



HAL
open science

Le propre de l'ordre. Hygiène et biopolitique en République

Marc Renneville

► **To cite this version:**

Marc Renneville. Le propre de l'ordre. Hygiène et biopolitique en République. Revue de Synthèse, 1999, 4, pp.621-635. 10.1007/BF03182172 . halshs-00130227

HAL Id: halshs-00130227

<https://shs.hal.science/halshs-00130227>

Submitted on 7 Nov 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

« LE PROPRE DE L'ORDRE. Hygiénisme et biopolitique en République »

Revue critique des ouvrages suivants :

Lion Murard et Patrick Zylberman, *L'Hygiène dans la République (La santé publique en France, ou l'utopie contrariée. 1870-1918)*, Paris, Fayard, 1996, 15,5 x 23,5, 813 p., bibliogr., index, fig., tabl. et cartes.

Jean-Bernard Wojciechowski, *Hygiène mentale et hygiène sociale : contribution à l'histoire de l'hygiénisme*, Paris/Montréal, L'Harmattan, L'Harmattan Inc., 1997, 13,5 x 21,5, t. I, *Naissance et développement du mouvement d'hygiène mentale en France, à partir du milieu du XIXe siècle jusqu'à la première guerre mondiale*, préf. du docteur Lucien Bonnafé, 224 p ; t. II, *La ligue d'hygiène et de prophylaxie mentales et l'action du docteur Edouard Toulouse (1865-1947) au cours de l'entre-deux-guerres*, postf. du docteur Lucien Bonnafé, 320 p, coll. « Logiques sociales ».

L'Hygiène dans la République est une contribution magistrale à l'histoire de la médecine et des politiques de santé publique en France entre 1870 et 1914. 1870, c'est l'année d'une déroute militaire pour la France, mais la guerre franco-prussienne sera sanctionnée aussi, rappelle les auteurs, par une défaite sanitaire. Alors que la vaccination antivariolique est connue depuis le début du siècle par la communauté médicale, la variole fait 15 421 victimes à Paris, provoque 58 000 décès dans le pays et fauche l'armée française à hauteur de 23 400 soldats pour 600 000 combattants. Un bilan pitoyable et accusateur, lorsque l'on sait que l'armée allemande perd en dans le même temps moins de 500 pour un total d'un million. Un bilan qui serait en fait révélateur d'une situation sanitaire générale déplorable. La France a connu en effet entre 1870 et 1914 des régimes de mortalité et de morbidité plus élevés que ceux de ses voisines anglo-saxonnes et germanique, ainsi qu'une transition épidémiologique (recul des maladies infectieuses et augmentation des maladies dégénératives) retardée de plusieurs décennies par rapport à l'Angleterre où les taux de typhus, choléra et variole déclinent dès les années 1870 (p. 9, p. 34). Pour Murard et Zylberman, il est impossible d'attribuer cette différence à un retard scientifique car le mouvement hygiéniste français est très similaire sur le plan théorique à celui de ses voisins. Les médecins français ne se sont d'ailleurs pas fait faute d'attirer l'attention du gouvernement sur la santé des populations. Leur intérêt pour cette police de santé remonte à la fin du XVIIIe siècle et il provoqua la formation dans la première moitié du XIXe d'un premier « parti hygiénique », qui obtint en 1848 la création du comité consultatif d'hygiène publique de France (décret du 10 août) puis, par un nouveau décret (18 décembre), le principe de la création d'un comité de salubrité par département. C'était là un résultat important en ce qu'il marquait une reconnaissance, mais l'histoire de ces institutions sous le Second Empire fut celle d'une désillusion. La loi du 13 avril 1850 relative à l'assainissement des logements insalubres ôta par exemple toute compétence en ce domaine aux conseils de salubrité en plaçant les nouvelles commissions de surveillance des logements sous le contrôle total du conseil municipal (p. 135). Encore ces commissions n'eurent-elles qu'une faible influence : en 1853, il n'y en avait que 228 en activité pour 36 000 communes (p. 137) et en 1873, il n'y a plus qu'une dizaine de communes qui observent la loi ! La situation ne fut guère plus brillante pour les conseils de salubrité. En 1858, seuls six conseils généraux avaient débloqué les crédits nécessaires à la création de cette institution (p. 130). De toute façon, les conseils départementaux d'hygiène, dépendant du préfet, n'avaient pas la faculté de se réunir ou de fixer leur ordre du jour et en 1887, Charles Chamberland (1851-1908), député médecin et pastorien convaincu, jugeait que « les services que l'on était en droit d'attendre d'eux ont été presque nuls » (p. 133).

Si ce constat structure toute la narration, l'originalité de l'ouvrage tient plus fondamentalement à la méthodologie mise en oeuvre. Les auteurs estiment en effet que « *l'histoire de l'hygiène ne saurait se borner à l'étude des agressions biologiques, du fléau lui-même, des peurs ou terreurs qu'il engendre. Elle n'est pas tant saisie des concepts ni même des outils, fussent-ils scientifiques, que de leur application sinieuse et toute terre à terre* » (p. 294). Ce pari méthodologique oriente tout le récit, délibérément centré sur les « *réactions du pouvoir politique face à ces problèmes concrets de santé publique qui relèvent de ses attributs régaliens* » (p. 7) au détriment d'une histoire conceptuelle de la science hygiénique. L'explication du retard français vient alors de la situation politique du pays. Depuis la Révolution française, c'est l'instance municipale qui a pleine compétence pour tout ce qui relève de la salubrité (décrets du 14 décembre 1789, loi des 16-24 août 1790). Paradoxalement, la politique de santé publique aurait fait les frais du processus de démocratisation : la loi du 5 avril 1884 étendant les pouvoirs du conseil municipal (élection libre du maire, publicité des séances, liberté de réunions et possibilité de concertation intercommunale pour des projets communs) instaura en pratique une « polycratie des élus locaux » qui brisa toute velléité de réforme hygiéniste. Le pouvoir municipal n'est pas le seul à être mis en cause dans cet ouvrage et pour les auteurs, toutes les institutions semblent concourir en France à étouffer les mesures d'assainissement. L'un des passages les plus convaincants de la démonstration se trouve selon nous dans le chapitre VII qui débute sur un long extrait de la séance de débat du 12 février 1897 au Sénat (il s'agissait d'étudier l'opportunité d'établir un service d'inspection sanitaire dans chaque département). L'argumentation développée par les opposants au caractère obligatoire de cette fonction montre combien la classe politique fut, sur ce sujet, d'une totale irresponsabilité. Elle refusa ici à ses concitoyens ce qu'elle avait accepté pour le bétail en 1881 (pp. 209-211). Il n'est pas jusqu'au judiciaire qui ne renforce par ses actes de jurisprudence l'impuissance des maires à agir contre cet inaliénable droit de propriété dont jouissent les empoisonneurs par négligence (p. 142). En regard de cette désinvolture cynique, l'analyse renvoie en creux à une misère physiologique qui accable aussi bien le prolétariat urbain que ces paysans qui se soucient plus de la santé de leurs animaux que de leur propre vie. Et l'on vient peu à peu, au fil des pages, à se laisser envahir par la sourde indignation qui habitent les auteurs : avec ce livre, l'histoire de la santé publique est devenue l'histoire d'un scandale.

Les médecins ont tenté pourtant de pallier l'impéritie de la classe politique en rassemblant un second « parti hygiénique », marqué par la création en 1877 de la *Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle* (SMPHP), animée par Henri Napias (1842-1901) et Émile Vallin (1833-1924), professeur au Val-de-Grâce et directeur de la *Revue d'hygiène* (1879). Cette société savante ne s'encomrait guère de discussions dogmatiques et son objectif était tout pragmatique : il s'agissait « de se faire un parti dans la cité savante, et du parti dans la cité, une cabale dans le pays » (p. 93). Les auteurs en veulent pour preuve l'offensive menée en 1883 contre l'*Association française pour l'Avancement des Sciences* (AFAS). L'AFAS avait été fondée en 1872, selon sa devise, « Par la science, pour la Patrie ». Elle organisait des congrès annuels dans les villes de province dans le but de diffuser les sciences auprès des pairs et du public. Or l'AFAS, jusqu'en 1884, ne possédait pas de section d'hygiène publique. Il nous est proposée une vision antagonique de la création de cette dernière, en 1883-84 : d'un côté une grosse institution au sein de laquelle « bourdonnent des notabilités provinciales », de l'autre, une société parisienne et militante qui ne se paye pas de mot (cf. devise de l'AFAS). La SMPHP aurait « colonisé » sa « rivale » provinciale. A l'appui de cette interprétation, les auteurs montrent que l'initiative de la création de la section est venue de la SMPHP, que ses membres ont participé massivement au congrès de Rouen, et que l'un d'entre eux (C. M. Gariel) est parvenu immédiatement au conseil d'administration de l'AFAS (pp. 51-52).

Concentrés ainsi sur les années 1870-1890, Murard et Zylberman éludent de fait l'étude du « premier parti hygiénique » (celui de Parent-Duchatelet, Royer-Collard, Villermé etc.) manifestement en amont de leur périodisation. Ils n'en relèvent pas moins une continuité thématique entre les deux mouvements, qui procèdent également d'une démarche strictement « environnementaliste », attachée aux conditions de salubrité (propreté des rues, écoulement et pureté des eaux, emplacement des cimetières, évacuation des déchets de boucherie, stockage raisonné du fumier etc.) plutôt qu'à la recherche d'agents spécifiques, comme le voudrait le pasteurisme. De Villermé à Virchow, de Pettenkofer à Bebel, la maladie était le symptôme d'une communauté pathologique et les relevés statistiques restaient des outils de critique sociale (p. 80). R. Koch en Allemagne comme L. Pasteur en France rencontrèrent d'ailleurs dans le milieu médical de fortes résistances à l'application de la microbiologie. Le chapitre III montre bien à cet égard que le pasteurisme originel de la *Société de médecine publique* est - comme bien souvent - le produit d'une lecture sélective forgée *a posteriori* dans le but d'en légitimer l'origine : un mythe disciplinaire et fondateur. Si l'on admet avec les auteurs que l'hygiène est entrée dans sa phase scientifique grâce à Pasteur, les effets n'en furent perceptibles d'une manière indiscutable à la *Société de médecine publique* qu'en 1882, avec l'élection à la présidence du pasteurien Paul Brouardel et, à la faculté de médecine, en 1885, avec l'élection d'Adrien Proust à la chaire d'hygiène. Ce retard pourrait sembler anodin puisque *La théorie des germes et ses applications à la médecine et à la chirurgie* ne paraît qu'en 1878 mais la théorie des miasmes ne fut pas remplacée soudainement par celle des germes et bien des médecins conservèrent jusqu'au début du XXe siècle une conception hybride des étiologies pathologiques : la « révolution scientifique » a eu ici comme ailleurs, des hoquets.

De toute façon, le déficit sanitaire de la France fut moins causé selon Murard et Zylberman par ces résistances théoriques que par l'organisation politico-administrative des institutions chargées de la police médicale. Loin d'être servie par le volontarisme dont a fait preuve le régime républicain en matière d'enseignement, la politique de santé publique aurait pâti en France de contradictions que les gouvernements successifs n'ont pu - ou voulu ? - surmonter. Une telle interprétation remet foncièrement en cause la représentation d'un Etat français centralisé et efficace, en mettant au jour trois éléments : l'« autoritarisme à vide » du gouvernement, une administration des notables qui s'oppose à toute création d'un corps d'hygiénistes d'état et une confusion entre les intérêts privées et l'autorité publique (pp. 123-128). Il est difficile de ne pas être convaincu par l'inventaire des obstacles à la mise en place d'une politique de santé publique efficace. Il y a d'abord la faculté de médecine de Paris qui s'oppose à la professionnalisation de l'hygiène (chap. III) puis le vote et l'application très laborieuse de la « charte sanitaire » de 1902, qui illustre l'impuissance du pouvoir central (chap. IV à VII). Les mauvaises volontés sont ici bien partagées. Les médecins sont réticents à déclarer les cas de maladies contagieuses qu'ils détectent afin de ménager leur clientèle. Cette éthique du « secret professionnel » leur permettra de défendre longtemps leur intérêt contre celui de la santé publique (chap. X). La population ensuite, se montre peu enthousiaste pour les séances gratuites de vaccination, sauf lorsqu'une épidémie est en marche (pp. 377-384). Quant au parlement, il semble « tenu en laisse par la polycratie des notables et des médecins », qui déclareront bientôt la faillite de la « charte sanitaire » de 1902 (chap. VIII à X).

Le bilan de la France en matière de santé publique est finalement très négatif, tant pour les maladies épidémiques que sociales (chap. XI). En fait, il n'y avait pas en France de mouvement d'opinion publique favorable à l'hygiène, contrairement à l'Angleterre et l'Allemagne (chap. XII à XV). C'est d'ailleurs l'Etat anglais, apparemment le plus libéral, qui s'avéra aussi le plus interventionniste en imposant au pays une hygiène peu médicalisée et très administrative. Le chapitre V en rappelle les principaux signes :

1) le *Public Health Act* de 1848 exigeait, bien avant la charte sanitaire française, que les autorités locales instituent des *Boards of Health* et procèdent à des réformes lorsque leur taux de mortalité excédait la moyenne nationale calculée par le *General Register Office*

2) Un gouvernement des experts s'organisa plus tôt Outre-manche grâce au *Public Health Act* de 1859, qui confirmait la présence de la question sanitaire au Conseil privé de la Couronne

3) La professionnalisation du métier d'hygiéniste fut effective en Angleterre avec la création de diplômes de santé publique (1871) et celle de la société des *Medical Officers of Health* (1888).

On commença à engranger en Angleterre les bénéfices de cette politique menée à tâtons et sans connaissance scientifique à la fin du siècle. En France en revanche, l'exemple de la lutte contre la tuberculose montre que l'on ne parvient pas à se dégager du modèle de l'assistance charitable (chap. XVI-XVII) et il faudra finalement attendre la Grande guerre pour apprécier les dramatiques conséquences pour la population civile de la faiblesse de l'État et l'amorce d'une politique autoritaire, liée aux circonstances. 1914-18 marqua alors la « militarisation de l'hygiène » (chap. XVIII-XIX). Contrairement à la guerre de 1870, l'armée nationale fut cette fois-ci assez bien protégée contre les maladies épidémiques classiques (rougeole, scarlatine, méningite, dysenterie), mieux en tout cas que les populations civiles. Si les états-majors furent désarmés face à l'épidémie de grippe - 30 millions de morts en Europe - les médecins militaires français systématisèrent les pratiques d'évictions des tuberculeux malades. De 1916 à 1918, 48 hôpitaux sanitaires (9 000 lits) furent créés pour permettre l'accueil durant la même période de 65 000 malades et 22 stations sanitaires furent mises en place pour les convalescents¹. A partir de 1918, l'hygiène militaire fait figure de modèle : lorsque Justin Godart (1871-1956) voudra justifier un projet de loi rendant obligatoire la vaccination antityphoïdique, il rappellera que celle-ci a « sauvé l'armée » pendant la guerre de 1914-18. Les années vingt et trente confirmeront la mobilisation croissante de la société civile avec la multiplication des ligues privées d'hygiène et la création, le 21 janvier 1920, du premier Ministère de l'hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales. Le temps de la « défense intermittente » en matière de santé publique semble alors révolu (p. 577). Une nouvelle période s'ouvre : elle fera l'objet d'un second ouvrage que l'on attend avec impatience. Forts de cette riche enquête sur les impasses des politiques de santé publique, les auteurs concluent en mettant en perspective la notion de biopolitique de Foucault, jugée peu pertinente dans ce champ de la santé publique où régna trop longtemps une « orthodoxie du néant ».

L'Hygiène dans la République n'entend pas ménager les certitudes du lecteur. L'objet du récit, d'abord, relève autant de l'histoire politique que de celle de la médecine. On sait combien ces étiquetages sont artificiels mais il est remarquable qu'un sujet *a priori* médical puisse être appréhendé dans une périodisation bornée par deux guerres. Ceci démontre une nouvelle fois, s'il était besoin, que l'histoire des sciences n'est plus inféodée à un genre historiographique dicté par la seule épistémologie normative. Les critiques fusent d'ailleurs vers d'autres chapelles historiques. Ici on égratigne Foucault, là on ébrèche l'histoire des mentalités, ailleurs on ridiculise certaine histoire utilisant la psychanalyse. Murard et Zylberman feignent d'appliquer le modèle interactionniste mais on ne peut être dupe de leur modestie : leur genre ne relève que de leur propre démarche, originale nous l'avons dit par sa méthodologie, et singulière dans le rapport qu'elle instaure entre le fond du récit et sa forme. Le texte est très dense, saturé de retours et d'effets, criblé d'ellipses et de métaphores. Un tel style, savoureux sur de courtes distances, devient un frein à la lecture lorsqu'il se déploie sur plus de 580 pages. Les citations, souvent brèves et dégagées de leur contexte de production, sont si fréquemment enchaînées aux inventions stylistiques des auteurs qu'il est parfois impossible de démêler le discours des hygiénistes de l'analyse. Le lecteur est pris en otage, sommé d'adhérer à un récit aux temporalités mêlées. Si l'index lui sera une aide fort appréciable, il lui faudra de la ténacité pour

¹. *Ibid.*, p. 549. Ces dernières seront transformées en sanatoriums par la loi du 7 septembre 1919.

débroussailler le maquis de notes renvoyées en fin d'ouvrage. On peut voir dans ce singulier contraste un pied de nez aux prétentions « scientifiques » de certains historiens. Il y aurait le corps du texte pour les « littéraires », les notes pour les « scientifiques »... Pied de nez, clin d'oeil, pastiche ? Si la dichotomie est parfaitement orchestrée, elle risque fort d'éluider la discussion des thèses avancées.

Revenons donc sur quelques-unes des positions et interprétations défendues dans cet ouvrage et, avant tout, sur sa périodisation. On aurait souhaité que l'origine de 1870 soit plus argumentée. La guerre induit-elle une accélération dans les réformes hygiénistes ? Les auteurs nous donnent tous les éléments pour en douter puisqu'ils n'ont cessé de mettre en évidence le « formidable sur-place » qui caractérise l'ensemble de leur période (p. 588). L'hypothèse d'un réveil après une période de latence ne nous semble guère plus tenable si l'on songe aux réformes qui ont accompagné la politique d'urbanisation du Second Empire. Certes, la césure entre les deux partis hygiénistes est justifiée par un glissement du néo-hippocratisme des Lumières à une « hygiène sociologique » et une « médecine politique » (p. 77) mais l'argument est discutable sur cette chronologie car l'hygiène était déjà, à la fin du XVIIIe siècle, sous la Révolution française et dans la première moitié du XIXe siècle, une notion éminemment politique. La sélectivité des positionnements historiographiques portant sur la période antérieure à 1870 affaiblit d'ailleurs la légitimité du découpage retenu par les auteurs ². On s'étonne en particulier que le concept de biopolitique ne soit discuté qu'à l'aune des travaux de Foucault, alors que Jacques Léonard avait explicitement proposé de situer la naissance d'une « biopolitique » dans la « révolution médico-politique » du tournant des XVIIIe-XIXe siècle. Pour Léonard, c'est « dans la consolidation post-révolutionnaire » (Directoire et Consulat) que « la médecine sociale prend place dans la panoplie des moyens du gouvernement ». Les critères énoncés étaient précis : réorganisation et professionnalisation de la médecine (loi du 10 mars 1803), confirmation de la présence de la médecine légale dans l'appareil judiciaire (art. 81 du Code civil, art. 44 du Code d'instruction criminelle, Art. 475 du Code pénal), continuité des problématiques assurée entre l'ancienne *Société Royale de Médecine* et la future *Académie de médecine* par la *Société de l'école de médecine de Paris*, etc³. Ils auraient pu au moins être discutés. Ce recentrage chronologique aurait permis surtout de mettre en perspective le retard français de la fin du siècle. L'« orthodoxie du néant » décrite au début de l'ouvrage n'est pas née dans un désert et Ann La Berge jugeait même que les Français avaient été les meneurs incontestés du mouvement de la santé publique, jusqu'en 1837-38 environ. Dix ans plus tôt, Chadwick affirmait lui-même que les relevés statistiques français permettant une comparaison de la durée de vie par classes sociales n'avaient pas d'équivalent en Angleterre. En 1832, il existait au moins une dizaine de Conseils de salubrité dans les départements français, créés à l'initiative des préfets. Le premier et le plus actif de tous, celui de la capitale, servit de référence pour la création d'institutions similaires en Belgique (1830), en Sardaigne (1847) et en 1866 encore pour New-York ⁴. Ann La Berge a trouvé beaucoup de points communs aux mouvements hygiénistes français et anglais (mouvements de professionnels, quasi-officiels, liés à l'urbanisation et aux régions en cours d'industrialisation mais aussi des différences : les hygiénistes Français ne répondent pas à une demande de la Chambre élue et ils sont gênés par l'absence d'un leader incontesté (Parent-Duchatelet et Villermé ne font pas un Chadwick). Ils ont en revanche l'avantage de posséder

². Impossible de mentionner ici tous les travaux. Citons simplement les noms de William Coleman, Olivier Faure, Ann La Berge, Bernard-Pierre Lécuyer, Jacques Léonard, Jean-Pierre Peter...

³. Jacques Léonard, *La médecine entre les savoirs et les pouvoirs*, Paris, Aubier, 1981, p. 41-58.

⁴. Nantes (1817), Lyon (1822), Marseille (1825), Lille (1828), Strasbourg (1829), Troyes (1830), Rouen et Bordeaux (1831), Toulouse (1832). D'autres conseils seront créés en réaction à l'épidémie de choléra de 1832. L'activité de ces conseils, souvent éphémères, parfois durables, reste mal connue. Cf. Ann La Berge, *Mission and Method. The early nineteenth-century French public health movement*, Cambridge, CUP, 1992, p. 127-144. Sur Chadwick, p. 291-292, pour la comparaison entre les mouvements français et anglais, p. 302-315.

leur propre revue (*Les Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, créées en 1829) et ils disposent d'une organisation centralisée (le Conseil de salubrité de Paris) que leur envie Chadwick. Ils ont enfin un « modèle français de la santé publique » qui repose sur la mise en avant d'un hygiénisme, défini par La Berge comme la « croyance que tous les secteurs de la vie doivent être médicalisés et moralisés pour prévenir les maladies et promouvoir la santé publique dans l'intérêt de l'ordre social et de la sécurité nationale »⁵. Malgré certaines similitudes dans les mouvements hygiénistes, les lois sanitaires de 1848, visant les mêmes objectifs en Angleterre et en France, ne se donnèrent pas les mêmes moyens pour les atteindre : les conseils de salubrité anglais furent dotés d'un pouvoir propre, alors que la création de ces derniers resta en France à la discrétion des conseils généraux. Murard et Zylberman ont évidemment relevé cette différence, mais ils en ont pris acte comme point de départ. Il nous semble plutôt que 1848 marque une étape essentielle, puisque c'est précisément à ce moment que se fonde - juridiquement - un handicap qui persistera jusqu'à la fin du siècle au moins. Sur ce point, la confrontation des modèles explicatifs d'Ann La Berge et de Murard et Zylberman laisse le champ ouvert à de nouvelles recherches. Pour les auteurs de *L'hygiène de la République* on l'a vu, c'est la démocratisation de la vie politique française qui a eu un effet pervers sur les mesures de santé publique. Pour Ann La Berge, c'est plutôt la faible assise électorale des monarchies censitaires françaises (en comparaison avec l'Angleterre) qui a empêché ses hygiénistes - dépendant du pouvoir - de chercher des soutiens dans la société civile. La résolution de cette question ne pourrait faire l'économie d'une comparaison des processus de médicalisation entre les deux pays, car l'acculturation des valeurs de l'hygiène dans les populations (urbaine, rurale) a suivi des chemins tortueux dont les chronologies sont encore mal établies. Au moins les trois auteurs s'accordent ici pour affirmer que le mouvement d'hygiène public n'a que tardivement bénéficié en France d'un soutien public...

Si la question du découpage chronologique reste en suspens, d'autres points sont moins ambigus. D'abord, convenons tout de suite que c'est un détail, la vision antagonique des rapports entre la *SMPHP* et l'*AFAS* ne tient pas une analyse détaillée. Si la « colonisation » de l'*AFAS* a si bien réussi, comme le montre Murard et Zylberman, c'est que les colons les plus entreprenants s'aventuraient sur un territoire conquis d'avance, par leur double appartenance à ces institutions. Ainsi, l'apparition de Charles-Marie Gariel (1841-1924) au conseil d'administration de l'*AFAS* n'a rien d'un coup de force : l'homme est membre fondateur de l'Association. Et si l'initiative de la création de la section revient bien à la *SMPHP*, elle a été lancée sous les bons auspices de Charles-Adolphe Wurtz (1817-1884), alors président de la société et membre fondateur très militant de l'*AFAS*⁶. En fait, les institutions n'étaient pas rivales mais complémentaires. Loin de mépriser les « notabilités provinciales », les membres de la *SMPHP* avaient réalisé que l'*AFAS* pouvait porter la bonne parole de l'hygiène bien au delà du rayon d'action de la société savante parisienne. La création de la section d' *Hygiène et de médecine publique* fut ainsi, dans un référentiel incontestablement pastorien, à côté des cours publics gratuits d'hygiène, l'une des initiatives de diffusion du modèle hygiéniste les plus marquantes de la période.

Au chapitre de cette pastorisation de la médecine, les auteurs manifestent une divergence de vue avec Claire Salomon-Bayet qui défend une continuité entre les localistes et les pastoriens : « [...] comme si la pastorisation de l'hygiène n'avait été qu'une prise de conscience : une conversion. Le même qui faisait sa pâture des odeurs, sa joie des égouts, se fût retrouvé sans coup férir dans le personnage d'un laborantin ou d'un vaccinateur » (p. 102)⁷. S'il ne nous appartient pas de

⁵. *Ibid.*, p. 306-316.

⁶. Wurtz assiste à tous les congrès de l'*AFAS*, de 1872 à sa mort. Cf l'hommage appuyé qui lui est rendu à Blois en 1884 par E. Grimaux, « L'Association française en 1883-1884 », *AFAS. Congrès de Blois*, 1884, p. 31-36

⁷. Allusion à Claire Salomon-Bayet (Ed), *Pasteur et la révolution pasteurienne*, Paris, Payot, 1986.

trancher ce débat, l'hypothèse alternative d'une discontinuité radicale nous semble douteuse. Faut-il entendre ici que la révolution pastoriennne impliquait une logique d'expérimentation en laboratoire et une technique de vaccination que la médecine ne connaissait pas, ou pratiquait peu ? S'il est évident que la pastorisation de la médecine a permis l'accélération et la justification de ces nouvelles méthodes, le laboratoire était un lieu déjà bien connu des médecins-légistes, l'attention sur les appareils de mesures a précédé la pastorisation de la médecine et les mesures de vaccination ont été mises en pratique en Angleterre avant l'avènement de la bactériologie (*Vaccination Act* de 1853, 1867 et 1871). La relation de la cause « Pasteur » à ces effets n'est donc évidente qu'a posteriori. Ce sont plus sûrement ces évolutions accumulées (pratique de laboratoire, vaccination, théorie des germes) qui ont permis le renouveau de l'hygiénisme. Certes, du point de vue théorique, l'éclectisme perdure en France à la charnière du siècle. Léon Bourgeois, président de l'*Alliance d'hygiène sociale*, ne voulait-il pas « assainir les écoles, l'armée, la prison, l'atelier » ? (p. 88). Mais que cette science hygiéniste soit « impure », comme l'affirme les auteurs (p. 105) ne constitue pas un trait distinctif. Pour nous, cette approche hybride est plutôt l'illustration d'une conception originale de la santé publique, sur laquelle nous allons revenir.

Le retard français à la fin du siècle est relatif (l'espérance de vie augmente) et il ne tient dans la comparaison que face à l'Allemagne et à la Grande-Bretagne. Encore faut-il bien regarder les chiffres fournis par les auteurs. A supposer que les données des tableaux des pages 30-31 soient vraiment homogènes et comparables et que la baisse du taux de mortalité générale soit effectivement plus faible en France qu'en Angleterre et en Allemagne (p. 29), on constate sur la période de référence (1870-1910) des différences selon les pathologies qui s'expliquent mal par le seul état de la législation sanitaire française : la France a par exemple d'excellents résultats sur la scarlatine et ses taux de mortalité restent plus faibles que ceux de l'Empire allemand pour la fièvre typhoïde, la diphtérie et le croup, et même pour la tuberculose, qui fauche 90 000 à 150 000 personnes, on ne sait pas bien. Et puis, si les cas de cancer étaient aussi nombreux que les douze « maladies épidémiques » citées dans ces tableaux (soit 31 000 environ par an), en quoi une bonne administration sanitaire aurait pu y porter remède ? Ces chiffres sont-ils finalement utilisables sans un retour critique sur leurs conditions de production, alors que les médecins eux-mêmes ne sont pas toujours d'accord dans leurs diagnostics ? La thèse du retard français incite parfois les auteurs à forcer un peu le trait. Ainsi, sur le point essentiel de l'hygiène à l'école, ils affirment que « *Professée en vertu des dispositions de la loi organique du 30 octobre 1886, l'hygiène ne passait le seuil de la classe qu'à l'occasion des cours de sciences et de morale : l'instituteur y faisait sans doute allusion en passant, de façon « purement théorique et très accessoire », mais le sujet ne comptant pas pour le certificat d'études, les enfants manifestaient à son endroit une « ignorance très grande »* » (p. 352). Cette citation illustre un trait d'écriture récurrent dans l'ouvrage, qui consiste à étayer un argument par de très brèves citations de l'époque. Qui parle ici ? Les historiens ou les hygiénistes de l'époque ? L'amalgame des discours fait courir deux risques aux auteurs lorsqu'il s'agit d'établir un jugement de fait, comme c'est souvent le cas. Le premier consiste à minorer la valeur stratégique de l'argumentaire pour les médecins de l'époque (question qui n'est jamais soulevée dans l'ouvrage). Le second est dans la sélection des sources. Sur cet exemple précis, l'examen de l'hygiène scolaire ne peut se limiter à la place qu'elle occupe dans les programmes ou dans la classe. Si l'on suit la piste de l'« application sinueuse et toute terre à terre » revendiquée par les auteurs, l'école républicaine n'inculque pas seulement, ni même principalement, les bases de l'hygiène par des prescriptions théoriques mais par son organisation du temps, de l'espace et de sa discipline. C'est déjà un résultat important à la fin du siècle dernier, pour un enfant de milieu populaire, que d'être assuré au moins d'un repas en milieu de journée à heure fixe, de devoir maintenir ses mains et son visage dans un certain état de propreté, d'être soumis, même d'une manière très irrégulière, à l'examen des médecins-experts, qui inspectent l'hygiène buccale et la

chevelure, de voir enfin son état de santé général contrôlé - plus rarement encore, mais d'une manière toute aussi inédite - par les médecins-inspecteurs. L'hygiène, telle qu'elle est comprise par les médecins de l'époque, et non selon nos propres critères, est aussi un rituel de la vie quotidienne, une pratique qui force l'acculturation des milieux populaires aux normes de la bourgeoisie⁸. Enfin, si beaucoup de médecins tentent d'investir le milieu scolaire, ils le font par l'hygiène corporelle certes, mais aussi par la pédagogie (aménagement du temps et de l'espace scolaire) parce qu'ils sont convaincus de l'existence d'une relation entre la santé du corps et celle de l'esprit.

Cette brève allusion aux enjeux de l'introduction de l'hygiène à l'école nous incite à revenir sur une ambition essentielle de l'hygiénisme, dont la dimension moralisatrice subsiste bien au delà de sa pastorisation effective. Être propre c'est, d'une certaine manière, se civiliser. Cette relation, déjà mise en évidence par Elias et Vigarello, a été peu utilisée par Murard et Zylberman⁹. Les époques sont différentes, l'enjeu était ailleurs, dira-t-on. Mais une histoire de la santé publique peut-elle ignorer cette dimension, qui ne cesse d'informer le discours médical ? Peut-on séparer a posteriori ce qui, à l'époque, n'était pas distinct ? Il est significatif à cet égard que l'une des principales figures de l'hygiénisme anglais, Edwin Chadwick (1800-1890), fut d'abord criminaliste et qu'il ait souhaité appliquer une même méthode dans la lutte contre la criminalité et la maladie. Il est vrai que Murard et Zylberman relèvent à la suite de Temkin que les résultats anglais en matière sanitaire ne viennent pas tant d'une meilleure connaissance des infections que d'une représentation de la maladie liée au puritanisme protestant qui permet de concilier la « maladie-châtiment » avec la chimie organique (maladie-décomposition) pour « donner jour à une théologie naturelle (maladie-pollution) : « *domaine réservé de la divinité, le malheur ne possède pour le protestantisme d'acceptation que théologique : sa cause est morale, un noeud secret l'attache à la faute... autant dire à la crasse* » (p. 81). Cette hypothèse toutefois méritait d'être discutée car la relation morale/hygiène est limitée ici au domaine protestant et minore de fait les échanges scientifiques internationaux. Or Chadwick fut un grand lecteur des hygiénistes parisiens (Parent-Duchatelet, Villermé etc.), qu'il citait abondamment dans son *Sanitary Report* de 1842¹⁰. Cette relation morale/hygiène vaut aussi pour les hygiénistes français¹¹. Sur ce rapport, les auteurs ont adopté une position en retrait de leur production antérieure¹². Une autre approche était possible, en posant d'une part que les représentations et les contours du sale et du propre sont culturels et socialisés, d'autre part qu'ils n'ont pas toujours et pas seulement des justifications médicales. La fonction sociale et civilisatrice du discours hygiéniste décelée par Élias n'a pas disparu avec sa médicalisation au XVIIIe et XIXe siècle¹³. Les médecins ont longtemps maintenu ce registre normatif dans leurs prescriptions et on pourrait montrer sur de nombreux traités d'hygiène publique et privée (ou encore d' « hygiène morale ») que la

⁸. Certes, les médecins demandent toujours plus de contrôle, mais ils ne manquent d'alliés pour juger que l'obligation de scolariser les enfants de 6 à 13 ans permet justement de les initier à l'hygiène. Cf. Rocache, « Résultats de l'application de la loi du 28 mars 1882 au point de vue de l'hygiène, à Paris », *AFAS. Session de Blois. 1884*, pp. 646-649.

⁹. N. Elias, *La civilisation des mœurs*, Paris, Calmann-Lévy, 1991 (1939) et G. Vigarello, *Le propre et le sale. L'hygiène du corps depuis le Moyen Âge*, Paris, Seuil, 1987.

¹⁰. Le *Sanitary Report* est le résultat d'une enquête suscitée par le parlement anglais. Sur le rapport de Chadwick aux hygiénistes français, voir Ann F. La Berge, *op. cit.*, 1992, pp. 283-299.

¹¹. Pour se limiter au domaine français et à une période antérieure au *Sanitary Report*, on peut se reporter à l'étude de François Delaporte sur l'épidémie de choléra en 1832, *Le savoir de la maladie*, Paris, PUF, 1990.

¹². Voir par exemple leur bel article « La cité eugénique » in L. Murard et P. Zylberman, *Recherches*, n° 29, *L'Haleine des faubourgs*, 1977, pp. 423-453 ainsi que « Evolution historique des MST et de leurs représentations. De la maladie comme crime », N. Job-Spira, B. Spencer, J.P. Moatti, E. Bouvet (ed.), *Santé publique et maladies à transmission sexuelle*, Paris, John Libbey Eurotext, 1990, pp. 83-87.

¹³. Pour un prolongement des hypothèses d'Elias au XIXe siècle, voir Alfons Labisch, « Doctors, Workers and the Scientific Cosmology of the Industrial World : The Social Construction of « Health » and the 'Homo Hygienicus' », *Journal of Contemporary History*, 1985, vol. 20, pp. 599-615.

médicalisation de l'hygiène pré-pasteurienne a souvent eu la prétention de fonder en nature les nouvelles valeurs sociales : le travail, la discipline, la continence, le régime alimentaire. En fait, et ceci touche l'économie de l'ouvrage, la « santé publique » est peut-être prise pour les besoins de la démonstration dans une acception trop étroitement contemporaine, qui néglige le champ de la médecine hospitalière et n'évoque qu'en passant celui de l'assistance médicale gratuite¹⁴. Un bilan complet devrait tenir compte de ces secteurs, de leur recouvrement partiel et des relations qu'ils entretiennent avec les mouvements de charité chrétienne. L'enquête devrait aussi être élargie dans une autre direction car si la notion de « santé publique » des hygiénistes du XIXe siècle renvoie bien à la lutte contre les épidémies et les maladies infectieuses, elle embrasse aussi un vaste champ de déviances qui forment autant d'indicateurs de la santé morale du peuple : la folie, la criminalité, le suicide, l'alcoolisme, les perversions sexuelles etc. Prise dans ce sens large que les médecins lui donnait alors, la « santé publique » constitue un immense territoire de socialisation, qui recoupe à la fois la lutte contre les entités morbides « réelles » (c'est-à-dire, celles que notre médecine contemporaine reconnaît comme telles) et les entités morbides factices peut-être de notre point de vue, mais bien réelles à l'époque. Cette perspective permettrait aussi de ressaisir la logique de ces nombreux médecins qui conjuguent en toute bonne foi pasteurisme et environnementalisme. Le médecin-hygiéniste Alexandre Lacassagne résume bien cette posture théorique lorsqu'il affirme que « *le milieu social est le bouillon de culture de la criminalité; le microbe, c'est le criminel, un élément qui n'a d'importance que le jour où il trouve le bouillon qui le fait fermenter* » : ce qu'il faut ici, ce n'est pas agir directement sur le microbe, mais sur le milieu social.

On comprend mieux alors la critique faite au concept foucauldien de biopolitique. Si cette biopolitique est comprise comme un intérêt permanent de la part du gouvernement pour le contrôle des corps conjugué à un progrès continu du champ des connaissances positives de notre contemporaine « santé publique », la biopolitique ne tient effectivement pas l'épreuve de cette enquête. Les auteurs s'expliquent l'erreur du philosophe par sa concentration trop exclusive sur l'étude d'institutions fermées pour lesquelles le modèle médico-administratif fonctionne bien (criminalité, folie, prostitution...). Ce jugement de conclusion nous suggère trois ultimes remarques. La première, nous voulons y insister, c'est qu'il nous semble difficile de distinguer ainsi dans la santé publique ce que les médecins eux-mêmes considéraient alors comme intimement liés. La seconde, c'est que *L'Hygiène dans la République* met indiscutablement au jour un second modèle de gestion de la population, qui se définit par défaut (d'initiative, de volonté et de moyens financiers). La coexistence de ces deux modèles de gestion révèle ainsi une stratégie qui pourrait bien être le propre de l'ordre : dans le champ immense de la santé publique, les gouvernements se sont d'abord donné les moyens d'agir sur ce qui les mettaient politiquement en danger, tant en matière de déviance que de santé des populations. La clinique médicale tendit elle-même à renforcer cette hiérarchisation des priorités. Il est intéressant à cet égard de noter que les médecins du XIXe siècle ont été plus enclins à affirmer la contagion de la criminalité et du suicide que celle de la tuberculose. La troisième remarque concerne la mise en relation de ces deux modèles : si Foucault a pu surestimé les effets pratiques des politiques d'hygiène publique, Murard et Zylberman argumentent dans leur conclusion à partir d'une conception figée du modèle de contrôle social « médico-administratif ». La notion d'« institutions fermées » demanderait pourtant, elle aussi, à être historicisée. D'abord parce que l'enfermement thérapeutique n'a probablement jamais été perçu comme une panacée par les médecins. Ensuite parce que le XIXe siècle est marqué à la fois par le développement concret des institutions fermées (prisons, asiles, dépôts de mendicité) et « ouvertes » (colonies agricoles

¹⁴. Pour une approche des grandes disparités territoriales que recouvre cette assistance médicale gratuite, et son succès inespéré après la loi du 15 juillet 1893 qui l'organise, voir Olivier Faure, « La médecine gratuite au XIXe siècle : de la charité à l'assistance », *Histoire, économie et société*, 1984, n° 4, pp. 593-608.

d'aliénés et d'enfants délinquants, sociétés de patronage, cabarets et restaurants de tempérance), ces dernières étant parfois moins des alternatives que des compléments pratiques.

C'est à cette dynamique d'ouverture, dans le champ de la psychiatrie, que s'attache les deux volumes *Hygiène mentale et hygiène sociale* de Jean-Bernard Wojciechowski. Si le premier tome ne propose quasiment qu'une synthèse de la littérature secondaire, le deuxième marque un apport original à la connaissance du mouvement d'hygiène mentale qui s'organise autour d'Edouard Toulouse (1865-1947). Ce mouvement illustre la vitalité et la diversité des ligues privées d'hygiène qui se sont multipliées du début du siècle jusque dans l'entre-deux-guerres. La plus puissante d'entre elles, l'*Alliance d'hygiène sociale*, avait été créée en 1904 comme une émanation de la *Fédération nationale de la Mutualité française*. Composée essentiellement de mutualistes et de médecins, dirigée successivement par J. Casimir-Périer (1904-1907), par l'apôtre du solidarisme L. Bourgeois (1907-1925) et G. Risler (1925-1936), elle se proposait de fédérer toutes les personnes morales existantes cherchant à promouvoir l'hygiène. Riche par son origine en Francs-maçons, cette alliance comptait aussi dans ses rangs des Leplaysiens notoires (E. Cheysson, G. Picot). Dans le domaine plus étroit de la prophylaxie mentale, Wojciechowski pose que le mouvement est né de la critique de l'institution asilaire et de la remise en cause de son efficacité thérapeutique. L'alternative des médecins, souvent non-aliénistes, consistait à prendre le dispensaire antituberculose comme modèle pour développer la prévention médicale des troubles psychiatriques manifestés par les « petits mentaux ». La formule avait été éprouvée, là encore, pendant la guerre sur des soldats affectés de légers troubles, et l'on pensait qu'elle devait s'étendre à toute la population ; l'idéal était d'enquêter dans les faubourgs et les quartiers populaires, pour débusquer les signes de la folie avant qu'elle n'éclate. Le principal résultat pratique de ce mouvement fut la création en 1922 par Edouard Toulouse du premier service ouvert en psychiatrie à l'hôpital Sainte-Anne (rapidement dénommé hôpital Henri Rousselle). La description de cette institution est le moment fort de l'ouvrage car elle permet de constater que ce dispensaire de prophylaxie mentale et celui d'A. Calmette ont en commun de le fait de trier les individus sur des critères médicaux. Mais ils ont aussi une différence : au dispensaire de Sainte-Anne, on s'autorise (d'une manière illégale) à séquestrer les patients quelques jours à fin d'observation.

On regrette que le point n'ait pas été fait avec l'historiographie d'une psychiatrie de secteur, qui est considérée par Wojciechowski comme l'aboutissement du mouvement provoqué par Edouard Toulouse¹⁵. L'auteur accumule bien autour de la figure omniprésente de Toulouse l'énumération de création d'institutions d'assistances sociales ou médicales en décrivant parfois succinctement leur fonctionnement mais il n'entre pas dans l'analyse des thèmes des revues, dans les controverses internes au mouvement ni dans les résistances qu'il a rencontré. L'ouvrage pose aussi un problème dans l'usage des notes, qui contiennent souvent beaucoup de précisions intéressantes dignes de figurer dans le récit alors que plusieurs citations dans le corps du texte ne sont pas référencées. Sur cette période encore peu étudiée de l'histoire de la psychiatrie, l'auteur ne pouvait prétendre à une synthèse. Il a donc ouvert une série de dossiers qui devraient stimuler les recherches à venir (sur la *Société de prophylaxie criminelle*, sur l'*Association d'études sexologiques*, sur la *Société de biotypologie*, sur les liens de Toulouse à la politique etc.). On ne trouvera pas ici, à la différence de *L'Hygiène dans la République*, de thèse à discuter, sauf peut-être dans la postface de Lucien Bonnafé, qui affirme qu'il convient de ne pas confondre les projets de « bureaucratie » exposés par Édouard Toulouse, de Clérambault et Alexis Carrel. Le premier - « respectable » - gardant quelque droit à la reconnaissance de la mémoire disciplinaire des psychiatres, tandis que le troisième - « méprisable » - est devenu indésirable dans le

¹⁵. Cf. Les contributions réunies in « Histoire de la psychiatrie de secteur, ou secteur impossible », *Recherches*, n° 17, mars 1975 et l'article de Lion Murard, « Psychiatrie, le secteur ambigu » in *Autrement*, n° 4, 1975-1976, pp. 67-75. Sur Toulouse, voir aussi

panthéon de la médecine française. On entend bien les arguments : Toulouse a imposé le service ouvert, qui marquait un pas important vers la sectorisation, Carrel continua de travailler sous Vichy dans sa Fondation des sciences humaines (alors que Toulouse garda le silence). Mais Wojciechowski avoue à plusieurs reprises dans son texte que les deux médecins ne manquaient pas de points communs et le Dr. Lucien Bonnafé soulignait lui-même, en 1975, les ambiguïtés d'Edouard Toulouse, à la fois homme de la gauche radicale et « personnage extrêmement réactionnaire ». Toulouse avait alors, aux yeux de Bonnafé, « une pensée absolument fascisante, quand il dit par exemple que pour les malades présumés incurables, il suffit de les assister congruement, et que ce n'est pas la peine de consacrer de l'argent pour ces gens qui ne seront d'aucun « profit » pour la société »¹⁶. A l'oeuvre chez Toulouse, le propre de l'ordre, là encore. Exprimons un double regret. D'un point de vue strictement historiographique, il aurait été intéressant de donner les raisons « objectives » du positionnement actuel du Dr. Bonnafé, pionnier lui aussi de la psychiatrie de secteur, car il semble défendre dans cette postface une pensée qu'il rejetait autrefois. Existe-t-il actuellement une historiographie qui confond Carrel et Toulouse ? Fait-on allusion aux travaux d'Alain Drouard¹⁷? Ce flou nuit à l'argumentation et il risque d'induire des interprétations fallacieuses. Nous n'en ferons donc aucune. De toute façon, était-il interdit ou impossible de s'interroger, d'un point de vue historique et sans négliger des différences politiques évidentes, sur ce qui faisait consensus chez ces deux savants comme chez les adhérents - venus d'horizon si différents - de l'*Alliance d'hygiène sociale* ? Loin de l'idée de réhabiliter ou de déconsidérer tel ou tel aspect de leur « programme », ne pouvait-on pas s'appliquer à en faire la généalogie ? Si la question du « rêve des hygiénistes » était bien au coeur de la démarche de Wojciechowski (t. I, p. 17), il aurait fallu probablement rappeler que ce rêve prend forme plus d'un siècle avant la création en 1920 de la *Ligue d'hygiène et de prophylaxie mentale*. Le service ouvert et la prophylaxie mentale devant idéalement surveiller toute la population saine ou légèrement malade, il nous semble que le mouvement de critique de l'asile n'était pas sans rapport avec la vieille utopie d'une médicalisation complète de la société car l'auteur montre bien en définitive que c'est ce mouvement d'ouverture à la société civile, cette volonté des médecins d'étendre les fonctions de tri et d'expertise à toute la population qui caractérise le mouvement de prophylaxie du XXe siècle. Moyennant donc quelques correctifs de périodisation, la recherche de Wojciechowski tend à montrer que le concept foucauldien discuté dans la conclusion de Murard et Zylberman reste heuristique.

Utopie définitivement contrariée que cette biocratie qui fait l'objet de ces deux ouvrages ? Probablement. Mais nous nous permettrons de terminer ici sur une hypothèse. Etirons une échelle de temps à peine plus longue que celles des livres en discussion, et modifions quelque peu notre perspective. En 1799, le médecin Verdier (père) justifiait la naissance de son *Recueil de médecine populaire, d'éducation et d'économie* par un constat qui mérite d'être entendu : « *Il n'est point d'homme qui ne regarde la santé, comme le premier des trésors [...] cependant il n'est point de biens, sur l'acquisition et la conservation desquels on paraisse plus indifférent* »¹⁸. Le but déclaré de son périodique était précisément d'ôter aux Citoyens « cette insouciance si funeste ». Ce premier tome fut un échec éditorial, il n'eut pas de suite. A bientôt deux siècles de distance, le contraste est flagrant. Ne voit-on une évolution ici des mentalités ? N'assiste-t-on pas actuellement en Occident à l'émergence d'un souci de soi façonné par une

¹⁶. Lucien Bonnafé in « Les années 20 : naissance du service libre » in *Recherches*, n° 17, mars 1975, p. 59.

¹⁷. Dans *Alexis Carrel (1873-1944). De la mémoire à l'histoire*, Paris, L'harmattan, 1995, Alain Drouard entend réfuter Lucien Bonnafé et Patrick Tort, *L'homme cet inconnu ? Alexis Carrel, Jean-Marie Le Pen et les chambres à gaz*, Paris, Syllepse, 1992. Faut-il considérer cette postface comme une réponse ? Pour une critique explicite des travaux d'A. Drouard sur A. Carrel, voir Laurent Mucchielli, « Utopie élitiste et mythe biologique : l'eugénisme d'Alexis Carrel », *Esprit*, 1997, n° 238, p. 73-94.

¹⁸. Verdier père, « Plan du journal », *Journal de médecine populaire, d'éducation et d'économie*, An 7 (1799), pp. V-XII.

normativité médicale ? Entre la biopolitique de Foucault et l'orthodoxie du néant décrite par Murard et Zylberman, il reste à faire l'histoire d'un troisième mouvement, l'hygiénisme de marché, qui n'a plus grand lien avec la « santé publique » stricto sensu mais tout à voir avec l'économie et la diffusion dévoyée d'un style de vie imaginé par les médecins ¹⁹. Car si la santé est devenue un enjeu financier, elle n'a rien perdu de son pouvoir de socialisation. Tout sujet sain reste un malade qui s'ignore, tout malade reste un suspect ²⁰. On ressent toujours en notre fin de siècle - plus que jamais peut-être - notre propre corps sur le mode médico-pénal de la dangerosité : mieux vaut prévenir que guérir, tout écart à la norme peut être sanctionné par une maladie. Les régimes alimentaires, alliés aux récentes notions de « prédispositions génétiques » et aux redoutés « facteurs de risques », tendent à s'imposer dans toutes les couches de la population. Faut-il voir là une continuité de la vieille relation morale/maladie, un nouvel outil scientifique pour culpabiliser l'individu, un moyen d'orienter ses choix et ses préférences ? Cette continuité pourrait bien en cacher une autre. Tout se passe actuellement comme si l'abjuration unanime - au nom de la « bioéthique » - de la « cité eugénique », permettait de légitimer de fait une eugénique dans la cité. S'agit-il ici de purifier l'histoire pour ne pas renoncer à une purification des individus ? L'utopie du biopouvoir est en tout cas peut-être moins contrariée que les médecins, auxquels échappent le contrôle exclusif d'une vision du monde qu'ils ont largement contribué à légitimer. Psychologues, psychanalystes et spécialistes ès corps et âmes y ont désormais leur part. Des corps et des esprits parfaits pour une société sans déviants... Utopie commune aux trois hygiénismes.

Marc Renneville

¹⁹. On trouvera un tableau polémique de ce nouvel hygiénisme chez Petr Skrabanek, *La fin de la médecine à visage humain*, Paris, Odile Jacob, 1995.

²⁰. « Tout malade doit être traité en suspect » affirmait le pastorien Emile Duclaux en 1886 (cité par Murard et Zylberman, *op. cit.*, 1996, p. 472).