

## ***Santé Publique, Citoyenneté sociale***

La notion de « santé publique » nous est plus que familière, puisque nous sommes tous quotidiennement confrontés aux multiples « dispositifs » sociaux qui assurent notre accès aux soins. Elle se matérialise ainsi dans les hôpitaux ou les maisons médicales que nous fréquentons individuellement, mais elle se niche aussi dans des choses plus abstraites comme les systèmes d'assurances qui permettent une prise en charge collective des risques et des coûts et dont la face visible se trouve dans nos cotisations et nos remboursements. Enfin nous la devinons dans les nombreuses actions de promotion de la santé qui, par l'intermédiaire des structures publiques ou privées<sup>1</sup>, qui s'adressent à des groupes cibles, des segments déterminés de la population — à travers, par exemple, la gratuité des soins dentaires pour les enfants jusque 18 ans, la promotion de la réduction des risques de transmission des MST auprès des jeunes ou des risques liés à la consommation de drogues.

Notre familiarité avec cette idée de santé *publique* semble coexister sans trop de heurts avec celle que la santé, comme la maladie, est en même temps une affaire par ailleurs strictement *individuelle*, *privée*, quelque chose qui a du sens en tant qu'elle est *vécue* dans l'intériorité d'une vie personnelle. Quel pourrait donc, en effet, être le sens « différentiel » qui nous fait opposer santé et maladie, bonne et mauvaise santé, sans d'abord quelque chose comme une expérience vécue, ou sentie, de l'intérieur d'une vie ou d'un organisme, de cette différence ? On peut donc dire que la santé et la maladie sont pour nous des notions qui désignent des réalités profondément hétérogènes : *à la fois*, des réalités individuelles et populationnelles, privées et publiques, biologiques et sociales. La santé, pour nous aujourd'hui, est à la fois un bien privé *et* un bien public, ou social.

A travers quelques réflexions historiques et politiques qui vont suivre<sup>2</sup>, nous voudrions indiquer que l'enjeu de la « santé publique » au sens large, n'est rien d'autre que la citoyenneté qu'on peut appeler « sociale », c'est-à-dire une certaine manière d'*articuler* l'une à l'autre cette dimension privée et cette dimension publique, cette dimension individuelle et cette dimension collective. Les débats politiques constamment relancés autour des « coûts » de la santé pour la collectivité et les moyens de les optimiser en période de crise structurelle et de « déficit public » sont, bien évidemment, d'après négociations dans un marché de la santé en constante expansion et où s'affrontent des intérêts divergents et de puissance inégale (Etat, mutuelles, corps médical, firmes pharmaceutiques, laboratoires privés et publics, associations de patients, centres de recherche, etc.). Nous voudrions montrer que, derrière les débats sur le financement des soins de santé, nous ne trouvons pas seulement une rude confrontation d'intérêts, mais également un problème politique *de fond* qu'on pourrait formuler comme suit : les façons dont on finance collectivement la santé publique mettent en jeu différentes manières d'attacher l'individu au collectif, mais aussi de faire exister le collectif pour les individus. Autrement dit, différentes manières de « faire société » — lesquelles, sans doute, ne se valent pas toutes.

### *L'intervention de l'Etat et la citoyenneté moderne*

Disons donc que, dans les sociétés modernes, la santé constitue un bien public à travers l'intervention de l'appareil étatique qui règle l'accès à la santé pour chacun — et du même coup l'état de santé de la population — par l'intermédiaire d'une régulation plus ou moins contraignante (selon les pays et les systèmes) du marché des services et des biens de santé (soins

<sup>1</sup> Structures privées très nombreuses en Belgique à travers le monde associatif subventionné, le relais de l'action publique auprès de usagers (p. ex. dans la santé mentale).

<sup>2</sup> Appuyées largement sur les travaux du sociologue Robert Castel. Voir : *Les métamorphoses de la question sociale*, Fayard, Paris, 1995 (coll. Folio Essais, Gallimard, Paris, 1999) et, plus court, *L'insécurité sociale. Qu'est-ce qu'être protégé ?*, Seuil/La république des idées, Paris, 2003.

et médicaments ou dispositifs matériels de traitement). Cette intervention s'adosse à un puissant appareil juridique et le recours à d'importants fonds publics. Ceci semble pour nous aller de soi, mais il faut rappeler que cet "appareillage" social, sans lequel la santé ne peut constituer un bien public, est une invention historique récente<sup>3</sup>. Ses formes embryonnaires remontent à la deuxième fin du 19<sup>e</sup> siècle, même si en amont, son élaboration doit beaucoup à des transformations décisives dans les sciences, avec le développement et l'application du calcul statistique à la *population*, devenue préoccupation de l'Etat dès le 18<sup>e</sup> siècle en France avec le raisonnement démographique<sup>4</sup>. Cet appareillage social ne devient un véritable dispositif, système consolidé et généralisé en Europe, aux Etats-Unis et quelques autres pays privilégiés, qu'après la deuxième Guerre mondiale. Son développement s'inscrit dans une dynamique historique plus large, celle de l'élaboration de systèmes de *protection ou d'assurance*, qui s'inscrit à son tour dans la dynamique politique de la citoyenneté démocratique moderne, placée sous les idéaux d'égalité et de liberté<sup>5</sup>.

### *Citoyenneté politique, citoyenneté sociale*

On dit souvent, par commodité ou par pli idéologique, que les systèmes d'assurance ou de protection appartiennent à l'histoire d'un Etat-*providence*. Le sociologue Robert Castel suggère que le terme est trompeur et politiquement discutable et qu'il serait plus exact de parler de l'Etat *social*. En effet, l'idée d'un Etat-Providence véhicule celle d'un Etat distributeur, inscrit celui-ci dans le prolongement des actions de charité qui dispensent unilatéralement des biens et des services à ceux qui en ont besoin. Or, historiquement, selon Castel, l'Etat n'a pas été redistributeur — preuve en est qu'il a laissé persister de très fortes inégalités entre les groupes sociaux. Mais l'Etat a été, en revanche, *protecteur*, faisant de la protection (sous la forme de l'assurance) le vecteur d'une citoyenneté *sociale*.

Comment est né l'Etat social ? La première forme de citoyenneté, issue de la Révolution Française, fut appuyées sur les droits civiques, à travers par exemple l'universalisation progressive du droit de vote ou l'égalité devant la loi (abolition des privilèges). Mais ceux-ci, comme on sait, devaient s'avérer inopérants pour la majorité, faute des conditions matérielles permettant de les exercer : l'égalité devant la loi et les droits, la liberté reste lettre morte tant que l'on n'attaque pas les inégalités matérielles<sup>6</sup>. C'est à travers des dispositifs sociaux très concrets (instruction

---

<sup>3</sup> Nous ne voulons pas dire que les sociétés non-modernes considèrent la santé comme une affaire individuelle et que seuls les « Modernes » occidentaux en auraient fait un enjeu collectif. L'ethnopsychiatrie montre que, bien au contraire, les sociétés traditionnelles envisagent *d'abord* la maladie comme un enjeu collectif ; plus exactement : communautaire ou essentiellement relationnel. Mais faire de la santé un « bien public » est tout autre chose que l'appréhender à travers des pratiques communautaires de guérison. Ce qui ne signifie pas que nous n'ayons pas à apprendre de ces dernières dans les transformations que traversent les systèmes de santé et de protection sociale. A ce sujet : J. Rafanelli Orta, *En finir avec le capitalisme thérapeutique. Soins, politique et communauté*, La Découverte, Paris, 2011.

<sup>4</sup> D. Fassin, *Faire de la santé publique*, Editions EHESP, Paris, 2008 (2<sup>e</sup> éd.), p. 25 suiv.

[http://www.academia.edu/6635296/L.\\_%C3%A9mergence\\_de\\_la\\_population.\\_Mirabeau\\_Quesnay\\_Moheau](http://www.academia.edu/6635296/L._%C3%A9mergence_de_la_population._Mirabeau_Quesnay_Moheau)

<sup>5</sup> Si nous soulignons le caractère essentiellement politique des systèmes de santé, c'est pour les soustraire au raisonnement moraux qu'on tend à leur appliquer aujourd'hui : "Face aux faits, c'est-à-dire face à l'évolution des coûts (sophistication technologique, vieillissement de la population, demande croissante, maladies nouvelles et chroniques, etc.) d'un côté et à une crise économique persistante qui creuse les déficits budgétaires des Etats, de l'autre, il ne faut pas mettre en danger le système, c'est un devoir moral que de réduire les dépenses". La rhétorique moralisante, ciblée sur la responsabilité (soit des individus, soit de la puissance publique soit de l'homme politique qui entend incarner la puissance publique) suppose les "faits" indiscutables d'un côté, le devoir de décider de l'autre. On peut commencer par interroger les "évidences", les "faits", et se demander s'ils ne sont pas eux-même autre chose qu'une évolution naturelle, mais le résultat d'une construction, de *choix* techniques et scientifiques, c'est-à-dire d'une trajectoire politique et sociale récente.

<sup>6</sup> Et opérants essentiellement pour le petit nombre des propriétaires *privés*. La pensée socialiste et communiste du 19<sup>e</sup> siècle par exemple chez Proudhon ou chez Marx, est scandée par la critique de la propriété privée qui dénonce

publique, première retraites ouvrières, caisses de secours mutuel, etc.) qu'on a donc cherché à "réaliser" l'égalité et la liberté, une forme de citoyenneté sociale prenant ainsi le relais des droits civiques ou politiques dans la construction de la citoyenneté *tout court*.

### *L'insécurité sociale*

Précisons la transformation : l'un des vecteurs les plus forts d'inégalité, c'est l'exposition de l'individu aux aléas de la *vie* physique et psychique. Au 19<sup>e</sup> siècle, nombreux sont ceux qui, quittant les campagnes pour travailler dans les villes, se voient privés des protections que représentent les solidarités traditionnelles (famille et vie communautaire dans le monde paysan, formant ce que Castel appelle les "protections rapprochées"). Celui qui ne possède rien d'autre que son propre corps, qui dépend de sa seule force de travail pour vivre, ne peut se protéger de la maladie, de l'invalidité, de la vieillesse — qui à leur tour rendent impossible le travail. A la différence de celui qui peut tirer des revenus de ses propriétés, il est à la merci des accidents de la vie, en particulier ceux qui sont engendrés par le travail. Le raisonnement qui soutient la mise en place de protections sociales est ainsi que l'insécurité vitale n'est nullement liée à une "nature" de l'individu, mais doit être envisagée comme une insécurité *sociale*, fruit d'une condition sociale : celle du travailleur salarié, l'ouvrier dans l'industrie du 19<sup>e</sup> siècle. L'insécurité est également *sociale* en un deuxième sens : pour les possédants ou les élites, elle menace la hiérarchie sociale elle-même, car le salariat, alors forme très violente d'organisation du monde du travail, engendre des luttes des classes, des insurrections, des rébellions. La construction des protections sociales, comme les retraites ou les assurances de santé, a historiquement été une réponse à ce double problème de l'insécurité sociale, ainsi qu'au besoin qu'avaient les sociétés industrielles capitalistes de mettre et de maintenir les masses au travail.

### *Double rôle de la solidarité dans la citoyenneté sociale*

Pour nombre de réformateurs, ces dispositifs obéissent à un principe de solidarité en un double sens — le terme est important et accompagne aussi bien les discours politiques que la naissance des sciences sociales, chez Emile Durkheim notamment. La solidarité est à la fois un but (la recherche de la cohésion sociale, d'un bien collectif) et un moyen (assurer une certaine indépendance des individus, la possibilité d'un bien individuel). L'idéal de la citoyenneté sociale repose sur l'équilibrage, le cercle vertueux de ces deux rôles de la solidarité.

On constate en effet, dans la douleur aussi bien que dans la lutte sociale, que la société industrielle obéit à une double dynamique : interdépendance accrue des individus et des groupes (on ne peut plus produire seul, ou en petit groupe isolé, les moyens de sa subsistance), qui marche de concert avec la destruction des liens traditionnels. L'enjeu était donc, pour les réformateurs et pour certains mouvements ouvriers, d'inventer des mécanismes institutionnels susceptibles de pallier la destruction des liens communautaires traditionnels, d'établir les conditions de nouvelles solidarités en adéquation avec les formes modernes du travail, de l'échange, bref de la production. En d'autres termes, de doter la société de mécanismes de solidarité de substitution, destinés à empêcher les interdépendances modernes d'engendrer les forces d'exclusion et de dissociation qui menacent ou insécurisent les individus et le corps social dans son ensemble. La solidarité est ici un but.

Celle-ci constitue également un moyen : cotisations et assurances obligatoires attachées au travail, mutualisation des risques, mais aussi services publics d'éducation et de santé permettent l'élaboration de "propriétés sociales" qui se substituent, dans leur rôle protecteur, à la propriété

---

souvent l'imposture du droit de propriété (en tant que droit, il s'applique en principe à tous, dans les faits, il s'avère un instrument du pouvoir des possédants).

privée ou aux “protections rapprochées” de la vic communautaire. Equivalents de la propriété pour les travailleurs non-proprétaires, les protections sociales leur permettent de ne pas être complètement “dépendants” (comme on l’est de la charité, mais aussi de son état de santé), d’acquérir une certaine indépendance — la propriété de soi<sup>7</sup>. Ces propriétés sociales, à la différence de la stricte propriété privée, ne constituent pas, en principe, un patrimoine circulant librement sur un marché, elle sont indisponibles aux individus. Elles se réalisent à travers un système de droits et d’obligations — par exemple l’assurance obligatoire contre les risques sociaux que doit payer le salarié, et qui est incluse dans son salaire, et de structures publiques à usage commun. C’est donc aussi *par* la solidarité que se construit la citoyenneté sociale, ici synonyme d’une certaine autonomie, ou liberté, des individus.

### *Citoyenneté sociale et santé publique*

C’est dans le contexte que nous venons de décrire à gros traits que prend sens l’idée de santé publique : une affaire sociale, objet d’une gestion publique. On peut dire que s’enclenche un processus qui va faire entrer progressivement toujours plus d’événements de la vie dans le registre de la médecine et dans le registre du “risque” à assurer socialement par l’intervention de l’Etat ou des institutions déléguées de la puissance publique. Cela signifie qu’une pathologie, une maladie, un facteur de santé est toujours autre chose qu’un donné biologique ; que la santé elle-même n’est pas seulement un bien personnel désirable et défini par la nature. Elle est en un certain sens une construction sociale qui mobilise à la fois des sciences et des pratiques médicales, de l’action publique, de l’industrie et, aujourd’hui, des patients regroupés en associations. Cette construction sociale fabrique à la fois la demande, l’offre et l’accès à cette offre.

Dans cette perspective, il serait extrêmement réducteur de convoquer l’image de l’Etat-Providence distribuant, plus ou moins généreusement selon les budgets, des soins de santé à “gérer en bon père de famille” face à l’appétit des citoyens, de l’industrie, ou des médecins. La couverture-santé n’est pas une sorte de dépense luxueuse de l’Etat bienfaiteur, mais à chaque moment de son évolution, une construction fragile, fruit de débats politiques, de compromis sociaux et d’arbitrages difficiles<sup>8</sup> ; mais elle est aussi un formidable outil économique, un puissant levier par lequel l’Etat, aujourd’hui, active l’économie<sup>9</sup>. Mais qu’on le veuille ou non, les décisions qui sont prises à son sujet — sur les modalités de son financement, les priorités qu’on lui assigne, le sens concret que l’on donne à la “promotion de la santé” et à la “prévention”, à la responsabilité individuelle, accès universel ou différencié aux soins, etc. — engage, en raison de l’histoire que nous avons brièvement tracée, la nature les rapports sociaux, c’est-à-dire les rapports que les individus entretiennent avec eux-mêmes et ceux qu’ils entretiennent avec les collectifs auxquels ils appartiennent, avec la société tout entière.

On a parlé, souvent à juste titre, de “médicalisation” de la société : à bon droit, puisque bien des aspects de la vie sont pris en charge aujourd’hui par des pratiques médicales ou paramédicales qui tendent à coloniser la vie individuelle et collective, biologique et sociale. Ce mouvement est inséparable d’une *socialisation* de la médecine et des soins de santé qui a servi la réalisation de la citoyenneté au 20<sup>e</sup> siècle. Cette socialisation constitue donc, de ce fait, une politique, c’est-à-dire

<sup>7</sup> R. Castel, Cl. Haroche, *Propriété privée, propriété sociale, propriété de soi. Entretiens sur la construction de l’individu moderne*, Fayard, Paris, 2001.

<sup>8</sup> Rappelons, à titre d’analogie, qu’il a fallu vingt ans de débats en France, dans et hors de l’Assemblée, au tournant du siècle, pour faire voter les premières lois sur les retraites paysannes et ouvrières.

<sup>9</sup> P. Artus, « Les dépenses de santé sont un gisement de richesse », dans *Carnets de santé*, mai 2007. Consulter : <http://www.carnetsdesante.fr/Artus-Patrick>

une manière de penser et de résoudre les “questions sociales”, une certaine manière de concevoir et de réaliser le “faire société”.

La question des protections sociales sont, plus que jamais, à l’ordre du jour dans une société où se multiplient les situations précaires, mais penser la citoyenneté sociale aujourd’hui ne signifie pas idolâtrer les solutions anciennes. Du tableau rapide que nous avons dressé, il ne faudrait pas oublier que les mécanismes de solidarité qui ont historiquement gagné, bien que d’incontestables vecteurs d’émancipation sociale, sont aussi ceux qui ont permis à la société salariale et à un certain capitalisme de se consolider avec ses hiérarchies, évinçant les autres façons possibles de faire société. Si les protections sociales de santé ont contribué à l’égalisation, elles n’en ont pas moins engendré des formes de pouvoir spécifiques, à travers des dispositifs biopolitiques (Foucault) exerçant une puissante normalisation des conduites, qui furent et sont encore l’objet d’une critique constante et nécessaire<sup>10</sup>. N’oublions pas enfin que la médicalisation de la société peut aussi servir des dynamiques de dépolitisation, mettant la thérapie au service de la reproduction des divisions sociales — comme lorsque l’on confie au médecin du travail le soin de réparer les souffrances psychiques individuelles et d’adapter les individus, au lieu de critiquer collectivement les formes d’organisation du travail. Toutes ces questions doivent être posées en même temps, si l’on cherche à défendre la santé publique et la citoyenneté sociale aujourd’hui.

Florence Caeymaex  
Maître de recherches du F.R.S.-FNRS  
Université de Liège  
*MAP-Matérialités de la politique*  
Unité de recherches en philosophie politique

Florence Caeymaex est Maître de recherches du F.R.S.-FNRS et co-dirige l’Unité de recherches *Matérialités de la politique* (Département de philosophie) à l’Université de Liège. Spécialiste de la philosophie française contemporaine, ses recherches portent sur les implications éthiques et politiques des philosophies de la vie et de l’existence. Elle mène également, à travers des projets de recherche interdisciplinaires, des recherches sur les « politiques de la vie » dans la société contemporaine, qui interrogent l’articulation des biopolitiques à la dynamique de la citoyenneté moderne. Elle est membre du Comité consultatif de bioéthique de Belgique.

---

<sup>10</sup> Michel Foucault, *Histoire de la sexualité, I. La volonté de savoir*, Gallimard, Paris, 1976.