

Congrès AFSP 2009

Section thématique 22

Les formes contemporaines de la biopolitique : Etats, connaissances biomédicales et politiques publiques comparées

Axe 1

Carole Clavier (Université de Montréal et CRAPE)

carole.clavier@umontreal.ca

La santé publique, un enjeu politique local ? La politisation de la santé publique en France et au Danemark

Cette communication propose d'analyser la manière dont la santé est définie et constituée en objet légitime de l'action publique locale en France et au Danemark¹. Le travail de légitimation de l'intervention locale en santé est d'autant plus intéressant à étudier que c'est un domaine récemment réinvesti par les collectivités locales². Pour situer le propos, précisons qu'on ne parle pas d'offre de soins mais de politiques qui visent à la fois à prévenir les pathologies par des actions de dépistage, d'information et d'éducation et à promouvoir des conditions de vie favorables à la santé en agissant sur l'environnement social, économique et matériel des populations³. Qu'il s'agisse des programmes régionaux de santé mis en œuvre sous la responsabilité de l'Etat dans les régions, des politiques des villes, Régions ou Départements en France, ou des politiques des Comtés ou des villes au Danemark, toutes se donnent pour objectif d'agir sur les conditions de vie de la population et non seulement de prévenir les maladies. Plus précisément, l'objectif est donc d'interroger la portée du discours, présent dans les textes des programmes de santé et dans les discours des élus locaux impliqués dans les politiques de santé, selon lequel l'intervention publique visant à améliorer la santé des populations est légitime du fait de la valeur intrinsèque de son objet. Ce discours reprend un argument souvent avancé par les tenants de la santé publique qui présentent la santé comme un « impératif », c'est-à-dire une valeur à défendre pour elle-même. Alors que cette stratégie de légitimation est répandue parmi les élus locaux français que nous avons rencontré, la comparaison avec des stratégies de légitimation développées dans un contexte différent, en l'occurrence le Danemark, amène à la considérer comme un construit social et à s'interroger sur ses conditions de production. Les arguments avancés par les élus danois, s'ils revendiquent pour partie la valeur intrinsèque de la santé, font explicitement de cette dernière un enjeu de la compétition politique partisane et un instrument de la maîtrise des dépenses de santé. Il ressort donc de la comparaison que les règles de fonctionnement de l'espace politique local, les modalités de recrutement des élus et le partage de compétences en matière de santé dans chacun des pays influencent de façon déterminante le choix des arguments mobilisés dans les programmes de santé et par les élus locaux pour légitimer les politiques de santé publique.

La santé publique, un impératif?

¹ Le travail empirique au Danemark a été effectué avant la mise en œuvre, le 1^{er} janvier 2007, de la réforme de l'organisation territoriale. Cette réforme a remplacé les 14 Comtés et 275 municipalités par 5 régions et 98 municipalités. De même en France, l'enquête de terrain a eu lieu avant que les effets de la loi de santé publique ne se fassent sentir sur la politique régionale de santé de l'Etat. Pour une analyse de ses implications pour les politiques territoriales de santé, nous renvoyons à

² Il serait faux de considérer la santé publique comme un nouveau domaine d'intervention pour les collectivités locales, du moins en France, dans la mesure où les villes ont joué un rôle important dans la diffusion de l'hygiénisme fin 19^{ème} et début 20^{ème} siècle -

³ En ce sens, ce sont des politiques inspirées de la nouvelle santé publique. Elle propose d'améliorer l'environnement économique et social des populations notamment par le recours à l'action intersectorielle et l'action sur des politiques publiques autres que celle de la santé.

Un des traits saillants des discours de légitimation des politiques de santé est paradoxalement la faiblesse des arguments mobilisés. En effet, que ce soit au niveau des politiques nationales ou locales, la tendance est à affirmer le bien-fondé d'une intervention publique en la matière sans chercher à la justifier. Sa pertinence est censée aller de soi suivant l'affirmation selon laquelle la santé est une valeur universelle, que chacun s'efforce de défendre. La santé publique, en effet, se présente souvent comme un « impératif », c'est-à-dire une entreprise au service « du bien-être physique, mental et social » des populations, à laquelle chacun devrait contribuer en adoptant des comportements jugés sains, en se soumettant au dépistage ou à la vaccination. De plus, le projet de santé publique est souvent présenté comme étant idéologique et normatif en ce qu'il cherche à maîtriser l'état de santé de la population, entre autres en imposant des normes de comportements. La dimension normative de la santé publique est encore renforcée par ses modes de raisonnement, qui consistent à établir et objectiver des relations de causalité entre les comportements et les pathologies ⁴.

La conséquence pratique et immédiate de ces discours est de présenter la santé comme une priorité qui s'impose à l'action publique et aux décideurs politiques. La seconde conséquence, plus analytique, est qu'ils euphémisent les choix politiques qui ont conduit à placer la santé à l'agenda des collectivités locales. La lecture de ces discours à la lumière de la littérature de santé publique, nous amène à les discuter et à considérer la légitimation de l'intervention publique par le caractère universel de la santé comme une construction sociale.

Tout d'abord, une partie de la littérature de et sur la santé publique critique le projet normatif et prescriptif de la santé publique, utilisant souvent le concept de biopolitique pour désigner l'impératif de santé que l'on vient de décrire. De fait, l'ambition affichée de réduire la mortalité prématurée et la morbidité par la vaccination, le dépistage ou l'adoption de modes de vie jugés sains rejoint celle qui est attribuée à la biopolitique telle que l'avait décrite Foucault. La biopolitique désigne alors les ambitions et les effets (attendus ou réels) de la santé publique, c'est-à-dire sa capacité à orienter les comportements et à maîtriser les corps. Plus largement, cet usage rejoint un débat sur la nature de la santé publique, présentée comme une idéologie ou une utopie selon que ses effets sont redoutés ou attendus. Un second ensemble de travaux, ensuite, mobilise la biopolitique comme un cadre pour penser le gouvernement des conduites à travers les dispositifs de santé publique. Ces travaux s'intéressent aux modes de contrôle politique, à la construction de catégories de risque ou de personnes à risque, aux usages des discours sur le risque pour orienter les comportements, etc. De façon générale, ces recherches portent sur les mécanismes concrets par lesquels la santé publique cherche à agir sur la santé des populations, y compris ceux qui ne passent pas par l'exercice d'un pouvoir exécutif et législatif mais aussi par « l'obligation d'intérioriser la norme ».

Le premier ensemble de travaux met l'accent sur l'importance des modes de présentation et de raisonnement de la santé publique, qui affiche son projet prescriptif, tandis que le second met au jour les dispositifs concrets par lequel s'exerce ce projet prescriptif. Tous deux ont en commun de souligner l'importance des discours sur la discipline et sur les projets de santé publique : Dozon et Fassin en particulier considèrent que les discours (c'est-à-dire les déclarations, programmes, etc.) sont constitutifs de la santé publique et qu'ils contribuent à la faire exister. Cette analyse invite à déplacer les objets de la critique de la santé publique vers les mécanismes par lesquels elle s'exerce et vers le sens à attribuer au fait qu'un grand nombre d'activités sont aujourd'hui menées au nom de la santé publique. Qu'ils cherchent à en dénoncer les excès ou à en comprendre les modalités d'exercice, tous ces travaux attirent l'attention sur le pouvoir de légitimation accordé à la gestion politique des corps et des populations – Fassin parle à ce propos de « biolégitimité ». Si la santé publique n'est pas un biopouvoir au sens où toutes ses ambitions ne se

⁴ Ces modes de raisonnement sont liés aux modalités de production de connaissances en santé publique : Fortement influencée par le modèle biomédical, celle-ci procède surtout par des études positivistes dans le champ des principales disciplines de la santé publique que sont l'épidémiologie, la sociologie quantitative, la biostatistique, la psychologie sociale ou encore la démographie.

concrétisent pas, force est de constater qu'elle est un puissant argument mobilisé pour légitimer nombre d'interventions publiques et asseoir l'autorité de l'Etat.

Cette interprétation ouvre la porte à une interrogation sur la façon dont la santé est politisée, c'est-à-dire « requalifiée » en objet légitime de l'action politique locale . Précisons que si les termes de « politisation » et de « dépolitisation » sont souvent utilisés de façon normative, on s'intéresse ici à la politisation des politiques publiques, c'est-à-dire aux usages que font les élus de l'action publique dans la compétition politique . Dans les deux pays étudiés ici, un des modes de politisation consiste à poser la santé, entendue au sens d'un état de bien-être global, en valeur universelle. Cependant, d'autres arguments sont également mobilisés, qui diffèrent dans chacun des pays et conduisent à interroger le sens attribué à la santé publique dans chacun de ces environnements politiques et institutionnels. La stratégie utilisée en France est proche du discours de l'impératif de santé publique puisqu'elle consiste à présenter la santé comme un objet à part de l'action publique et politique. Par contraste, les Danois font de la santé un instrument de la maîtrise des dépenses de santé et un enjeu politique partisan, propriété des partis de gauche. Dans les deux parties qui suivent, on présente plus en détail ces constructions de la santé en objet légitime de l'action publique locale et on s'interroge sur leurs conditions de production. Loin d'être une simple reprise d'argumentaires et de connaissances de santé publique, on verra qu'elles sont mises en contexte, c'est-à-dire sélectionnées et utilisées en fonction des contraintes politiques et institutionnelles qui s'imposent aux collectivités locales et à leurs élus. Parmi celles-ci, les plus significatives sont le partage des compétences entre l'Etat et les collectivités locales en matière de santé, les règles de fonctionnement des espaces politiques locaux et les modalités du recrutement des élus locaux.

Les données analysées et présentées ici ont été collectées lors d'une étude empirique des politiques locales de santé publique mises en œuvre dans deux régions en France (le Nord Pas-de-Calais et l'Alsace) et deux comtés au Danemark (le Jutland du Nord et Ringkjøbing) . Elle concernait les politiques des Régions, des Comtés, des Départements et des villes. Alors que le travail empirique d'analyse de la littérature grise (textes des programmes et politiques de santé) et d'entretiens semi-directifs auprès des professionnels de santé publique a été généralement équilibré dans les deux pays, l'enquête de terrain auprès des élus locaux a été plus approfondie en France⁵ – ainsi, 17 élus locaux ont été rencontrés en France, y compris hors des régions étudiées. Précisons que ces élus étaient spécifiquement en charge de la santé dans les exécutifs locaux (c'est-à-dire les conseils municipaux, généraux ou régionaux) et à ce titre exerçaient une responsabilité dans la politique de santé. N'ayant pu rencontrer qu'un élu au Danemark, l'analyse s'appuie également sur les entretiens avec les autres acteurs des politiques de santé ainsi que sur la littérature académique pertinente.

Avant de les présenter, il convient toutefois de nuancer la portée des discours étudiés : ils visent à faire de la santé un objet légitime de l'action publique locale mais ne sont pas le reflet de l'implication concrète des collectivités locales. Rappelons, tout d'abord, que l'existence et le contenu des politiques de santé publique varie beaucoup d'une collectivité à l'autre, qu'il s'agisse des programmes régionaux de santé ou des politiques mises en œuvre volontairement par les collectivités locales. D'autre part, l'intervention sur les déterminants sociaux de la santé ne marque pas seulement de nouveaux domaines d'intervention mais, en grande partie, une reformulation des questions sociales dans le langage de la santé publique . De fait, les politiques locales de santé s'adressent souvent à des populations à risques (par exemple les consommateurs de produits psychotropes tels que les drogues, le tabac ou l'alcool) et à des populations ou des quartiers défavorisés. Que l'on pense au volet santé de la politique de la ville – nombre des villes qui en bénéficient ont choisi d'y inscrire leur politique de santé et s'adressent donc principalement aux populations de quartiers défavorisés. L'emphase mise sur la lutte contre les inégalités sociales de santé est également un exemple de ce que la santé devient un moyen de légitimer la prise en charge de problèmes sociaux. Dans les deux

⁵ Une grande partie de ces entretiens en France a été réalisée dans le cadre d'un travail pour un groupe de prospective du Commissariat général du Plan et de ce fait vont au-delà des régions étudiées dans la thèse.

sections suivantes, on présente et on analyse les conditions de production des argumentaires de légitimation déployés respectivement en France et au Danemark.

France : une politisation discrète de la politique de santé publique

Pour constituer la santé en objet légitime de l'action publique locale, les élus locaux en France présentent la santé comme une valeur universelle et affirment le bien-fondé de l'intervention des collectivités locales au nom de la défense de cette valeur. Les arguments qu'ils emploient tendent à présenter la santé comme un enjeu qui n'obéit pas aux règles de la compétition politique partisane mais à un impératif de santé publique qui s'imposerait à l'action publique. Ils font alors un usage normatif du terme de « politisation » pour dénoncer la mise en débat de la santé alors que les décisions qui la concerne « devraient » répondre à des connaissances scientifiques. Les arguments utilisés pour mettre la politique de santé hors de portée des choix politiques – la production d'un consensus autour du bien-fondé des politiques de santé, la défense des intérêts locaux et la technicisation de la santé – sont influencés par les règles de fonctionnement de l'espace politique local, le recrutement des élus locaux et le partage des compétences de santé⁶.

Tout d'abord, les élus cherchent à produire du consensus autour des politiques de santé publique en invoquant le caractère universel de la santé. Autrement dit ils cherchent à masquer le processus de construction sociale de la santé en enjeu politique, en s'appuyant sur ce que Didier Fassin qualifie de « reconnaissance sociale accordée à la gestion politique des corps ». La santé est alors posée en valeur qui s'impose à l'action publique et qui transcende les clivages partisans. Par exemple, dans un rapport d'orientation relatif à la politique de santé du Conseil régional de Nord Pas-de-Calais, la santé est qualifiée de « bien supérieur » et de « valeur fondamentale, non marchande ». Si la notion de bien supérieur a pour but de décrire les propriétés de la santé comme bien économique⁷, ce contenu économique tend à s'effacer puisque, dans la même phrase, la notion est associée aux préoccupations des citoyens et placée sur le terrain des valeurs. Autre exemple, un élu dans un Conseil général considère que le caractère universel de la santé (c'est une expérience à la fois individuelle et collective) ferait la légitimité de la politique de santé (celle-ci devient une évidence de l'action politique) en même temps qu'elle contribuerait à invalider la pertinence des débats partisans. Il affirme que « *on a toujours atteint l'unanimité droite / gauche, tout le monde est uni parce que la santé c'est vraiment un domaine très spécial et personne ne peut se permettre de voter contre une action de prévention* » (entretien, conseiller général, 22-02-2005); ou encore, un ancien élu local rejette le débat partisan en matière de santé considérant qu'il est emprunt d'un contenu idéologique incompatible avec la santé (entretien, ancien parlementaire et élu local, 25-05-2005). Comment expliquer que la stratégie de légitimation choisie par les élus locaux français soit en si grande cohérence avec les discours des acteurs de santé publique lorsqu'ils présentent la santé comme un impératif? Loin d'être limité à des caractéristiques propres à la santé comme enjeu politique, ces modes de politisation de la santé paraissent en grande partie liés à des règles de fonctionnement de l'espace politique local. En effet, les élus locaux français se distinguent des parlementaires par leur propension à recourir à une « rhétorique de l'apolitisme » qui consiste à disqualifier le traitement partisan des enjeux de l'action publique locale au profit de la défense des intérêts locaux. Cela participe d'une tendance caractéristique de l'inscription territoriale des interactions entre les élus et la population qui consiste à valoriser la proximité entre l'élu et la population – en particulier lorsque l'élection se fait sur une base territoriale de proximité, la commune pour le conseiller municipal et le canton pour le conseiller général. Cette tendance, observée dès les années 1970, se maintient aujourd'hui malgré les transformations du métier politique en entreprise politique. Dans ce modèle, la légitimité des élus est notamment évaluée à l'aune de leur capacité à œuvrer pour le développement local, ce qui les contraint à

⁶ Les éléments empiriques sur le cas français sont longuement développés dans l'article suivant : Dans cette communication, on privilégie donc une présentation plus synthétique des éléments empiriques, au profit de développements analytiques sur les conditions de production des discours de légitimation des politiques locales de santé.

⁷ La définition du bien « supérieur » (traduction de l'anglais *luxury good*) se rapporte à la forte élasticité-revenu de la santé : des mesures économiques des dépenses de santé ont montré que la consommation de santé (ou, plus précisément, la consommation de soins) augmente de façon plus que proportionnelle à l'augmentation du revenu -

devenir plus réactifs sur des questions de plus en plus techniques . Cette règle implicite du fonctionnement des espaces politiques locaux se traduit donc, pour les élus, par la mise en évidence de leur capacité à défendre les intérêts de leur population et de leur territoire d'élection.

Autre modalité de politisation, les élus cherchent à placer la santé sur le terrain technique. C'est le cas notamment lorsque la santé est présentée comme étant l'affaire de spécialistes, en l'occurrence de médecins, c'est-à-dire un enjeu technique qui devrait être soustrait aux contraintes de la politique partisane. Le recours à cet argument est souvent le fait d'élus locaux qui sont également médecins (ou d'une autre profession médicale soignante) – nos observations indiquent qu'ils sont particulièrement bien représentés parmi les élus adjoints ou délégués à la santé dans les exécutifs locaux. En effet, sept des 17 élus locaux en charge de la santé dans les exécutifs locaux que nous avons rencontrés en entretien sont médecins ou infirmiers. Le mécanisme même qui les porte vers ces postes encourage les élus à se prévaloir de leurs compétences et de leur prestige professionnels afin d'asseoir leur propre position dans l'espace politique local. En effet, cette sur-représentation s'explique en partie par le fait que leurs pairs leur reconnaissent une compétence à prendre des décisions politiques en matière de santé du fait de leurs compétences professionnelles – ce que l'on appelle un mécanisme de réputation de compétence . Le recours à une telle politisation technique de la santé peut aussi être lu comme une stratégie de renversement d'une situation de domination dans le champ politique . Historiquement les médecins ont été bien représentés parmi le personnel politique national, leur réseau de clientèle leur assurant à la fois le prestige professionnel et social et une assise locale essentielle à l'élection . Quoique leur représentation soit moindre aujourd'hui, les médecins, chirurgiens, infirmiers et dentistes représentent 9,3 % des députés pour la législature 2002-2007 selon notre recensement⁸. Cependant, les transformations de la médecine vers une pratique de plus en plus technique et spécialisée, le déclin du prestige de la médecine généraliste affectent aujourd'hui leur prestige social et politique . En outre, les élus en charge de la santé dans les exécutifs locaux comptent parmi les « dominés en politique » puisque le social (au sens large) n'est guère valorisé dans les assemblées politiques . L'investissement de ces médecins en faveur de la santé ainsi que leur choix de constituer la santé en objet technique peut donc être analysé comme un moyen de se (ré)assurer un certain prestige social en déployant leur activité politique dans un domaine d'action publique qu'ils connaissent et où ils peuvent faire montre de leurs connaissances professionnelles.

Cela dit, la professionnalisation croissante du personnel politique, y compris au palier local, produit d'autres modalités de politisation de la santé. La dissociation entre les compétences professionnelles et politiques, caractéristique de la professionnalisation du métier politique , conduit les élus à présenter la santé comme un objet normalisé du travail politique. Ils tendent alors à mettre en avant leurs propres capacités techniques à répondre aux attentes de la population et de leurs électeurs en particulier. Une partie du rôle d'un élu local consiste en effet à défendre les intérêts de sa circonscription, « son » territoire, et à fournir des services à « sa » population . C'est ainsi que des élus valorisent leur capacité à obtenir des équipements pour la politique de santé (un scanner par exemple), s'engagent aux cotés de la population contre la fermeture de services hospitaliers ou revendiquent le fait que leur position dans les exécutifs locaux leur permet d'agir sur différents leviers tels que l'urbanisme pour améliorer la santé des populations. Deux conséquences à cela : d'une part, le crédit politique de ces élus vient de leur capacité à satisfaire les besoins et les attentes de leur population et non de compétences professionnelles et, d'autre part, la santé est posée en enjeu « régulier » de l'activité politique. La façon dont elle est politisée ne dépend pas de caractéristiques qui lui seraient propres mais de la professionnalisation des élus et de la préférence générale pour un traitement non partisan des enjeux dans l'espace politique local.

Enfin, la répartition des compétences de santé entre l'Etat et les collectivités locales affecte la politisation de la santé. Les collectivités locales en France n'ont guère de prise sur la santé puisque la politique d'offre de soins relève de la compétence de l'Etat et qu'elles n'ont pas (ou peu) de délégation de compétence de santé

⁸ Source: pourcentages élaborés à partir des données de l'Assemblée nationale sur la répartition des députés (577 au total, mandat 2002-2007) par catégories socioprofessionnelles.

publique. Afin d'asseoir leur légitimité à intervenir en la matière, elles affirment donc, non pas que la santé est un enjeu technique, mais qu'elles-mêmes disposent des possibilités techniques d'intervenir sur les déterminants sociaux de la santé par le biais de leurs attributions légales. Elles peuvent agir sur l'accès aux services de soins et de prévention par le biais de leur politique de transport, fournir des environnements propices à l'activité physique en aménageant les parcs municipaux ou en créant des voies cyclables par exemple. Certes, cet argument vise à justifier l'implication des collectivités locales plus qu'il n'est un mode de politisation de la santé dans l'espace politique local. Cependant, il donne à voir la façon dont la santé et les connaissances sur les déterminants de la santé sont utilisés dans l'espace politique local. La conception globale de la santé et les déterminants sociaux de la santé deviennent autant de leviers par lesquels les collectivités locales peuvent agir en faveur de la santé à partir de leurs compétences existantes. Dans ce contexte, les connaissances sur la santé publique sont non seulement des arguments de légitimation de l'intervention mais surtout des opportunités d'intervention pour les collectivités locales.

En résumé, la stratégie principalement utilisée par les élus locaux pour légitimer les politiques locales de santé consiste à présenter la santé comme un objet apolitique au sens où elle ne devrait pas être débattue dans les termes propres à la compétition politique (en particulier les divisions partisans). La santé est mise hors de portée des choix politiques par la production d'un consensus autour de la nécessité de défendre une valeur universelle, par l'insistance sur la technicité des choix de santé ou les opportunités d'interventions dont disposent les collectivités locales. Plus que l'adhésion à un discours sur l'impératif de la santé publique, ce sont des éléments du contexte politique et institutionnel qui donnent du sens à cette présentation de la santé : la rhétorique de l'apolitisme dominante dans l'espace politique local – et ses corollaires que sont la dévalorisation des clivages partisans et la défense des intérêts locaux – le poids des médecins parmi les élus délégués ou adjoints à la santé et la possibilité dont disposent les collectivités locales d'agir sur les déterminants sociaux de la santé.

Danemark : la politisation partisane de la santé publique

Les stratégies de légitimation des politiques locales de santé au Danemark paraissent bien loin de celles que nous venons de décrire pour la France. L'argument selon lequel la santé est une valeur à part de l'ensemble des objets du travail politique est certes présent mais la place qu'il y occupe est moindre. Par contraste, la santé est avant tout présentée comme un objet politique normalisé en ce sens qu'elle fait l'objet d'un traitement partisan – c'est un enjeu privilégié pour les sociaux-démocrates et les partis de gauche en général – et qu'elle est présentée comme un instrument de la maîtrise des dépenses de santé. Ce choix d'argumentation prend sens au regard du partage des compétences en matière de santé, des règles de fonctionnement de l'espace politique local et de la culture politique d'égalité qui préside au recrutement des élus locaux.

L'exemple du Comté du Jutland du Nord montre que la politisation de la santé publique n'est pas uniforme, elle oscille entre un impératif de santé et un instrument d'action publique, que l'on peut relier respectivement à la conception globale de la santé et au partage de compétence. Comme en France, la santé est entendue dans un sens global dans les politiques de santé danoises : plus que l'absence de maladie, être en santé c'est bénéficier d'un revenu suffisant, d'un logement décent et, plus généralement, de conditions de vie sociales et matérielles favorables au bien-être. Le programme de santé du Comté du Jutland du Nord s'appuie sur une distinction élaborée entre les concepts de prévention et de promotion de la santé pour signifier que son champ d'intervention ne se limite pas au dépistage et à la vaccination mais s'étend à la création de conditions de vie favorables à la santé. La santé y est aussi définie comme une ressource et une composante essentielle de la vie quotidienne. Cette argumentation relève de l'impératif de santé en ce sens qu'elle est porteuse d'une définition normative de ce qu'est la bonne vie – sous-entendu, les pouvoirs publics sont légitimes à définir ce qui est bon pour la population. Toutefois, les responsables de la politique locale de santé soulèvent aussi un argument économique qui, lui, est étroitement lié au contexte politique et institutionnel. En effet, s'ils

s'approprient la politique de santé publique, les Comtés sont surtout responsables de la politique hospitalière qui représente 70 % de leur budget et l'essentiel de leurs attributions. Que les deux politiques soient traitées dans les mêmes arènes, c'est-à-dire la commission santé des assemblées de Comtés, et par les mêmes élus, offre la possibilité à ces derniers de souligner la contribution potentielle de la santé publique à la maîtrise des dépenses de santé (c'est-à-dire des dépenses d'offre de soins, en particulier de soins hospitaliers). Dans le dernier programme de santé du Comté du Jutland du Nord pour la période 2000-2008, les bénéfices économiques potentiels tels que la limitation des congés maladie, la baisse des admissions à l'hôpital ou de la consommation de médicaments sont listés comme des arguments de légitimation de la politique de santé publique. En résumé, les arguments avancés par le Comté du Jutland du Nord pour légitimer sa politique de santé jouent à la fois sur l'idée de la santé comme valeur à défendre et sur l'impact économique d'une politique de santé publique. Si ces deux arguments prennent sens dans le contexte de l'Etat-providence danois, qui confie nombre de responsabilités aux villes et Comtés, ils font aussi écho aux deux régimes de légitimation utilisés par l'Etat. Le premier justifie l'intervention publique au nom de l'amélioration de la santé de chaque citoyen : l'Etat paternaliste serait légitime à définir ce qui est bon pour l'individu. Le second est une raison d'Etat selon laquelle l'amélioration de la santé de la population contribue à l'intérêt général par l'accroissement de la prospérité nationale et la réduction des dépenses de santé. Cela dit, si l'on s'en tient plus précisément aux raisons avancées pour justifier le premier programme national de santé publique, c'est l'argument de l'impératif qui domine. C'est la mise en évidence de la moindre progression de l'espérance de vie au Danemark par rapport aux autres pays européens qui a présidé à l'élaboration de ce programme. Pourtant aucune justification n'a été avancée pour expliquer pourquoi il fallait allonger l'espérance de vie, « cela [avait] l'air d'être considéré comme une évidence ».

La politique des partis influence considérablement la façon dont la santé est constituée en objet légitime de l'action publique locale. Cette légitimation se fait en grande partie dans le cadre de l'opposition entre, d'un côté, les partis de gauche, social-démocrate et socialiste, réputés engagés en faveur de l'Etat-providence et de l'égalité sociale et, de l'autre, les partis de droite, en particulier libéral. Au cours de nos entretiens, on a entendu l'élu qui préside la Commission santé dans l'exécutif du Comté du Jutland du Nord attribuer son implication en faveur de la santé à son appartenance au Parti socialiste populaire, un parti à la gauche des sociaux-démocrates et caractérisé par son engagement en faveur de l'égalité sociale. Un des responsables administratifs de la politique de santé du Comté va dans le même sens en indiquant que la couleur politique de l'élu se traduit par une emphase plus importante sur la réduction des inégalités sociales de santé. Dans un autre entretien encore, un sociologue de l'Institut national de santé publique du Danemark souligne que l'engagement différencié des gouvernements locaux en faveur de politiques de santé publique s'explique en partie par la couleur politique de la majorité et par le volontarisme des personnes en place⁹. Au-delà de ce cas régional, la santé est présentée comme un enjeu partisan dans le débat politique national au sens où les sociaux-démocrates en revendiquent la propriété, au même titre qu'ils revendiquent la propriété des politiques sociales et de l'Etat-providence en général. Cette division partisane des enjeux découle du rôle historique joué par les sociaux-démocrates dans la construction de l'Etat-providence.

Ce choix d'argumentation, cependant, ne signifie pas que les décisions en matière de politique de santé publique sont uniquement dépendantes d'une idéologie partisane. Tout d'abord, les partis dits « bourgeois », c'est-à-dire les partis conservateurs représentant notamment les intérêts des agriculteurs et propriétaires terriens (en particulier, le parti libéral *Venstre*), ont aussi contribué à la formulation de politiques centrales à l'Etat-providence¹⁰. De plus, l'étude des réformes de l'Etat-providence souligne que les décisions des libéraux ont été en partie contraintes par les choix des sociaux-démocrates et que ces derniers pouvaient plus facilement que le parti libéral introduire des réformes dans les politiques de l'Etat-providence parce qu'ils n'étaient pas suspectés de chercher à le démanteler. Enfin, en ce qui concerne plus spécifiquement la politique de prévention et de promotion de la santé, une analyse historique des programmes des principaux

⁹ Entretiens, respectivement Aalborg le 25-05-2004, Aalborg le 15-04-2004 et Copenhague le 18-05-2004.

¹⁰ Assurances chômage, vieillesse, maladie, accident et loi sur la santé et la sécurité au travail.

partis montre que les sociaux-démocrates n'ont pas été beaucoup plus investis que les libéraux sur la question de la réduction des inégalités sociales de santé ¹¹. Pourquoi alors justifier l'engagement en faveur d'une politique de santé publique par l'appartenance partisane? Bien que les deux principaux partis nationaux (social-démocrate et libéral) aient historiquement contribué à la consolidation de l'État-providence, le sens commun en attribue les mérites aux sociaux-démocrates, qui sont toujours perçus comme étant plus favorables au maintien d'un niveau élevé de protection sociale. De plus, l'appartenance partisane est un des principaux critères de positionnement dans la compétition politique nationale, mais aussi dans l'espace politique local – ce dernier tend en effet à reproduire les clivages nationaux (mêmes partis) – du fait notamment des caractéristiques et du recrutement des élus.

Au Danemark, le recrutement et la professionnalisation des élus s'inscrivent dans une culture égalitaire, ce qui fait de l'appartenance partisane le principal critère de démarcation politique entre les élus. La préférence pour l'égalité, qui préside au fonctionnement de l'État-providence, empêche que la professionnalisation des élus ne s'accompagne de la délimitation d'une véritable « classe politique » au sein de la société. Certes, la professionnalisation des membres du Parlement danois (le *Folketing*) est objectivable à travers leur charge de travail, la professionnalisation des institutions, l'augmentation des revenus qui permettent de plus en plus de vivre de la politique et la professionnalisation intellectuelle et politique. Ainsi, les membres du *Folketing* sont de plus en plus nombreux à disposer d'une expérience politique, que ce soit au sein d'une organisation politique ou d'un gouvernement local, et à être titulaire d'un diplôme universitaire. Malgré ces caractéristiques de la professionnalisation, les membres du *Folketing* sont l'élite dont la composition est la plus proche de celle de la population dans son ensemble, plus que les élites administratives, militaires ou médiatiques. La charge de travail qui contraint les parlementaires à abandonner toute autre activité professionnelle pour des revenus comparativement inférieurs à ceux auxquels peuvent prétendre les autres élites danoises est parfois mis de l'avant pour expliquer la moindre attractivité des carrières politiques. Les études ne concluent donc pas à la constitution d'une classe politique au sens d'un groupe social autonome et titulaire d'activités spécifiques. Elles insistent au contraire sur le fort renouvellement des membres du *Folketing*, la modération des salaires et une composition sociale qui se rapproche plus de celle de la population dans son ensemble. Cette faible différenciation entre la population et les élus est un des facteurs qui conduit ces derniers à mettre l'accent sur leur appartenance et leur expérience dans les partis politiques et donc à politiser la santé selon les termes de la compétition politique partisane.

De plus, contrairement à ce que l'on a pu observer pour la France, la quasi-absence de professionnels médicaux parmi les élus nationaux et locaux contribue à ces usages partisans de la politique de santé publique, c'est-à-dire des usages qui ne cherchent pas à en faire un domaine à part de la compétition politique. Rappelons que certains élus locaux en France se revendiquent de leurs compétences professionnelles médicales pour affirmer leur capacité à traiter de la santé publique dans des arènes politiques. Au Danemark, une analyse des notices biographiques des membres du *Folketing* en 2005 fait apparaître la faible représentation des professionnels de la santé (médecins, chirurgiens, infirmiers, dentistes) – seulement 2,2 % des élus, contre 9,3 % pour l'Assemblée nationale française¹². De même, dans le Jutland du Nord, sur les 31 élus à l'Assemblée du Comté pour le mandat 2002-2005, seuls 3 sont médecins ou

¹¹ L'élaboration d'un programme national de santé publique par le gouvernement libéral, en remplacement d'un précédent programme lancé par un gouvernement social-démocrate, donne un exemple concret du poids de contraintes autres que l'idéologie partisane. Ce gouvernement n'a pu s'affranchir de l'héritage des précédents programmes en raison, d'une part, d'une contrainte héritée (les députés libéraux avaient tous votés en faveur du précédent texte) et, d'autre part, des intérêts des groupes concernés par le programme, en particulier les professionnels de santé publique qui avaient majoritairement adhéré le programme. En conséquence, le programme signé du gouvernement libéral rappelle dans sa forme les responsabilités des individus au regard de leur propre santé mais reprend la plupart des objectifs et engagements du précédent texte (en faveur de la réduction des inégalités sociales de santé notamment).

¹² Source: pourcentages élaborés à partir des notices biographiques des députés, disponible sur le site du *Folketing*. Ces pourcentages portent sur un petit échantillon puisqu'on compte 8 membres du *Folketing* de profession médicale ou paramédicale sur un total de 179 élus (y compris les 2 élus du Grønland et des Îles Færø), mandat 2005-2009.

infirmiers. L'attribution des postes au sein de la commission santé de l'Assemblée du Comté confirme l'absence de « spécialisation professionnelle » des élus : parmi ses 9 membres en 2006, un seul est infirmier et, plus significatif encore, le président de cette commission en est le représentant élu le moins qualifié. Cuisinier de formation, il a progressivement acquis expérience et légitimité à travers son engagement de long terme en faveur de la santé publique au sein du Parti socialiste populaire danois. Membre de la commission santé du Comté depuis 1986, il en est devenu vice-président puis président en janvier 1998. Il a également été l'un des instigateurs du premier programme de santé du Comté en 1992. La principale explication qu'il avance pour justifier son investissement en faveur de la prévention et de la promotion de la santé (en plus d'un « intérêt » de sa part pour les questions sociales) est l'existence d'une opportunité politique au sein du parti. Le thème de la santé publique était, selon ses propos, peu investi par les autres membres du parti socialiste. Cette explication paraît tout à fait plausible dans un contexte – il parle alors des années 1980 – dans lequel la santé publique n'était pas considérée comme une priorité politique. En résumé, la trajectoire politique qui l'a mené à la tête de cette commission reflète bien la prééminence de son expérience partisane sur des caractéristiques personnelles et professionnelles pour acquérir une légitimité à s'investir dans un domaine particulier de l'action publique. Il en ressort que, pour cet élu, la santé publique est un domaine parmi d'autres de l'activité politique et de l'action publique, ce que l'on retrouve dans les arguments de légitimation présentés dans le programme de santé du Comté.

La santé publique au Danemark fait donc l'objet d'un double traitement : d'un côté, elle est présentée comme un impératif et, de l'autre, lorsque des arguments de légitimation sont avancés, ils relèvent avant tout du fonctionnement régulier du travail politique. L'agrégation des compétences de santé publique et de politique hospitalière à l'échelle des Comtés conduit ces derniers à reprendre un argument également avancé au palier national, à savoir que la politique de santé est un moyen de contribuer à la maîtrise des dépenses de santé. De plus, la santé est constituée en objet légitime de l'action publique locale dans le cadre de la compétition partisane, la santé étant associée aux partis de gauche, en particulier social-démocrate. La culture d'égalité prédominante conduit à faire des partis le principal critère d'affirmation dans l'espace politique.

Conclusion

Dans cette communication, nous avons exploré les modalités de la politisation de la santé publique dans l'espace politique local, c'est-à-dire comment la santé est constituée en objet légitime de l'action publique en France et au Danemark. Cet intérêt pour la politisation est moins un intérêt pour les processus qui ont conduit à placer la santé à l'agenda des collectivités locales qu'un souci de comprendre comment les élus locaux s'approprient la politique de santé lorsqu'ils sont amenés à y participer. La comparaison fait ressortir deux ordres principaux de politisation : l'un présente la santé comme un enjeu qui s'impose au politique tandis que l'autre en fait un objet normalisé de l'activité politique, à la fois administrée par des professionnels de la politique, discutée selon des clivages partisans et justifiée au regard de son impact sur la maîtrise des dépenses de santé.

Une question sous-jacente à ce travail était : la santé est-elle un enjeu « à part », spécifique, de l'action publique et de l'activité politique? Il s'agissait en effet de contraster la façon dont les élus présentent la santé avec les discours de la santé publique (en tant que domaine d'intervention) qui font de la santé une valeur universelle à défendre pour elle-même. L'autre objectif était d'identifier les facteurs qui influencent la politisation d'un enjeu d'action publique. La comparaison aide à répondre à ces deux questions : si la santé est un domaine qui se prête à une politisation appuyée sur les valeurs, les différences entre les stratégies de légitimation mobilisées en France et au Danemark paraissent être l'expression des contraintes de fonctionnement des espaces politiques locaux, de recrutement des élus et de partage de compétences en matière de santé. Alors que, au Danemark, l'espace politique local reproduit les clivages partisans dominants au niveau national, l'espace politique local français se caractérise par la relégation au second plan de ce principe de division politique. Au contraire, les élus locaux français disqualifient tout traitement partisan de la politique de santé au profit de leurs capacités de résoudre les problèmes auxquels la population est

confrontée. Au Danemark, les élites politiques ne se distinguent que peu de la population par leur profil socioprofessionnel, ce qui, au-delà de l'élection, fait de l'appartenance partisane le principal critère de démarcation par rapport à la population. *A contrario*, les notables, et en particulier les médecins, sont fortement représentés dans les assemblées locales en France. Ils le sont plus encore parmi les membres de ces assemblées qui sont en charge de questions de santé, ce qui se traduit par la prééminence d'une définition technique de la politique de santé publique, appuyée sur les compétences professionnelles des médecins. Enfin, l'agrégation des compétences de politique hospitalière et de santé publique à l'échelle des Comtés danois permet d'afficher un objectif attendu des politiques de santé publique, à savoir la contribution à la maîtrise des dépenses de santé. Ce que ne peuvent pas faire les collectivités locales françaises qui n'ont pas de responsabilité en matière d'offre de soins. Ces dernières jouent cependant sur le fait que leurs prérogatives légales dans d'autres domaines d'action publique offrent des possibilités d'intervention sur les déterminants sociaux de la santé.

Enfin, pour revenir à la question centrale de cette section thématique, l'analyse souligne que l'utilisation d'une définition globale de la santé, entendue comme un état de bien-être qui ne dépend pas seulement de soins médicaux mais aussi de conditions de vie favorables, est centrale dans les discours de légitimation de l'intervention des collectivités locales et de leurs élus. La notion de déterminants sociaux de la santé en particulier est utilisée par les collectivités locales des deux pays pour asseoir leur intervention et en justifier la pertinence. Elle leur ouvre des opportunités pour agir sur la santé par le biais de politiques autres, telles que l'urbanisme ou le transport, ou pour organiser des activités de promotion de la santé dans des lieux où elles ont autorité (l'école ou le système hospitalier pour les Comtés danois).

Bibliographie

- Berlivet, L. (2000) *Une santé à risques. L'action publique de lutte contre l'alcoolisme et le tabagisme en France (1954-1999)*, Thèse de doctorat de science politique: Université de Rennes 1.
- Birnbaum, P. (1994) *Les sommets de l'Etat (1ère édition 1977)*, Paris: Seuil.
- Christiansen, P.M., Møller, B. and Tøgeby, L. (eds) (2001) *Den danske elite*, København: Reitzel.
- Clavier, C. (2007) *Le politique et la santé publique. Une comparaison transnationale de la territorialisation des politiques de santé publique (France, Danemark)*, Thèse pour le doctorat de science politique: Université de Rennes 1.
- Clavier, C. (2009) 'Les élus locaux et la santé: des enjeux politiques territoriaux', *Sciences sociales et santé* 27(2): 47-74.
- Collovald, A. and Gaïti, B. (1990) 'Discours sous surveillance: le social à l'Assemblée', in D. Gaxie, et al. (eds), *Le "social" transfiguré. Sur la représentation politique des préoccupations "sociales"*, Paris: CURAPP et PUF, pp. 9-54.
- Conseil régional Nord - Pas-de-Calais (2006) *La santé des habitants: un enjeu permanent pour le Nord - Pas-de-Calais*, Rapport d'orientation présenté par le Vice-président délégué à la prévention et la santé: Séance plénière du 10 février 2006.
- Dozon, J.-P. and Fassin, D. (eds) (2001) *Critique de la santé publique.*, Paris: Balland.
- Esping-Andersen, G. (1999) *Les trois-mondes de l'Etat-providence*, Paris: Presses Universitaires de France.
- Fassin, D. (1998) 'Politique des corps et gouvernement des villes. La production locale de la santé publique', in D. Fassin (ed.) *Les figures urbaines de la santé publique. Enquête sur des expériences locales*, Paris: La Découverte, pp. 7-46.
- Fassin, D. (2001) 'Au coeur de la cité salubre. La santé publique entre les mots et les choses', in J.-P. Dozon and D. Fassin (eds), *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*, Paris: Balland, pp. 47-73.
- Fassin, D. and Memmi, D. (eds) (2004) *Le gouvernement des corps*, Paris: Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales.

- Ferret, J. (1996) *Paroles d'élus. Le travail politique au quotidien*, Ramonville Saint-Agne: Erès.
- Foucault, M. (1976) *Histoire de la sexualité, vol. 1. La volonté de savoir*, Paris: Gallimard.
- Gabe, J. (ed.) (1995) *Medicine, health and risk, sociological approaches*, Oxford: Blackwell.
- Garraud, P. (1988) 'La sélection du personnel politique local', *Revue française de science politique* 38(3): 402-32.
- Garraud, P. (1994) 'Le métier d'élu local: les contraintes d'un rôle', in J. Fontaine and C. Le Bart (eds), *Le métier d'élu local*, Paris: L'Harmattan, pp. 29-54.
- Green-Pedersen, C. (1999) 'The Danish welfare state under bourgeois reign: the dilemma of popular entrenchment and economic constraints', *Scandinavian political studies* 22(3): 243-60.
- Green-Pedersen, C. (2002) 'New public management reforms of the Danish and Swedish Welfare states : the role of different social democratic responses', *Governance* 15(2): 271-94.
- Green-Pedersen, C. (2006) 'Long-term changes in Danish party politics : the rise and importance of issue competition ', *Scandinavian political studies* 29(3): 219-35.
- Hassenteufel, P. (1997) *Les médecins face à l'Etat*, Paris: Presses de Sciences Po.
- Hassenteufel, P. (2009) *Sociologie politique : l'action publique*, Paris: Armand Colin.
- Husson, M. (2004) 'La santé, un bien supérieur?' *Chroniques internationales de l'IRES* 91: 134-50.
- Jensen, T.K. (2005) 'Denmark: professionalism in an egalitarian political culture', in J. Borchert and J. Zeiss (eds), *The political class in advanced democracies*, Oxford: Oxford University Press, pp. 84-106.
- Lagroye, J. (2003) 'Les processus de politisation', in J. Lagroye (ed.) *La politisation*, Paris: Belin, pp. 359-72.
- Le Bart, C. (2003) *Les maires. Sociologie d'un rôle*, Villeneuve d'Ascq: Presses universitaires du Septentrion.
- Lecorps, P. and Paturet, J.-B. (1999) *Santé publique: du biopouvoir à la démocratie*, Rennes: Editions de l'Ecole nationale de la santé publique.
- Loncle, P. (2009) 'La mise en oeuvre des politiques de santé publique au niveau local: "l'animation territoriale en santé en Bretagne"', *Sciences sociales et santé* 27(1): 5-31.
- Lupton, D. (1995) *The imperative of health. Public health and the regulated body*, London: Sage.
- Murard, L. and Zylberman, P. (1996) *L'hygiène dans la République. La santé publique en France, ou l'utopie contrariée 1870-1918*, Paris: Fayard.
- Nay, O. (1997) 'L'institutionnalisation de la région comme apprentissage de rôles', *Politix* 38: 18-46.
- Nay, O. (2003) 'La politique des bons offices. L'élu, l'action publique et le territoire', in J. Lagroye (ed.) *La politisation*, Paris: Belin, pp. 199-219.
- Nordjyllands Amt (2000) *Det 3. sundhedspolitiske handlings program 2000-2008. En plan for forebyggelse og sundhedsfremme [Le 3ème programme d'actions de la politique de santé 2000-2008. Un plan pour la prévention et la promotion de la santé]*, Aalborg.
- Nørgaard, A.S. (2000) 'Party politics and the organization of the Danish Welfare state, 1890-1920 : the bourgeois roots of modern Welfare state ', *Scandinavian political studies* 23(3): 183-215.
- Nygård, M. (2006) 'Welfare-ideological change in Scandinavia: a comparative analysis of partisan welfare state positions in four Nordic countries, 1970-2003', *Scandinavian political studies* 29(4): 356-85.
- Offerlé, M. (1999) 'Professions et profession politique', in M. Offerlé (ed.) *La profession politique, XIX^e-XX^e siècles*, Paris: Belin, pp. 7-35.
- OMS (1948) *Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19 juin -22 juillet 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n° 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948.*
- Petersen, A. and Lupton, D. (1996) *The new public health. Health and self in the age of risk*, London: Sage.

- Rose, N. (1999) *Powers of freedom. Reframing political thought*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Sfez, L. (1995) *La santé parfaite. Critique d'une nouvelle utopie*, Paris: Seuil.
- Vallgård, S. (2001) 'Governing people's lives. Strategies for improving the health of the nations in England, Denmark, Norway and Sweden', *European journal of public health* 11: 386-92.
- Vallgård, S. (2003) *Folkesundhed som politik. Danmark og Sverige fra 1930 til i dag [La santé publique comme politique publique. Le Danemark et la Suède de 1930 à nos jours]*, Århus: Århus Universitetsforlag.