

CHAPITRE 1

Quatre modèles de prévention

Jean-Pierre Dozon

Aborder le thème de la prévention, c'est toucher indubitablement au noyau dur de la santé publique contemporaine. Sur fond de sens commun ou de bon sens universellement partagé qu'exprime assez bien l'adage populaire « mieux vaut prévenir que guérir », il constitue aujourd'hui l'essentiel de ses objectifs et de ses justifications, de son ordre discursif comme de ses activités pratiques. Sous sa forme désormais la plus répandue, la prévention est censée s'adresser aussi bien à chacun d'entre nous (en l'occurrence à cette part réputée raisonnable de notre conscience d'autant plus à même d'intégrer ses « messages » qu'elle s'adosse à nos pulsions de vie et de survie), qu'à des groupes spécifiques ou à la population générale, l'enjeu de son efficacité étant de diminuer, voire de supprimer, les facteurs de risque statistiquement ou épidémiologiquement établis, c'est-à-dire de réduire la prévalence de telle pathologie ou de tel problème socio-sanitaire. Ainsi peut-on lire sur les paquets de cigarettes vendus en France divers messages comme « Nuit gravement à la santé » et « Pour être en bonne santé, ne fumez pas », qui valent simultanément pour l'ensemble des fumeurs et pour chacun d'eux, n'emportant la conviction générale que dans la mesure où ils sont susceptibles d'être subjectivement entendus et d'entraîner de la sorte des changements dans les comportements individuels.

Mais cette forme, qui en appelle à l'adhésion éclairée des membres

d'une population dans un contexte de socialisation des risques et des responsabilités individuels¹, n'est pas le tout de la prévention. Interdire de fumer dans des endroits publics, obliger les voyageurs en partance pour les pays tropicaux d'être vaccinés contre la fièvre jaune, l'employé à passer des visites médicales régulières, les futurs mariés à fournir un certificat de non-contamination syphilitique, ou tel bâtiment parsemé d'amiante à fermer provisoirement ses portes, autant de mesures de santé publique, anciennes ou plus récentes, qui balisent un autre mode de prévention où la contrainte tend à se substituer au consentement. Contrainte qui peut devenir plus exceptionnellement coercition ou exclusion lorsque certains États, pourtant démocratiques, interdisent l'entrée sur leur sol aux étrangers contaminés par le VIH ou veillent insuffisamment au respect des droits de personnes séropositives rejetées par leur entourage familial ou professionnel au nom de leur soi-disant contagiosité ; contrainte, par ailleurs, qui frise le geste sacrificiel, quand, pour protéger les humains d'une possible transmission du prion de l'encéphalopathie spongiforme bovine, la Grande-Bretagne et quelques autres pays européens décident d'abattre des milliers de bovins. Et, dans un registre très différent, le fait que l'Église catholique romaine se mêle de la lutte contre le sida en contestant le recours au préservatif pour lui préférer l'application de ses règles de virginité avant le mariage et de fidélité conjugale, constitue à n'en point douter une manière de faire aussi de la prévention, même s'il s'agit pour elle d'y défendre ses propres conceptions éthiques. Qu'il y ait là manifestement matière à critique et, surtout, à conflits entre les messages d'une santé publique explicitement laïque et ces rappels à l'ordre de la bienséance chrétienne, n'empêche pas de considérer que la papauté a effectivement trouvé dans la lutte contre le sida l'opportunité de s'immiscer en toute légitimité dans un problème sanitaire de première importance, d'y faire valoir ses droits à proposer une prévention qu'elle semble estimer autrement plus efficace que celle centrée sur le préservatif. À cet égard, en Afrique, là où l'épidémie de sida a une tout autre dimension que dans les pays du Nord, on observe une sorte de syncrétisme ou de compromis préventif (et, de fait, largement politique, la séparation de l'État d'avec les institutions religieuses y étant beaucoup moindre qu'en Europe) consistant à associer messages laïques et messages confessionnels (ceux-ci pouvant provenir aussi bien des Églises chrétiennes que de l'islam) : en l'occurrence, le recours au préservatif, à la fidélité ou à l'abstinence, comme si ces

1. Comme le montre fort bien François Ewald dans son ouvrage *L'État providence*, Grasset, 1985.

messages étaient équivalents et pouvaient viser indifféremment des objectifs de prévention ou de moralisation.

Formes modernes et traditionnelles

De sorte que si la prévention est bien devenue le thème dominant de la santé publique, se laissant définir comme son substrat culturel, c'est-à-dire propre à faire adhérer un maximum d'acteurs sociaux - depuis les citoyens ou usagers jusqu'aux pouvoirs publics en passant par les corps et institutions intermédiaires - à ses prescriptions de réduction des risques individuels et collectifs, il faut à l'évidence admettre qu'elle s'y décline sous différentes formes et que ledit substrat (permettant notamment à ceux qui parlent couramment de culture de prévention, ou s'en font volontiers les promoteurs, d'opposer des pays, comme la France, manquant de fortes traditions de santé publique aux pays anglo-saxons qui en seraient plus nettement pourvus) n'y est pas homogène. Tels que nous venons d'en esquisser rapidement les traits, la prévention d'aujourd'hui offre bien plutôt l'aspect d'un monde culturellement hétéroclite où interviennent divers modèles d'anticipation et de maîtrise des dangers ou des malheurs, susceptibles, par ailleurs et selon les cas, d'interférer ou de s'opposer entre eux.

Essai de typologie

Sans prétendre à l'exhaustivité, sans vouloir épuiser l'ensemble des modèles réalisés ou possibles de prévention, quatre grands types paraissent pouvoir se dégager. Il s'agit du modèle magico-religieux, du modèle de la contrainte profane, du modèle pastorien et du modèle contractuel, dont on se propose d'examiner ici, sur un mode nécessairement schématique, aussi bien les attendus cognitifs que les implications pratiques. Mais, au préalable, on conviendra d'en justifier la sélection par quelques considérations d'ordre général.

De prime abord, on pourrait dire que chacun d'eux participe de systèmes sociaux, de visions du monde ou de contextes historiques particuliers et qu'à cet égard le modèle magico-religieux et celui de la contrainte profane ressortissent tout spécialement à des univers anciens ou traditionnels dont les historiens des épidémies ou les anthropologues médicaux ont apporté largement témoignage. Mais, outre le fait, sur lequel nous reviendrons, que ces derniers n'ont pas disparu du champ de la santé publique contemporaine, s'additionnant bien plu-

tôt aux deux autres, même pour y occuper une place plus secondaire ou plus souterraine, les caractéristiques propres à chacun n'en font toutefois pas des constructions culturelles radicalement irréductibles l'une à l'autre. Ce point est essentiel, car, quels que soient les modes de pensée et d'action qui les différencient ou qui les opposent, les modèles proposés sont d'abord et avant tout des formes particulières et historiquement attestées d'un schème universel permettant d'affirmer que l'ensemble des sociétés humaines, sans exception, ont élaboré des conceptions et des pratiques de prévention. C'est, par exemple, ce que Robin Horton, dans le sillage résolument comparatiste d'un Durkheim et d'un Lévi-Strauss², pointe très justement en nommant « noyau rationnel » tout ce qui, au sein de la grande diversité des cultures, renvoie à leur unité commune : soit à l'ensemble des savoirs et des savoir-faire, des ressorts cognitifs et des registres d'action qui ont pour motifs et pour buts « d'expliquer, de prévoir et de contrôler les événements³ ». À sa suite, on pourrait suggérer que, puisque les cultures ont toutes au moins ce dénominateur commun de façonner à l'usage individuel et collectif des modalités intellectuelles et pratiques d'anticipation du malheur, lier, comme on le fait si souvent aujourd'hui, culture et prévention n'est finalement qu'une façon, sans doute involontaire, de redécouvrir tout ce qui, depuis toujours, les a intimement associées.

Reste que, tout en étant foncièrement adossés à ce schème ou à ce « noyau rationnel » universel, les quatre modèles en question n'en procèdent pas de la même manière. Ainsi, bien que tous conjoignent connaissances et actions, le poids de ces deux registres n'est pas tout à fait équivalent chez les uns et les autres. Car, quoique étant très différents par ailleurs, le modèle magico-religieux et le modèle pastorien se présentent d'abord comme des systèmes intellectuels où des dispositifs de prévention résultent de la mise en ordre préalable des causes ou des étiologies. En revanche, le modèle de la contrainte profane et le modèle contractuel, bien qu'eux aussi largement mais différemment informés par des explications causales, mettent davantage en avant des logiques d'action et de prévention touchant à l'organisation pratique et politique de la vie commune.

Mais c'est certainement le regroupement des deux premiers sous l'appellation d'anciens ou de traditionnels, c'est-à-dire en référence à

2. On se réfère particulièrement ici aux *Formes élémentaires de la vie religieuse* (Émile Durkheim, Paris, Alcan, 1925) et à *La Pensée sauvage* (Claude Lévi-Strauss, Paris, Plon, 1962).

3. Cf. Robin Horton, « Tradition and modernity revisited », in Martin Hollis et Steven Lukes (éds), *Rationality and Relativism*, Oxford Blackwell, 1982, p. 201-260.

des contextes historiques ou à des contextes non occidentaux, qui constitue l'élément de différenciation majeur puisqu'il implique du même coup que les deux autres, le modèle pastorien et le modèle contractuel, participent d'une époque récente et moderne. Plus précisément, il signifie qu'associés aux transformations rapides de l'Occident depuis le XIX^e siècle, ces modèles, ont été très étroitement connectés au développement d'une certaine rationalité scientifique, notamment celle de disciplines biomédicales comme la bactériologie et l'épidémiologie.

Dire cela ne consiste pas exactement à reconduire le « grand partage⁴ » qui fut souvent invoqué pour rendre compte du caractère unique et incomparable du développement scientifique et technique du monde occidental et qui, de ce fait, opposerait de manière radicale prévention traditionnelle et prévention moderne. D'abord, parce que ce serait contraire à cette idée d'un schème universel auquel l'une et l'autre ressortissent par-delà tout ce qui peut contribuer à les distinguer. Ensuite, et peut-être surtout, parce que l'avènement d'une prévention moderne, à savoir de conceptions et de pratiques préventives étroitement associées aux avancées des sciences biomédicales, n'a pas fait disparaître les types traditionnels de prévention ; et qu'en aucune façon on ne saurait confondre les rationalités propres à l'activité scientifique avec l'environnement humain au sein duquel elles se sont déployées, comme si, au motif qu'il les a inventées et affermiées, le monde occidental devait totalement s'y conformer ou en être une stricte application⁵. Comme on le sait, de grands savants, de grandes figures du progrès scientifique ont été en même temps de grands croyants, à l'instar d'un Pasteur, catholique fervent, auquel la France républicaine, par ailleurs, n'a cessé de vouer un culte outrepassant de beaucoup le cadre de ses découvertes biomédicales. *A fortiori* doit-on rappeler que nombre de nos contemporains peuvent suivre avec méthode des consignes de prévention sanitaire et, par là, manifester leur adhésion aux progrès de la science, mais tout aussi bien consulter régulièrement leur horoscope, comme s'il n'y avait dans ces deux attitudes aucune incompatibilité mais, bien plutôt, une manière toute pragmatique de se préoccuper de son avenir personnel.

4. Suivant la célèbre formule d'Ernst Gellner, largement reprise depuis, qu'il employa dans son texte « The Savage and the Modern Mind », in Robin Horton et Robert Fannigan, *Modes of Thought*, Londres, 1973.

5. L'ouvrage de Geoffrey Lloyd, *Pour en finir avec les mentalités*, Paris, La Découverte, 1993, constitue une remarquable démystification de ce préjugé.

De subtiles négociations

Tout « grand partage » mis à part, on commettrait cependant quelque bévue à rendre équivalentes les diverses formes de prévention ou à épouser un point de vue franchement relativiste, comme celui de Bruno Latour, qui considère qu'en fin de compte rien de véritablement moderne ne fut à l'œuvre au sein du monde occidental⁶. Répandre chez soi de l'eau bénite provenant de Lourdes pour se protéger contre l'adversité et aller se faire vacciner contre la grippe ne représentent pas deux gestes préventifs similaires, bien qu'ils soient accomplis, de nos jours, par des gens qui participent au même monde ou, mieux encore, bien qu'ils puissent être le fait d'un même individu. Plus précisément, et quelle que soit la façon dont un sujet quelconque peut effectivement, pour son propre compte, les rendre quasi identiques, il y a notamment entre eux toute l'objectivation scientifique qui fait de la vaccinologie un modèle de prévention spécifique, non réductible à un simple rite de protection. Sans doute, la différence ne tient-elle pas à la seule science, résultant bien davantage de tout un processus d'entremêlement de savoirs et de pouvoirs qui a rendu possible, depuis l'époque de la « variolisation », l'acceptation de la prévention vaccinale avec son cortège de résistances et de controverses. Mais, pour évoquer rapidement ici la thèse de Michel Foucault d'un biopouvoir qui se serait progressivement mis en place, depuis le XVIII^e siècle, en Europe, présidant tout à la fois à une objectivation et à une normalisation des populations et des corps⁷, il est patent que les types modernes de prévention marquent une rupture avec les types antérieurs. À suivre du reste Foucault, la différence serait si marquée qu'il voit dans le succès, à la fin du siècle dernier, du pèlerinage à Lourdes, non seulement un phénomène contemporain à l'expansion de la biomédecine, mais également une forme de résistance populaire à la normalisation que celle-ci était en train d'opérer⁸. Dans son optique, on pourrait ainsi faire l'hypothèse que l'actuelle coexistence de formes de prévention moderne et traditionnelle exprimerait de subtiles négociations entre soumissions et résistances au biopouvoir, lesquelles seraient possiblement constitutives d'un mode de subjectivation en forme de « double bind », à l'image de cet individu recourant tout à la fois à la prévention

6. Cf. Bruno Latour, *Nous n'avons jamais été modernes*, Paris, La Découverte, 1991.

7. Parmi les nombreux textes de Michel Foucault qui traitent de cette question, on peut se référer à *Il faut défendre la société* (cours du 17 mars 1976), Paris, Hautes Études-Gallimard-Seuil, 1997, et à « La politique de la santé au XVIII^e siècle », in *Dits et écrits, 1954-1988*, t. III, Paris, Gallimard, 1994, p. 725-742.

8. Voir à ce sujet cet autre texte de Michel Foucault « Naissance de la médecine sociale », in *Dits et écrits*, t. III, *op. cit.*

par le vaccin et à la prévention par l'eau bénite, c'est-à-dire préférant cumuler les deux plutôt que d'avoir à choisir entre l'une ou l'autre.

À l'appui de ces premières remarques, l'examen plus précis des quatre modèles proposés va tenter de montrer en quoi chacun diffère assez nettement des autres, mais également en quoi tous procèdent de logiques qui les rendent au bout de compte non exclusifs, autorisant plutôt, entre eux, passerelles et interférences.

Le modèle magico-religieux

Qualifié de la sorte, ce premier modèle fait immédiatement sens du côté du traditionnel et, plus exactement, du côté de ce que l'on appelle communément les sociétés traditionnelles qu'incarneraient uniquement, aujourd'hui, les peuples plus ou moins lointains et exotiques de l'Afrique et de quelques autres régions de la planète évoluant encore sous l'empire de coutumes ancestrales. Mais pour être ce dont a abondamment traité l'ethnologie depuis plus d'un siècle, instruisant l'altérité de sociétés dominées, semble-t-il, par le sacré et l'enchantement du monde, ce modèle ne saurait entièrement s'y confondre. Il est bien plutôt au fondement de ce schème universel par quoi on peut effectivement dire que toute société ne s'est construite culturellement qu'en mettant tout particulièrement en forme des procédures de prévention. En ce sens, il est moins le premier des quatre modèles proposés que le modèle de référence qui met d'emblée en scène le tout de l'esprit humain, quelles qu'en soient les réalisations concrètes, dans son aptitude à anticiper l'avenir.

Un dispositif de référence

Sous ce rapport, nous n'avancions rien d'autre que ce qui fut formulé fort bien par Durkheim dans *Les Formes élémentaires de la vie religieuse*, où son analyse comparée des croyances et des rites primitifs lui servit d'abord et avant tout à fonder anthropologiquement cette capacité de toute collectivité humaine à penser le monde et à agir sur lui ; ce qui sera en bonne partie repris par Lévi-Strauss dans *La Pensée sauvage* où celle-ci, toute en étant distincte de cette « pensée domestiquée » au sein de laquelle nous évoluons (et dont l'avènement fut étroitement lié au développement de l'écriture, puis à celui de la science), se présente avant tout comme une pensée essentiellement classificatoire, soit comme quelque chose d'assez similaire à la notion de « noyau rationnel » proposée par Robin Horton. Simplement, dans la perspective ainsi tracée par ces divers auteurs, on dira d'un tel modèle

de référence qu'il est plus particulièrement orienté vers une mise en forme du monde de façon à rendre pensable l'événement, la contingence ou l'accident et, mieux encore, à intégrer intellectuellement la possibilité ou l'inéluctabilité du malheur⁹. C'est dire aussi bien que par-delà son appellation de magico-religieux qui semble de prime abord le renvoyer uniquement à un univers de croyances plus ou moins singulières et closes sur elles-mêmes, ce modèle est avant tout générateur d'explications et de mises en relations, en l'espèce de ressorts cognitifs universels tels que la causalité, l'analogie, la déduction ou l'induction¹⁰, permettant d'interpréter et d'ordonner les malheurs individuels et collectifs : maladies, morts, épidémies, infécondité, mauvaises récoltes, conflits et violences répétés, etc. Cependant, s'il est ainsi un modèle profondément intellectuel, il est conséquemment aussi producteur d'actions, ne se contentant pas de penser la survenue du malheur mais soumettant également celui-ci à des modalités d'anticipation pratiques de manière à en maîtriser ou à en empêcher les multiples occurrences.

Sous ce rapport, le modèle magico-religieux correspond assez bien à l'ensemble des interdictions et obligations, des prescriptions et proscriptions individuelles ou collectives, des pratiques divinatoires et rites propitiatoires assortis souvent de gestes sacrificiels et de confectionnements d'objets de protection que nombre de sociétés anciennes ou traditionnelles actuelles n'ont cessé d'inventer et de mettre en œuvre à l'intérieur de visions du monde où la scène des institutions et des relations sociales interfère constamment avec celle, invisible, de puissances extrahumaines : dieux, génies, esprits, ancêtres, héros, etc. Mais, pour y correspondre assez bien, il ne s'y épuise pas, loin s'en faut. D'abord parce que les sociétés traditionnelles, contrairement à un stéréotype courant, ne baignent pas dans le magico-religieux ou le sacré comme si tout en elles, y compris les actes et les événements les plus quotidiens, basculait constamment du côté des ancêtres ou des dieux. Des conceptions plus profanes ou plus prosaïques y sont tout aussi bien à l'œuvre, notamment sur le terrain du malheur et de sa prévention¹¹. Ensuite, parce qu'il ne concerne pas, comme on l'a suggéré plus haut, uniquement ce type de sociétés. Sans doute a-t-on

9. Sur cette question centrale de l'événement, voir le texte de Marc Augé, « Ordre biologique, ordre social : la maladie, forme élémentaire de l'événement », in *Le Sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Marc Augé et Claudine Herzlich (dir.), Paris, Éditions des archives contemporaines, 1983, p. 35-91.

10. R. Horton, *op. cit.*

11. Il s'agit de conceptions qui, sans en référer à aucun arrière-monde, mettent en avant certaines formes d'hygiènes privées ou publiques ou certains rapports de l'homme et de son environne-

pris l'habitude de considérer qu'avec le développement des monothéismes ou des religions révélées l'humanité, et particulièrement l'Occident, était entrée dans un processus intense de rationalisation, ouvrant ainsi la voie à un désenchantement et une objectivation du monde par la science. Mais c'était un peu trop vite négliger le fait que ce processus fut régulièrement accompagné de ce qu'il prétendait refouler, à savoir de ce qui était qualifié, ici de paganisme, là d'animisme. Comme on le sait, le christianisme (mais on pourrait le dire aussi bien d'autres religions tel que l'islam) ne s'est historiquement répandu à l'époque de l'Antiquité tardive qu'en substituant aux lieux et aux objets de culte païens la tombe et les reliques toutes bienfaitrices des saints martyrs et en maintenant une vive tension entre transcendance et immanence, entre les promesses de l'immortalité et les garanties *hic et nunc* de protection ou de guérison¹². C'est pourquoi il n'y a guère lieu de s'étonner qu'aujourd'hui, après deux siècles de sécularisation et de développement rapide des sciences, de nouvelles productions religieuses¹³, issues du christianisme (Renouveau charismatique catholique, pentecôtismes) ou de syncrétismes divers, établissent pour l'essentiel leur créneau sur l'anticipation et la prise en charge du malheur ou sur la réussite individuelle : elles ne font à leur manière que confirmer la rémanence de ce double mouvement de désenchantement et de réenchantement du monde.

Ambivalences

Cependant, parler, tel qu'on l'a fait, du modèle magico-religieux comme d'un modèle de référence, comme de ce qui est au fondement d'un schème universel de la prévention, implique d'en caractériser un peu mieux les ressorts cognitifs. Car, par-delà les catégories logiques mentionnées plus haut, quelque chose d'autre en définit plus nettement la nature particulière, à savoir une attitude mentale spécifique qui est rigoureusement le contraire de la négligence. C'est ce que nous enseigne, ainsi que l'indique très précisément Émile Benveniste¹⁴, l'étymologie latine du mot religion (*relegere*), qui dénote le fait d'être

ment comme le chaud et le froid, le sec ou l'humide. Voir, à ce sujet, *La Construction sociale des maladies. Les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest*, Yannick Jaffré et Jean-Pierre Olivier de Sardan (dir.), Paris, PUF 1999.

12. Sur tous ces sujets, on peut consulter l'ouvrage de Peter Brown, *Le Culte des saints. Son essor et sa fonction dans la chrétienté latine*, Paris, Éditions du Cerf, 1984, et celui d'Aline Rouselle, *Croire et guérir. La foi en Gaule dans l'Antiquité tardive*, Paris, Fayard, 1990.

13. Voir notamment l'ouvrage édité par Françoise Lautman et Jacques Maître, *Gestions religieuses de la santé*, Paris, L'Harmattan, 1995.

14. Émile Benveniste, *Le Vocabulaire des institutions indo-européennes 2. Pouvoir, droit, religions*, Paris, Éditions de Minuit, 1969, p. 265-273.

porté excessivement au scrupule et à la piété, de revenir constamment sur une conduite ou un geste antérieur, comme si on n'était jamais complètement sûr de sa bonne exécution. C'est très certainement ce qui résulte des interdits, obligations et rites traditionnels, lesquels enjoignent d'autant mieux de croire en leur efficacité préventive ou thérapeutique que ceux qui s'y conforment sont toujours susceptibles de penser ou de se faire dire qu'ils les ont insuffisamment respectés ou mal exécutés. Qu'un individu, par exemple, venu consulter un devin-guérisseur pour obtenir quelque assurance sur son avenir, doive faire un sacrifice de poulet, mais sous conditions qu'il soit de telle couleur et égorgé à tel endroit et dans telles circonstances, et qu'après avoir suivi ces instructions sa santé au contraire se dégrade, peut mettre en cause non point l'efficacité du rite proposé, mais le consultant lui-même qui n'a pas été assez méticuleux et qui est ainsi conduit à tout recommencer.

Par où l'on retrouve l'une des grandes idées-forces de Freud établissant un fort parallélisme entre les actes obsédants et les exercices religieux, lequel lui fit dire en un intéressant chassé-croisé que les premiers relevaient d'une « religiosité individuelle » et que les seconds témoignaient d'une « névrose obsessionnelle universelle de l'humanité »¹⁵. Le contraire de la négligence, cet excès de scrupule, est ainsi nommé obsession par le fondateur de la psychanalyse, mais il n'est tel à ses yeux que parce qu'il participe, comme le « noyau rationnel » d'Horton, d'un invariant constitutif de toute culture, quelles qu'en soient les réalisations effectives. Mais, pour se situer de la sorte sur le terrain de l'universel, Freud n'en thématise pas moins la nature particulière du magico-religieux en la rapportant à ce processus inéluctable d'une formation névrotique par quoi les communautés humaines paient le prix de l'ordre socio-culturel qu'elles imposent à leurs membres. Car, tout en soumettant ceux-ci à de nombreuses prescriptions et proscriptions, à de multiples croyances et rites, tout en inventant ainsi des systèmes symboliques au travers desquels chacun est censé renoncer à ses désirs immédiats dans l'intérêt supérieur de tous, elles ne peuvent aucunement empêcher la possibilité du malheur. Ce qu'illustre cet autre exemple d'une sécheresse meurtrière survenant dans une région d'Afrique sahélienne alors que les sacrifices aux divinités de la pluie avaient été en principe normalement exécutés, et qui peut relancer, sur un mode compulsif, l'activité religieuse par de nouveaux et plus amples rites sacrificiels.

15. Sigmund Freud, *L'Avenir d'une illusion*, Paris, PUF, 1971.

La prévention conçue à l'intérieur du modèle magico-religieux est donc *in fine* d'une nature ambivalente. Tout en étant adossée à du rationnel, elle participe aussi d'un autre universel, celui des désirs et des affects, des illusions et des angoisses ainsi que de leurs possibles excès en forme de phobies, compulsions de répétition et autres minutieux cérémoniaux dont l'analyse en termes de mesures de protection individuelles trouve son pendant dans l'affairement plus collectif qui préside aux activités religieuses. Freud, en homme des Lumières, considéra que la religion devait progressivement reculer au profit d'un exercice de plus en plus élargi de la raison scientifique¹⁶ et, dans cette mesure, il est vraisemblable qu'il eût préféré une prévention ajustée sur celle-ci plutôt que sur celle-là. Mais si, du même coup et à l'inverse de Foucault, il n'aurait sans doute pas perçu dans le pèlerinage à Lourdes une forme de résistance à la normalisation médicale, on peut cependant parier qu'il n'aurait guère été étonné de constater que la croyance aux miracles ou à diverses formes de protection religieuses continuait toujours à prospérer dans le sillage des avancées de plus en plus rapides des sciences biomédicales.

Le modèle de la contrainte profane

Ressortissant également à un mode ancien ou traditionnel de prévention, on ne saurait, par son seul énoncé, faire de ce second modèle une simple antithèse du premier. En effet, parmi les critiques qui furent faites à Durkheim au sujet de sa distinction très tranchée entre l'ordre profane et l'ordre sacré, celle de Mary Douglas nous est particulièrement précieuse. Elle indique fort bien dans *Purity and Danger*¹⁷ qu'au sein des « mondes primitifs » (mais aussi, pour une part, au sein des sociétés modernes) les formes de protection contre la pollution ou la contagion présupposent des symbolisations variables du pur et de l'impur et, par conséquent, que les cultures qui les constituent n'opèrent pas de coupure franche entre profane et sacré. Ainsi, qu'un Lele du Kasai ne doive pas avoir de relations sexuelles avec son épouse la veille d'une partie de chasse constitue un interdit qui n'est en lui-même ni profane ni sacré mais qui participe d'un système symbolique global fondé sur des représentations particulières de la différenciation des sexes et des substances corporelles.

16. S. Freud, *op. cit.*

17. Ouvrage traduit en français sous le titre *De la souillure. Essais sur les notions de pollution et de tabou*, Paris, Maspéro, 1971.

Une affaire d'États

S'il convient donc d'admettre avec Mary Douglas que l'idée de contagion est toujours déjà culturellement définie par les sociétés traditionnelles ou que la « nature » corporelle et environnementale y remplit toujours déjà des fonctions symboliques, on ne saurait pour autant considérer que les modes d'évitement ou de prévention qu'elle génère ne doivent pas être distingués de ceux qui sont à l'œuvre dans le champ du magico-religieux. Il s'agit en l'espèce des diverses pratiques de mise à l'écart, de ségrégation, voire d'enfermement qui ont été partout attestées, y compris au sein de sociétés qualifiées d'acéphales, c'est-à-dire ne disposant pas de gouvernement ou d'instance de pouvoir séparée de l'organisation tribale et familiale. Dans ce type de société, en effet, des lépreux, des « sommeilleux » (personnes affectées de maladie du sommeil), au même titre que des épileptiques, des malades mentaux, ou des individus accusés de sorcellerie, pouvaient être isolés, voire chassés de leur communauté d'origine. Et si, à l'évidence, ces pratiques d'exclusion ne reposaient pas sur une connaissance des modes de transmission de la lèpre ou de la maladie du sommeil tels que les établira la biomédecine au tournant du xx^e siècle, mettant plutôt en jeu une conception de la contagiosité tout à la fois physique et morale et propre à engendrer un désordre social, elles n'en constituaient pas moins une forme de prévention spécifique. Sorte de contrainte par corps relevant au moins autant de la procédure judiciaire que du diagnostic du guérisseur, elles participaient en effet bien davantage de mesures politiques, c'est-à-dire de mesures de sauvegarde de la collectivité, que d'une mobilisation religieuse, même si, bien sûr, elles n'étaient pas exclusives d'arrière-plan symbolique et d'activité rituelle. C'est du reste ce même genre de contrainte que certains groupes s'appliquaient parfois à eux-mêmes en abandonnant *manu militari* le territoire où ils étaient installés par suite d'une épidémie ou de ce qui était considéré par eux comme relevant d'une contagiosité mortelle¹⁸.

Reste que s'il est attesté partout, y compris dans les sociétés « primitives », ressortissant ainsi également à une forme de pensée et, surtout, à un mode d'action universel, ce second modèle s'est davantage déployé à l'intérieur de sociétés structurées autour d'un principe de souveraineté ou d'un dispositif étatique¹⁹. Car, sans aucunement

18. Voir notamment à ce sujet Elikia M'Bokolo, « Histoire des maladies, histoire et maladie », in *Le Sens du mal*, op. cit.

19. Voir à ce sujet le chapitre « Le gouvernement de la vie » dans l'ouvrage de Didier Fassin, *L'Espace politique de la santé. Essai de généalogie*, Paris, PUF, 1996.

s'opposer ou se substituer au premier modèle dans la mesure où les souverainetés de type traditionnel étaient souvent de nature politico-religieuse, par exemple sous la forme d'une royauté sacrée, il se développa à la mesure du souci et des possibilités qu'avaient les gouvernants de lutter contre tout ce qui menaçait leur territoire et leurs populations, et particulièrement contre les épidémies²⁰. Plus précisément, si les structures étatiques traditionnelles n'avaient sans doute pas encore inventé ce pouvoir sur la vie par quoi Michel Foucault définit le tournant, au XVIII^e siècle, de l'histoire occidentale, étant bien souvent consommatrices d'existences, notamment par la surexploitation du travail servile, elles n'en veillaient pas moins à organiser une certaine « santé publique ». En effet, tout en ressortissant pour une bonne part au premier modèle au travers de rites propitiatoires qui mettaient souvent en jeu le pouvoir, voire la vie du souverain²¹, cette « santé publique » était aussi affaire de savoirs spécialisés et de pratiques administratives par lesquels étaient prises autoritairement des mesures générales de prévention et d'hygiène ainsi que des mesures plus particulières de ségrégation, notamment à l'égard des lépreux et des pestiférés²². Comme le dit très justement Gérard Fabre, « l'institution sanitaire devance les savoirs médicaux sur la contagion²³ », mais, ajouterons-nous, elle les devança principalement par la contrainte, en l'occurrence par un usage de plus en plus systématisé de pratiques de contrôle, d'exclusion et d'enfermement comme la quarantaine. C'est en tout cas ce dont témoigne fort bien l'histoire occidentale, bien mieux connue que celle d'autres aires culturelles, avec l'existence au début du second millénaire de près de vingt mille léproseries dans toute la chrétienté²⁴ et la multiplication des lazarets, des dispositifs quarantentaires et des cordons sanitaires après la grande peste du XIV^e siècle²⁵. Et, si ce mouvement grandissant de protection sanitaire des royaumes et des cités marchandes s'est accompagné de conceptions plus précises de la contagion (soit par la contamination de l'air, soit par la transmission de personne à personne), les mesures de contrainte ont pris un tour encore plus systématique en s'appli-

20. Cf. William H. McNeill, *Le Temps de la peste. Essai sur les épidémies dans l'histoire*, Paris, Hachette, 1976.

21. E. M'Bokolo, *op. cit.*

22. Cf. George Rosen, *A History of Public Health*, New York, MD Publications, 1958.

23. Dans son ouvrage, *Épidémies et contagions. L'imaginaire du mal en Occident*, Paris, PUF, 1998, p.123.

24. Cf. Michel Foucault, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Gallimard, 1972.

25. Cf. Daniel Panzac, *Quarantaine et lazarets. L'Europe et la peste d'Orient*, Aix-en-Provence, Publisud, 1986.

quant progressivement à des groupes de population, tels les « fous », les mendiants ou les chômeurs, réputés être néfastes au reste du corps social et nuisibles à son développement.

Vers un système de contrôles et de sanctions

Cependant, avec l'affirmation, au XVIII^e siècle, d'un projet de régénération physique et morale éclairé par l'exercice de la raison²⁶, elle-même relayée par une recherche des types et des causes de dégénérescence (comme l'alcoolisme ou la syphilis), l'idée de promouvoir un corps social sain, débarrassé des effluves malsains et des désordres provenant des faubourgs et des classes pauvres²⁷, infléchit, durant le siècle suivant, la systématisation de la contrainte en une politique plus largement hygiénique. C'est dire aussi bien qu'aux pratiques d'exclusion et d'enfermement se substituèrent tendanciellement des dispositifs de protection des populations caractérisés par un savoir et un pouvoir nettement accrus de la médecine : ce dont témoigna notamment le lancement de la vaccination antivariolique obligatoire, de type jennérien, dans plusieurs pays européens. Plus précisément, tandis que les premières se médicalisèrent également, à l'image de l'asile psychiatrique et du sanatorium, tout en s'exportant dans les nouvelles possessions coloniales d'Afrique et d'Asie²⁸, les seconds, par un engagement de plus en plus prononcé de l'État, se traduisirent en mesures d'assainissement des miasmes urbains²⁹ et de surveillance sanitaire qu'exemplifia une « police des familles » visant tout particulièrement à prendre en charge la santé de la mère et de l'enfant³⁰.

Ainsi, le modèle de la contrainte s'identifia de moins en moins à des mises à l'écart et à des enfermements et de plus en plus à une multiplicité de contrôles, d'obligations, d'interdits et de sanctions à destination du corps social, principalement de ses composantes populaires. Devenu de la sorte plus nettement profane, à l'image d'États occidentaux modernes rompant quelque peu avec leur organisation politico-religieuse antérieure, et à l'appui de nouveaux savoirs (doctrines hygiénistes, statistique, démographie, sociologie, etc.) œuvrant aussi

26. Voir à ce sujet l'ouvrage de Mona Ozouf, *L'Homme régénéré. Essai sur la révolution française*, Paris, Gallimard, 1989.

27. Cf. Georges Vigarello, *Le Sain et le Malsain. Santé et mieux-être depuis le Moyen Âge*, Paris, Seuil, 1993.

28. Cf. Jean-Pierre Dozon, « Quand les pastoriens traquaient la maladie du sommeil », *Sciences sociales et santé*, 1985, 3 (3-4), p. 27-56.

29. Cf. Bernard Lécuyer, « L'hygiène en France avant Pasteur », in *Pasteur et la révolution pastoriennne*, éd C. Salomon-Bayet, Paris, Payot, 1986.

30. Cf. Jacques Donzelot, *La Police des familles*, Paris, Éditions de Minuit, 1977.

bien à une objectivation qu'à une régulation des phénomènes et problèmes sociaux, il s'est largement perpétué au-delà du XIX^e siècle, même s'il évolua désormais au sein d'une santé publique étoffée des deux autres modèles de prévention. Interférant, comme on va le voir, avec ceux-ci, l'exercice de la contrainte tendit à l'époque contemporaine, dans un contexte d'élargissement des Droits de l'homme, à perdre son caractère proprement autoritaire pour apparaître davantage comme un système de dispositions légales au service du bien commun ou du bien-être collectif et, par conséquent, acceptables par tous. Ainsi en fut-il, par exemple, des vaccinations obligatoires destinées tout particulièrement à la réduction des maladies infantiles ou, dans un autre d'idée, du port obligatoire de la ceinture de sécurité sanctionné régulièrement en cas d'infraction.

Cependant, malgré la tendance qu'eut cet exercice de la contrainte à devenir éminemment consensuelle, il n'en demeure pas moins toujours possiblement autoritaire. C'est ce qui faillit advenir, voilà quelques années en France, au moment où l'épidémie de sida était censée devoir dangereusement croître au sein de la population générale dans un contexte de relative impuissance de la médecine, avec le projet qu'eurent les plus hautes autorités de l'État de lancer une vaste campagne de dépistage systématique. Sous la pression d'associations et du Conseil national du sida, qui arguèrent de son caractère antidémocratique et surtout inefficace, il fut finalement abandonné. Mais au-delà du sida, dont on sait par ailleurs qu'il occasionne dans d'autres pays des mesures autoritaires de contrôle et d'exclusion, la scène actuelle et mondialisée d'un retour des épidémies ou de l'émergence de nouvelles maladies contagieuses, du type Ebola, et pour lesquelles la biomédecine tarderait à trouver une parade thérapeutique ou un vaccin, ne laisse de remettre au goût du jour, serait-ce au titre de scénario-catastrophe, les vieux dispositifs de ségrégation, et de faire accroire que les États démocratiques pourraient se transformer en États d'exception.

Le modèle pastorien

Avec ce troisième modèle, nous franchissons la frontière des modèles de prévention récents et modernes qui ne sont universels ou, plutôt, universalisables, que dans la mesure où ils ont été, depuis la fin du XIX^e siècle, étroitement liés à la constitution de nouvelles disciplines scientifiques et aux performances inédites, tant théoriques que

pratiques, de celles-ci. En l'espèce, le modèle de prévention pastorien se réfère très directement à un paradigme scientifique qui « révolutionna » les savoirs sur la contagion et sur l'infection (particulièrement les doctrines hygiéniques antérieures) par l'identification de germes pathogènes, propres à faire naître une maladie spécifique (microbiologie), et par la possibilité de créer chez l'homme ou chez l'animal une immunité artificielle, c'est-à-dire un nouveau mode de prévention, au moyen de techniques d'atténuation de la virulence desdits germes (immunologie, vaccinologie).

Nouveaux objets

Sans doute tout n'était-il pas entièrement neuf dans cette « révolution pastoriennne », puisque, bien avant Jenner et sa technique de la vaccine, d'antiques procédés de variolisation par l'inoculation de pustules (attestés notamment en Chine ancienne, au Moyen-Orient et en Afrique, mais souvent assortis de conceptions et rituels religieux) représentaient une certaine forme d'immunisation³¹. Mais ce qu'elle introduisit de radicalement nouveau, c'est tout à la fois la mise à jour d'un monde où la nature, l'homme et la société sont désormais indissociablement mêlés à la présence de micro-organismes³², la spécification de certains de ceux-ci comme causes des grandes maladies infectieuses ou contagieuses, et la constitution d'une biomédecine capable idéalement de mettre au point, en laboratoire, les vaccins spécifiques à chacune d'entre elles.

De la sorte, la « révolution pastoriennne » représenta non seulement une grande clarification théorique dans l'étiologie de nombreuses maladies – quelque chose de presque trop simple (une maladie, un germe) au regard par exemple de la conception miasmatique qui avait cours auparavant –, mais aussi l'immense projet, la formidable espérance d'en finir avec les fléaux qui avaient hanté les époques antérieures. Entendue ainsi, on peut dire ici qu'elle fut constitutive d'une culture tout à la fois *sui generis* et propre à s'universaliser, comme en témoigne la volonté des pastoriens et de leurs homologues européens de s'attaquer, en ces temps de constitution des empires coloniaux, à toutes les grandes endémies tropicales; une culture, en l'occurrence de progrès, qui synthétisa à elle seule tout ce que la science, depuis les Lumières, pouvait signifier de rupture avec le passé

31. Sur ce sujet, voir l'ouvrage très complet dirigé par Anne-Marie Moulin, *L'Aventure de la vaccination*, Paris, Fayard, 1996.

32. Suivant l'analyse qu'en a proposée Bruno Latour dans *Les Microbes : guerre et paix*, Paris, A. M. Métailié, 1984.

et de certitude dans ses découvertes et performances prochaines. Certes, le nouveau modèle de prévention dont elle était porteuse - la vaccination de masse ou ce que Bruno Latour a appelé une « pastoration de la société ³³ » - eut quelque difficulté à exister en tant que tel. N'a-t-il pas été pour une bonne part constamment rabattu sur le modèle précédent au travers d'un système d'obligations à l'instar des vaccinations infantiles? Et n'a-t-il pas été continûment l'objet, comme la variolisation autrefois, de multiples résistances populaires, étayées par ses échecs ou ses accidents, voire de contestation scientifique au nom de l'idée qu'il mettrait en cause l'équilibre ou la sélection naturelle et favoriserait l'émergence de nouveaux germes pathogènes ³⁴? Sans doute également l'idéal pastorien d'une maladie, un germe, un vaccin, fut-il très loin de s'être réalisé. On songe évidemment au sida, mais aussi et peut-être surtout à toutes ces maladies parasitaires ou virales à vecteur sévissant sous les tropiques qui, malgré l'investissement des pastoriens dès le début du siècle, n'ont pas encore trouvé leur parade vaccinale, comme l'indique la prévalence toujours très forte du paludisme, de la maladie du sommeil, des filarioses et autres dengues.

L'idéal d'éradication

Reste que le modèle pastorien, en tant que projet de création d'une immunisation collective contre les maladies infectieuses et contagieuses, n'en fut et n'en demeure pas moins comptable d'une mode de prévention spécifique. On peut d'abord en prendre la mesure par le fait qu'il fut à sa naissance partie prenante d'une époque ou d'un contexte politique qui mit durablement en forme l'égalité des citoyens, qu'en l'occurrence l'idée de protéger l'ensemble de la société contre des fléaux mortels laissait supposer qu'au regard de ceux-ci tout individu était aussi l'égal d'un autre. Sous ce rapport, la France de la III^e République fut tout spécialement le théâtre d'une forte correspondance entre le programme de Jules Ferry d'une école accessible à tous (c'est-à-dire gratuite et obligatoire) et l'idéal pastorien d'une immunisation collective. Et si des résistances à ce que Michel Foucault a appelé un processus de normalisation et de contrôle des populations se manifestèrent et s'organisèrent sur la base notamment des accidents iatrogènes que ne manqua pas de provoquer la multiplication des découvertes vaccinales ³⁵, le modèle pastorien n'en

33. *Op. cit.*

34. A.-M. Moulin, *op. cit.*

35. Cf. G. S. Wilson, *The Hazards of Immunisation*, Londres, 1967.

fut pas moins d'un assez remarquable rendement cognitif. Car, outre le fait que, sous sa bannière, se répandit peu à peu l'idée d'une éradication générale des maladies infectieuses et contagieuses, il eut le très grand avantage de faire admettre que, comme les germes étaient susceptibles de toucher n'importe qui, les vaccins de la même façon pouvaient indifféremment immuniser tout un chacun. Quoi de plus exemplaire sous ce rapport que le vaccin anti-amaril qui confère, en une injection et pendant dix ans, la quasi-certitude que l'on ne pourra pas contracter la fièvre jaune? Quoi également de plus satisfaisant pour l'esprit pastorien que l'annonce, il y a près de deux décennies par l'Organisation mondiale de la santé, de l'éradication de la variole, mettant ainsi fin à un fléau séculaire?

Certes, on sait aujourd'hui que les choses sont tout à la fois plus complexes et moins réjouissantes, que les victoires apparemment remportées sur tel fléau ne sont peut-être que des ruses de l'Histoire, créant au contraire les conditions de l'apparition de nouvelles épidémies³⁶, et que les individus ne sont pas tous égaux devant les vaccins, comme ils ne l'étaient déjà pas devant les maladies contagieuses. Il n'en demeure pas moins que le modèle pastorien, par-delà ses échecs, ses désillusions et les résistances auxquelles la vaccination n'a jamais cessé de donner lieu, a suscité (principalement dans le contexte politico-économique et sanitaire des pays industrialisés dont il est lui-même issu) une large adhésion, correspondant à la fois à une compréhension somme toute aisée des phénomènes infectieux et contagieux (une maladie, un germe) et à une représentation du vaccin comme parade efficace à ceux-ci, indépendante des conditions d'existence variables des individus ou des groupes sociaux. En ces temps de sida, jamais on n'a autant espéré la mise au point d'un vaccin qui laisserait loin derrière elle une prévention par le préservatif, soit par une technique de protection assez archaïque et reposant sur la seule capacité des individus à s'en servir systématiquement. Partant, il est facile d'imaginer que si cette mise au point survenait enfin, partout dans le monde, y compris en Afrique où des vaccins portant sur d'autres pathologies n'ont pas toujours été bien compris et acceptés³⁷, les pouvoirs publics éprouveraient certainement beaucoup de difficultés à répondre à la demande enthousiaste des populations.

36. Sur ce sujet, voir l'ouvrage de Mirko D. Grmek, *Histoire du sida*, Paris, Payot, 1989.

37. Cf. Daniel Lévi-Bruhl et alii, « Approches méthodologiques de l'étude de l'acceptabilité de la vaccination : exemple de 3 enquêtes menées en Afrique de l'Ouest », *Sciences sociales et santé*, 1993, V, XI, n° 2, p. 9-25.

Le modèle contractuel

Avec ce dernier modèle, nous entrons dans le monde d'une prévention résolument actuelle où les sciences et les instances biomédicales, l'État et divers acteurs institutionnels (caisses d'assurance, mutuelles, associations, etc.), ainsi que les populations ou les usagers sont censés s'accorder pour améliorer la santé publique, c'est-à-dire participer conjointement au bien-être de tous et de chacun. Dit autrement, le modèle contractuel de la prévention fonctionne idéalement sur le mode d'une complémentarité nécessaire entre le travail d'objectivation des risques sanitaires qu'accomplissent avec de plus en plus de précision les sciences biomédicales, particulièrement l'épidémiologie, et un mouvement de subjectivation par lequel les individus doivent devenir des acteurs responsables de leur santé. Une complémentarité qui peut se formuler également en distinguant, d'un côté, un droit à la santé dont seraient garants les pouvoirs publics et la recherche scientifique, de l'autre, un devoir de santé auquel seraient tenus l'ensemble des citoyens et qui participerait ainsi d'une redéfinition du lien démocratique.

De prime abord, ce modèle contractuel est très différent des trois précédents. Il se distingue en effet du modèle magico-religieux en ce qu'il est fortement associé au développement des sciences biomédicales et à l'organisation d'un monde, tout à la fois naturel et social, rationalisé, c'est-à-dire réputé n'être plus dépendant de puissances invisibles ou transcendantes. Au modèle de la contrainte profane, il oppose ce qu'on pourrait appeler le consentement éclairé des populations, en l'occurrence un rapport de nature essentiellement pédagogique par lequel celles-ci peuvent accéder et adhérer largement aux propositions de prévention et d'amélioration de la santé émanant de la biomédecine. Et, s'il se rapproche du modèle pastorien en ce que celui-ci, par-delà le recours à des pratiques de vaccination obligatoire, a su également créer un large consensus, il s'en différencie, malgré tout, dans la mesure où il suppose bien autre chose qu'un simple évitement des maladies infectieuses ou contagieuses. Surveiller son régime alimentaire, supprimer les facteurs de risque exposant au cancer ou aux maladies cardio-vasculaires, faire des bilans réguliers ou des tests prédictifs dont la génétique est en train de multiplier les applications, implique une attention quasi continue à son corps et à sa santé, soit la constitution de chacun en « patient-sentinelle³⁸ ». Autrement

38. Suivant la formule de Patrice Pinell employée dans son ouvrage *Naissance d'un fléau. Histoire de la lutte contre le cancer en France (1890-1940)*, Paris, A.-M. Métailié, 1992.

dit, bien davantage que le modèle pastorien, fixé principalement sur la prévention de maladies spécifiques dont les causes (agents pathogènes) n'affectent les individus qu'en leur étant extérieures, le modèle contractuel suppose un monde de sujets en permanence soucieux d'eux-mêmes, capables d'objectiver leur corps, c'est-à-dire les risques internes (génétiques, immunologiques) ou externes (environnementaux) auxquels celui-ci peut être exposé, comme s'ils étaient vis-à-vis de lui en lieu et place de la biomédecine.

Le principe du consensus

On prend ici la mesure du fait qu'à son endroit d'aucuns parlent d'une culture puisque ce modèle est manifestement constitutif de normes, de valeurs et d'habitus et qu'il dépasse largement le simple souci de soi. Il implique en effet une dimension toute collective par laquelle les sujets ne deviennent des « patients-sentinelles » que parce que leur corps et leur santé n'intéressent pas qu'eux-mêmes. Ceux-ci représentent un capital qu'il convient de faire fructifier le plus longtemps possible et surtout un bien qui, pour appartenir d'abord à chacun, engage des composantes essentielles de l'organisation des pays développés, notamment leur système de santé et de protection sociale. L'existence, aujourd'hui, d'une économie de la santé capable de proposer des modèles en termes de coûts/bénéfices de ces systèmes en fournit une assez bonne démonstration, comme elle souligne le fait que les autorités politiques accordent de plus en plus d'importance à la réduction de la consommation médicale. Ainsi, l'annonce toute statistique d'une multiplication des cancers et, partant, d'un surcoût thérapeutique particulièrement élevé, ne fait que renforcer l'idée que seule la transformation massive des individus en sujets-objets de la prévention est susceptible de diminuer aussi bien les souffrances que les dépenses à venir. Autrement dit, dans l'attention portée à soi, éclairée par les indications de la biomédecine, il y a bien davantage qu'un tête-à-tête du « citoyen-patient » avec son corps et sa santé : il y a tout l'espace d'une acculturation qui fait que ce corps et cette santé ne lui appartiennent pas entièrement, qu'ils sont également choses collectives intéressant son employeur, sa caisse d'assurances et de retraites ou son fonds de pensions, et, pour tout dire, son pays qui semble le vouloir vivant et alerte le plus longtemps possible. Mais, ce qui s'explique ainsi en termes de prévention, d'autres interpellations biomédicales l'énoncent encore plus clairement, comme ces appels de plus en plus insistants aux dons de substances corporelles (sang, moelle, sperme) ou aux dons d'organes qui font tendan-

tiellement du corps individuel, y compris comme cadavre, le bien ou le capital de tous³⁹.

Par définition, donc, le modèle contractuel implique un large consensus et, à ce titre, paraît traduire un très net progrès par rapport à tous les modes de prévention antérieurs. Par lui, l'énoncé « mieux vaut prévenir que guérir » n'est plus cet adage de simple bon sens. Il est bien plutôt le schème culturel en forme de rationalisation des comportements par lequel les citoyens des « pays démocratiques avancés » sont censés adhérer massivement aux interpellations des pouvoirs publics et des instances biomédicales, c'est-à-dire qu'en intériorisant celles-ci ils conjoignent harmonieusement civisme et sauvegarde d'eux-mêmes et de leurs proches. Mais, à l'évidence, les choses ne sont pas si simples ou si facilement « rationalisables ». Et en premier lieu, parce que ce qui semble se présenter comme un processus d'approfondissement démocratique ou, pour reprendre des formules de Norbert Elias, comme un élargissement du procès de civilisation et de pacification⁴⁰, les citoyens devenant de plus en plus responsables d'eux-mêmes et des autres, peut aussi s'entendre comme un vaste mouvement de médicalisation des corps et des consciences. Où l'on retrouve les analyses de Michel Foucault sur le biopouvoir dont les prémices apparurent au XVIII^e siècle, pour se développer au siècle suivant, et dont, au travers de ce modèle contractuel et de la place grandissante prise par la santé publique, nous serions en train de vivre le plein épanouissement, mais sous forme d'une normalisation accrue.

Procès de civilisation ou procès de normalisation : une tension irréductible

Elias versus Foucault, deux perspectives par conséquent difficilement compatibles et synthétisables, mais qui, pour cette raison même, laissent à penser que le modèle contractuel oscille entre chacune d'elles, balance entre le procès de civilisation ou de pacification d'un côté et le procès de médicalisation ou de normalisation de l'autre, comme s'il en exprimait lui-même les tensions et l'impossible conciliation. À l'image de ce jeu de « double bind » évoqué plus haut qui fait qu'un individu peut vouloir être un « patient-sentinelle », désirer se

39. Sur cette question, on pourra consulter deux ouvrages assez différentes, celui de François Dagognet, *La Maîtrise du vivant*, Paris, Hachette, 1988, et celui de David le Breton, *La Chair à vif*, Paris, A.-M. Métailié, 1993.

40. Cf. Norbert Elias, *La Civilisation des mœurs*, Paris, Calmann-Lévy, 1973, et *La Dynamique de l'Occident*, Paris, Calmann-Lévy, 1975.

conformer à un certain mode de rationalisation des comportements, notamment par une suppression des facteurs de risque, et en même temps vouloir échapper ou résister à ce mode de subjectivation. À cet égard, les études liées à l'épidémie de sida, qui ont été menées sur les comportements sexuels, particulièrement en France⁴¹, ont mis au jour un net écart entre les connaissances que les gens avaient des modes de transmission du VIH et leur façon de vivre ou de pratiquer leurs relations amoureuses. Entre le « tout préservatif », à savoir, dans le langage de la prévention, l'absence totale de prise de risque, et un usage non systématique de la « capote », il y a tout l'espace de conduites pragmatiques qui ne sont ni strictement rationnelles, ni davantage irrationnelles, mais qui révèlent toute la variété des manières d'être en situations concrètes et toute l'équivocité des affects. En quoi ces études ont montré à nouveaux frais que la rationalisation des comportements par la biomédecine ne peut qu'éprouver ses limites au lieu où la vie de chacun, comme de tous, n'est aucunement réductible au champ du savoir. Les désirs, les passions, les joies comme les peines, les souffrances et la mort, avec ce qu'elles impliquent d'ambiguïtés et de sentiments indicibles, en tissent aussi la trame. La littérature et les moralistes n'ont jamais cessé de traiter de ces aspects de la psyché humaine ; mais ce dont la psychanalyse a fait, d'une manière encore plus significative, sa matière en les présentant sous la forme d'un système de processus et d'instances psychiques au travers desquels les individus ne deviennent des sujets autonomes qu'au prix de tensions et d'arrangements avec ce qui les constitue par ailleurs comme êtres hétéronomes. De sorte que, s'il convient d'admettre que les développements de la connaissance scientifique comme les avancées démocratiques contribuent à la conquête de l'autonomie individuelle⁴², et que, sous ce rapport, on peut estimer la rationalisation des comportements comme éminemment souhaitable, il faut aussi considérer, comme Freud l'avait fait en son temps, que les progrès de la civilisation sont aussi comptables d'angoisses, de malaises et de pulsions de mort⁴³.

En fait, ce modèle contractuel de la prévention, dans son idéal de rationalisation des comportements, n'est pas loin, paradoxalement, de rejoindre le premier modèle, à savoir le modèle magico-religieux. Car, ce qu'il rencontre comme limites à ses objectifs de transforma-

41. Cf. *Les Comportements sexuels en France*, Alfred Spira, Nathalie Bajos et le groupe ACSE, Paris, La Documentation française, 1993.

42. Pour reprendre un thème cher à Cornélius Castoriadis. Voir notamment *Domaines de l'homme. Les carrefours du labyrinthe II*, Paris, Seuil, 1986.

43. Sigmund Freud, *Malaise dans la civilisation*, Paris, PUF, 1971.

tion des individus en « patients-sentinelles », c'est sans doute tout en ensemble de manquements ou de résistances, mais c'est aussi, à l'inverse, toute une série de conduites qui le font précisément basculer du côté d'attitudes obsessionnelles, d'un excès de scrupules à l'égard des recommandations ou des injonctions de la biomédecine (visites médicales répétées, attention compulsive aux anomalies corporelles, alimentation continûment ajustée sur des normes nutritionnelles, etc.). Toutes choses qui paraissent résulter d'une bonne intériorisation de la prévention, mais qui ne sauraient pour autant, à l'instar des rites et des interdits traditionnels, empêcher à un moment donné la survenue de la maladie et de la mort. Et, parce qu'elle ne peut justement l'empêcher, parce qu'elle est impuissante à réaliser une « santé parfaite⁴⁴ » et à forclure radicalement la mort, cette intériorisation apporte elle-même son lot d'inquiétudes et de malaises (au plan individuel, mais de plus en plus aussi au plan collectif avec l'annonce de risques sanitaires planétaires qui en appelle à ce principe de précaution que les politiques et les experts ont désormais particulièrement la charge de mettre en œuvre⁴⁵, sans être véritablement en mesure de les réduire ou d'en prévenir la multiplication).

Dans de telles conditions, il n'est guère surprenant que le modèle contractuel puisse en quelque sorte passer le témoin au modèle magico-religieux, le « patient-sentinel » se tourner vers les médecines alternatives ou « exotiques », fréquenter de nouveaux mouvements religieux, des groupes charismatiques, ou se laisser séduire par les constellations syncrétiques du « New Age ». De même qu'aujourd'hui on peut non seulement observer au sein de nos sociétés un pluralisme thérapeutique (peu différentes, sous ce rapport, des sociétés du Sud), mais aussi un pluralisme préventif où la quête d'une bonne et durable santé, d'une « qualité de vie », est susceptible d'inspirer un respect scrupuleux des recommandations biomédicales, et également des pratiques dites spirituelles qui critiquent les limites de celles-ci ou en dénoncent éventuellement les effets nocifs, bornées qu'elles seraient aux seuls aspects matériels et somatiques de la préservation individuelle. La rationalisation ou l'acculturation des comportements par la biomédecine est en quelque sorte à ce prix : celui d'être de plus en plus débordée ou relayée par des pratiques magiques ou religieuses de prévention, comme si à vouloir instaurer un mode de subjectivation qui fasse adhérer à l'idéal d'une bonne et durable santé elle créait les

44. Pour reprendre le titre de l'ouvrage de Lucien Sfez, *La Santé parfaite*, Paris, Seuil, 1995.

45. Sur le principe de précaution, voir notamment, de Pierre Lascoumes, « La précaution, un nouveau standard de jugement », *Esprit*, n° 237, p. 129-140.

conditions pour que celui-ci aille en quête de cet idéal ailleurs, c'est-à-dire hors du cadre de la biomédecine. Ce n'est, par conséquent, pas un hasard si, aujourd'hui, la plupart des mouvements religieux, anciens ou plus récents, font de la santé, de la prévention comme de la guérison leur thème de prédilection. Qu'ils reprennent à leur compte l'idée d'une rationalisation des comportements ou qu'ils s'en démarquent pour lui préférer, à l'instar de l'Église catholique, celle de leur moralisation, ils trouvent en effet dans l'acculturation à la prévention par la biomédecine de quoi surenchérir sur elle en répondant à leur manière aux obsessions et aux insatisfactions qu'elle ne cesse de susciter.

Mais, comme on l'a vu, le pluralisme préventif, même s'il tend, dans les sociétés « démocratiques avancées », à être dominé par le modèle contractuel, comporte aussi des formes contraignantes d'intervention ; en l'occurrence des contrôles sanitaires intérieurs et extérieurs et une surveillance épidémiologique tout à la fois nationale et planétaire qui, en ces temps d'annonce de maladies émergentes, semble se tenir prête au pire, c'est-à-dire, faute de parade immédiate d'ordre thérapeutique ou vaccinale, à faire intervenir la puissance publique pour en contre-carrer la diffusion. Quant au modèle pastorien, il reste évidemment et plus que jamais présent. S'il se décline en effet souvent sous forme d'obligations et s'il provoque toujours des résistances, il n'en demeure pas moins ce modèle spécifique qui fait espérer et désirer que, par la mise au point de nouveaux vaccins efficaces et durables, les maladies contagieuses, anciennes ou plus récentes, pourront être largement éradiquées.