

Objectif du cours : décrire et analyser les effets que les nouveaux impératifs de la sécurité et de la vieille sanitaire font aux politiques de SP.

Bien comprendre que ce ne sont pas les maladies qui orientent l'histoire mais l'importance que les hommes leur accordent.

I - Définir et comprendre la SP

—> pour **Michel Foucault**, SP = une activité entre pouvoirs et savoirs. Parmi les savoirs, la médecine clinique, les sciences (biologie, etc.) ou les statistiques. Mais toujours une question de pouvoir, de gouvernement : *la santé publique est de part en part politique*.

—> Au sens strict, on parle de SP à partir du début du XXe / avant : hygiène publique, ou salubrité publique (si on parle de SP avant le XX : à prendre au sens conceptuel).

—> rôle de la SP : lutte contre les « fléaux » + prévention

—> cf **Charte d'Ottawa (1986)** mais vision trop exigeante : utopie sanitaire, idéal d'hygiénisme.

—> Patrice Bourdelais : enjeu de l'éducation des classes populaires (on pensait au XIXe que le nouveau prolétariat urbain était responsable de la propagation des maladies)

—> SP a pour but la **gestion collective de la maladie et de la santé dans un contexte politique et médical** (pouvoirs et savoirs). Principes fondamentaux :

- **Approche populationnelle et non individuelle**

- **Prévention de la maladie, du handicap, de la mort** (cf. Michel Foucault « gouvernement de la vie » pour la prévention de la mort —> agir sur les comportements, soit par la **contrainte** « les disciplines » (ex : quarantaine), soit par la **conduite à distance** = « la gouvernementalité », des incitations +/- pour influencer le comportement des gens -> ex : dépistage, éducation thérapeutique)

—> SP = activité universelle (mais qui prend des formes différentes selon l'époque et la société considérées)

II - Histoire : protection contre les fléaux -> prévention des maladies -> promotion de la santé

—> Attention : la révolution pasteurienne n'amorce pas la SP, la volonté de protéger la vie des populations à travers la mise en place de mesures est bien antérieure.

—> la SP permet de légitimer l'Etat en montrant sa volonté de / sa capacité à protéger efficacement sa population (via politiques sanitaires)

A - La peste : protéger la société d'un fléau : XIVE

—> 1 mesure (**individuelle**) face à la peste : fuir

—> Autres mesures :

- instauration magistrat municipal pour les questions de santé
- mobilisation des médecins (même si pas de thérapie)
- surveillance des lieux de pollution, propreté des rues.
- mesures coercitives/de contrainte : quarantaine imposées aux navires douteux, lazarets (isolement), etc.

=> bien comprendre que la place du médical est alors secondaire. But primordial : protection, organisation, régulation = contrainte/discipline (Foucault)

B - souci de la pop et de sa santé : XVIIIe

→ **Souci de la population** (ne concerne pas encore la santé) :

- **Le « procès de civilisation » (Norbert Elias)** : transformation du rapport au corps (cour du Roi, Renaissance XVI-XVII) = tactique de distinction sociale (manger avec fourchettes vs doigts) → comprendre que origine de ces changements ne provient pas d'un souci pour la santé (« propreté »). But : dans la « société de cour », transformer l'aristocratie guerrière féodale en aristocratie de cour sous l'égide du roi par définition de « l'étiquette », l'auto-contrainte et l'intériorisation des pulsions. D'où un intérêt du pouvoir royal pour le contrôle de la médecine/ chirurgie, qui agissent sur les corps.
- **La statistique d'Etat** : liée au dev de l'Etat comme institution politique. Impôts <=> connaissance de la richesse du royaume <=> connaissance de la pop. Statistique = d'abord description exhaustive, puis dénombrement (par mesure chiffrée). « Vital statistics » = données démographiques (naissances/décès), mais aussi de morbidité (certaines maladies). ex d'utilité de la statistique : mise en évidence de l'effet délétère des chirurgiens dans l'accouchement (Semmelweis) + spécialisation des hospices par type de population (contagieux/incurables, etc.)

→ **Société Royale de Médecine (1778)** : instaure le souci de la santé de la population en chargeant les médecins de faire les « sociologues » => mise en évidence des inégalités devant la mort par des enquêtes sur le terrain (appelées « topographies médicales »)

→ **Théorie des miasmes en vigueur à l'époque** : assainissement des marais, ventilation des habitations... au début réalisé par croyances mais ça marche donc concorde avec les stat.

→ Révolution Française puis Napoléon => nouvelles institutions de l'hygiène : **conseils de salubrité des villes (1802 à Paris)**, bureaux d'Hygiène, puis chaires d'Hygiène dans écoles de médecine.

C - choléra : naissance médecine sociale ?

→ 1832 : épidémie de choléra => on pensait que seuls les pays au climat malsain étaient touchés (l'orient) mais 15 000 morts à Paris : choc énorme.

→ Médecine anatomo-clinique + absence de corrélation climat-mortalité = abandon théorie des miasmes (mais définitivement abandonnée avec révolution Pastorianne)

→ mais corrélation mortalité-densité de la population => **promiscuité** devient paradigme dominant, résulte de l'industrialisation et de l'urbanisation (exode rural) => prolétariat urbain (travail, révolutions, alcoolisme...) => (baisse objective de l'espérance de vie !).

→ réponse de la société : **éducation** (école laïque et obligatoire 3e république, et à l'hygiène) + amélioration des modes de vie (suite à mise en évidence inégalités de santé*) : naissance de **l'hygiénisme comme médecine sociale** (offre au pouvoir politique des instruments de gouvernement)

→ * : grâce à statistique sociale (cf **Villermé**) -> loi sur le travail des enfants (1841).

D - révolution pastorianne et effets : fin XIXe

→ Pasteur et Koch : découverte des microbes : fin définitive de la théorie des miasmes.

→ **microbes** = mode d'explication >>> statistiques descriptives car sciences fondamentales fondées sur expérimentation et explications se veulent mono-causales.

→ transformations +++ dans exercice de la médecine et de la SP : diagnostic, dépistage, activité thérapeutique efficaces... mais surtout : transformation de la cible de la médecine sociale.

→ **maladies à déclaration obligatoire** = mesure importante de la SP.

→ **vaccination** (préventive)

→ modification des comportements individuels face à la contamination => début de l'éducation sanitaire => promotion de la santé.

→ déclin de l'intérêt pour la statistique (qui revient milieu XXe avec *la médecine des preuves* (cf. cours J.Cohen-Scali))

—> nouveaux fléaux : cancer, syphilis, tuberculose, qu'on ne sait pas guérir : **prévention** et promotion de la santé.

=> Bien noter que déclin des maladies infectieuses + euphorie thérapeutique du XXe ont eu pour conséquence une diminution de l'influence de la SP et de la prévention (tout particulièrement en France), mais la SP revient en force aujourd'hui avec maladies chroniques mais aussi pour raisons économiques.

III - Retour de la protection : la veille sanitaire ?

—> cf études 70 et 71 : révolution probabiliste et **société du risque** (approche plurifactorielle de la maladie par facteurs de risques (FDR))

—> Tout est pensé en terme de risque dans nos sociétés : déplacement de la frontière normal/patho (le normal devient un risque qui s'ignore), deux phénomènes :

- **médicalisation du normal** (exemple des TTT préventifs du VIH) <=> fondé sur analyse du risque.
- **sanitarisation du social** (pb sociaux pris en considération seulement si retraduits en termes sanitaires)

—> familles de FDR : risques liés environnement vs risques liés aux comportements (sur lesquels s'axent les politiques de SP aujourd'hui +++)

A - Veille sanitaire comme surveillance de SP

—> **InVS** (1998) = observer, surveiller, alerter

—> + **INPES** = prévention, éducation pour la santé + **EPRUS** = préparation et réponse aux urgences sanitaires ==> agence nationale de SP, création annoncée en 2016

—> JC Desenclos : sécurité sanitaire = protection des hommes contre les risques pour la santé induits par le fonctionnement de la société.

—> Veille sanitaire = collecte et analyse en continu par les structures de SP des signaux pouvant représenter un risque pour la santé publique

—> **preparedness** = idem, mais au-delà des structures de SP, savoir aussi **anticiper** l'inconnu.

B - Centers of disease control (CDC)

—> paradigme de la protection, « disease control » = veille sanitaire.

—> surveillance des maladies connues et maîtrisables à détecter précocement : tout l'enjeu est la détection précoce.

—> **EIS** (= Epidemic Intelligence Service, 1951) appartient aux CDC = des experts placés en vigilance permanente par surveillance continue contre toutes les épidémies possibles et contre toutes les attaques possibles sur le territoire américain. But : comprendre très vite par des statistiques qu'une épidémie est en train d'arriver => « agir sans comprendre » : il existe un risque, qui exige une intervention (avant même d'avoir la certitude d'un diagnostic biologique)

C - Preparedness : anticiper l'inconnu (années 1990)

—> ce qui est important c'est l'ensemble de l'information sur les risques sanitaires, connus ou inconnus. La veille sanitaire c'est recevoir un signal, l'intégrer et l'effectuer (« théorie de l'information », réactivité par rapport à des signaux d'une grande variété)

—> 2 types de perception :

- **la veille préformatée** : dispositifs de surveillance classique, par ex. déclaration obligatoire, statistique, enquêtes...)
- **la veille non préformatée** : aucune collecte pré établie, les pathologies ou risques ne sont pas connus, ce qui importe c'est la vigilance comme veille permanente (sur tout ce qui est pensable, par ex. « cosmétovigilance », sur les effets potentiellement indésirables des produits cosmétiques)

—> anticiper les risques connus et inconnus, c'est finalement prévoir l'imprévisible.

—> en fait, la généralisation de la perception des « maladies émergentes » comme maladies inconnues, généralement de type infectieux, qui ont réapparu alors qu'on pensait en avoir fini avec les maladies infectieuses. « l'émergent », c'est l'inconnu.

La veille sanitaire s'intéresse donc moins à la prévention des maladies qui n'affectent pas de la même manière les groupes sociaux (inégalités sociales de santé), qu'à la protection de l'ensemble de la société contre toutes sortes de risques et même de menaces sanitaires.

Donc Protection -> Prévention -> Protection