme ressource culturelle dans la prévention du sida. Dans J.-P. Dozon, & D. Fassin (Éds), *Critique de la santé publique* (pp. 127-144). Paris : Balland.
- Calvez, M. (1992). *La sélection naturelle des risques du sida*. Paris-Rennes : Université de Bretagne occidentale, ANRS.
- Campbell, D. T. (1991). Coherentist empiricism, hermeneutics, and the commensurability of paradigms. *International Journal of Educational Research*, 15, p. 587-597.
- Campbell, B., Blouin, C., Foster, J., et al. (2002). *Faire passer la santé en premier : la réforme des soins de santé, les accords commerciaux et la politique étrangère au Canada*. Ottawa, Canada : Groupe sur la mondialisation et la santé du Centre canadien de politiques alternatives.
- Canet, R. (2005). Société de l'information et gouvernance d'Internet. Avatars du néolibéralisme. *Asymétries*, 1, p. 32-34.
- Canguilhem, G. (1977). *Idéologie et rationalité dans l'histoire des sciences de la vie*. Paris : Vrin.
- Canguilhem, G. (1966). *Le normal et le pathologique*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Canguilhem, G. (1952). *La connaissance de la vie*. Paris : Hachette.
- Carré, P. (2005). *L'apprenance. Vers un nouveau rapport au savoir*. Paris : Dunod.
- Cassano, F. (1999). *La pensée méridienne*. Paris : Aube.

- Castel, R. (2003). *L'insécurité sociale. Qu'est-ce qu'être protégé?* Paris : Seuil.
- Castel, R. (1996). *Les métamorphoses de la question sociale*. Paris : Fayot.
- Castel, R. (1987). Savoir d'expertise et production de normes. Dans F. Chazel, & J. Commaille, *Normes juridiques et régulation sociale* (pp.177-188). Paris : Droits et Société.
- Castel, R. (1982). *La gestion des risques*. Paris : Minuit.
- Castel, R. (1981). *La gestion des risques : de l'anti-psychiatrie à l'après-psychanalyse*. Paris : Minuit.
- Castel, R., Castel, F., et Lovell, A. (1979). *La société psychiatrique avancée. Le modèle américain*. Paris : Grasset.
- Castells, M. (2001). *La société en réseaux* (2<sup>e</sup> éd.). Paris : Fayard.
- Castells, M. (1998). *L'ère de l'information*. Paris : Fayard.
- Castoriadis, C. (1998). *Post-scriptum sur l'insignifiance*. Paris : Éditions de l'aube.
- Castoriadis, C. (1996). *La montée de l'insignifiance*. Paris : Seuil.
- Castoriadis, C. (1975). *L'institution imaginaire de la société*. Paris : Seuil.
- Champagne, F., et al. (1993). Organizational and environmental determinants of the performance of public health units. *Social Science and Medicine*, 37 (1), p. 85-95.
- Chaniel, P., & Laville, J.-L. (2002). *L'économie solidaire : une question politique*. Paris : La Découverte.
- Chapman, S., & Lupton, D. (1994). *The fight for public health : Principles and practice of media advocacy*. Londres, Royaume-Uni : British Medical Journal Publishing Group.
- Chapman, S. David and Goliath story : Tobacco advertising in Australia. *British Medical Journal*, 281, p. 1187-1190.
- Châtel, V., & Soulet, M.-H. (2003). *Agir en situation de vulnérabilité*. Saint-Nicolas, Québec : Presses de l'université Laval.
- Chen, L. C., Evans, T. G., & Cash, R. A. (1999). Health as a global public good. Dans I. Kaul, I. Grunberg, & M. A. Stern (Éds), *Global public goods. International cooperation in the twenty-first century* (pp. 284-303). Oxford, Royaume-Uni : Oxford University Press.
- Chesnais, F. (1997). *La mondialisation du capital*. Paris : Fayard.

- Chesnais, F., Duménil, G., Lévy, D., & Wallerstein, I. (2001). *Une nouvelle phase du capitalisme?* Paris : Syllepse.
- Chevrier, M. (2005). *Le temps de l'homme fini*. Montréal, Québec : Boréal.
- Chiffolleau, S. (2001). *Systèmes de santé et pauvreté au sud. En quête d'un bien public équitablement mondial*. Pau, France : Colloque AFSP, Section d'Études internationales.
- Chiffolleau, S. (2002). Santé et inégalités Nord-Sud : la quête d'un bien public équitablement mondial. Dans F. Constantin (Dir.), *Les biens publics mondiaux. Un mythe légitimateur pour l'action collective?* (pp. 245-268). Paris : L'Harmattan.
- Ciacourel, A. (2002). *Le raisonnement médical*. Paris : Le Seuil.
- Ciacourel, A. V. (1990). Langage and social interaction : Philosophical and empirical issues. *Universita degli Studi di Urbino, Working Paper 96*.
- Clavreuil, J. (1972). *L'ordre médical*. Paris: Seuil.
- CMED (Commission mondiale sur l'environnement et le développement). (1988). *Notre avenir à tous*. Montréal, Québec : Éditions du Fleuve.
- CNUCED (2004). *Rapport sur le commerce et le développement*. Genève, Suisse : Auteur.
- Cochrane, A. (1972). *Effectiveness and efficiency*. Londres, Royaume-Uni : Nuffield Provincial Hospitals Trust.
- Cohen, E. (2001). *L'ordre économique mondial*. Paris : Fayard.
- Cohen, S. (2003). *La résistance des États. Les démocraties face aux défis de la mondialisation*. Paris : Presses de sciences Po.
- Coicaud, J.-M. (2001). Réflexions sur les organisations internationales et la légitimité internationale : contraintes, pathologies et perspectives. *Revue Internationale des Sciences Sociales*, 170, p. 573-587.
- Collectif* (1996). *La misère de la mondialisation. Agone*, 16.
- Collin, D. (2000). *La fin du travail et la mondialisation. Idéologie et réalité sociale*. Paris : L'Harmattan.
- Commission d'enquête sur l'état des connaissances et les actions menées à l'égard de la transmission du sida (1993). *Commission d'enquête sur l'état des connaissances et les actions menées à l'égard de la transmission du sida 10/18* Paris : Auteur.

- Commission Macroéconomie et Santé. (2001). *Trade in health services*. CMH Working Paper WG4 (5). Genève, Suisse : Auteur.
- Commission on Global Governance (The). (1995). *Our global neighbourhood*. Oxford, Royaume-Uni : Oxford University Press.
- Constantin, F. (Dir.). (2002). *Les biens publics mondiaux. Un mythe légitimateur pour l'action collective*. Paris : L'Harmattan.
- Contandriopoulos, A.-P. (1994). Réformer le système de santé : une utopie pour sortir d'un statu quo impossible. *Ruptures*, 1 (1), p.8-26.
- Contandriopoulos, A.-P. (2000). À la recherche d'une troisième voie : les systèmes de santé du XX<sup>e</sup> siècle. Dans M.-P. Pomey, J.-P. Poullier, & B. Lejeune, *Santé publique* (pp. 637-664). Paris : Masson.
- Contandriopoulos, A.-P. (1999). La santé entre les sciences de la vie et les sciences sociales. *Ruptures*, 6 (2), p. 174-191.
- Contandriopoulos, A.-P. (1996). Transformer le système de santé. *Ruptures*, 3 (1), p. 10-17.
- Contandriopoulos, A.-P. (1994). Réformer le système de santé : une utopie pour sortir d'un statu quo impossible. *Ruptures*, 1(1), p. 8-26.
- Contandriopoulos, A.-P., Denis, J.-L., Champagne, F., & Avargues, M.-C. (2000). L'évaluation dans le domaine de la santé : concepts et méthodes. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 48, p. 519-537.
- Contandriopoulos, A.-P., & Pourvoirville (de), G. (1994). *Entre constructivisme et libéralisme : la recherche d'une troisième voie* (cahier no N91-03). Montréal : Université de Montréal.
- Cook, T. D. (1997). Lessons learned in evaluation over the last 25 years. Dans E. Chelimsky, & W. R. Shadish (Éds), *Evaluation for the 21<sup>st</sup> century : A handbook* (pp. 30-52). Thousand Oaks, CA : Sage.
- Cornia, G. A. (2001). Globalization and health : Results and opinions. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé*, 79 (9).
- Costalat-Fourneau, A.-M. (1997). *Identité sociale et dynamique représentationnelle*. Rennes : Presses Universitaires de France.
- Coudin, G. (2002). Le vieillissement ou l'ajustement au déclin de la santé. Dans G. Coudin (Éd.), *Santé et vieillissement* (pp. 81-146). Paris : Armand Colin.
- Coughlin, S. S., & Beauchamp, T. L. (Dirs). (1996). *Ethics and epidemiology*. New York : Oxford University Press.

- Creswell, J. W. (2005). *Research design, qualitative, quantitative and mixed methods approaches*. Thousand Oaks, CA : Sage.
- Cresswell, J. W. (2002). *Educational research : Qualitative and quantitative approaches*. Thousand Oaks, CA : Sage.
- Crouzet, M. (2000). *Histoire de l'économie européenne, 1000-2000*. Paris : Albin Michel.
- CSST (Commission de la santé et de la sécurité au travail). (2003). *Lésions professionnelles liées aux problèmes de santé psychologique*. Québec, Canada : Direction de la comptabilité et de la gestion de l'information.
- Cuin, C., & Cresle, F. (1992). *Histoire de la sociologie*. Paris : La Découverte.
- Curien, N., & Muet, P.-A. (2003, Décembre). La société de l'information. Paris, *Rapport du Conseil d'analyse économique*, 9.
- Cusin, F., & Benamouzig, D. (2004). *Économie et sociologie*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Dab, W. (1995). Principe de précaution, quelques réflexions sur son application en santé publique. *Nature-Sciences-Société*, 3.
- Dab, W. (1993). *La décision en santé publique, la surveillance épidémiologique, urgences et crises*. Rennes : ENSP.
- Dab, W. (1992). L'évaluation des risques en santé publique. *Prévenir*, 24, p. 7-22.
- Daly, H. (1996). *Steady-state economics*. San Francisco, CA : Freeman.
- Daniels, D., Dunlop, D., Feachem, C., et al. (2002). Achieving impact : Roll back malaria in the next phase. Final report of the external evaluation of roll back malaria. Récupéré en ligne en date du 3 février 2005 de <http://mosquito.who.int>
- Datta, L. (1997). A pragmatic basis for mixed-method designs. Dans J. C. Greene, & V. J. Caracelli (Éds), *Advances in mixed-method evaluation : The challenges and benefits of integrating diverse paradigms* (pp. 33-46). San Francisco, CA : Jossey-Bass.
- David, F. (2004). *Bien commun recherché. Une option citoyenne*. Montréal, Québec : Écosociété.
- David, P. (1991). The dynamo and the computer : An historical perspective on the modern productivity paradox. *The American Economic Review*, 80 (20).
- Davies, M. (1996). Training professionals for the new public health. Guest Editorial. *Public Health Review*, 21, p. 205-211.

- Deacon, B., Ollila, E., Koivusalo, M., & Stubbs, P. (2003). *Global social governance. Themes and prospects*. Helsinki, Suède : Hakapaino Oy.
- Dean, M. (1994). A social structure of many souls : Moral regulation, government, and self-formation. *Canadian Journal of Sociology*, 19 (2), p. 145-168.
- De Belder, B (2002). La globalisation impérialiste, une menace pour la santé. Dans Collectif (de la Revue « Études marxistes »), *Globalisation et santé. Une alternative à la commercialisation et à la privatisation* (pp. 107-122). Berchem, Belgique : EPO.
- Deber, R. B., & Swan, B. (1998). Le financement des soins de santé en matière de réflexion. Dans Forum national sur la santé, *La santé au Canada : un héritage à faire fructifier* (vol. 4, *À la recherche d'un équilibre : le secteur de la santé au Canada et ailleurs*). Sainte-Foy, Québec : Multimondes.
- Deblock, C. (2005). Repenser la gouvernance mondiale. *Asymétries*, 1, p. 38-39.
- Dejours, C. (2000). *Travail, usure mentale. Essai de psychopathologie du travail* (Nouv. éd. aug.). Paris : Bayard.
- Dejours, C. (1999). *Souffrance en France*. Paris : Seuil.
- Dejours, C. (1998). *Souffrance en France. La banalisation de l'injustice sociale*. Paris : Seuil.
- Deleage, E. (2001). Vache folle ou folies du productivisme? *Géoéconomie*, 17, p.91-101.
- De Leeuw, E. (1995). European schools of public health in state of flux. *Lancet*, 345, p. 1158-1160.
- Deleuze, G. (1990). *Pourparlers*. Paris : Minuit.
- Denis, H. (1997). *Profit, équilibre et emploi. Pour une appréhension dialectique de l'économie*. Paris : Economica.
- Denzin, N. K. (1989). *Interpretive interactionism* (Applied Social Research Methods Series, Vol. 16). New Bury Park, CA: Sage.
- Denzin, N. K. (1988). Triangulation. Dans J. P. Keeves, *Educational research methodology and measurement : An international handbook* (pp. 511-513). Toronto, Canada : Pergammon Press.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (Éds). (2000). *Handbook of qualitative research* (2<sup>e</sup> éd.). Thousand Oaks, CA : Sage.
- Descartes, R. (1987). *Discours sur la méthode*. Paris : Gallimard. (1637 pour la première édition).

- Desjardins, S. (2001). Les programmes d'aide aux employés. Des bénéfiques nets pour les employés et les entreprises. *Psychologie Québec*, 26-28.
- Desrosières, A. (1996). *La politique des grands nombres*. Paris : La Découverte.
- Desrosiers, G. (2007). Un secteur à la recherche de son autonomie. Dans B. Gaumer & G. Desrosiers (coll. J.-C. Dionne), *Enseignement et recherche en santé publique. L'exemple de la Faculté de médecine et de l'École d'hygiène de l'Université de Montréal (1911-2006)* (pp. 223-239). Montréal, Québec : Presses de l'Université de Montréal.
- Desrosiers, G. (1996). Évolution des concepts et pratiques modernes en santé publique : 1945-1992. *Ruptures*, 3 (1), p. 18-28.
- Desrosiers, G., Gaumer, B., & Keel, O. (1998). *La santé publique au Québec. Histoire des unités sanitaires de comté : 1926-1975*. Montréal, Québec : Presses de l'Université de Montréal.
- Dixneuf, M. (2003). La santé publique comme observatoire de la mondialisation. Dans J. Laroche (Dir.), *Mondialisation et gouvernance mondiale* (pp. 213-225). Paris : Presses Universitaires de France.
- Dobson, A., & Carper, R. (1993). Biodiversity. *Lancet*, 342, p. 1096-1099.
- Dodgson, R., Lee, K., & Drager, N. (2002). *Global health governance discussion paper : A conceptual review, n° 1*. Genève, Suisse : OMS.
- Dollar, D. (2001). Is globalization good for your health? *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé*, 79 (9).
- Donabedian, A. (2003). *An introduction to quality assurance in health care*. Oxford, Royaume-Uni : Oxford University Press.
- Dormont, J. (1996). *Prise en charge des personnes atteintes par le VIH*. Paris : Flammarion.
- Douglas, M. (2004). *Comment pensent les institutions?* Paris : La Découverte.
- Douglas, M. (1992). *Risk and blame. Essays in cultural theory*. London : Routledge.
- Douglas, M. (1985). *Risk acceptability according to the social sciences*. New York: Russell Sage Foundation.
- Douglas, M., & Calvez, M. (1990). The self as a risk taker : A cultural theory of contagion in relation to AIDS. *The Sociological Review*, 38 (3), p. 445-466.
- Douglas, M., & Wildevisky, A. (1983). *Risk and culture*. Berkeley, CA : University of California Press.

- Dozon, J.-P. (2001). Quatre modèles de prévention. Dans J.-P. Dozon & D. Fassin (Dir.), *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique* (pp.23-46). Paris : Balland.
- Dozon, J.-P., & Fassin, D., & (Dir.). (2001). *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*. Paris : Balland.
- Dozon, J.-P., & Fassin, D. (2000). *Les cultures de la santé publique. Regards anthropologiques sur une discipline incertaine*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Drulhe, M. (1996). *Santé et société. Le façonnement sociétal de la santé*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Dubar, C. (2001). *La crise des identités, l'interprétation d'une mutation* (2<sup>e</sup> éd.). Paris : Presses Universitaires de France.
- Dubar, C. (1998). *La socialisation : construction des identités sociales et professionnelles*. Paris : Armand Colin.
- Dubet, F., & Martucelli, D. (1998). *Dans quelle société vivons-nous donc?* Paris : Seuil.
- Duclos, D. (1991a). *Les industries et les risques pour l'environnement*. Paris : L'Harmattan.
- Duclos, D. (1991b). *L'homme face au risque technique*. Paris : L'Harmattan.
- Duclos, D. (1989). *La peur et le savoir : la société face à la science, la technique et leurs dangers*. Paris : La Découverte.
- Duclos, D. (1987). La construction sociale des risques majeurs. Dans J.-L. Fabiani, & J. Theys (Éds), *La société vulnérable. Évaluer et maîtriser les risques* (pp. 37-54). Paris : Presses de l'École normale supérieure.
- Duffy, J. (1990). *The Sanitarians : A history of American public health*. Chicago : University of Illinois Press.
- Dunning, J. H. (2000). *Global capitalism at bay*. Londres, Royaume-Uni : Routledge.
- Dunning, J. H. (1997). *Alliance capitalism and global business*. Londres, Royaume-Uni : Routledge.
- Dunning, J. (1993). *Multinational enterprises and the global economy*. Wokingham, Royaume-Uni : Addison-Wesley.
- Dupont, Y. (Dir.). (2003). *Dictionnaire des risques*. Paris : Armand Colin.
- Dupont, Y. (1998). *Le productivisme comme fondement et comme moteur du processus catastrophique*. Caen, France : Presses Universitaires de France.



- Dupuy, J.-P. (2002). *Pour un catastrophisme éclairé*. Paris : Le Seuil.
- Durkheim, E. (1930). *De la division du travail*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Dutton, D. B. (1986). Social class and health. Dans L. H. Aitken, & D. Mechanix, *Applications of social science to clinical medicine* (pp. 31-62). New Brunswick, NJ : Rutgers University Press.
- Duval, G. (2000). *L'entreprise efficace à l'heure de Swatch et de McDonald's. La seconde vie du taylorisme* (2<sup>e</sup> éd.). Paris : Syros.
- Eco, U. (1982). *Apostille au nom de la rose*. Paris : Grasset.
- Editorial*. (1994). The World Bank, listening and learning. *Lancet*, 347, p. 411.
- Ehrenberg, A. (2003). *Le culte de la performance*. Paris : Hachette.
- Ehrenberg, A. (2000). *La fatigue d'être soi*. Paris : Odile Jacob.
- Ehrenberg, A. (1999). *L'individu incertain*. Paris : Hachette.
- Eisenstadt, S., & Rokkan, S. (1973). *Building states and nations*. Beverly Hills, CA : Sage.
- Eisner, E. W. (1991). *The enlightened eye: Qualitative inquiry and the enhancement of educational practice*. New York : Macmillan.
- Elliott, L. (1992). World Bank to ease *laissez-faire* policy. *The Guardian Weekly*, April (9), p. 12.
- Ellul, J. (1977). *Le système technicien*. Paris : Calmann-Lévy.
- Ellul, J. (1954). *La technique ou l'enjeu du siècle*. Paris : Colin.
- Epstein, S. (2001a). *Histoire du sida. 1 : Le virus est-il bien la cause du sida?* Paris : Seuil.
- Epstein, S (2001b). *Histoire du sida. 2 : La grande révolte des malades* Paris : Seuil.
- Epstein, S. (2001c). Climate change and emerging infectious diseases. *Microbes and Infection*, 3, p. 747-754.
- Epstein, P. (1998). Winning the war against cancer? Are they even fighting it? *The Ecologist*, 28, p.68-80.
- Eramo (d'), M. (1996). *Il maiale e il grattacielo. Chicago : una storia del nostro futurp*. Milan, Italie : Feltrinelli.

- Eskeland, G. S., & Harrison, A. E. (1997). *Moving to greener pastures? Multinationals and the pollution haven hypothesis*. Récupéré en ligne en date du 3 novembre 2004 de [http : //econ.world bank.org/docs/525](http://econ.worldbank.org/docs/525)
- Evans, R. G., Barer, M. L., & Marmor, Th. R. (Éds). (1994). *Why are some people healthy and others not? The determinants of health of populations*. New York : Aldine de Gruyter.
- Evidence-Based Medicine Working Group. (1992). Evidence-based medicine : A new approach of teaching medicine. *JAMA*, 268, p. 2420-2425.
- Ewald, F. (2001). *Le principe de précaution*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Ewald, F. (1996). *Histoire de l'État-providence. Les origines de la solidarité*. Paris : Grasset.
- Fabiani, J.-L., & Theys, J. (Éds). (1987). *La société vulnérable. Évaluer et maîtriser les risques*. Paris : Presses de l'École normale supérieure.
- Fabiani, J.-L., & Theys, J. (Éds). (1987). *La société vulnérable. Évaluer et maîtriser les risques*. Paris : Presses de l'École normal supérieure.
- Fagot-Largeault, A. (1984). *L'homme bioéthique*. Paris : Maloine.
- Fassin, D. (2001). Au cœur de la cité salubre. La santé publique entre les mots et les choses. Dans J.-P. Dozon, & D. Fassin (Dir), *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique* (pp. 47-73). Paris : Balland.
- Fassin, D. (1997). L'internationalisation de la santé. Études sénégalaises, équatoriennes et françaises. *Esprit*, 229, p. 83-105.
- Fassin, D. (1996). *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Feachem, R. (2003, Juin). Opening speech. *The Global Fund's 5th Board Meeting*. Récupéré en ligne en date du 24 mars 2005 de [http : //www. Globalfund.org/fifthboardmeeting/openingspeechferachem.html](http://www.Globalfund.org/fifthboardmeeting/openingspeechferachem.html)
- Featherstone, M. (1991). *Consumer culture and postmodernism*. Londres, Royaume-Uni : Sage.
- Fee, E. (1994). Public health and the state : The United States. Dans D. Porter (Éd.), *The history of public health and the modern state*. Amsterdam, Pays-Bas : Rodopi B. V.
- Fee, E., & Fox, D. (1992). *The making of a chronic disease*. Berkeley, CA: University of California Press.

- Fehlbaum, R. P. (1970). *Saint-Simon und die Saint-Simonisten ; Vom Laisser faire zur Wirtschaftsplanung*. Basel, Allemagne : Kyklos-Verlag.
- Feldbaum, H., Patel, P., Sondorp, E., & Lee, K. (2004). *Global health and national security : The need for critical engagement*. Londres, Royaume-Uni : Centre on Global Change and Health, London School of Hygiene and Tropical Medicine.
- Ferry, J.-M., & Lacroix, J. (2000). *La pensée politique contemporaine*. Bruxelles, Belgique : Bruylant.
- Ferry, L. (1998). Entretien. Dans S. Charles (Dir.), *Une fin de siècle philosophique. Entretiens avec Comte-Sponville, Sponche, Ferry, Lipovetsky, Onfroy, Rosset* (pp. 121-150). Montréal, Québec : Liber.
- Fidler, D. (2001). The globalization of public health : The first 100 years of international health diplomacy. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé*, 79 (9).
- Flora, P., & Heidenheimer, A. J. (Dir.). (1981). *The development of the welfare state in Europe and America*. New Brunswick, NJ : Transaction Books.
- Fontanel, J. (2005). *La globalisation « en analyse ». Géographie et stratégie des acteurs*. Paris : L'Harmattan.
- Foray, D. (2000). *L'économie de la connaissance*. Paris : La Découverte.
- FORCES. (2003). *Formation en utilisation de la recherche pour cadres qui exercent dans la santé (FORCES). Proposition de programme : conception et évolution. Rapport final du Groupe de travail sur la conception*. Ottawa, Canada : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.
- Forester, V. (1996). *L'horreur économique*. Paris : Fayard.
- Forum National sur la Santé. (1997). *La santé au Canada : un héritage à faire fructifier*. Ottawa : Gouvernement du Canada.
- Foucault, M. (2001). *Dits et écrits*, I. 1954-1975, II. 1976-1988. Paris : Quarto Gallimard.
- Foucault, M. (1979). *Les machines à guérir. Aux origines de l'hôpital moderne*. Bruxelles, Belgique : Pierre Mardaga.
- Foucault, M. (1976). *La volonté de savoir. Histoire de la sexualité* (1). Paris : Gallimard.
- Foucault, M. (1973). *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Fourastié (1960). *Le grand espoir du XX<sup>e</sup> siècle*. Paris : Baillard.

- Fournier, P. (2003). L'art et la science de la santé publique. Dans M. Gérin, P. Gosselin, S. Cordieu, C. Viau, P. Quénel, & E. Dewailly (Éd.), *Environnement et santé publique* (pp. 39-57). Saint-Hyacinthe, Québec : Somabec.
- Fournier, P. (1998). La santé publique : concepts et pratique. *Ruptures, Revue Transdisciplinaire en Santé*, 5 (2), p. 132-139.
- Fox, R. (1988). *L'incertitude médicale*. Louvain-la-Neuve, Belgique : CIACO.
- Fredman, T. (2000). *The lexis and the olive tree : Understanding globalization*. New York : Farrar, Straus & Giroux.
- Freitag, M. (2005). L'avenir de la société : globalisation ou mondialisation? (L'enjeu d'une théorie sociale unificatrice : sociologie critique ou théorisation systémique positive?). *Société*, 24, p. 133-188.
- Freitag (2002). *L'oubli de la société. Pour une théorie critique de la postmodernité*. Saint-Nicolas, Québec : Presses de l'Université Laval.
- Freitag, M. (1999). La dissolution postmoderne de la référence transcendantale : perspectives théoriques. *Cahiers de Recherche Sociologique*, 33, p. 181-217.
- Freitag, M. (1998). Pour une approche théorique de la postmodernité comprise comme une mutation de la société. *Société*, 18-19 (été), p.1-62.
- Freitag, M. (1994). La métamorphose. Genèse et développement d'une société postmoderne en Amérique. *Société*, 12-13 (hiver), p.1-137.
- Freitag, M. (1992). L'identité, l'altérité et le politique. *Société*, 9 (hiver), p.1-56.
- Freitag, M. (1991). Joseph Schumpeter, l'économique et le développement de la société. *Société*, 8, p.19-74.
- Freitag, M. (1989). La nature de la technique et le problème normatif posé par son émancipation contemporaine dans le technologisme et le technocratisme. *Société*, 4, p. 7-94.
- Freitag, M. (1983). Transformations de la société et mutation de la culture. Deuxième partie. *Conjoncture*, 3, p.139-172.
- Freitag, M. (1982). Transformations de la société et mutation de la culture. Première partie. *Conjoncture*, 2, p.61-84.
- Freitag, M., & Pinault, É. (1999). *Le monde enchaîné. Perspectives sur l'AMI et le capitalisme global*. Québec, Canada : Nota Bene.
- Freud, J. (1993). The new public health. *American Review of Public Health*, 14, p. 469-490.

- Friedman, G. (1966). *Sept études sur l'homme et la technique*. Paris : Denoël-Gonthier.
- Fritz, J.-C. (2003). La mise en jeu de la santé par la mondialisation. *Santé publique*, 15 (3).
- Frohlich, K. L., Corin, E., & Potvin, L. (2001). A theoretical proposal for the relationship between context and disease. *Sociology of Health and Illness*, 21 (6), p. 776-797.
- Fukuda-Parr, S. (Dir.). *Rapport mondial sur le développement humain 2003. Les objectifs du Millénaire pour le développement : un pacte entre les pays pour vaincre la pauvreté humaine*. New York : PNUD.
- Fukuyama, F. (1997). *La fin de l'histoire ou le dernier homme*. Paris : Flammarion.
- Gagnon, F., & Bergeron, P. (1999). Le champ contemporain de la santé publique. Dans C. Bégin, P. Bergeron, P. Gerlier-Forest, & V. Lemieux (Dir.), *Le système de santé québécois. Un modèle en transformation* (pp. 229-258). Montréal, Québec : Presses de l'Université de Montréal.
- Gaillard, J.-M. (2002). Comment la planète est devenue un village. *L'Histoire*, novembre.
- Galbraith, J. K. (2005). L'avenir de la mondialisation. *Asymétries*, 1, p. 40-42.
- Galbraith, J. K. (2004). *Les mensonges de l'économie*. Paris : Grasset.
- Galbraith, J. K. (1967). *Le nouvel État industriel*. Paris : Gallimard.
- Garrett, L. (2005). The next pandemic? *Foreign Affairs*, 84 (4). P. 3-23.
- Gaudin, J.-P. (2002). *Pourquoi la gouvernance?* Paris : Presses de Sciences Po.
- Gauvrit, E. (2001). L'OMS : la santé et le fossé Nord/Sud. *Cahiers Français*, 302, p. 90-96.
- Geddes, J. R., Reynolds, S., Streiner, D., et al. (1997). Evidence-based practice in mental health. *British Medical Journal*, 315, p. 1483-1484.
- Geertz, C. (1973). Thick description : Toward an interpretive theory of culture. Dans C. Geertz, *The interpretation of cultures* (pp. 3-30). New York : Basic Books.
- Gélinas, J.-B. (2000). *La globalisation du monde. Laisser faire ou faire ?* Montréal, Québec : Écosociété.
- Gendron, C., & Revéret, J.-P. (2000). Le développement durable. *Économies et Sociétés*, 9 (37), p. 111-124.

- Gentil, D. (2004). Naissance, essor et limites d'une politique sanitaire mondiale. Dans F.-X. Verschave (Dir.), *La santé mondiale entre racket et bien public*. Paris : Charles Léopold Mayer.
- Georgescu-Roegen, N. (1995). *La décroissance. Entropie-écologie-économie* (2<sup>e</sup> éd.). Paris : Sang de la Terre.
- Gerbaud, L. (2000). L'évaluation des actions en santé publique. Dans M.-J. Pomey, J.-P. Poullier, & B. Lejeune (Dir.), *Santé publique* (pp. 201-224). Paris : Ellipses.
- Geschiere, P., & Meyer, B. (1998). Globalization and identity : Dialectics of flow and closure. *Development and change*, 29, p. 601-615.
- Giddens, A. (1999). *Lecture on risk*. Récupéré en ligne en date du 17 mars 2005 de <http://news.bbc.co.uk/hi/>
- Giddens, A. (1994). *Les conséquences de la modernité*. Paris : L'Harmattan
- Giddens, A. (1991). *Modernity and self-identity*. Stanford : Stanford University Press.
- Giedion, S. (1980). *La mécanisation au pouvoir*, tome 1. Paris : Denoël.
- Gieryn, T. F. (1995). Boundaries of science. Dans S. Jasanoff, G. E. Markle, J. C. Peterson, & T. Pinch, *Handbook of Science and Technology Studies* (pp. 393-443). Los Angeles, CA : Sage.
- Gilpin, R. (2000). *Global political economy : Understanding the international economic order*. Princeton : Princeton university Press.
- Gilpin, R. (1997). *The political economy of international relations*. Princeton : Princeton University Press.
- Gingras, Y. (2005). *Éloge de l'homo techno-logicus*. Montréal : Fides.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory : Strategies for qualitative research*. Chicago : Aldine.
- Global Forum for Health Research. (2002). *The 10/90 report on health research 2001-2002*. Genève, Suisse : Auteur.
- Godard, O. (Dir.). (1997). *Le principe de précaution dans les affaires humaines*. Paris : EHESS/INRA.
- Godlee, F. (1995). WHO's special programs : Undermining from above. *British medical Journal*, 310, p. 178-182.
- Goldberg, M. (1982). Cet obscur objet de l'épidémiologie. *Sciences Sociales et Santé*, 1, p. 55-107.

- Gombeaud, J.-L., & Decaillet, M. (1997). *Le retour de la très grande dépression*. Paris : Economica.
- Gomez, P.-Y. (2001). *La république des actionnaires. Le gouvernement des entreprises entre démocratie et démagogie*. Paris : Syros.
- Goodland, R. (1995). The concept of sustainability. *Ecodecision*, 15, p. 30-32.
- Gorz, A. (2004). *Métamorphoses du travail : critique de la raison économique*. Paris : Folio.
- Gorz, A. (2003). *L'immatériel*. Paris : Galilée.
- Got, C. (2001). *Risquer sa peau*. Paris : Flammarion.
- Gray, G. E. (2003). *Concise guide to evidence-based psychiatry*. Arlington, VA : American Psychiatric Publishing.
- Graz, J.-C. (2005). La gouvernance mondiale. *Asymétries*, 1, p. 8-10.
- Green, L. W. (2001). From research to « best practices » in other settings and populations. *American Journal of Health Behavior*, 25 (3), p. 165-178.
- Greene, J. C., & Caracelli, V. J. (Eds.). (1997). *Advances in mixed-method evaluation : The challenges and benefits of integrating diverse paradigms*. San Francisco, CA : Jossey-Bass.
- Greenhalgh, T. (2001). *How to read a paper : The basics of evidence based medicine* (2<sup>e</sup> éd.). Londres, Royaume-Uni : BMJ Books.
- Greisch, J. (1980). *L'âge herméneutique de la raison*. Paris : Cerf.
- Grémy, I., Beltzer, N., & Échevin, D. (1999). *Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au sida en France. Évolutions 1992-1994-1998*. Paris : Observatoire régional de santé d'Île-de-France.
- Grmek, M. D (Éd). (.1999). *Histoire de la pensée médicale en Occident* (Tome 3). Paris : Seuil.
- Grmek, M. D (Éd.). (1997). *Histoire de la pensée médicale en Occident* (Tome 2). Paris : Seuil.
- Grmek, M. D. (Éd.). (1995a). *Histoire de la pensée médicale en Occident* (Tome 1). Paris : Seuil.
- Grmek M.D. (1995b). *Histoire du sida*. Paris : Petite Bibliothèque Payot.
- Grol, R. (2001). Improving the quality of medical care : Building among professional pride, payer profit, and patient satisfaction. *JAMA*, 286, p. 2578-2585.

- Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique. (1994). *Guide canadien de médecine préventive clinique*. Ottawa, Canada : Auteur.
- Groupe de travail sur la création de l'Institut national de santé publique. (1997, Février). *L'institut national de santé publique (Rapport Bernard)*. Québec, Canada : Auteur.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1981). *Effective evaluation : Improving the effectiveness of evaluation results through responsive and naturalistic approaches*. San Francisco, CA : Jossey-Bass.
- Guespin-Michel, J., & Ripoll, C. (2000). La pluridisciplinarité dans les sciences de la vie : un nouvel obstacle épistémologique, la non-linéarité. *ASTER*, 30.
- Guttman, N. (2000). *Public health communication interventions : Values and ethical dilemmas*. Thousand Oaks, CA : Sage.
- Guyatt, G. H., Meade, M. O., Jaeschke, R. Z., et al. (2000). Practitioners of evidence based care. *British Medical Journal*, 320, p. 954-955.
- Haas, E. B. (1990). *When knowledge is power : Three models of change in international relations*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Habermas, J. (2000). *Après l'État-nation. Une nouvelle constellation politique*. Paris : Fayard.
- Habermas, J. (1997). *Droit et démocratie*. Paris : Gallimard.
- Habermas, J. (1988). *Le discours philosophique de la modernité*. Paris : Gallimard.
- Habermas, J. (1987). *Théorie de l'agir communicationnel*. Paris : Fayard.
- Habermas, J. (1986). *L'espace public*. Paris : Payot.
- Habermas, J. (1981). La modernité, un projet inachevé. *Critique*, 413, p. 950-967.
- Habermas, J. (1978). *La technique et la science comme «idéologie»*. Paris : Gallimard.
- Hahn, R. A. (1999). *Anthropology in public health. Bridging differences in culture and society*. Oxford, Royaume-Uni : Oxford University Press.
- Hales, S., de Vet, N., Maindonald, J., & Woodward, A. (2002). Potential effect of population and climate changes on global distribution of dengue fever : An empirical model. *Lancet*, 360, p. 830-834.
- Hall, R. B., & Biersteker, T. J. (2002). *The emergence of private authority in global governance*. Cambridge, Royaume-Uni : Cambridge University Press.



- Hanaway, C. (1982). From private hygiene to public health : A transformation in Western medicine in the XVIII<sup>th</sup> and XIX<sup>th</sup> centuries. Dans Lloyd G. Stevenson (Dir.), *A celebration of medical history*. Baltimore : John Hopkins University Press.
- Harrison, M. (1994). *Public health in British India : Anglo-Indian preventive medicine 1859-1914*. Cambridge, Royaume-Uni : Cambridge University Press.
- Harvey, P.-L. (2004). *La démocratie occulte. Rapports de force, gouvernance et communautaire dans la société de l'information*. Saint-Nicolas, Québec : Presses de l'Université Laval.
- Haut conseil de la coopération internationale. (2002). *La santé en France. Rapport général*. Paris : Auteur.
- Hawkes, C. (2004). *The global regulatory environment around nutrition labels and health claims*. Genève, Suisse : World Health Organization.
- Hayek, F. (1937). Economics and knowledge. *Economica*, 4, p. 33-54.
- Hayes, M. V. (1991). The risk approach : Unassailable logic. *Social Science and Medicine*, 33, p. 55-61.
- Hegel, G. W. F. (1981). *Science de la logique. Deuxième tome*. Paris : Aubier Montaigne.
- Hegel, G. W. F. (1972). *Science de la logique. Premier tome, premier livre*. Paris : Aubier Montaigne.
- Heidegger, M. (1980). *La question de la technique, Essais et conférences*. Paris : Gallimard.
- Heidegger, M. (1966). *Lettre sur l'humanisme (Questions III)*. Paris : Gallimard.
- Held, D. (2005). *Un nouveau contrat mondial. Pour une gouvernance social-démocrate*. Paris : Presses de Sciences Po.
- Held, D. (1996). *Models of democracy (2e éd.)*. Cambridge, MA : Polity Press.
- Held, D. (1995). *Democracy and the global order : From the modern state to cosmopolitan governance*. Cambridge, MA : Polity Press.
- Held, D., & Mc Grew, A. G. (2003). *Globalization in question (2e éd.)*. Cambridge, MA : Polity Press.
- Held, D., & Mc Grew, A. G. (2002a). *Globalization/Anti-globalization*. Cambridge, MA : Polity Press.
- Held, D., & Mc Grew, A. G. (2002b). *Governing globalization : Power, authority and global governance*. Cambridge, MA : Polity Press.

- Held, D., Mc Grew, A. G., Goldblatt, D. & Perraton, J. (1999). *Global transformations : Politics, economics and culture*. Cambridge, MA : Polity Press.
- Herbert, C. (2000). *Les cancers, Les inégalités sociales de santé*. Paris : La Découverte.
- Hermet, C. (1996). *Histoire des nations et du nationalisme en Europe*. Paris : Seuil.
- Hermet, G., Badie, B., Birnbaum, P., & Braud, P. (2001). *Dictionnaire de la science politique et des institutions politiques* (5<sup>e</sup> éd.). Paris : Armand Colin.
- Hervieu-Léger, D. (1996, Mars). La crémation en quête de rites. *La Croix*, numéro du 29 mars.
- Herzlich, C. (1969). *Santé et maladie*. Paris : EHESS.
- Herzlich, C., & Pierret, J. (1984). *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui*. Paris : Payot.
- Hettige, H., Muthukumara, M., & Wheeler, D. (1997). *Industrial pollution in economic development : Kuznets revisited*. Washington, CA : World Bank, Development Research Group.
- Higgott, R. A., Underhill, G., & Bieler, A. (2000). *Non-state actors and authority in the global system*. Londres, Royaume-Uni : Routledge.
- Hill, H. W. (1916). *The new public health*. New York : MacMillan.
- Hirigoyen, M. F. (2001). *Malaise dans le travail*. Paris : Siros.
- Hirst, P. & Thompson, G. (1999). *Globalization in question : The international economy and the possibilities for governance* (2<sup>e</sup> éd.). Malden, MA : Polity Press.
- Hirst, P., & Thompson, G. (2002). The future of globalization. *Cooperation and Conflict*, 37 (3).
- Holland, W. W., Fitzsimons, B., & O'Brien, M. (1994). 'Back to the future' – public health research into the next century. *Journal of Public Health and Medicine*, 16, p. 4-10.
- Honneth, A. (2000). *Le principe responsabilité*. Paris : Garnier-Le Cerf.
- Horton, R. (2003a). *Second opinion : Doctors, diseases and decisions in modern medicine*. Londres, Royaume-Uni : Granta Books.
- Horton, R. (2003b). Bioterrorism : The extreme in public health. Dans R. Beaglehole (Éd.), *Global public health : A new era*. Oxford, Royaume-Uni : Oxford University Press.

- Horton, R. (2002a). WHO : The casualties and compromises of renewal. *Lancet*, 359, p. 1605-1611.
- Horton, R. (2002b). WHO's mandate : A damaging reinterpretation is taking place. *The Lancet*, 360.
- Hottois, G. (1998). *De la Renaissance à la Postmodernité. Une histoire de la philosophie moderne et contemporaine*. Bruxelles, Belgique : De Boeck Université.
- Hottois, G. (1984). *Le signe et la technique*. Paris : Aubier.
- Hours, B. (2002a). *Domination, dépendances, globalisation. Tracés d'anthropologie politique*. Paris : L'Harmattan.
- Hours, B. (2002b). Le marché de la santé : du hasard à la nécessité. *Histoire et Anthropologie*, 22, p. 123-130.
- Hours, B., & Selim, M. (1993). *Essai d'anthropologie politique sur le Laos contemporain*. Paris : L'Harmattan.
- House, J. S., Landis, K. R., & Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science*, 241, p. 540-545.
- Howson, C., Fineberg, H., & Bloom, B. (1998). The pursuit of global health : The relevance of engagement for developed countries. *Lancet*, 351, p. 586-590.
- Illich, I. (2004). (Article sans titre). Récupéré en ligne en date du 23 février 2004 de [http : //www.erud3.illich.notes.3jj8](http://www.erud3.illich.notes.3jj8)
- Illich, I. (1975). *Némésis médical. L'expropriation de la santé*. Paris : Seuil.
- Illich, I. (1973). *La convivialité*. Paris : Seuil.
- Institute of Medicine – Committee for the Study of the Future of Public Health. (1988). *The future of public health. A report of the committee for the study of the future of public health*. Washington, DC : National Academy Press.
- Isaak, R. A. (2005). *The globalization trap*. FT Prentice Hall, NJ : Pearson Education.
- Izraelewicz, F. (1997). *Ce monde qui nous attend. Les peurs françaises de l'économie*. Paris : Grasset.
- Jacobs, P. J., & Sadler, B. (Dir.). (1991). *Développement durable et évaluation environnementale : perspectives de planification d'un avenir commun*. Ottawa, Canada : Conseil canadien de la recherche sur l'évaluation environnementale.
- Jacquet, P. (2001). *La nouvelle économie : du virtuel au réel*. Paris : Dunod.

- Jacquet, P., Pisani-Ferry, J., & Tubiana, L. (2002). *Gouvernance mondiale*. Paris : Conseil d'Analyse Économique, La Documentation française.
- Jain, S. C. (2000). Education and training – capacity building. *Journal of Health and Populations in Developed Countries*, 3, p. p. 39-42.
- Jameson, F. (1984, Juillet-Août). Postmodernism or the cultural logic of late capitalism. *New Left Review*.
- Jamicaud, D. (2002). *L'homme va-t-il dépasser l'humain?* Paris : Bayard.
- Jamrozik, K. (1994). A glimpse at public health in Eastern Europe. *Australian Journal of Public Health*, 19, p. 102-103.
- Jasanoff, S. (1990). *The fifth branch. Science advisers as policymakers*. Cambridge, MA : Harvard University Press.
- Jeanneney, J.-M., & Barbier-Jeanneney, E. (1985). *Les économies occidentales des XIXième siècle à nos jours*. Paris : Fondation nationale des sciences politiques.
- Jenicek, M. (2003). *Foundations of evidence-based medicine*. Londres, Royaume-Uni : Parthenon.
- JET. (1999). *Focus on global governance : A world conference general overview*. Ottawa, Canada : Centre d'études en gouvernance de l'Université d'Ottawa.
- Jeady, H.-P. (2001). *Les ruses de la communication*. Belfort, France : Circé Poche.
- Johnston, R. K., & Mann, T. (2000). Barriers to antiretroviral medication adherence in IV-infected women. *AIDS Care*, 12 (4), p. 377-386.
- Jonas, H. (1998). *Le principe responsabilité*. Paris : Garnier-Flammarion.
- Jonas, H. (1990). *Le principe responsabilité. Une éthique pour la civilisation technologique* (2<sup>e</sup> éd.). Paris : Cerf.
- Jonckheere, J.-P., & Lapaige, V. (1995). *Phénoménologie du vide et personnalités limite*. Woluwé-Saint-Lambert, Belgique : CIB.
- Josselin, D., & Wallace, W. (2001). *Non-state actors in world politics*. Basingstoke: Palgrave.
- Juan, S. (2001). *La société inhumaine*. Paris : L'Harmattan.
- Juan, S. (1986). Une interprétation sociologique de l'action technocratique. *Les Temps Modernes*, 483.
- Juan, S. (1985). *De la maison solaire au mouvement anti-technocratique : approche sociologique de l'écologisme en France*. Thèse de doctorat en sociologie, Université de Paris-Jussieu, France.

- Kapp, C. (2002). Global Fund faces uncertain future as cash runs low. *Lancet*, 360, p. 1225.
- Kaul, I., Conceição, P., Goulven, K., & Mendoza, R. (Éds). (2003). *Providing global public goods*. Oxford, Royaume-Uni : Oxford University Press.
- Kaul, I., & Faust, M. (2001). Global public goods and health : Taking the agenda forward. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé*, 79 (9).
- Kaul, I., Grundberg, I., & Stern, M. (1999). *Global public goods : International cooperation in the twenty-first century*. Oxford, Royaume-Uni : Oxford University Press.
- Kawachi, J., Kennedy, M., Lochner, D., & Prothrow-Stith, F. (1996). Social capital, income inequality and mortality. *American Journal of Public Health*, 87, p. 1491-1496.
- Kearney, M. (1995). The local and the global : The anthropology of globalization and transnationalism. *Annual Review of Anthropology*, 24, p. 547-565.
- Keohane R. O., & Nye, J. (2000). Globalization : What's new? What not (And so what?). *Foreign Policy*.
- Kerridge, I., Love, M., & Henry, D. (1998). Ethics and evidence-based medicine. *British Medical Journal*, 316, p. 1151-1153.
- Kickbush, I. (2003). The contribution of the World Health Organization to a new public health. *American Journal of Public Health*, 93, p. 383-388.
- Kickbush, I. (1999). *Shifting global environments for health and development*. Ottawa, Canada : Société canadienne de santé internationale.
- Kickbusch, I., & Quick, J. (1998). Partnerships for health in the 21st century. *World Health Statistical Quarterly*, 51, p. 58-74.
- Kindleberger, C. (1994). *Histoire mondiale de la spéculation financière*. Paris : PAU.
- Kintsch, W., & Van Dijck, T. A. (1978). Towards a model of discourse comprehension and production. *Psychological Review*, 85, p. 363-394.
- Kirp, D.L., & Bayer, R. (Eds) (1992). *AIDS in the industrialized democracies*. New Brunswick, Canada: Rutgers.
- Koivusalu, M. (2003). The impact of WTO agreements on health and development policies. *GASPP, Policy Brief*, 3, p. 1-8.
- Koivusalu, M. (1999). *World Trade Organization and trade-creep in health and social policies*. Helsinki, Suède : GASPP.

- Koivusalu, M., & Ollila, E. (1997). *Making a healthy world : Agencies, actors and policies in international health*. Londres, Royaume-Uni : Zed Books.
- Kokoreff, M., & Rodriguez, J. (2005). Une société de l'incertitude. *Sciences Humaines*, 50, P. 6-10.
- Kolip, P., & Schott, T. (1996). The postgraduate public health training programs in Germany. Dans U. Laaser, E. de Leeuw, & C. Stock (Éds), *Scientific foundations for a public health policy in Europe*. Weinheim, Allemagne : Juventa.
- Kooiman (1993). *Modern governance*. Oxford, Royaume-Uni : Oxford University Press.
- Kovess, V., Lesage, A., Boisguerin, B., Fournier, L., Lopez, A., & Ouellet, A. (2001). *Planification et évaluation des besoins en santé mentale*. Paris : Médecine-Sciences Flammarion.
- Kristeva, J. (2001). *Au risque de la pensée*. La Tour d'Aigues, France : Aube.
- Kvale, S. (1989). To validate is to question. Dans S. Kvale, *Issues of validity in qualitative research* (pp. 73-92). Lund, Suède : Studentlitteratur.
- La Recherche*. (1999, Juillet-août). Vivre 120 ans. Numéro spécial sur le vieillissement, 322.
- Labonté, R. (2003). Du marché mondial au village planétaire : libre-échange, santé et organisation mondiale du commerce. *Santé Publique*, 15 (3), p. 267-278.
- Labonté, R. (2000). *La mondialisation économique, la libéralisation du commerce, la gouvernance et la santé*. Regina, Canada : University of Saskatchewan and Regina, Saskatchewan Population Health and Evaluation research Unit.
- Lafore, R. (1992). Droit d'usage, droit des usagers : une problématique à dépasser. Dans M. Chauvière, & J. T. Godbout, *Les usagers entre marché et citoyenneté*. Paris : L'Harmattan.
- Lagadec, P. (1981). *La civilisation du risque : catastrophes technologiques et responsabilité sociale*. Paris: Seuil.
- Lagadec, P. (1979). *Le risque technologique majeur*. Paris : Pergamon.
- Laïdi, Z. (2004). *La grande perturbation*. Paris : Flammarion.
- Laïdi, Z. (1998, Octobre). Les imaginaires de la mondialisation. *Esprit*.
- Laïdi, Z. (Dir.). (1997). *Le temps mondial*. Bruxelles, Belgique : Complexe.
- Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians*. Ottawa, Canada : National Health on Welfare.

- Landry, F. (1997). *La révolution du savoir dans l'entreprise*. Montréal, Québec : Éditions Transcontinental.
- Lapaige, V. (2006a). Globalisation et surcharge mentale au cours des dernières décennies dans les sociétés dites développées. *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, 25 (2), p. 45-57.
- Lapaige, V. (2006b, Novembre). *La récolte « tournant de siècle » des professionnels de la santé : des données probantes à transférer et des défis inédits à relever*. Communication présentée au Colloque « Le transfert des connaissances en santé mentale : nouvelles perspectives », Montréal, Québec.
- Lapaige, V., & Jonckheere, J.-P. (1996). *Le temps « borderline » : sentiment de vide et épreuve de la temporalité chez les personnes souffrant de personnalité limite*. Woluwé-St-Lambert, Belgique : CIB.
- Laperrière, A. (1997). Les critères de scientificité des méthodes qualitatives. Dans J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer, & A. P. Pires, *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 365-389). Montréal, Canada : Gaëtan Morin.
- La Recherche*. (1999, Juillet-août). Vivre 120 ans. Numéro spécial sur le vieillissement, 322.
- Larkin, M. (1999). Globalization and health. *Critical Public Health*, 9 (4), p. 335-345.
- Laroche, J. (2003). *Mondialisation et gouvernance mondiale*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Larouche, J.-M. (2001). Religion, éthique et société. Dans J.-M. Larouche, & G. Ménard (Dir.), *L'étude de la religion au Québec. Bilan et perspectives* (pp. 305-321). Sainte-Foy, Québec : Presses de l'université Laval.
- Larouche, J.-M., & Legault, G. A. (2003). L'identité professionnelle. Construction identitaire et crise d'identité. Dans G. A. Legault (Dir.), *Crise d'identité professionnelle et professionnalisme* (pp. 1-25). Sainte-Foy, Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Lasch, C. (1979). *The culture of narcissism : American life in an age of diminishing expectations*. New York : Norton. Édition française, *Le complexe de Narcisse : la nouvelle sensibilité américaine* (1981), Paris : Laffont.
- Lascoumes, P. (1997a). Le collectif comme condition de l'engagement public : l'exemple de l'association AIDES. Dans J. Ion, & M. Peroni (Dir.), *Engagement public et exposition de la personne*. La Tour-d'Aigues, France : Éditions de l'Aube.
- Lascoumes, P. (1997b). La précaution, un nouveau standard de jugement. *Esprit*, Novembre, p. 129-140.

- Lascombes, P. (1996). Rendre gouvernable : de la « traduction » au « transcodage ». L'analyse des processus de changement dans les réseaux d'action publique. Dans CURAPP, *La gouvernabilité*. (pp. 325-338). Paris : Presses Universitaires de France.
- Le Breton, D. (2002). *Conduites à risque*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Le Breton, D. (1999a). *Anthropologie du corps et modernité*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Le Breton, D. (1999b). *L'adieu au corps*. Paris : Métailié.
- Lebrun, J.-P. (2001a). *Les désarrois nouveaux du sujet. Prolongements théorico-cliniques au Monde sans limite*. Paris : Éres.
- Lebrun, J.-P. (2001b). *Une monde sans limite. Essai pour une clinique psychanalytique du social*. Ramonville, France : Éres.
- Leclerc, G. (2000). *La mondialisation culturelle. Les civilisations à l'épreuve*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Lecomte, Y. (2003). Développer de meilleures pratiques. *Santé mentale au Québec*, 33 (1), p. 9-36.
- Lecomte, Y., & Nadeau, L. (Coords). (2003). De « meilleures pratiques » à « pratiques novatrices » [Dossier]. *Santé Mentale au Québec*, 28 (1).
- Lee, K. (2002). *Health impacts of globalization, Towards a global governance*. Basingstoke, Royaume-Uni : Palgrave Macmillan.
- Lee, K. (1998). *Historical dictionary of the World Health Organization*. Londres, Royaume-Uni : The Scarecrow Press.
- Lee, K., Walt, G., & Haines, A. (2004). The challenge to improve global health : Financing the Millennium Development Goals. *Journal of the American Medical Association*, 291, p. 2636-2638.
- Lee, K., Buse, K., & Fustukian, S. (2002). *Health policy in a globalising world*. Cambridge, Royaume-Uni : Cambridge University Press.
- Lee, K., & Zwi, A. (1996a). A global political economy approach to AIDS : Ideology, interest and implications. *New Political Economy*, 1, p. 360-361.
- Lee, K., Collinson, S., Walt, G., & Gilson, L. (1996b). Who should be doing what in international health : A confusion of mandates in the United Nations. *British Medical Journal*, 312, p. 302-307.
- Leeder, S. R. (1994). Improving our self-episteme. *Australian Journal of Public Health*, 18, p. 355.



- Lefebvre, H. (1967-71). *Vers le cybernanthrope. Contre les technocrates*. Paris : Denoël.
- Legault, G. A. (2003a). La crise d'identité professionnelle. Le point de vue des professionnels. Dans G. A. Legault (Dir.), *Crise d'identité professionnelle et professionnalisme* (pp. 27-54). Sainte-Foy, Québec : Presses de l'Université Laval.
- Legault, G. A. (2003b). *Professionnalisme et délibération éthique*. Sainte-Foy, Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Legendre, P. (2001). *Leçons*. Paris : Fayard.
- Legendre, P. (1985). *L'inestimable objet de la transmission*. Paris : Fayard.
- Légeron, P. (2003). *Le stress au travail* (2<sup>e</sup> éd.). Paris : Odile Jacob.
- Le Goff, J. (1999). *La barbarie douce*. Paris : La Découverte.
- Le Goff, J. (1997). *La bourse et la vie. Économie et religion au Moyen Âge*. Paris : Hachette.
- Le Goff, J. (1992). *Le mythe de l'entreprise*. Paris : La Découverte.
- Legros, R. (1990). *L'idée d'humanité*. Paris : Grasset.
- Lemarchand, F. (2002). *La vie contaminée, éléments pour une socio-anthropologie de sociétés épidémiques*. Paris : L'Harmattan.
- Lemieux-Charles, L., & Champagne, F. (2004). *Using knowledge and evidence in health care. Multidisciplinary perspectives*. North York, Ontario : University of Toronto Press.
- Lepage, C., & Guery, F. (2001). *La politique de précaution*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Leroi-Gourhan, A. (1964). *Le geste et la parole*. Paris : Albin Michel.
- Leroux, P. (1841). *Aux philosophes*. Paris : Lesourd.
- Lesage, A., Stip, E., & Grunberg, F. (2001). « What's up, doc? ». Le contexte, les limites et les enjeux de la médecine fondée sur des données probantes pour les cliniciens (Evidence-Based Medicine). *Revue canadienne de psychiatrie*, 46, p. 396-402.
- Lévinas, E. (1962). *Totalité et infini*. Dordrecht, Pays-Bas : Nijhoff.
- Levitt, T. (1983, Mai). Globalization of markets. *Harvard Business Review*, p. 92-102.

- Levy-Leblond, J. M. (2001). *Technoscience, dictionnaire culturel des sciences*. Paris : Seuil.
- Lewis, J. (1991). The origins and development of public health in the UK. Dans W. W. Holland, R. Detels, & G. Knox (Éds), *Oxford textbook of public health*. Oxford, Royaume-Uni : Oxford University Press.
- Lewis, J. (1986). *What price community medicine? The philosophy, practice and politics of public health since 1919*. Sussex, Royaume-Uni : Wheatsheaf Books.
- Lianos, M. (2001). *Le nouveau contrôle social. Toile institutionnelle, normativité et lien social*. Paris : L'Harmattan.
- Lianos, M. (1999). Point de vue sur l'acceptabilité sociale du discours du risque. *Cahiers de la Sécurité Intérieure*, 38, p.55-73.
- Lianos, M., & Douglas, M. (2000). Dangerization and the end of deviance : The Institutional environment. *British Journal of Criminology*, 40.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, CA : Sage.
- Lipovetsky, G. (1993). *L'ère du vide. Essais sur l'individualisme contemporain*. Paris : Gallimard.
- Lipovetsky, G. (1992). *Le crépuscule du devoir*. Paris : Gallimard.
- Lipovetsky, G. (1990). Virage culturel, persistance du moi. *Débat*, 60, p. 264-269.
- Lledo, P.-M. (2001). *Histoire de la vache folle*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Loewenson, R. (2002). Mondialisation et santé au travail : l'exemple de l'Afrique australe. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé*, 6, p. 30-35.
- Lorenzer, A. (1992). *Das Konzil der Buchatler. Die Zerstörung der Sinnlichkeit. Eine Religionskritik*. Francfort, Allemagne : Suhrkamp.
- Lorenzer, A. (1972). *Zur Begründung einer materialistischen Sozialisationstheorie*. Francfort, Allemagne : Suhrkamp.
- Lorenzer, A. (1971). *Psychoanalyse als Sozialwissenschaft*. Francfort, Allemagne : Suhrkamp.
- Lorenzer, A. (1970). *Kritik des psychoanalytischen. Symbolbegriffs*. Francfort, Allemagne : Suhrkamp.
- Love, A. J. (2001). The future of evaluation : Catching rocks and cauldrons. *American Journal of Evaluation*, 22 (3), p. 437-444.

- Lovell, A. (2002). Risking risk : the influence of types of capital and social networks on the injection practices of drug users. *Social Science and Medicine*, 55, p. 803-821.
- Ludwig, D. (1993). *Le sida : étude des représentations du risque. Influence des messages préventifs*. Paris : ANRS, Laboratoire de psychologie sociale.
- Luhmann, N. (1991). *Soziologie des Risikos*. Berlin, Allemagne : De Gruyter.
- Luhmann, N. (1988). *Die Wirtschaft der Gesellschaft*. Francfort, Allemagne : Suhrkamp.
- Lupton, D. (1997). Psychoanalytical sociology and the medical encounter. *Sociology of Health and Illness*, 19 (5), p. 561-579.
- Lupton, D. (1993). Risk as a moral danger : The social and political functions of risk discourse in public health. *International Journal of Health Services*, 23, p. 425-435.
- Luttwak, E. (1999). *Turbo capitalism, winner and losers in the global economy*. New York : Harper Collins.
- Lyotard, J.-F. (1979). *La condition postmoderne*. Paris : Minuit.
- Mabilon-Bonfils, B., & Saadoun, L. (1999). *Le CAPES de sciences économiques et sociales*. Paris : Vuibert.
- Maclean, F. S. (1964). *Challenge for health. A history of public health in New Zealand*. Wellington, Nouvelle-Zélande : Government Printer.
- Maclean, H., Labonté, R., Glynn, K., Sicchia, S. R., & Bovaird, V. (2003, Février). *Globalization, health and gender*. Instituts de recherche en santé du Canada, Conférence internationale 2003, Bangkok.
- Madaus, G. F., Scriven, M. S., & Stufflebeam, D. L. (Éds). (1989). *Evaluation models. Viewpoints in educational and human services evaluation*. Boston : Kluwer-Nijhof.
- Maddison, A. (2003). *L'économie mondiale : statistiques historiques*. Bruxelles, Belgique : OCDE.
- Makropoulos, M. (1997). *Modernität und kontingenz*. Munich, Allemagne : Fink.
- Malterud, K. (2001). The art and science of clinical knowledge : Evidence beyond measures and numbers. *The Lancet*, 358, p. 397-400.
- Manuel, F. (1956). *The new world of Henri Saint-Simon*. Cambridge, MA : Harvard University Press.

- Manzagol, C. (2003). *La mondialisation. Données, mécanismes et enjeux*. Paris : Armand Colin.
- Marcuse, H. (1969). *Vers la libération. Au delà de l'homme unidimensionnel*. Paris : Minuit.
- Marcuse, H. (1968). *L'homme unidimensionnel. Essai sur l'idéologie de la société industrielle avancée*. Paris : Minuit.
- Marks, H. (1997). *The progress of experiment, science and therapeutic reform in the United States 1900-1990*. Cambridge, Royaume-Uni : Cambridge University Press.
- Marmot, M. G. (1986). Social inequalities in mortality : The social environment. Dans R. G. Wilkinson (Éd.), *Class and health : Research and longitudinal data* (pp. 21-33). Londres, Royaume-Uni : Tavistock.
- Marmot, M. G., Kogevinas, M., & Elston, M. A. (1987). Social/economic status and disease. *Annual Review of Public Health, 8*, p. 111-135.
- Marmot, M. G., Shipley, M. J., & Rose, G. (1984). Inequalities in death. Specific explanations of a general pattern. *The Lancet, i*, p. 1003-1006.
- Martin, H.-P., & Schumann, (1996). *Die Globalisierungsfalle. Der Angriff auf Demokratie und Wohlstand*. Hambourg, Allemagne : Rowohlt Verlag.
- Martuccelli, D. (1999). *Sociologies de la modernité*. Paris : Gallimard.
- Massé, R. (2003). *Éthique et santé publique. Enjeux, valeurs et normalité*. Saint-Nicolas, Québec : Presses de l'Université Laval.
- Massé, R. (1995). *Culture et santé publique*. Montréal, Québec : Gaëtan Morin.
- Matillon, Y. (2000). Stratégies diagnostiques et thérapeutiques : peut-on soigner sans risques? Place des recommandations de bonne pratique. Dans M. O. Carrère, B. David, F. Eisenger, A. Lienhart, Y. Matillon, & D. Thouvenin (Éds), *Soigner sans risques?* (pp. 13-28). Paris : Presses Universitaires de France.
- Matillon, Y., & Durieux, P. (2000). *L'évaluation médicale. Du concept à la pratique* (2<sup>e</sup> éd.). Paris : Médecine-Sciences Flammarion.
- Mattelart, A. (1996). *La mondialisation de la communication*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Mattelart, A. (1992). *La communication monde*. Paris : La Découverte.

- Mayhew, S., & Watts, C. (2002). Global rhetoric and individual realities : Linking violence against women and reproductive health. Dans L. Kealey, K. Buse, & S. Fustukian, *Globalising world*. Cambridge, Royaume-Uni : Cambridge University Press.
- Mazier, J., Bashe, M., & de Vidal, J.-F. (1999). *When economic crises endure*. New-York : M.E. Sharpe.
- Mazoyer, M., & Roudart, L. (1997). *Histoire des agricultures du monde*. Paris : Seuil.
- McColl, A., Smith, S., White, P., et al. (1998). General practitioners' perceptions of the route evidence-based medicine : A questionnaire survey. *British Journal of Medicine*, 316, p. 361-365.
- McGovern, D. P. B., Valori, R. M., Summerskill, W. S. M., & Levi, M. (2001). *Key topics in evidence-based medicine*. Oxford, Royaume-Uni : BIOS Scientific Publishers.
- McKee, M., White, M., Bojan, F., & Ostbye, T. (1995). Development of public health training in Hungary – An exercise in international co-operation. *Journal of Public Health and Medicine*, 17, p. 438-444.
- McKenna, H., Ashton, S., & Keeney, S. (2003). Barriers to evidence-based practice in primary care : A review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*. Récupéré en ligne de *Sciences Direct* en date du 7 septembre 2004.
- Mc Keown, T. (1973, Août). *The major influences on man's health*. Communication.
- Mc Keown, T. (1972). An interpretation of the modern rise in population in Europe. *Population Studies*, 27 (3), p. 345.
- Mc Keown, T. (1971). *A historical appraisal of the medical task*. Extrait de *Medical History and Medical Care*. Oxford, Royaume-Uni : Oxford University Press.
- McLuhan, M., & Powers, B. R. (1992). *The global village : Transformation in worldlife and media in the 21st century*. New York : Communication and Society.
- McMichael, A. J. (1993). Prisoners of the proximate : Loosening the constraints on epidemiology in an age of change. *American Journal of epidemiology*, 149, p. 887-897.
- Méda, D. (1995). *Le travail, une valeur en voie de disparition*. Paris : Aubier.
- Melman, C. (2002). *L'homme sans gravité. Jouir à tout prix*. Paris : Denoël.
- Mercure, D. (2003). Logiques du capital et vulnérabilités sociales : les effets de l'impartition flexible. Dans V. Châtel, & M.-H. Soulet, *Agir en situation de vulnérabilité* (pp. 29-50). Saint-Nicolas, Québec : Presses de l'Université Laval.

- Mercure, D. (1996). *Le travail déraciné. L'impartition flexible dans la dynamique sociale des entreprises forestières au Québec*. Montréal, Québec : Boréal.
- Merrien, F.-X. (2000). La restructuration des États-providence: « dépendance de sentier » ou tournant néo-libéral? Une interprétation néo-institutionnaliste. *Recherche Sociologique*, 2, p.29-44.
- Mertens, D. M. (2005). *Research and evaluation in education and psychology. Integrating diversity with quantitative, qualitative, and mixed methods* (2<sup>e</sup> éd.). Thousand Oaks, CA : Sage.
- Messica, F. (1995). L'ingérence : droit, devoir ou violation? Dans G. Labica (Éd.), *Les nouveaux espaces politiques*. Paris : L'Harmattan.
- Metcalfe, A. (1993). Living in a clinic: The power of public health promotion. *Anthropological Journal of Australia*, 4 (1), p. 3-44.
- Meusnier, N. (1999). Dr Arbuthnot et Mr Hidden. Mathématiques, Providence divine et petite vérole : sur le probable au début du XVIII<sup>e</sup> siècle en Angleterre. *Cahier du CAMS, EHESS*, 162, série «Histoire du calcul des probabilités et de la statistique», 36 (janvier).
- Michalet, C.-A. (2005). À la recherche de contre-pouvoirs à la mondialisation. Dans M. Rioux (Dir.), *Globalisation et pouvoir des entreprises* (pp. 37-55). Outremont, Québec : Athéna.
- Michalet, C.-A. (1998). *Le capitalisme mondial*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Michalet, C.-A. (1999). *La séduction des nations*. Paris : Economica.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives* (traduction de la deuxième édition américaine par M. Hlady Rispal). (2<sup>e</sup> éd.). Paris : De Boeck.
- Mills, A. (2001). *The challenge of health sector reform : What must governments do?* Londres, Royaume-Uni : Palgrave Macmillan.
- Minc, A. (2000). *L'événement du jeudi... Www. Capitalisme.fr*. Paris : Grasset.
- Mispelblom Beyer, F. (1999). *Au-delà de la qualité : démarche qualité, conditions de travail et politiques du bonheur* (2<sup>e</sup> éd.). Paris : Syros.
- Moivre, A. (1718). *The doctrine of chances*. London, Royaume-Uni (Ouvrage original).
- Monnier, E. (1992). *Évaluation de l'action des pouvoirs publics* (2<sup>e</sup> éd.). Paris : Economica.

- Montaville, B. (2002, Septembre). *Mondialisation et santé publique : entre exigences éthiques et marchandisation*. VII<sup>ième</sup> Congrès de l'Association française de science politique (Table ronde 1), Lille, France.
- Moreau Defarges, P. (2003). *La gouvernance*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Morin, M. (2004). *Parcours de santé*. Paris : Armand Colin.
- Morin, E. (1994). *La complexité humaine*. Paris : Flammarion.
- Morin, E. (1990). *Introduction à la pensée complexe*. Paris : ESF.
- Morin, E. (1970). *L'homme et la mort* (2<sup>e</sup> éd.). Paris : Denoël.
- Moscovici, S. (1994). Les formes élémentaires de l'altruisme. Dans S. Moscovici (Éd.), *Psychologie sociale des relations à autrui* (pp. 71-86). Paris : Nathan.
- Moscovici, S. (1993). La mentalité prélogique des civilisés. Dans U. Flick (Éd.), *La perception quotidienne de la santé et de la maladie. Théories subjectives et représentations sociales* (pp. 293-320). Paris : Nathan.
- MSSS (Ministère de la santé et des services sociaux). (1997). *Priorités nationales de santé publiques 1997-2000*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Mucchielli, A. (Dir.). (2002). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*. Paris : Armand Colin.
- Mumford, L. (1973). *Le mythe de la machine*. Paris : Fayard.
- Murray, C., & Lopez, A. (Dir.). (1996). *The global burden of disease : A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge, MA : Harvard School of Public Health.
- Musgrove, P. (2003). Judging health systems : Reflection on WHO's methods. *Lancet*, 361, p. 1817-1820.
- Mutha, S., Norman, G., & O'Neil, E. (2000). Medical practice 2010. *How we get there*. *West Journal of Medicine*, 172 (2), p. 274-277.
- National Forum on Health. (1998). *Creating a culture of evidence-based decision making in health*. Ottawa, Canada : Health Canada Publications. Récupéré en ligne en date du 24 octobre 2002 de [http : www.hc-sc.gc.ca/english/care/health\\_forum/forum\\_e.htm](http://www.hc-sc.gc.ca/english/care/health_forum/forum_e.htm)
- Nations unies. (2000). *Rapport mondial sur les drogues 2000*. Oxford, Royaume-Uni : Oxford University Press.

- Nations unies. (1966). *Résolution 2200A (XXI) de l'Assemblée générale*. Washington, DC : Auteur.
- Nayar, D. (2002). *Governing globalization, issues and institutions*. Oxford, Royaume-Uni : UNU/Wider Studies in Development Economics.
- New England Research Institutes. (1995, Été/Automne). *The newsletter of the New England Research Institutes*. Auteur.
- Nichol, W., McNeice, K., & Goss, J. (Éds). (1994). *Expenditure on health research and development in Australia. Welfare Division Working Paper No. 7*. Canberra, Australie : Australian institute of Health and Welfare.
- Nietzsche, F. W. (1993). *Le gai savoir*. Paris : LGF. (1882 pour la première édition).
- Nye, J. S. (1990). *Bound to lead*. New York : Basic Books.
- Ohmae, K. (2001). How to invite prosperity from the global economy into a region. Dans A. J. Scott, *Global city region*. Oxford, Royaume-Uni : Oxford Press.
- Ohmae, K. (1990). *The borderless world*. Londres, Royaume-Uni : Collins.
- OIT (Organisation internationale du travail). (2005). Récupéré en ligne sur la liste de l'OIT en date du 22 mars 2006 de [http : //www.ilo.org/public/french/WCSDG/docs/report.pdf](http://www.ilo.org/public/french/WCSDG/docs/report.pdf)
- OIT (Organisation internationale du travail). (2004). *Une mondialisation juste : créer des opportunités pour tous*. Genève, Suisse : Auteur, Commission mondiale sur la dimension sociale de la mondialisation.
- O'Keefe, E. (1995). The World Bank : Health policy, poverty and equity. *Critical Public Health*, 6, p. 28-35.
- Omran, A.R. (1977). Epidemiological transition in the United States. *Population Bulletin*, 32 (4).
- OMS (Organisation mondiale de la santé). (2002). *Rapport sur la santé dans le monde 2002 : réduire les risques et promouvoir une vie saine*. Genève, Suisse : Auteur.
- OMS (Organisation mondiale de la santé). (2000). *Rapport sur la santé dans le monde 2000 : pour un système de santé plus performant*. Genève, Suisse : Auteur.
- OMS (Organisation mondiale de la santé). (1998). *Rapport sur la santé dans le monde 1998 : la vie au 21<sup>e</sup> siècle, une perspective pour tous*. Genève, Suisse : Auteur.



- OMS (Organisation mondiale de la santé). (1997). *Santé et environnement pour un développement durable : cinq ans après le Sommet de la Terre*. Genève, Suisse : Auteur.
- OMS (Organisation mondiale de la santé). (1986). *La santé pour tous en l'an 2000*. Genève, Suisse : Auteur.
- OMS (Organisation mondiale de la santé). (1946). *L'acte final*. Genève, Suisse : Auteur.
- OMS-UNICEF (1978). La déclaration d'Alma Ata. Genève, Suisse : Auteur.
- ONUSIDA (2004a). Rapport sur l'épidémie mondiale du sida : résumé d'orientation. Genève, Suisse : Auteur.
- ONUSIDA (2004b). Rapport sur l'épidémie mondiale de sida. 4<sup>e</sup> rapport mondial. Genève, Suisse : Auteur.
- ONUSIDA (2002a, Juillet). *Le point sur l'épidémie de sida en 2002*. Genève, Suisse : Auteur.
- ONUSIDA (2002b, Décembre). *Report on the global HIV/AIDS epidemic*. Genève, Suisse : Auteur.
- ONUSIDA (2001, Décembre). *Le point sur l'épidémie de sida en 2001*. Genève, Suisse : Auteur.
- ONUSIDA (1999). *Programme commun des Nations unies sur le VIH/SIDA. Le point sur l'épidémie du SIDA*. Genève, Suisse : Auteur.
- Organisation panaméricaine de la Santé (2003, Juin). *Trade in health services : Global, regional and country perspectives*. Washington, DC : Auteur.
- Ortigue (1962). *Le discours et le symbole*. Paris : Flammarion.
- Ottawa Charter for Health Promotion*. (1986). Ottawa, Canada : WHO (World Health Organization). *Health Promotion*, 1, p. i-v.
- Paicheler, G. (2002a). *Prévention du sida et agenda politique. Les campagnes en direction du grand public (1987-1996)*. Paris : CNRS Éditions.
- Paicheler, G. (2002b). La maladie, un lieu d'interprétation entre l'individu et la société. Dans G. Coudin, & G. Paicheler (Éds), *Santé et vieillissement* (pp. 3-80). Paris : Armand Colin.
- Paicheler, G. (1997). Modèles pour l'analyse de la gestion des risques liés au VIH : liens entre connaissances et actions. *Sciences Sociales et Santé*, 15 (4), p. 39-71.

- Paicheler, G. (1995). Les professions de soin : territoires et empiètements. *Sciences Sociales et Santé*, 13 (3), p. 5-10.
- Paillé, P. (1997). La recherche qualitative... sans gêne et sans regrets. *Recherche en Soins Infirmiers*, 50, p. 60-64.
- Paillé, P. (1994). L'analyse par théorisation ancrée. *Cahier de Recherche Sociologique*, 23, p. 147-181.
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2003). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris : Armand Colin.
- Panitch, L. (2000). The new imperial state. *New Left Review*, 2, p. 5-20.
- Paquin, S. (2005). *Économie politique internationale*. Paris : Montchrestien.
- Passet, R. (2000). *L'illusion néolibérale*. Paris : Fayard.
- Pastré, O., & Vigier, M. (2003). *Le capitalisme déboussolé*. Paris : La Découverte.
- Patenaude, J. (1998). Le dialogue comme paradigme éthique. *Réseaux*, 82-83-84, p. 74.
- Patenaude, J. (1996). *Le dialogue comme compétence éthique*. Thèse de doctorat en éthique. Québec, Canada : Université Laval.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research and evaluation methods* (3<sup>e</sup> éd.). Thousand Oaks, CA : Sage.
- Paugam, S. (2000). *Les salariés de la précarité*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Paulet, J.-P. (2005). *La mondialisation*. Paris : Armand Colin.
- Peabody, J. W. (1995). An organisational analysis of the World Health Organization : Narrowing the gap between promise and performance. *Social Science of Medicine*, 40, p. 731-742.
- Pearce, D., Markanda, A., & Barbier, E. B. (1989). *Blueprint for a green economy*. Londres, Royaume-Uni : Earthscan Publications.
- Peretti-Watel, P. (2000). *Sociologie du risque*. Paris : Armand Colin.
- Perret, B. (2001). *L'évaluation des politiques publiques*. Paris : La Découverte.
- Perret, B. (1996, Mars). *Évaluation, gouvernance et procéduralisation de l'expertise*. Paris : Cellule de prospective de la Commission européenne.
- Perret, B. (1995). *L'avenir du travail, les démocraties face au chômage*. Paris : Seuil.

- Peterson, A., & Lupton, D. (1996). *The new public health. Health and self in the age of risk*. London, Royaume-Uni : Sage.
- Petrella, R. (1997). *Les écueils de la mondialisation*. Paris : Fidès.
- Petrella, R. (1996). *Le bien commun. Éloge de la solidarité*. Bruxelles, Belgique : Labor.
- Petrella, R. (1989). Technology and firm. *Technology and Strategic Management*, 1 (4).
- Pignarre, P., & Stengers, I. (2005). *La sorcellerie capitaliste. Pratiques de désenvoûtement*. Paris : La Découverte.
- Pineault, R., Baskerville, B., & Letouzé, D. (1990). Health promotion activities in Quebec hospitals : A comparison of DSC and non-DSC hospitals. *Canadian Journal of Public Health*, 81, p. 199-203.
- Pinell, P. (1992). *Naissance d'un fléau*. Paris : Métailié.
- Pinell, P. (Éd.) (2002). *Une épidémie politique. La lutte contre le sida en France (1981-1996)*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Piore, M., & Sabel, C. F. (1984). *Les chemins de la prospérité. De la production de masse à la spécialisation souple*. Paris : Hachette.
- Plihon, D. (2004). *Le nouveau capitalisme*. Paris : Grasset.
- Plihon, D. (2003). Quelle régulation pour la finance internationale? *Cahier Français*, 313.
- PNUD (Programme des Nations unies pour le développement). (2002). *Rapport mondial sur le développement 2002*. Bruxelles, Belgique : De Boeck Université.
- PNUD (Programme des Nations unies pour le développement). (2000). *Rapport mondial sur le développement humain 2000*. Bruxelles, Belgique : De Boeck Université.
- Poisson, S.-D. (1837). *Recherche sur la probabilité des jugements*. Paris : Bachelier.
- Polanyi, K. (1983). *La grande transformation : aux origines politiques et économiques de notre temps* (2<sup>e</sup> éd.). Paris : Gallimard. (Ouvrage original paru en 1944).
- Pollin, J.-P. (2002). *Où va l'économie mondiale? Scénarios et mesures d'urgence*. Paris : Odile Jacob.
- Pomey, M.-P., Poullier, J.-P., & Lejeune, B. (2000). *Santé publique. État des lieux, enjeux et perspectives*. Paris : Ellipses.

- Popper, K. (1990). *La logique de la découverte scientifique*. Paris : Bibliothèque scientifique Payot.
- Porter, D. (1994). *The history of public health and the modern state*. Amsterdam, Pays-Bas : Rodopi B. V.
- Porter, D. (1991). Stratification and its discontents : Professionalization and conflict in the British public health service, 1848-1914. Dans E. Fee, & R. Acheson (Éds), *A history of education in public health. Health that mocks the doctors' rules*. Oxford, Royaume-Uni : Oxford University Press.
- Porter, D. (1990). How soon is now? Public health and the BMJ. *British Medical Journal*, 301, p. 738-740.
- Portrait, et al. (2002). *Le Nouvel Observateur*, supplément Île de France, du 31 au 6 novembre 2002.
- Potvin, L. (2003). *Compte-rendu du 3-4 mars 2003, Bâtir une infrastructure durable en recherche en santé publique au Canada*. Toronto, Canada : Institut de la santé publique et des populations des Instituts de recherche en santé du Canada.
- Powles, J., & Comim, F. (2003). Public health knowledge and infrastructure. Dans R. Smith, R. Beaglehole, D. Woodward, & N. Drager (Éds), *Global public goods for health*. Oxford, Royaume-Uni : Oxford University Press.
- Rachline, F. (1993). *Que l'argent soit. Capitalisme et alchimie de l'avenir*. Paris : Calmann-Lévy.
- Rainer, S., Cantor, R. (1987). Quand le risque acceptable est-il socialement justifié? Dans J.-L. Fabiani, & J. Theys (Éds), *La société vulnérable. Évaluer et maîtriser les risques* (pp. 139-152). Paris : Presses de l'École normale supérieure.
- Ralston Saul, J. et al. (1998, Octobre). Ça urge! Le système de santé canadien a-t-il un avenir? *Directions for Canadian Health Care Conference* (1-2 octobre), Toronto, Canada.
- Ramagnino, N., & Verges, P. (1998). Épistémologie des sciences sociales, le problème des disciplines et l'interdisciplinarité (Enseignements fondamentaux, D. E. A de Sociologie, Université de Provence). *Anthropologie 1997-1987*, p.7.
- Ramirez, V. D. (1996). Will tropical medicine move to the tropics? *Lancet*, 347, p. 629-631.
- Ranci, C. (1990). Doni senza reciprocità. La persistenza dell'altruismo sociale nei sistemi complessi. *Rassegna Italiana di Sociologia*, 31 (1).
- Ranno, J. P. (2000). *Santé mentale et stress au travail*. Montréal, Québec : Sun Life, Opérations vie et groupe invalidité.

- Redman, S., Spencer, E. A., & Sanson-Fisher, W. (1990). The role of mass media in changing health-related behaviour : critical appraisal of two models. *Health promotion International*, 5 (1), p. 85-101.
- Reich, R. (1997). *L'économie mondialisée*. Paris : Dunod.
- Restier-Melleray, C. (1996). Experts et expertise scientifique. Le cas de la France. *Revue Française de Science Politique*, 40 (4), p. 546-585.
- Richiv, M. (1988). *Phénoménologie et institution symbolique*. Grenoble, Suisse : Jérôme Million.
- Ricoeur, P. (1994). Le concept de responsabilité. Essai d'analyse systémique. *Esprit*, 198-202, p. 28-48.
- Rieusset-Lemarie, I. (1992). *Une fin de siècle épidémique*. Arles, France : Acte sud.
- Rifkin, J. (2000). *L'âge de l'accès. La révolution de la nouvelle économie*. Paris : La Découverte.
- Rifkin, J. (1998). *Le siècle biotech, le commerce des gènes dans le meilleur des mondes*. Paris : La Découverte.
- Rifkin, J. (1995). *The end of work*. New York : Putman's Sons.
- Rioux, M. (2005). *Globalisation et pouvoir des entreprises*. Outremont, Québec : Athéna.
- Rischard, J.-F. (2002). *High noon*. New York : Basis Books.
- Roberts, A. R., & Yeager, K. R. (Éds). (2004). *Evidence-based practice manual. Research and outcomes measures in health and human services*. Oxford, Royaume-Uni : Oxford University Press.
- Rodriguez, F., & Rodrik, D. (2000). *Trade policy and economic growth : A skeptic's guide to the crossnational evidence*. Boston : Harvard University Press.
- Rogers, E. M. (1986). *Communication technology. The new media in society*. New York : Free Press.
- Rogers, E. M. (1981). *The diffusion of innovations*. New York : Free Press.
- Roqueplo, P. (1997). *Entre savoir et décision : L'expertise scientifique*. Paris : INRA.
- Rosanvallon, P. (1995). *Les métamorphoses de la question sociale*. Paris : Seuil.
- Rosanvallon, P. (1981). *La crise de l'État-providence*. Paris : Seuil.
- Rosen, G. (1993). *A history of public health*. London : The John Hopkins University Press. (Ouvrage original publié en 1958).

- Rosen, G. (1974). *From medical to social medicine : Essays on the history of health care*. New York : Science History Publications.
- Rosenau, P.-M. (1992). *Post-modernism and the social sciences*. Princeton : Princeton University Press.
- Rosenau, J., & Czempiel, E.-O. (Éds). (1992). *Governance without government : Order and change in world politics*. Cambridge, MA : Polity Press.
- Rossi, P. H., Lipsey, M. W., & Freeman, H. E. (2004). *Evaluation. A systematic approach* (7<sup>th</sup> ed.). Thousand Oaks, CA : Sage.
- Rotem, A., Walters, J., & Dewdney, J. (1995). The public health workforce education and training study. *Australian Journal of Public Health*, 19, p. 437-438.
- Roy, M. (1999). Les enjeux en santé publique exigent une éthique pour la complexité. Dans Collectif de conférenciers, *Actes du colloque « Les enjeux éthiques en santé publique »* (p. 7). Montréal, Québec : ASPQ Éditions.
- Rufin, J.-C. (1994). *La dictature libérale*. Paris : Jean-Claude Lattès.
- Ruggie, J.-G. (1983). International regimes, transactions, and change : Embedded liberalism in the postwar economic order. Dans S. D. Krasner (Dir.), *International regimes*. Ithaca, MA : Cornell University Press.
- Rui, S. (2004). *La démocratie en débat. Les citoyens face à l'action publique*. Paris : Armand Colin.
- Ruigrok, W., & Tulder (van), R. (1993). *The ideology of interdependence*. Amsterdam, Pays-Bas : Université d'Amsterdam.
- Ruigrok, W., & Tulder (van), R. (1991). *Globalisation et production* (Document de travail de la Berkeley Round-Table on the International Economy, BRIE). Berkeley, CA : University of California, Institute of International Status.
- Rushton, J. L. (2001). The burden of evidence. *British Medical Journal*, 323, p. 349.
- Ryan, M. (1998). *Knowledge diplomacy. Global competition and politics of intellectual property*. Washington, DC : Brookings Institution.
- Ryfman, P. (2002). Les campagnes « globalisées » des ONG : les biens publics mondiaux au service de la société civile. Dans F. Constantin (Dir.), *Les biens publics mondiaux. Un mythe légitimateur pour l'action collective?* (pp. 309-344). Paris : L'Harmattan.
- Sachs, J. D. (2005). *The end of poverty : Economic possibilities for our time*. New York : The Earth Institute, Columbia University.

- Sackett, D. L., Strauss, S. E., Richardson, W. S., Rosenberg, W., & Haynes, R. B. (2001). *Evidence-based medicine. How to practice and teach EBM* (2<sup>e</sup> éd.). New York : Churchill Livingstone.
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M. C., Gray, J. A. M., et al. (1996). Evidence-based medicine : What it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312, p. 71-72.
- Saint-Onge, J.-C. (2004). *L'envers de la pilule. Les dessous de l'industrie pharmaceutique*. Montréal, Québec : Écosociété.
- Saint-Simon, H. (1965). *Œuvres choisies. Le stéichisme des industriels*. Paris : Fayard.
- Saker, L., Lee, K., Cannito, B., Gilmore, A., & Campbell-Lendrum, D. (2004). *Globalization and infectious diseases : A review of the linkages*. Genève, Suisse : UNICEF/UNDP/World Bank/WHO Special Programme for research and Training in Tropical Diseases.
- Salmon, J.-M. (2000). *Un monde à grande vitesse*. Paris : Seuil.
- Saltman, R.-B., & Figueras, M. (1997). European health care reform. Analysis of current strategies. *WHO Regional Publications, European Series, 72*. Copenhagen, Danemark : WHO Regional Office for Europe.
- Sanders, D., Dovlo, D., Meeus, W., & Lehmann, U. (2003). Public health in Africa. Dans R. Beaglehole (Éd.), *Global public health : A new era*. Oxford, Royaume-Uni : Oxford University Press.
- Santé Canada. (2003). *Réseau canadien de la santé*. Récupéré en ligne en date du 8 octobre 2004 de : <http://www.reseau-canadien-sante.ca/>
- Santé Canada. (2002). *Gestion du stress traumatique*. Ottawa, Canada : Gouvernement du Canada. Récupéré en ligne en date du 3 octobre 2004 de <http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/pstsp/stress.htm>
- Santé Québec. (1995). Rapport de l'enquête sociale et de santé 1992-1993. Québec : Auteur.
- Sapolsky, R. M. (1990). Stress in the wild. *Scientific American*, 262 (1), p. 116-123.
- Sassen, S. (1996). *Losing control? Sovereignty in an age of globalization*. New York : Columbia University Press.
- Saul, J. (2006). *Mort de la globalisation*. Paris : Payot.
- Sayad, A. (1990). *La double absence. Des illusions de l'émigré aux souffrances de l'immigré*. Paris : Seuil.
- Schatzman, L., & Strauss, A. L. (1973). *Field research : Strategies for a natural sociology*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

- Scholte, J. A. (2002). What is globalization? A definitional issue... Again. *CSGR Working Paper, 109* (02).
- Scholte, J.A. (2000). *Globalization : A critical introduction*. Basingstoke, Royaume-Uni : Macmillan.
- Schön, D. (1983). *The reflective practitioner : How professionals think in action?* Boston : Basic Books.
- Schumpeter, J. (1939). *Business cycles*. New York : McGraw Hill.
- Schumpeter, J. (1912). *Theory of economic development*. New York : Oxford University Press.
- Schütz, A. (1932). *Der sinnhafte Aufbau der sozialen Welt : Eine Einleitung in die vertehenden Soziologie*. Francfort, Allemagne : Suhrkamp.
- Schwartz, M. (2001). *Comment les vaches sont devenues folles*. Paris : Odile Jacob.
- Scott, R. (2000, Mars). *The facts about trade and job creation* (Issue Brief 139). Washington, DC : Economic Policy Institute.
- Scutchfield, F. D., & Last, J. M. (2003). Public health in North America. Dans R. Beaglehole (Éd.), *Global public health : A new era*. Oxford, Royaume-Uni : Oxford University Press.
- Sell, S. (1998). *Power and ideas. North-South politics of intellectual property and antitrust*. New York : State University of New York Press.
- Sen, A. (2003). Identité et conflit. Existe-t-il un choc des civilisations? Dans J. Fontanel (Dir.), *Civilisations, globalisation, guerre. Discours d'économistes*. Grenoble, France : Presses Universitaires de Grenoble.
- Sen, A. (2001a). Un nouveau modèle économique. Paris : Odile Jacob.
- Sen, A. (2001b). Dix vérités sur la mondialisation. *Le Monde*, 19 juillet.
- Sen, A. (2000). *Un nouveau modèle économique. Développement, justice, liberté*. Paris : Odile Jacob.
- Sen, A. (1999). *Development as freedom*. New York : Knopf.
- Sen, A. (1985). The moral standing of the market. *Social Philosophy and Policy, 2* (2).
- Senarclens, P. (de). (2005). *Mondialisation, souveraineté et théories des relations internationales*. Paris : Armand Colin.
- Senarclens, P. (de). (2003). *Critique de la mondialisation*. Paris : Presses Universitaires de Sciences Po.



- Senarclens, P. (de). (1998). La mondialisation entre ordre et anarchie. Dans P. de Senarclens (Dir.), *Mondialisation, souveraineté et théories des relations internationales* (pp. 182-205). Paris : Armand Colin.
- Sennett, R. (2000). *Le travail sans qualité. Les conséquences humaines de la flexibilité*. Paris : Albin Michel.
- Sennett, R. (Édit.). (1998). *The corrosion of character. The personal consequences of work in the new capitalism*. New York : McGraw Hill.
- Sennett, R. (1977). *The fall of public man*. New York : Knopf. Traduction française, *Les tyrannies de l'intimité* (1979), Paris : Seuil.
- Setbon, M. (2004). *Risques, sécurité sanitaire et processus de décision*. Paris : Elsevier.
- Setbon, M. (2000). Les risques sanitaires. *Médecine/Sciences*, 16, p. 1203-1206.
- Setbon, M. (1993). *Pouvoirs contre sida*. Paris : Le Seuil.
- Sève, L. (2005). *Émergence, complexité et dialectique. Sur les systèmes dynamiques non linéaires*. Paris : Odile Jacob.
- Sève, L. (2004). *Penser Marx aujourd'hui, Tome 1: Marx et « nous »*. Paris : La Dispute.
- Seymour, M. (2004). Qu'est-ce qu'une démocratie de propriétaires? Dans A. Duhamel, & A. Lacroix, *Éthique et politique en contexte global* (pp. 117-146). Montréal, Québec : Liber.
- Sfez, L. (1995). *La santé parfaite. Critique d'une nouvelle utopie*. Paris : Seuil.
- Sfez, L. (2002). *Technique et idéologie. Un enjeu de pouvoir*. Paris : Seuil.
- Short, J. Jr. (1984). The social fabric of risk : Toward the social transformation of risk analysis. *American Sociological Review*, 6.
- Siddiqi, J. (1995). *World health and world politics : the World Health Organizations and the UN system*. Londres, Royaume-Uni : Hurst & Company.
- Simondon, G. (1969). *Du mode d'existence des objets techniques*. Paris : Aubier.
- Simonelli, T. (2003). Psychanalyse et théorie de la socialisation. Récupéré en ligne en date du 4 décembre 2004 de [http : //dogma.free.fr/txt/psychanalyse,1htm](http://dogma.free.fr/txt/psychanalyse,1htm)
- Siringi, S. (2002). Tanzania loses Global Fund money because of internal wrangling. *Lancet*, 360, p. 1848.
- Sloterdijk, P. (2000). *La mobilisation infinie*. Paris : Christian Bourgeois.

- Smith, A., & Jacobson, B. (1988). *The nation's health : A strategy for the 1990s*. Londres, Royaume-Uni : King Edward's Hospital Fund.
- Smith, K., & Desai, M. (2002). The contribution of global environment factors to ill-health. Dans P. Martins, & A. McMichael (Dir.), *Environmental change, climate and health* (pp. 52-95). Cambridge , Royaume-Uni : Cambridge University Press.
- Smith, R., Beaglehole, R., Woodward, D., & Drager, N. (Éds). (2003). *Global public goods for health : Health economics and public health perspectives*. Oxford, Royaume-Uni : Oxford University Press.
- Smouts, M.-C. (2002). Une notion molle pour des causes incertaines. Dans F. Constantin (Dir.), *Les biens publics mondiaux. Un mythe pour l'action collective ?* (p. 375). Paris : L'Harmattan.
- Smouts, M.-C. (1998). Du bon usage de la gouvernance en relations internationales. *Revue Internationale des Sciences Sociales*, 155, p. 85-94.
- Soderholm, P. (1997). *Global governance of AIDS : Partnerships with civil society*. Münd, Allemagne : Lünd University Press.
- Soskice, D. (1989). Perché variano i tassi di disoccupazione : economica e istituzioni nei paesi industriali avanzati. *Stato e Mercato*, 27, p. 333-378.
- Sournia, J.-C. (1992). *Histoire de la médecine*. Paris : La Découverte.
- Stengers, I. (1997). *Sciences et pouvoir. La démocratie face à la technoscience*. Paris : La Découverte.
- Stengers, I. (1997). *Sciences et pouvoir. La démocratie face à la technoscience*. Paris : La Découverte.
- Stephens, T., & Joubert, N. (2001). The economic burden of mental health problems in Canada. *Chronic Disease in Canada*, 22 (1), p. 18-23.
- Stuedler, F. (2000). Aspects sociologiques de l'évaluation en santé. Dans Y. Matillon, & P. Durieux, *L'évaluation médicale. Du concept à la pratique* (2e éd.). (pp. 69-78). Paris : Médecine-Sciences Flammarion.
- Stiglitz, J. E. (2002). *Globalization and its discontents*. Londres, Royaume-Uni : Allen lane.
- Stiglitz, J. (1999). *Wither reform? Ten years of the transition*. Washington, DC : World Bank, Annual Bank Conference on Development Economics.
- Stora, J.-B. (2002). *Le stress* (2<sup>e</sup> éd.). Paris : Presses Universitaires de France.
- Strauss, A. L., & Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research : Grounded theory procedures and techniques*. Newbury Park, CA : Sage.

- Stubbs, R., & Underhill, G. (Éds). (2000). *Political economy and the changing global order* (2<sup>e</sup> éd.). Oxford, Royaume-Uni : Oxford University Press.
- Susser, M. (1993). Health as a human right : An epidemiologist's perspective on the public health. *American Journal of Public Health*, 83, p. 418-426.
- Szczepura, A., & Kankaanpää, J. (1996). *Assessment of health care technologies. Case studies, key concepts and strategic issues*. Chichester, Royaume-Uni : John Wiley & Sons.
- Tabuteau, D. (1994). *La sécurité sanitaire*. Paris : Berger-Levrault.
- Taguieff, P.-A. (2001). *Du progrès*. Paris : E.J.L.
- Tap, P. (2002). Santé, maladie et identité. Dans G.-N. Fisher (Éd.), *Traité de psychologie de la santé* (pp. 135-161). Paris : Dunod.
- Tashakkori, A., & Teddlé, C. (Éds). (2003). *Handbook of mixed methods in social and behavioral research*. Thousand Oaks, CA : Sage.
- Taylor, S. E. (1989). *Positive illusions : Creative self-deceptions and the healthy mind*. New York : New York Basic Books.
- Telerama. (2002, Septembre). *Vingt-quatre heures chrono*. Telerama no 2749 (21-27 septembre).
- Tesch, R. (1990). *Qualitative research : Analysis types and software tools*. Londres, Royaume-Uni : Falmer Press.
- Testart, A. (2001). Échange marchand, échange non-marchand. *Revue française de Sociologie*, 42 (4), p. 719-748.
- The Public Health Advocacy Institute*. (2005). Récupéré en ligne en date du 3 janvier 2006 de <http://www.phainonline.org>.
- Thibaud, P. (1993). Citoyenneté et engagement moral. *Pouvoirs*, 65, p. 19-30.
- Third World Quarterly*. (2002, Avril). Special issue. Global health and governance : HIV/AIDS. N° 23 (2).
- Thomas, L.-V. (1985). *Rites de mort. Pour la paix des vivants*. Paris : Fayard.
- Thompson, G. (1999). Introduction : situer la mondialisation. *RISSE*, 160.
- Thompson, G. (1996). *Globalization in question : The international economy and the possibilities for governance*. Cambridge, MA : Polity Press.
- Tilly, C. (Dir.). (1975). *The formation of national states in Western Europe*. Princeton : Princeton University Press.

- Touraine, A. (1997). *Pourrons-nous vivre ensemble? Égaux et différents*. Paris : Fayard.
- Trevor-Roper, H. R. (1972). *De la réforme aux Lumières*. Paris : Gallimard.
- Triglia, C. (2002). *Sociologie économique*. Paris : Armand Colin.
- Trinder, L. (Éd.). (2000). *Evidence-based practice : A critical appraisal*. Oxford, Royaume-Uni : Reynolds S. Oxford, Blackwell Scientific.
- Ulin, P. R., Robinson, E. T., & Tolley, E. E. (2005). *Qualitative methods in public health. A guide for applied research*. San Francisco, CA : Jossey-Bass.
- US Public Health Service. (1990). *Healthy people 2000 : National health promotion and disease prevention objectives*. DHHS Publication (PHS) 91-50212. Washington, DC : US GPO.
- Uvin, P., & Biagiotti, I. (1996). Global governance and the « new » political conditionality. *Global Governance*, 1 (2), p. 377-400.
- Vacquin, M. (199). *Main basse sur les vivants*. Paris : Seuil.
- Vaillancourt, J.-G. (1995a). Réaliser le développement durable. *Écodécision*, 15, p. 4.
- Vaillancourt, J.-G. (1995b). Penser et concrétiser le développement durable. *Écodécision*, 15, p. 24-29.
- Vaillancourt, J.-G. (1991). Le développement durable ou le « compromis » de la commission Brundtland. Désarmement, développement et protection de l'environnement. Dans P. André, et al., *L'avenir d'un monde fini : jalons pour une éthique du développement durable*. Montréal, Québec : Fides.
- Valéry, P. (1945). *Regards sur le monde actuel et autres essais*. Paris : Gallimard.
- Vattimo, G. (1987). *La fin de la modernité*. Paris : Seuil.
- Vaughan, J. P., Mogedal, S., Kruse, S. E., Lee, K., Walt, G., & de Wilde, K. (1995). *Cooperation for health development. Extra-budgetary funds in the World Health Organization*. Londres, Royaume-Uni : ODA.
- Veltz, P. (2000). *Le nouveau monde industriel*. Paris : Gallimard.
- Venne, M. (2005). *Le Québec en ébullition*. Dans Collectif, *L'annuaire du Québec 2005* (pp. 18-19). Montréal, Québec : Fides.
- Verschave, F.-X. (2004). *La santé mondiale, entre racket et bien public*. Paris : Charles Léopold Mayer.
- Vidal, L. (1999). *La transmission. Le sida et ses savoirs*. *L'Homme*, 150, p. 59-84.

- Viel, J.-F. (1998). *La santé publique atomisée. Radioactivité et leucémies : les leçons de la Hague*. Paris : La Découverte.
- Vigarello, G. (1993). *Le sain et le malsain*. Paris : Seuil.
- Vinet, A. (2004). *Travail, organisation et santé. Le défi de la productivité dans le respect des personnes*. Saint-Nicolas, Québec : Presses de l'Université Laval.
- Viola, E. (1998). Globalization, environmentalism and new transnational forces. Dans C. Chung, & B. Gillepsie (Dir.), *Globalization and the environment* (pp. 39-52). Paris : Organization for Economic Cooperation and Development.
- Viriolio, P. (1998). *La bombe informatique*. Paris : Galilée.
- Virilio, P. (1993). *L'art du moteur*. Paris : Galilée.
- Virilio, P. (1988). *La machine de vision*. Paris : Galilée.
- Volle, M. (2000). *E-économie*. Paris : Economica.
- Waitzkin, H., Iriart, C., Estrada, A., & Lamadrid, S. (2001). Social medicine in Latin America : Productivity and dangers facing the major national groups. *Lancet*, 358, p. 315-323.
- Walker, K. (1962). *Histoire de la médecine*. Verviers, Belgique : Marabout Université.
- Walker, M. (1994). *Sphères de justice*. Paris : Seuil.
- Wallach, L. (1994). Media advocacy : A strategy for empowering people and communities. *Journal of Public Health Policy*, 15, p. p. 420-435.
- Wallach, L., & Sforza, M. (1999). *Whose trade organization? Corporate globalization and the erosion of democracy*. Washington, DC : Public Citizen Foundation.
- Walt, G., & Buse, K. (2000). Partnerships and fragmentation in international health : Threat or opportunity? *Tropical Medicine and International Health*, 5, p. 467-471.
- Warren, K. S. (1990). Tropical medicine or tropical health : The health Clark lectures. *Review of Infectious Diseases*, 12, p. 142-156.
- Weed, D. L. (1994). Science, ethics guidelines, and advocacy in epidemiology. *Annals of Epidemiology*, 4, p. 166-171.
- Weil, S. (1968). *L'enracinement*. Paris : Gallimard.
- Weisbrot, M., Baker, D., Kraev, E., & Chen, J. (2002). *The scoreboard on globalization 1980-2000. Twenty years of diminished progress*. Washington, DC : Center for Economic and Policy Research.

- Weiss, T. G. (2000). Governance, good governance and global governance : Conceptual and actual challenges. *Third World Quarterly*, 21 (5), p. 795-814.
- Weiss, T. G. (1999). NGOs, global governance, and social policy in the Un system. *GASPP Occasional Papers*, 3.
- White, K. L. (1991). *Healing the schism. Epidemiology, medicine, and the public's health*. New York : Springer.
- Wiener, N. (1962). *Cybernétique et société*. Paris : Union générale d'édition.
- Williams, D. D., & Garner, J. (2002). The case against « the evidence » : A different perspective on evidence-based medicine. *British Journal of Psychiatry*, 180, p. 8-12.
- Williamson, J. (1990). What Washington means by policy reform. Dans J. Williamson (Dir.), *Latin American adjustment: how much has happened?* (pp.5-20). Washington, DC : Institute for international Economics.
- Winslow, C. E. A. (1926). Public health at the crossroads. *American Journal of Public Health*, 16, p. 1075-1085.
- Winslow, C. E. A. (1923). *The evolution and significance of the modern public health*. New Haven : Yale University Press.
- Winslow, C., & Bramer, W. (1994). *Future work : Putting knowledge to work in knowledge economy*. New York : Free Press.
- Winter, J.-P. (2003). Les psys sont partout. Récupéré en ligne en date du 11 décembre 2004 de <http://www.lire.fr/enquête.asp/idées>
- Wittgenstein, L. (1953). *Investigations philosophiques*. Paris : Aubier.
- Wolton, D. (2003). *L'autre mondialisation*. Paris : Flammarion.
- Woodward, D., Drager, N., Beaglehole, R., & Lipson, D. (2002). Mondialisation et santé : un cadre pour l'analyse et l'action. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé*, 6, p. 36-42.
- World Development Report*. (1993). Investing in health, world development indicators. New York : Oxford University Press.
- World Health Organization. (2002a). *World health report 2002 : Reducing risks, promoting healthy life*. Genève, Suisse : Auteur.
- World Health Organization. (2002b). *Final report of the external evaluation of roll back malaria*. Genève, Suisse : Auteur.

World Health Organization. (2002c). *Global crises – global solutions : Managing public health emergencies of international concern through the revised International Health Regulations*. Genève, Suisse : International Health regulations Revision Project.

World Health Organization. (2001). *World health report 2000 : Health systems – Improving performance*. Genève, Suisse : Auteur.

World Health Organization. (1978). *Alma-Ata. Primary health care (Health for all series no. 1)*. Genève, Suisse : Auteur.

Wright-Mills, C. (1950). *L'imagination sociologique*. Paris : La Découverte Poche.

Wynne, B. (1997). Controverses, indéterminations et contrôle social de la technologie. Leçon du nucléaire et de quelques autres cas au Royaume-Uni. Dans Godart, O., *Le principe de précaution dans la conduite des affaires humaines* (pp. 149-178). Paris : MSH/INRA.

Yamey, G. (2001). Global campaign to eradicate malaria. *British Medical Journal*, 322, p. 1191-1192.

Young, J. M., & Ward, J. E. (2001). Evidence-based medicine in general practice : Beliefs and barriers among Australian GPs. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 7, p. 201-211.

Ziegler, J. (1985). *Contre l'ordre du monde. Les rebelles*. Paris : Seuil.