



HAL
open science

Soigner la société

Nicolas Pitsos

► **To cite this version:**

Nicolas Pitsos. Soigner la société: Contributions à l'histoire de la santé publique. Édition Le Manuscrit, 2024, 9782304055672. hal-04664933

HAL Id: hal-04664933

<https://hal.science/hal-04664933>

Submitted on 30 Jul 2024

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.

Copyright

SOIGNER LA SOCIÉTÉ

ISBN 978-2-304-05567-2
© Éditions Le Manuscrit, avril 2024

NICOLAS PITSOS

Soigner la société

Contributions à l'histoire
de la santé publique

Éditions Le Manuscrit
Paris

Sommaire

Introduction	7
Chapitre I.	
La question sociale dans les <i>Annales d'hygiène publique et de médecine légale</i>, 1829-1853.....	15
Décrire la question sociale.....	18
Comprendre la question sociale.....	22
Résoudre la question sociale.....	32
Chapitre II.	
Entre hygiénisme et solidarisme : l'histoire de l'Alliance d'Hygiène sociale, 1904-1955	43
II.1. Quelques jalons historiographiques.....	47
II.2. Une association dans le milieu hygiéniste au début du XXe siècle.....	50
III.3. Organisation administrative de l'Alliance d'Hygiène sociale.....	63

II.4. Les principes fondateurs de l'Alliance d'Hygiène sociale.....	105
II.5. Objectifs-projets-combats de l'Alliance d'Hygiène sociale.....	124

Chapitre III.

Pour une révolution de la pensée épidémiologique au tournant du XXI^e siècle : le concept du capital social dans le domaine de la Santé publique 183

III.1. Pour une généalogie intellectuelle du concept du capital social	185
III.2. Les trois versions contemporaines	189
III.3. Le capital social dans les champs des sciences humaines et sociales.....	195
III.4. Les grands débats théoriques autour de la notion de capital social.....	204
III.5. Le capital social et la Santé publique.....	211

Bibliographie 245

Introduction

Au lendemain de la pandémie du coronavirus aux effets dévastateurs à l'échelle internationale, l'humanité a repris conscience de l'importance des enjeux liés à la santé publique dans l'organisation sociale. Malgré une pléthore de définitions¹, on pourrait désigner la santé publique comme « l'ensemble des approches, actions et programmes visant à intervenir au niveau des populations afin de réduire l'incidence de maladies ou à prévenir leur apparition »². Dans la mesure où elle s'intéresse au bien-être de la collectivité, la santé publique réalise une rupture intellectuelle radicale avec

1 Voir MORELLE A., TABUTEAU D., 2023, *La Santé publique*, Paris, PUF et SOURNIA J.-C., 1991, *Dictionnaire de santé publique*, Paris, Ed. de Santé.

2 Voir SETBON M., 2006, « Reflets de santé publique à travers soixante ans de publications », *Revue française des affaires sociales*, vol. 4, p. 189-201. Dan Beauchamp et Bonnie Steinbock définissent de manière synthétique ce en quoi consiste la santé publique : tout en santé publique commence avec la dimension populationnelle et avec l'effort de mesurer et d'améliorer l'état de santé des populations. Voir BEAUCHAMP D. E., STEINBOCK B., 1999, *New Ethics for the Public's Health*, Oxford, Oxford University Press.

la pratique médicale orientée vers et motivée par les soins à apporter à un malade particulier³.

Déjà en 1920, Charles-Edward Amory Winslow, le bactériologiste américain et figure emblématique de la santé publique, écrivait dans la revue *Science* que :

« La santé publique est la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et de promouvoir la santé physique et l'efficacité à travers les efforts coordonnés de la communauté pour l'assainissement de l'environnement, le contrôle des infections dans la population (...), l'éducation de l'individu aux principes de l'hygiène personnelle, l'organisation de services médicaux et infirmiers pour le diagnostic précoce et le traitement préventif des pathologies, et le développement des dispositifs sociaux qui assureront à chacun un niveau de vie adéquat pour le maintien de la santé. (...) J'espère que, dans les années à venir, nos services de santé organiseront diverses formes de services sanitaires, médicaux, infirmiers et sociaux de manière à permettre à chaque citoyen de jouir de son droit inné à la santé et à la longévité »⁴.

Une telle définition globale et holiste de la santé publique nous permet aussi bien de délimiter les domaines multiples relevant de ses compétences que de dessiner les contours de son action programmatique⁵. On y retrouve les prémices de ses principaux fondements théoriques ainsi que des éléments constitutifs de ses dispositifs actuels. Même si le terme n'existait pas en tant que tel avant le xx^e siècle, et que des

3 Voir SOURNIA J.-C., 1982, « Pour une histoire de la Santé publique », *Histoire des sciences médicales*, vol. 17, p. 27-32.

4 WINSLOW C.-E., 1920, «The Untilled Fields of Public Health», *Science*, vol. 51, p. 23-33.

5 Pour une présentation des enjeux de santé publique, voir FASSIN D., 2023, *Faire de la santé publique*, Rennes, Hygée éditions.

appellations comme hygiène publique ou hygiène sociale⁶ se sont elles aussi forgées au fil d'un long XIX^e siècle, les idées et pratiques sous-jacentes de santé publique, étaient déjà élaborées et/ou établies dans la plupart des sociétés et civilisations humaines depuis l'antiquité⁷. Des traités abordant les questions de bonnes pratiques alimentaires ou l'influence de l'environnement sur la santé, le système d'égouts, d'aqueducs et de bains publics, en passant par des dispositifs à l'instar de la quarantaine visant à endiguer la propagation de maladies contagieuses, tout un réseau de règles et de savoir-faire de santé publique a déjà été tissé à la veille de l'époque contemporaine.

Cependant, l'histoire moderne de la santé publique est concomitante de l'industrialisation, de l'urbanisation, de la laïcisation de nos sociétés, de la médicalisation croissante de l'existence humaine, mais aussi de la résurgence d'épidémies (par ex. choléra)⁸. Leur contrôle constitua la première préoccupation de santé publique à l'échelle mondiale au début de l'ère contemporaine⁹. En 1851, la première conférence internationale de santé à Paris est consacrée à ce sujet. Le Bureau sanitaire panaméricain s'attelant à limiter la propagation des épidémies, voit le jour à Washington en 1902. Dans un tel contexte, les mauvaises conditions d'hygiène et de vie furent considérées comme des facteurs susceptibles de faciliter la propagation des maladies contagieuses. Le

6 SEIGNAN G., 2010, « L'hygiène sociale au XIX^e siècle : une physiologie morale », *Revue d'histoire du XIX^e siècle*, vol. 40, p. 113-130.

7 Voir VIGARELLO G., 1985, *Histoire des pratiques de santé : le sain et le mal-sain depuis le Moyen Age*, Paris, Seuil. TUBIANA M., 1995, *Histoire de la pensée médicale : chemins d'Esculape*, Paris, Flammarion.

8 Voir FRIOUX S., FOURNIER P., CHAUVEAU S., 2011, *Hygiène et Santé en Europe de la fin du XVIII^e siècle aux lendemains de la Première Guerre mondiale*, Paris, SEDES.

9 Voir CHIFFOLEAU S., 2019, *Genèse de la santé publique internationale : de la peste d'Orient à l'OMS*, Rennes, PUR.

« Sanitary mouvement » au Royaume-Uni et les travaux de Chadwick réunis au sein du « Report on the sanitary condition of the labouring population of Great Britain », illustrent cette prise de conscience. La publication de ce rapport en 1842 mit en évidence les liens entre l'insalubrité de l'environnement et le mauvais état de santé des travailleurs britanniques préconisant des mesures d'hygiène collective (ramassage des ordures, assainissement, adduction d'eau, normes d'habitation)¹⁰. Quelques années plus tard, Jules Verne dans son roman *Les cinq cents millions de la Béguine* (1879), invente « France-ville », modèle d'une ville régie par les principes hygiénistes et urbanistes du docteur François Sarrasin¹¹. À la fin du XIX^e siècle, l'identification des bactéries comme responsables des maladies infectieuses ouvre de nouvelles voies pour la santé publique aussi bien dans le domaine d'applications pratiques que dans la sphère des considérations théoriques. Entre-temps, sous l'emprise de l'utilitarisme libéral et du socialisme utopique, mais aussi grâce à la diffusion des résultats d'enquêtes statistiques et une littérature sociale plongeant ses lecteurs dans les mines du Gard chez *Germinal* d'Émile Zola ou les abattoirs de Chicago chez *La Jungle* d'Upton Sinclair, les contemporains commencent à réaliser l'impact des conditions de travail sur la santé¹².

Toujours au XIX^e siècle, sont organisées les premières campagnes sanitaires ou de prévention, notamment contre l'alcoolisme. C'est dans ce mouvement que l'éducation pour

10 Voir MORICEAU C., 2009, *Les douleurs de l'industrie : de l'hygiénisme industriel en France, 1860-1914*, Paris, Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales.

11 Voir JORLAND G., 2010, *Une société à soigner : hygiène et salubrité publiques en France au XIX^e siècle*, Paris, Gallimard, et D'ARIENZO R., 2017, *Métabolismes urbains : de l'hygiénisme à la ville durable, Naples 1884-2014*, Genève, Metis Presses.

12 Voir FAURE O., 1994, *Histoire sociale de la médecine*, Paris, Anthropos.

la santé, autre domaine privilégié de santé publique, trouve ses origines¹³. Au milieu du xx^e siècle, le déclin des maladies infectieuses sur une grande partie du continent européen et en Amérique du Nord va de pair avec une importance croissante des maladies chroniques et dégénératives alors que les résultats des études épidémiologiques mettent davantage l'accent sur le rôle prépondérant de certains comportements individuels (tabagisme, alimentation inadéquate, exercice physique insuffisant). En parallèle, d'autres études épidémiologiques révèlent que les conditions sociales et économiques ont des effets importants sur la santé¹⁴. C'est la naissance d'une épidémiologie sociale qui vient enrichir la pensée de la santé publique par l'introduction du terme de « déterminants sociaux de la santé »¹⁵. Face à la prise de conscience d'inégalités sociales de santé, il s'agit désormais de proposer des hypothèses à propos des effets sur la santé de variables sociales, tester à l'échelle d'une population, le rôle et les mécanismes de ce qui est souvent appelé l'étiologie sociale des maladies¹⁶.

13 Voir GREEN L., 1999, "Health Education's contributions to public health in the twentieth century", *Annual Review of Public Health*, vol. 20, p. 67-88.

14 Voir ROSEN G., 1947, "What is Social Medicine? A Genetic Analysis of the Concept", *Bulletin of the History of Medicine*, vol. 21, p. 674-733. COCKERHAM W. C., 2021, *Sociological theories of health and illness*, New York, Routledge. WANG M.-L., NANTULYA V. M., 2008, *Social exclusion and community capital: the missing link in global partnerships of health for all*, New York, University Press of America.

15 Voir KONDO K., 2020, *Social determinants of Health in Non-communicable Diseases: case studies*, Singapore, Springer. COCKERHAM W. C., 2021, *Sociological theories of health and illness*, New York, Routledge.

16 Comme l'affirment Marcel Goldberg, M. Melchior, A. Leclerc et F. Lert., le terme d'étiologie n'a pas le sens d'une causalité directe, il indique plutôt que c'est dans la sphère sociale qu'il faut chercher les origines des mécanismes complexes qui peuvent entraîner l'émergence de problèmes de santé étant nécessairement socialement stratifiés. Voir GOLDBERG M., MELCHIOR M., LECLERC A., LERT F., 2002, « Les déterminants sociaux de la

Le développement de l'épidémiologie sociale est accompagné d'une conception élargie de la santé, définie à partir de 1946 par l'OMS dans le préambule de sa constitution, comme : « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

Ainsi, tout au long du XIX^e et du XX^e siècle, une double fonction et expression de la santé publique se dessine-t-elle. D'une part, il s'agit d'une discipline s'intéressant à repérer et à étudier les facteurs censés influencer la santé d'une population. D'autre part, la santé publique est censée développer et mettre en place des campagnes de prévention et de promotion de santé au sein d'une collectivité à l'échelle de l'école, de l'entreprise, de la municipalité, de la région, du pays, du continent¹⁷.

En ce qui concerne l'écriture de l'histoire de la santé publique, l'historiographie emprunta au moins deux chemins. Un premier où il était question d'étudier les acteurs individuels et/ou institutionnels, les théories et les projets. Et un deuxième, amenant les historiens à s'interroger sur comment les discours et/ou les pratiques en rapport avec la santé publique peuvent nous renseigner sur les états d'esprit et d'âme d'une société à un certain moment de son histoire, reflétant les mentalités, les sensibilités, les matérialités des individus ou des groupes qui la composent. Cette deuxième approche correspondait à la volonté d'écrire une histoire socioculturelle de la santé publique.

À cheval entre ces deux approches historiographiques, le présent ouvrage réunit trois études sur trois séquences distinctes de l'histoire de la santé publique, autour d'abord d'une revue, les *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*

santé : apports récents de l'épidémiologie sociale et des sciences sociales de la santé », *Sciences sociales et santé*, vol. 20, n° 4, p. 75-128.

17 Voir CAVÉ I., 2016, *Etat, santé publique et médecine à la fin du XIX^e siècle français*, Paris, L'Harmattan.

(1829-1853), puis d'une association, l'Alliance d'hygiène sociale (1904-1955), et enfin d'une notion, le capital social introduit dans le domaine de l'épidémiologie sociale à la fin du xx^e siècle. Ces travaux se veulent à la fois une contribution à l'histoire des idées de l'hygiénisme au début du xx^e siècle, à l'étude des institutions médicosociales de la Troisième République ainsi qu'à la généalogie de l'organisation et de la mise en place d'un système de santé publique en France.

Les deux premiers chapitres nous invitent à un voyage dans le temps, sous la monarchie de Juillet tout d'abord, quand les conditions de vie dans les taudis aggravaient les ravages de l'épidémie de choléra et les risques encourus dans les ateliers sensibilisaient les contemporains à la notion d'accident de travail. Puis, nous voilà à la veille de la Grande Guerre, alors que les conséquences dévastatrices de la tuberculose, notamment auprès des populations les plus défavorisées, faisaient prendre conscience aux praticiens de la santé, de l'ampleur de l'injustice sociale et du besoin de mettre en place des dispositifs de protection sociale. Ces deux études contribuent à l'approfondissement de nos connaissances concernant l'histoire sociale et culturelle de l'hygiénisme et plus particulièrement les méthodes qu'il a mises en place, afin de répandre ses concepts et ses représentations de la santé au sein de la société française. Des enquêtes d'observation sociale du premier xix^e siècle jusqu'aux tentatives d'organisation de l'action sanitaire dans le sillage de la ferveur associationniste de la Troisième République, nous empruntons les chemins de pensée ayant abouti à l'avènement de la santé publique telle que nous la connaissons aujourd'hui.

Le troisième chapitre consacré au concept du capital social, invite la santé publique dans le champ des sciences sociales en illustrant le processus d'acclimatation de schémas interprétatifs et de moyens d'action qui leur sont empruntés dans le domaine de l'épidémiologie sociale et des campagnes de promotion du bien-être au sein d'une société.

Au fil de ces trois chapitres, on voit aussi se profiler un discours sur la causalité des inégalités sociales de santé. Il est à l'origine d'un processus générant une division épistémologique entre un raisonnement libéral plaçant l'individu et ses comportements au centre de l'explication de la question sociale et un autre courant de pensée plus socialisante proposant une lecture contextualisée et socialement contingente des manifestations de la question sociale, notamment en termes d'inégalités de santé. Quant aux remèdes proposés pour y pallier, ils oscillent entre recettes moralistes, interventions étatiques et ordonnances solidaristes.

Par ailleurs, tout au long de la période parcourue par les trois études, on assiste à la définition du champ d'action des hygiénistes, des épidémiologistes et des professionnels de la santé publique. On poursuit les tentatives de délimitation de la sphère d'interaction et d'un espace de négociation, entre les décideurs politiques et les chercheurs scientifiques, entre le savoir médico-sanitaire et le pouvoir législatif ou exécutif. L'hygiéniste du XIX^e siècle ou l'épidémiologiste du XX^e siècle, en vertu de leur appréciation directe et de leur perception globale de la santé d'une population donnée, réclament leur participation dans la prise des décisions concernant une bonne gouvernance du corps social.

Chapitre I.

La question sociale dans les *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 1829-1853

Apparues en 1829, les *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*¹ s'imposent comme la tribune du mouvement hygiéniste dans la France de la première moitié du XIX^e siècle. Praticiens de la santé publique, les hygiénistes² définissent leur mission essentielle comme l'étude de l'homme dans la société. Outre le célèbre prospectus de lancement des *Annales*³, cette ambition est également clairement énoncée par le docteur François Mélièr en 1843 :

1 Cette revue est publiée en quatre séries entre 1829 et 1922, dont la première couvre la période 1829-1853. À partir de 1923 et jusqu'en 1951, elle paraît sous le nom d'*Annales d'Hygiène publique, industrielle et sociale*.

2 Pour une généalogie de l'hygiénisme, voir BOURDELAIS P., « Les logiques du développement de l'hygiène publique » dans BOURDELAIS P. (dir.) 2001, *Les Hygiénistes : enjeux, modèles et pratiques*, Paris, Belin, p. 5-26.

3 Comité de rédaction, « Prospectus », *Annales d'Hygiène Publique et de Médecine Légale* (désormais AHPML), t. 1, 1829, p. VI-VII.

« La médecine ne borne pas ses soins à l'homme isolé, à l'homme considéré comme individu, plus vaste en ses attributions, elle étend sa sollicitude à la société tout entière [...] elle prend alors le nom de médecin publique ou politique et devient une véritable science sociale. La population est son sujet. La santé publique son but. Ses moyens sont l'étude et l'appréciation de toutes les circonstances favorables ou contraires à la conservation des hommes. Elle est en quelque sorte, à la population ce que l'économie politique est aux richesses »⁴.

Dans ces conditions, les hygiénistes ne peuvent se détourner des « dysfonctionnements » de la société. On sait en effet combien les mutations du cadre et du fonctionnement économique ont engendré tout au long du XIX^e siècle, à côté de la pauvreté traditionnelle, une nouvelle misère⁵ sous la forme de la paupérisation des classes ouvrières, ce que désigne désormais l'expression « question sociale »⁶. Les activités professionnelles des protagonistes des *Annales* ainsi que leurs observations des populations urbaines, les amènent à se rendre compte de ce phénomène et de son étendue⁷.

Ces études ont lieu à une époque d'éclosion enquêtrice pendant laquelle une manie observatrice s'empare des hygiénistes⁸. En même temps, l'État est également préoccupé

4 MELIER F., 1843, « Des subsistances envisagées dans leurs rapports avec les maladies et la mortalité », *AHPML*, t. 29, p. 309.

5 PROCACCI G. 1993, dans *Gouverner la misère*, Paris, Seuil, voit dans l'analyse de la question sociale dans la première moitié du XIX^e siècle un travail sur la misère, c'est-à-dire sur les effets pervers du développement économique.

6 Pour une généalogie de cette question depuis le Moyen Age, voir CASTEL R., 1995, *Les métamorphoses de la question sociale*, Paris, Seuil.

7 GUILLAUME P., 1996, *Le rôle social du médecin depuis deux siècles, 1800-1945*, Paris, Association pour l'étude de l'histoire de la sécurité sociale.

8 Les méthodes statistiques utilisées par les médecins des *Annales* ont été étudiées par LECUYER B.-P., 1977, « Médecins et observateurs sociaux : les AHPML, 1820-50 », dans *Pour une histoire de la statistique*, Paris, INSEE, vol. I.

par la volonté d'une meilleure compréhension de la nouvelle réalité sociale qui se dessine après les bouleversements politiques et l'ébranlement des anciennes certitudes. Les troubles politiques à Paris, à Lyon en 1831 et 1834 et les révoltes ouvrières du début des années 1830, ne font qu'attiser ses craintes. Avec la monarchie de Juillet et en raison de l'orientation libérale de son programme, les élites sociales affichent leur détermination d'acquérir une connaissance panoramique de la société et notamment des classes laborieuses, perçues comme les principales responsables de l'instabilité politique et du désordre social⁹. La convergence est alors forte avec les hygiénistes qui considèrent leur œuvre comme essentielle, sinon indispensable, à une bonne gouvernance du corps social¹⁰. La rédaction des *Annales* participe ainsi à cette campagne d'introspection sociale, en assumant le double rôle d'observateurs sociaux et de « conseillers d'État »¹¹. Parmi les 687 articles publiés par la revue dans sa première série (1829-1853), quarante-neuf s'interrogent directement sur les mécanismes de l'organisation socioéconomique, leurs répercussions sur la santé et les meilleures formules à adopter en vue du traitement des problèmes soulevés par la question sociale. C'est sur ce *corpus* que repose cette étude qui s'attache à comprendre la spécificité du regard et du raisonnement hygiéniste sur la question sociale.

9 Dans *Classes laborieuses et classes dangereuses à Paris pendant la première moitié du XIX^e siècle*, Paris, Plon, 1958, Louis Chevalier démontre la place que cette association, plus fantasmagorique que réelle, entre la misère et le crime, occupe dans l'imaginaire social du premier XIX^e siècle.

10 Dans ses *Dits et écrits* : 1976-9, vol. III, Paris, Gallimard, 1994, p. 214, Michel Foucault associe l'hygiénisme à une biopolitique mise en place par le pouvoir étatique en vue de la maîtrise et du redressement du corps humain.

11 Sur l'engagement des hygiénistes dans l'appareil administratif, voir LÉONARD J., 1981, *La médecine entre les savoirs et les pouvoirs*, Paris, Aubier.

Décrire la question sociale

Symptômes physiques

Les travaux publiés par les auteurs des *Annales*, dont beaucoup s'inscrivent dans le sillage de l'étude menée par Louis-René Villermé sur l'état physique et moral des ouvriers¹², ont inauguré le débat sur la place des inégalités sociales de santé dans les discussions plus générales autour de la question sociale. Marc d'Espine, médecin suisse qui fut l'un des précurseurs de la statistique médicale, esquisse de manière particulièrement claire ces inégalités :

« (...) l'aisance a pour effet de diminuer la mortalité naturelle d'une population, d'élever son taux de vie moyenne et probable. Cette influence s'exerce à tous les âges de la vie, et principalement dans l'enfance. La misère au contraire, augmente la mortalité, abaisse les chiffres de la vie probable et de la vie moyenne; son influence fâcheuse s'exerce aussi à tous les âges de la vie, et principalement dans l'enfance (...) En un mot, l'aisance prolonge et la misère abrège la vie (...) »¹³.

12 Voir VILLERMÉ L.-R., 1839, « De la santé des ouvriers employés dans les fabriques de soie, de coton et de laine : extrait en partie d'un rapport fait à l'Académie des sciences morales et politiques de l'Institut sur l'état physique et moral des ouvriers », *AHPML*, t. 21, p. 338-420. Au Royaume-Uni de la même époque, Edwin Chadwick, réformateur social, rédige son rapport intitulé « Report on the sanitary condition of the Labouring population of Great-Britain » et publié en 1842. Quelques années plus tard, en 1848, le « Public Health Act », le premier dispositif du gouvernement britannique s'intéressant à la santé de ses citoyens, est mis en place dans le sillage de ce rapport.

13 D'ESPINE M., 1847, « Influence de l'aisance et de la misère sur la mortalité », *AHPML*, t. 38, p. 32.

À ce constat général¹⁴ s'ajoutent les effets des conditions de vie et de travail sur le corps et la constitution physique des ouvriers¹⁵. Adolphe Quételet¹⁶, le statisticien belge des *Annales*, trouve remarquable que l'inégalité des tailles ne soit pas seulement observée entre les habitants des villes et ceux des campagnes, mais également à l'intérieur des villes, entre les individus de différentes professions et ayant différents degrés d'aisance. La différenciation sociale se lit aussi dans la récurrence des maladies au sein des catégories sociales les plus défavorisées. Louis-René Villermé, figure emblématique du mouvement hygiéniste et des *Annales* dans la première moitié du XIX^e siècle¹⁷, retrace dans sa comparaison entre les tisserands et les bijoutiers la relation entre la fréquence de la maladie et le niveau du revenu : « *les tisserands ont essuyé... plus de trois fois autant de maladies que les ouvriers bijoutiers. Au reste, (...) la fréquence des maladies est d'ordinaire en raison inverse du prix des journées, plus encore qu'en raison directe de l'insalubrité* »¹⁸.

Symptômes moraux

Aux maladies du corps viennent s'ajouter les désordres de l'esprit et l'« étrangeté » des mœurs, révélateurs de la question

14 CADIER-REY G., « La mortalité vue à travers les AHPML, dans les années 1830 » dans HARISMENDY P. (dir.), 2006, *La France des années 1830 et l'esprit de réforme*, Presses Universitaires de Rennes.

15 Voir LE ROUX T., « L'effacement du corps de l'ouvrier. La santé au travail lors de la première industrialisation de Paris (1770-1840) » dans *Le Mouvement social*, 2011/1, n° 234, p. 103-119.

16 QUETELET A., 1831, « Recherches sur la loi de la croissance de l'homme », *AHPML*, t. 6, p. 97

17 Sur les 49 articles de la première série des *Annales* en rapport avec la question sociale, il en a écrit quatorze.

18 VILLERMÉ L.-R., 1829, « Sur la durée moyenne des maladies aux différents âges et sur l'application de la loi de cette durée et de la loi de la mortalité à l'organisation des sociétés de secours mutuels », *AHPML*, t. 2, 1829, p. 259.

sociale. La pathogénie physique est donc doublée d'une pathogénie morale. Toute attitude ou action qui n'est pas conforme à la morale dominante est ostracisée. Le manque d'intérêt pour la propriété, une certaine aversion à l'épargne, l'imprévoyance, la dévotion aux plaisirs et la célébration du présent, sont relevés comme propres aux classes ouvrières. Selon Villermé, « *on peut affirmer, en thèse générale, que les ouvriers des manufactures songent peu au lendemain, surtout dans les villes ; que plus ils gagnent, plus ils dépensent (...) travailler, mais jouir, semble être la devise de la plupart d'entre eux* »¹⁹.

De même que l'insouciance, l'ivrognerie, l'accroissement du nombre d'enfants abandonnés et la prostitution sont également perçus comme des indices de la question sociale. La prostitution²⁰ est également conçue comme un danger envers l'ordre établi et assimilée à une épidémie sociale²¹ qui précipite les êtres fragiles vers le crime. Le docteur Bergeret souligne que presque tous les criminels pour qui il a fait des expertises médico-légales, à l'occasion d'attentats à la pudeur, de viols, d'avortements ou d'infanticides, « *étaient des hommes qui avaient débuté dans la carrière de l'immoralité avec des courtisanes pour finir dans celle du crime (...)* »²².

Symptômes esthétiques

Les classes pauvres ou paupérisées sont très souvent considérées comme irresponsables, vicieuses, ou encore

19 VILLERMÉ L.-R., 1839, « De l'ivrognerie, principalement sur les ouvriers des manufactures », *AHPML*, t. 22, 1839, p. 98.

20 Voir la présentation par Alain Corbin de l'œuvre de PARENT-DUCHÂTELET A., 1981, *La prostitution à Paris au XIX^e siècle*, Paris, Seuil.

21 CHARLE C., 1991, *Histoire sociale de la France au XIX^e siècle*, Paris, Seuil, p. 325.

22 D'ARBOIS B., 1866, « La prostitution et les maladies vénériennes dans les petites localités », *AHPML*, t. 25, p. 351.

malpropres²³. Les odeurs qu'elles dégagent se situent en dehors des normes olfactives autorisées²⁴, transgressant les seuils de tolérance supportables. Les médecins, qui y sont directement confrontés, transmettent leurs impressions aux lecteurs des *Annales*, en leur communiquant leur étourdissement. Le docteur Adolphe Toulmouche s'exclame ainsi : « *La malpropreté semble le vice dominant dans la classe du peuple (...). Une masse considérable de la population ne peut en effet, subvenir aux premiers besoins, qui sont un air pur* »²⁵. Les logements des pauvres sont assimilés dans l'imaginaire social à des foyers d'infection, lieux malodorants qui défient la sensibilité de la nouvelle classe dirigeante. « *De ces foyers permanents de corruption, s'exhalent des miasmes pestilentiels qui s'étendent aux alentours* »²⁶.

Pendant, le pauvre ne représente pas seulement une source miasmatique, il est aussi visible. Son spectacle est perçu comme une insulte esthétique, comme une perturbation visuelle à l'harmonie du paysage. Il est potentiellement dangereux pour la stabilité sociale ou l'harmonie psychologique de l'individu. Ses influences néfastes sous forme de mimétisme sont redoutées :

« (...) la loi ne punit que les mendiants valides ou qui feignent des plaies et infirmités. Les mendiants invalides n'encourent de condamnation que s'ils ont usé de menaces ou exercé des actes de violence (...) sous le rapport de l'hygiène et de la police médicale, l'exposition publique, l'exhibition de monstruosité, de

23 CSERGO J., 1988, *Liberté, égalité, propreté. La morale de l'hygiène au XIX^e siècle*, Paris, Albin Michel, p. 30.

24 Voir CORBIN A., 1986 (1982), *Le miasme et la jonquille : l'odorat et l'imaginaire social : XVIII^e-XIX^e siècles*, Paris, Seuil, notamment le chapitre « La puanteur du pauvre », p. 167-188.

25 TOULMOUCHE A., 1849, « Sur l'hygiène et la mortalité de la ville de Rennes », *AHPML*, t. 41, p. 328.

26 « Variétés sur la loi relative à l'assainissement des logements insalubres », *AHPML*, t. 44, 1850.

plaies, de mutilations la vue de phénomènes nerveux, peuvent-elles avoir des inconvénients graves? (...) pour les uns il n'y a pas motif d'empêcher les exhibitions (...) pour les autres, et je me range parmi eux, il y a des inconvénients réels à permettre cette exposition de plaies véritables ou simulées, de membres difformes; car l'impression morale qu'en éprouvent des enfants, des femmes ou des hommes d'un caractère faible, peut être assez forte pour faire naître des symptômes morbides de diverse nature »²⁷.

La question sociale a certes une dimension olfactive, mais elle acquiert désormais une lecture visuelle, contribuant à construire une nouvelle relation entre la simple vue de la pauvreté et le danger éventuel qu'elle peut représenter pour l'intégrité morale et psychique.

Comprendre la question sociale

Les causes de la question sociale posent dès lors une aporie ontologique : les pauvres ont-ils des problèmes ou sont-ils le problème²⁸. Les hygiénistes répondent à cette question de deux manières : une première approche aborde la question sociale en termes socio-environnementaux, tandis qu'une seconde analyse rend l'individu, ses caractéristiques et ses comportements, responsables de son malheur. Ces deux conceptions idéologiques distinctes n'empêchent pas les auteurs des *Annales* d'emprunter aux différents discours étiologiques, afin d'interpréter la question sociale. C'est le cas par exemple de Louis-René Villermé ou du docteur Carl Heinrich Roesch qui, dans leurs écrits, attestent de la responsabilité, aussi bien de l'organisation économique

27 BAYARD H., 1851, « Considérations médico-légales sur l'influence des impressions physiques et morales pendant la grossesse », *AHPML*, t. 45, p. 146.

28 Voir HAMLIN C., 1998, *Public Health and Social Justice in the Age of Chadwick*, Cambridge, Cambridge University Press, p. 20.

de la société que des comportements et des modes de vie des ouvriers. Cette porosité entre les différentes catégories explicatives de la question sociale ne permet pas la déclinaison de différentes opinions exprimées selon des orientations idéologiques clairement tracées. En revanche, les raisonnements des écrivains des *Annales* peuvent être regroupés autour de quelques grandes thématiques dégagant la responsabilité collective ou individuelle dans l'émergence des maux sociaux pendant la première moitié du XIX^e siècle.

L'interprétation « mésologique », c'est-à-dire celle qui met en avant le rôle du milieu, est une lecture de la question sociale en termes holistes. Elle privilégie dans un premier temps la relation interactive entre l'individu et son milieu naturel, puis celle entre l'individu et son milieu social. La première est marquée par les primats de la pensée physiocratique, qui essaie de rendre compte de toute réalité sociale à travers la répercussion de l'environnement sur l'individu. La deuxième s'inscrit dans le développement progressif d'une sensibilité « socialisante », qui soulève des interrogations quant aux fondements moraux de l'organisation économique et sociale.

Le modèle néo-hippocratique résiste...

Au cours du XIX^e siècle, on assiste à une accélération du processus d'urbanisation de la population française. Jusqu'au début du siècle, dans la plupart des villes, les individus provenant des différentes catégories sociales coexistent et se côtoient dans les divers quartiers. À partir du moment où la présence du pauvre commence à être perçue comme potentiellement dangereuse, le tissu urbain connaît une opération de remodelage. C'est cette réalité qui est signalée par Alphonse Chevallier. Ce dernier constate, en 1839, que dans la ville de Bruxelles :

« (...) autant la partie haute (de la ville) est saine et agréable, autant la partie basse pèche par l'état contraire. En effet, la partie haute de la ville, séjour de la classe riche et aisée, offre toutes les conditions d'agrément et de salubrité; située sur le plateau et le montant de la colline qui domine la cité, ornée de belles places publiques et du parc, ses rues sont en général, larges, droites et proprement entretenues; aussi l'air y est-il pur et sain tandis que la ville basse, presque entièrement habitée par les classes moyennes, ouvrières et indigentes est en outre le siège de plusieurs établissements fort insalubres »²⁹.

On repère dans son raisonnement et les associations qu'il y établit un glissement conceptuel d'un modèle « écologique » à un schéma à dimension sociale. L'élément atmosphérique participe certes au déclenchement de la pathologie, mais il agit plutôt comme un intermédiaire et non pas comme un facteur décisif de nocivité. Désormais, la ségrégation spatiale³⁰ est mise en scène et commence à être considérée comme responsable de la manifestation des maladies.

Le système socioéconomique est aussi remis en question

Les hygiénistes qui s'interrogent sur la validité et la pertinence explicative du modèle environnemental cherchent leurs fils étiologiques dans les labyrinthes de l'organisation sociale³¹. Leur figure de proue, Louis-René Villermé, constate que les ouvriers des filatures et des tissages « exténués de

29 CHEVALLIER A., 1840, « Assainissement des villes », *AHPML*, t. 24, p. 289.

30 On voit s'afficher une double identité de la ville divisée entre sa partie haute saine et prospère et sa partie basse insalubre et paupérisée.

31 L'étude des filiations entre discours hygiéniste et théories de l'économie politique est menée par COLEMAN W., 1982, *Death is a Social Disease : Public Health and Political Economy in Early Industrial France*, Madison, University of Wisconsin Press.

disette et de fatigues, sont loin d'obtenir, en échange de leur travail, une nourriture bonne et suffisamment abondante. Résultat : ils offrent à toutes les époques de la vie la plus forte mortalité »³².

Une des croyances économiques professées tout au long du XVIII^e siècle considère qu'un homme n'est pas pauvre parce qu'il n'a rien, mais parce qu'il ne travaille pas. Il fallait donc accorder du travail aux individus³³. Or, dans les *Annales*, le constat est que le travail ne suffit pas pour mettre l'individu à l'abri de la déchéance. De surcroît, les rédacteurs de cette revue reprochent aux patrons leur indifférence vis-à-vis des mesures préventives :

« (...) si les accidents des mines, si l'exploitation de celles qui n'ont que des couloirs étroits et bas où l'on ne peut travailler que courbé, en rampant, ou dans les attitudes incommodes, sont toujours un mal, ce mal est plus ou moins inévitable, et bien souvent un plus grand encore serait de ne point exploiter ces mêmes mines (...) ce qu'il faut condamner, flétrir, empêcher, ce n'est donc point le travail dans les galeries de ces mines ; lorsqu'elles ne sont pas trop insalubres, mais le manque des précautions qui diminuent sa fatigue, ses dangers, et le manque de toute sollicitude de la part des maîtres envers leurs ouvriers »³⁴.

Les auteurs des *Annales* découvrent dans les usines, les ateliers ou les lieux de la sous-traitance qu'ils fréquentent, des ouvriers écrasés par la masse du travail et sa durée, employés dans des conditions misérables qui les rendent plus

32 VILLERMÉ L.-R., 1839, « De la santé des ouvriers employés dans les fabriques de soie, de coton et de laine : extrait en partie d'un rapport fait à l'Académie des sciences morales et politiques de l'Institut sur l'état physique et moral des ouvriers » *AHPML*, t. 21, p. 403.

33 CASTEL R., *Les métamorphoses de la question sociale, op. cit.*, p. 351.

34 VILLERMÉ L.-R., 1843, « Quelques considérations sur la stature, la conformation et la santé des enfants et des adolescents employés dans les mines de houille de la Grande-Bretagne », *AHPML*, t. 3, p. 37.

vulnérables face à certaines maladies³⁵, telles que la phtisie pulmonaire étudiée par Lombard, le docteur genevois des *Annales*³⁶.

D'autres enquêteurs proposent l'abandon pur et simple de la problématique de la maladie professionnelle pour proposer un examen plus global des conditions de vie des classes ouvrières ; l'essentiel se passe selon eux en dehors du milieu de travail. Dans cette perspective, les conditions de logement, le niveau du loyer ou encore la question de l'insuffisance du revenu sont implicitement rendus coupables de l'ampleur du dysfonctionnement social³⁷. Les causes sociales de l'ivrognerie sont également évoquées. La « saint-lundi » est jugée comme une échappatoire aux cadences infernales et à la fatigue du travail :

« (...) Pôisiveté, la volupté, l'esprit taquin, le chagrin, etc., ne sont pas non plus les seules circonstances qui poussent un homme à contracter l'habitude de boire et à devenir enfin un ivrogne ; car le goût du travail, l'économie et l'avarice peuvent aussi amener ce résultat. L'ouvrier se fatigue souvent au-delà de ses forces, pour subvenir à son propre entretien ainsi qu'à celui de sa famille, il croit avoir besoin pour cela de fortifiants et il boit de l'eau-de-vie (...) »³⁸.

35 LECUYER B.-P., 1983, « Les maladies professionnelles dans les AHPML ou une première approche de l'usure au travail », *Le Mouvement social*, vol. 124.

36 LOMBARD H. C., 1834, « De l'influence de certaines professions sur le développement de la phtisie pulmonaire », *AHPML*, t. 11, p. 26-7.

37 CHEVALLIER A., 1857, « De la nécessité de bâtir des maisons pour loger les classes moyennes (les ouvriers) ; de la possibilité de faire des constructions en retirant un intérêt raisonnable de son argent », *AHPML*, t. 8, 2^e série, p. 100.

38 ROESCH C. H., 1838, « De l'abus des boissons spirituelles, considéré sous le point de vue de la police médicale et de la médecine légale », *AHPML*, t. 20, p. 16.

Le docteur Roesch plaint le buveur, il sympathise avec lui et il ne lui accorde pas toute la part de la responsabilité. Selon lui, ce n'est pas l'alcoolisme qui pousse à la misère, mais c'est la misère qui pousse à l'alcoolisme. Il devient un signe de la crise sociale et non un vice individuel. Les spéculations économiques sont aussi mises en cause pour expliquer les inégalités sociales de santé. Le docteur Mélier en arrive même à fustiger l'organisation économique et à dénoncer ses côtés pervers. Il s'interroge ainsi, sur les conséquences de la fluctuation des prix sur la mortalité de la population :

« (...) qu'arrive-t-il lorsque les subsistances sont abondantes et que les hommes peuvent se les procurer à bon marché? Quelles conséquences entraînent leur rareté et un prix plus élevé? Si la mortalité varie selon l'une ou l'autre de ces conditions, si plus faible dans le premier cas, elle augmente dans le second, on comprendra l'importance d'une pareille étude et tout l'intérêt qu'elle présente aux yeux du médecin »³⁹.

Le docteur François Leuret, à son tour, attire l'attention sur la reproduction des souffrances socialement héritées, autrement dit, sur le manque d'égalités de chances. Il pense que si on s'est battu contre les privilèges présents pendant l'Ancien Régime, l'on ne s'est pas pour autant débarrassé de leurs traces :

« (...) si les pauvres étaient tous des hommes tombés d'une position meilleure, si par leur travail et leur bonne conduite il leur était donné de se rétablir sinon dans l'aisance, au moins dans la possibilité de vivre, il serait permis de regarder leur malheur comme inséparable des chances du commerce, des suites de maladies, des événements fortuits contre lesquels la prudence ne

39 MELIER F., 1843, « Des subsistances envisagées dans leurs rapports avec les maladies et la mortalité » *AHPML*, t. 29, p. 309.

peut rien, ou de l'imprévoyance, de la dissipation, de la paresse (...), mais il n'en est pas ainsi. La plupart naissent misérables, vivent dans les privations, et meurent avant le temps, et cela se perpétue comme les générations de rois par le seul hasard de la naissance. Il y a là un problème qu'il faut résoudre car un pareil état de choses ne doit pas être inhérent à la société, il est opposé au perfectionnement de l'homme »⁴⁰.

Tout en s'attaquant au nouvel ordre sociopolitique, Leuret met en avant le caractère structurel des inégalités et démontre une injustice profonde. Ce faisant, il invalide le *credo* libéral selon lequel l'individu est désormais libre d'atteindre ses propres buts et de réaliser ses objectifs, motivé par sa seule volonté. Sa volonté ne suffit pas, car il est lui-même, dès sa naissance, prisonnier de son environnement socioéconomique.

Une lecture psychosociale...

Le contraste entre la richesse et la pauvreté, entre une aisance nonchalante et une misère encombrante, est considéré comme criminogène. Là où les richesses s'accumulent et s'exhibent de manière provocante, couve la convoitise de ceux qui n'y ont pas accès. Selon Villermé, la tentation du vol devient irrésistible :

« (...) dans les provinces commerçantes, industrielles [...] [dans les grandes villes] de la France, du Royaume des Pays-Bas, de la Grande-Bretagne, etc., surtout quand l'étalage du luxe et de l'opulence s'y montre à côté de la misère, il y a, proportion gardée

40 LEURET F., 1836, « Sur les indigents de la ville de Paris », *AHPML*, t. 15, p. 308.

avec la population, beaucoup plus de vols, (...) que dans les provinces agricoles »⁴¹.

Cette lecture psychosociale de la criminalité est aussi plébiscitée par ceux qui veulent voir dans le suicide les traces de la privation ou, plus exactement, l'image que l'individu s'en fait. Ce n'est pas la misère absolue, c'est surtout la conscience qu'il a de son bien-être et de sa misère⁴², de ses propres conditions de vie qui mène à l'acte fatal. Dans une société qui exalte la réussite économique et qui vénère l'ascension sociale, la pauvreté est vécue d'autant plus douloureusement qu'elle est considérée comme un échec personnel. La diffusion du luxe crée des illusions, sème de fausses attentes parmi les individus des classes inférieures :

« (...) le luxe qui pénètre maintenant jusque dans les basses classes de la société, est assurément une des principales causes des progrès du suicide. Tout invite au plaisir et à la jouissance dont chacun veut avoir sa part, quoique le sort en ait refusé les moyens à la plupart des hommes »⁴³.

Au-delà de la frustration psychique, des mécanismes de déculturation, tel le déracinement, rentrent également dans les nuances étiologiques présentes dans la palette d'explications psychosociales présentées par les hygiénistes. Transformer les modes de vie d'une population paysanne équivaut à un bouleversement susceptible d'augmenter les rangs d'individus paupérisés. « *Ce passage si brusque, si complet de la vie des champs à la vie des villes, des occupations en plein air*

41 VILLERMÉ L.-R., 1830, « Sur l'hygiène morale », *AHPML*, t. 4, p. 43-7.

42 BENOISTON DE CHATEAUNEUF L.-F., 1846, « De la durée de la vie humaine dans les principaux Etats de l'Europe », *AHPML*, t. 36, p.267.

43 KRUGELSTEIN J., 1841, « Sur le suicide », *AHPML*, t. 25, p.203.

aux occupations dans des ateliers fermés »⁴⁴, produit très souvent selon Villermé les effets les plus fâcheux sur la constitution. Le dépaysement devient encore plus dur à supporter quand il se couple de la monotonie déshumanisante et écrasante qui règne dans les lieux de travail industriel. Une monotonie qui devient quasi meurtrière quand il s'agit d'ouvriers provenant de la campagne :

« (...), mais un inconvénient commun à toutes les industries sédentaires dont une partie des ouvriers se recrute parmi les agriculteurs, est l'ennui, résultant pour ces ouvriers, d'un travail borné à quelques mouvements qui se répètent avec une accablante uniformité dans l'enceinte étroite d'une même salle. (...) ils me rappelaient les nombreux conscrits que j'avais vus succomber autrefois à la nostalgie, loin des lieux où ils avaient été élevés. Évidemment, si l'horizon extrêmement resserré d'un atelier ne convient pas à tout le monde, il convient bien moins encore à ceux qui, jusqu'à un certain âge, ont toujours vécu au grand air, ayant devant eux, avec un espace immense, le spectacle sans cesse varié de la campagne »⁴⁵.

Les modes de vie des ouvriers incriminés

Aux antipodes de la théorie construisant son réquisitoire sur la notion du milieu social ou « écologique », le diagnostic « libéral » considère l'individu postrévolutionnaire comme un agent rationnel responsable de ses actes, et jette donc l'anathème sur lui. Selon cette approche, chacun est maître de son propre destin. Misère et maladie sont considérées comme le fruit de l'imprévoyance, de la dissipation, de l'ivrognerie et

44 VILLERMÉ L.-R., 1839, « De la santé des ouvriers employés dans les fabriques de soie, de coton et de laine : extrait en partie d'un rapport fait à l'Académie des sciences morales et politiques de l'Institut sur l'état physique et moral des ouvriers » *AHPML*, t. 21, p. 403.

45 *Idem*, p. 362.

de la débauche. La plupart des hygiénistes ont beau avoir été les témoins des influences néfastes d'un habitat sordide, de revenus insuffisants, d'ateliers insalubres, ils restent pourtant en général discrets dans la dénonciation du capital et des patrons et incriminent tout d'abord les imprudences et les mauvaises habitudes des ouvriers. Selon le docteur Antoine Thouvenin, ce n'est pas la faute de revenus inadéquats si l'ouvrier :

« (...) consomme la moitié de son gain au cabaret, et laisse par conséquent une somme insuffisante pour occuper une chambre saine, pour avoir chez lui une nourriture plus abondante (...) sa passion pour les boissons alcooliques lui fait consacrer au cabaret, non seulement la journée du dimanche, mais encore celle du lundi et une partie de celle du mardi; outre qu'il ne gagne rien ou presque rien ces deux jours, il dépense encore, pour se faire du mal, ce qui serait si utile pour vêtir, nourrir, loger convenablement, lui, sa femme et ses enfants : aussi combien devient-il malheureux quand arrivent les chômages, les maladies! »⁴⁶.

Ce ne sont plus les conditions sociales qui précipitent l'individu vers la misère, mais ses comportements irresponsables. Toute heure perdue pour le travail et sacrifiée à l'autel du plaisir est vue comme un pas vers l'enlèvement dans la détresse économique. À l'opposition du docteur Leuret, qui voit dans l'inégalité des chances la cause principale du sort des individus paupérisés, Henri Bayard accuse leurs mœurs, leurs habitudes :

« Qui doit-on accuser? Le hasard de leur naissance! (...) un petit nombre de familles sont victimes des maladies, des chances du commerce, des événements, et viennent grossir le chiffre des

46 THOUVENIN A., 1847, « De l'influence que l'industrie exerce sur la santé des populations dans les grands centres manufacturiers », *AHPML*, t. 37, p. 84.

indigents. Mais toutes les autres tombent dans le besoin par leur dissipation, leur paresse et leur imprévoyance. Que d'efforts persévérants, quel courage opiniâtre il faut aux enfants nés dans cette position, et élevés au milieu d'exemples vicieux, pour sortir de cette abjection ! Aussi le nombre de ceux qui parviennent à une position aisée et honnête est-il bien limité »⁴⁷.

La triade « diabolisante » de la dissipation, de la paresse et de l'imprévoyance, représentant les comportements contre lesquels a été construite l'identité bourgeoise, est désignée comme l'origine de la question sociale.

Résoudre la question sociale

Les remèdes proposés par les écrivains des *Annales* sont largement conditionnés par la nature et le contenu de leurs diagnostics. Si le principal responsable de la question sociale est l'individu, il lui revient d'améliorer sa situation économique et sociale. Si, en revanche, des facteurs extérieurs sont invoqués, les réponses se trouvent dans les actions collectives de nature sociale ou technique. Dans ce cas la mobilisation de ressources étatiques et l'application de mesures institutionnelles deviennent absolument nécessaires.

La recette libérale ou la responsabilisation de l'individu

Pendant la monarchie de Juillet, l'assistance obligatoire telle qu'elle fut énoncée lors de la première parenthèse républicaine est considérée comme excessivement coûteuse et incompatible avec les principes de la philosophie libérale. Ces idées prévalent également chez une partie des auteurs-médecins des *Annales*. Selon eux, l'ouvrier doit apprendre la

47 BAYARD H., 1842, « Topographie médicale du IV^e arrondissement de Paris », *AHPML*, t. 28, p. 280.

prévoyance et adhérer à la valeur du travail qui représente désormais la mesure absolue de toutes les vertus humaines. Si la misère et la maladie sont avant tout les résultats de l'irresponsabilité et de la débauche individuelle, le retour à la normalité passe logiquement par la conversion aux vertus de l'ordre, de la tempérance et de la sobriété : « (...) *c'est par le travail que l'homme pourvoit à ses besoins, à ceux de sa famille; c'est par l'économie, par l'ordre, qu'il pourra, en cas de maladie, de chômage, trouver ses ressources et faire des épargnes pour sa vieillesse* »⁴⁸.

Les caisses d'épargne⁴⁹ et les sociétés de secours mutuels, financées par l'ouvrier lui-même, sont présentées comme une panacée. L'imprévoyance étant la cause principale des malheurs des ouvriers, ces deux institutions sont les plus aptes à éradiquer les causes de la question sociale. D'après Villermé, « (...) *l'utilité de ces sociétés (secours mutuel) ne consiste pas seulement à secourir leurs membres dans le besoin; elles leur font encore contracter des habitudes d'ordre, d'économie et de bonnes mœurs, qui seules pourraient souvent procurer à leurs vieux jours le bonheur et une sorte d'aisance* »⁵⁰.

Les ouvriers doivent apprendre à prendre en compte la maladie, l'accident, le chômage, toutes ces impondérables de la vie, susceptibles de les priver du jour au lendemain de toutes leurs ressources, les condamnant à la misère. Cotiser à une caisse, c'est inscrire dans le présent le souci de l'avenir, c'est en même temps adhérer à une « cindynolatrie ». Les prémisses de la société du risque, son intériorisation par les

48 THOUVENIN A., 1846, « De l'influence que l'industrie exerce sur la santé des populations dans les grands centres manufacturiers », *AHPML*, t. 36, p. 85.

49 CHRISTEN-LECUYER C., 2004, *Histoire sociale et culturelle des caisses d'épargne en France, 1818-1881*, Paris, Economica.

50 VILLERMÉ L.-R., 1829, « Sur la durée moyenne des maladies aux différents âges et sur l'application de la loi de cette durée et de la loi de la mortalité à l'organisation des sociétés de secours mutuels », *AHPML*, t. 2, p. 242.

individus, sont bien reconnaissables dans cette attitude. Les théoriciens de l'économie libérale et avec eux la plupart des écrivains des *Annales* souhaitent inculquer aux individus le culte du risque. Les caisses d'épargne, qui initient le peuple aux mérites de la rationalité calculatrice⁵¹, doivent être les fers de lance de toute campagne visant à résoudre la question sociale.

L'ordonnance sociochrétienne

L'assistance conçue comme une affaire privée fait économiser à la société l'application coûteuse du principe révolutionnaire du droit à la santé. Benoiston de Châteauneuf, membre de l'Institut et de l'Académie des Sciences morales et politiques, développe pour sa part des arguments en faveur d'une politique charitable imprégnée par les principes du catholicisme social. La sensibilité chrétienne de Benoiston n'est pas conciliable avec certaines maximes de la philanthropie moderne guidée par la pensée libérale et orientée vers des calculs froids. Sans doute faut-il encourager à l'économie, au travail, à la tempérance; mais quand la misère survient, « *c'est difficile de repousser le malheur, et de rester indifférents devant la souffrance de notre prochain. D'ailleurs, la religion ne nous a-t-elle pas appris que si nous sommes comblés des bienfaits de la providence, nous devons au moins en faire quelque part à nos frères et améliorer leur condition autant qu'il est en nous* »⁵². Cette manière d'agir, comme le souligne l'abbé Gaillard, cité par Benoiston, « *établit l'ordre social sur la plus forte base, en enchaînant les riches et les pauvres, par un concours continu de bienfaits et de reconnaissance* »⁵³. Ces mêmes liens de dépendance, répudiés par les penseurs

51 Voir CASTEL R., *op. cit.*, p. 403.

52 BENOISTON DE CHATEAUNEUF L.-F., 1839, « Sur les enfants trouvés », *AHPML*, t. 21, p. 92.

53 *Idem*, p. 93

libéraux au nom de l'autonomie individuelle, sont jugés par les sympathisants de la doctrine sociochrétienne comme une garantie de l'équilibre et de la cohésion sociale. Ils comportent selon Benoiston,

« (...) l'un des avantages qui manquent à la charité de l'État; aussi la réclamons-nous le moins qu'il nous est possible, et lorsque nous y sommes forcés, nous aimons à la voir dégagée de la sèche régularité des formes administratives et distribuée par les mains d'hommes dévoués, qui libres dans le choix des moyens, peuvent les discerner avec prudence et leur imposer de justes conditions »⁵⁴.

Alors que l'inhumanité du raisonnement libéral l'effraie, la délivrance anonyme et impersonnelle de l'assistance au sein des institutions étatiques ne lui paraît guère plus attrayante. Au contraire, il rejoint les idées de Alban de Villeneuve-Bargemont qui, dans son *Économie politique chrétienne*, s'exprime ainsi : « la religion et la charité seront toujours les bases les plus solides de toutes les améliorations à apporter aux institutions humaines »⁵⁵.

À côté de la charité, l'instruction morale et l'éducation religieuse sont ainsi proposées comme thérapeutiques indispensables aux symptômes moraux de la question sociale. Leur application est recommandée pour venir au bout de l'ivrognerie ou du libertinage⁵⁶.

54 *Ibidem*.

55 BENOISTON DE CHÂTEAUNEUF L.-F., « Sur les enfants trouvés », *op. cit.*, ..., p. 114.

56 THOUVENIN A., 1846, « De l'influence que l'industrie exerce sur la santé des populations dans les grands centres manufacturiers », *AHPML*, t. 36, p. 86.

L'appel à l'État

D'autres auteurs des *Annales* sollicitent aussi l'intervention directe du pouvoir politique et l'implication active de l'État en vue du règlement de la question sociale. Le système de l'assistance cristallise les crispations entre ceux qui souhaitent une politique volontariste de la part du gouvernement et ceux qui entendent minimiser son rôle. Les piliers de l'Assistance sociale restent au lendemain de la Révolution française l'Hôpital Général et le dépôt de mendicité⁵⁷. Héritage de l'Ancien Régime, l'Hôpital Général répond aux besoins d'une misère chronique⁵⁸. Cependant, à partir des années 1830, son efficacité est remise en question par tous ceux qui, favorables à une désinstitutionnalisation des politiques de l'assistance, optent pour les secours à domicile.

Ceux-ci ne représentent pour Villermé la solution idéale. Au contraire, il s'agit, selon lui, d'une mesure qui peut alimenter un cycle infernal de misère ou l'entretenir, surtout quand il n'y a pas de critères stricts régissant l'allocation des secours. En revanche, en ce qui concerne les hôpitaux de la ville de Paris, considérés comme dévoreurs de l'argent public et lieux de gestation des gens paresseux, il estime qu'il faut regretter non pas les efforts et les dépenses :

« (...), mais au contraire que l'on ne fasse point assez, et qu'ils ne soient pas plus grands ou plus multipliés, car ils ne suffisent plus, à beaucoup près, pour la population pauvre de cette capitale, qui depuis un certain nombre d'années, s'est singulièrement accrue,

57 Pour une analyse approfondie des pratiques philanthropiques dans la première moitié du XIX^e siècle, voir DUPRAT C., 1993, *Le Temps des philanthropes*, t. I, Paris, Editions du CTHS.

58 Voir ZYLBERMAN P., 1977, *L'haléine des faubourgs : ville, habitat et santé au XIX^e siècle*, Paris, Ed. Recherches, p. 395.

sans que pour cela on ait agrandi les hôpitaux où elle peut être admise »⁵⁹.

Il n'est d'ailleurs pas le seul à invoquer l'ingérence même limitée de l'État dans les affaires sociales et la prise en charge collective des plus démunis. Dans une époque où la misère menace l'ensemble social, où aucun individu n'est épargné, ne serait-ce qu'en raison des effets ravageurs des épidémies, la question sociale ne peut être adressée qu'en termes de solidarité sociale. De surcroît, la nation a besoin de soldats pour asseoir son pouvoir à l'intérieur comme à l'extérieur du pays ainsi que d'une main-d'œuvre ouvrière pour assurer sa prospérité. Ces raisonnements utilitaristes poussent une partie des dirigeants à agir :

« (...) c'est principalement le peu d'aptitude de la classe ouvrière au service militaire, par sa débilité militaire, sa petite taille, qui a donné l'éveil aux gouvernements (...) En France, ce sont des industriels eux-mêmes, qui frappés du décroissement de plus en plus manifeste de la population ouvrière, ont fait appel au gouvernement pour l'engager à remédier à un état de choses si funeste »⁶⁰.

En même temps, dans les manufactures, les visites et les enquêtes des hygiénistes commencent à identifier et à révéler les dangers menaçant la santé des ouvriers. Une partie des écrivains des *Annales* se propose de corriger le jeu aveugle des forces économiques par une intervention de l'État à travers une législation sociale protectrice des plus démunis. Des rapports, comme celui de François Adelon et d'Alphonse

59 VILLERMÉ L.-R., 1831, « Secours à domicile et dans les hôpitaux », *AHPML*, t. 6, p. 220.

60 THOUVENIN A., « De l'influence... », *op. cit.* ..., p. 17.

Chevalier, publié dans les *Annales* en 1838, mettent l'accent sur la nécessité d'un médecin de travail :

« (...) on pense que l'inspection des fabriques de céruse par un médecin instruit, tournerait au profit des ouvriers ; mais il faudrait que l'inspecteur fût nommé par l'autorité et tout à fait indépendant des propriétaires ; il faudrait surtout forcer les derniers à établir à leurs frais un service médical confié à un médecin ; car les ouvriers des fabriques où il n'y a pas de médecins, ne cessent de travailler qu'à la dernière extrémité ou bien ils se traitent entre eux, afin d'éviter les frais de visite et prennent souvent des remèdes qui leur sont nuisibles »⁶¹.

Quelques années plus tard, lors du Congrès général d'Hygiène publique de 1852⁶², cette « Première Internationale de l'Hygiénisme » à Bruxelles, les spécialistes se sont prononcés en faveur des règles applicables aux établissements industriels tant dans l'intérêt de la santé des ouvriers qui y sont employés, que dans celui de la Santé publique. Leurs décisions sont caractérisées par une volonté commune de contenir l'arbitraire et l'avidité des fabricants, tout en instillant des doses de sensibilité sociale dans la législation régissant le droit du travail. La limitation du travail à douze heures pour les ouvriers des deux sexes et de tout âge et la responsabilité des chefs d'industrie en ce qui concerne les accidents qui pourraient être attribués à leur faute ou à leur négligence, vont dans ce sens.

61 ADELON F., CHEVALLIER A., 1838, « Rapport adressé à M. le Préfet de Police sur les maladies que contractent les ouvriers qui travaillent dans les fabriques de céruse », *AHPML*, t. 19, p. 10.

62 « Compte rendu du congrès général d'hygiène publique de Bruxelles », *AHPML*, t. 49, 1853, p. 206.

Échos saint-simoniens

Parallèlement, d'autres rédacteurs des *Annales*, séduits par les sirènes du positivisme, croient pouvoir régler la question sociale, en la réduisant à sa seule dimension mécanique. Ils font l'éloge de la salubrité et ils voient dans l'assainissement des villes une voie vers l'harmonie sociale⁶³. Ils conçoivent cette question en termes techniques et leurs propositions obéissent à des solutions mécaniques⁶⁴. La maladie devient une question de lieux ou d'espaces et non plus d'êtres humains⁶⁵. Désormais, la seule solution possible est celle de la planification sanitaire. Sur ce point, les hygiénistes rejoignent les préoccupations de nombreux réformateurs sociaux ainsi que les ambitions des saint-simoniens⁶⁶. Premier jalon de la campagne hygiéniste pour une éradication des « foyers étiologiques » de la question sociale, la loi d'avril 1850⁶⁷ demande aux conseils municipaux d'instituer des commissions chargées d'inspecter les taudis. Adolphe Trébuchet, chef de bureau à la préfecture de police et secrétaire du conseil de salubrité de Paris, affirme qu' :

63 Pour une présentation détaillée de la vision mécanique et hydraulique que les hygiénistes développent vis-à-vis du paysage urbain, voir BARLES S., 1999, *La ville délétère. Médecins et ingénieurs dans l'espace urbain, XVIII^e-XIX^e siècle*, Seyssel, Champ Vallon.

64 Comme le fait remarquer François-Xavier Merrien dans *La bataille des eaux : l'hygiène à Rennes au XIX^e siècle*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 1994, les hygiénistes motivés par une conception rationalisée de la cité se sont lancés dans une bataille de longue haleine pour imposer leurs visions de l'organisation urbaine.

65 HAMLIN C., *Public Health...*, *op. cit.*, p. 119.

66 PICON A., 2002, *Les saint-simoniens : raison, imaginaire et utopie*, Paris, Belin, p. 245.

67 BOURILLON F., « La loi du 13 avril 1850 ou lorsque la Seconde République invente le logement insalubre », *Revue d'histoire du XIX^e siècle*, n° 20-21, p. 117-134.

« (...) une des mesures qui a été l'objet de sa plus constante préoccupation est l'ordonnance de police sur la salubrité des habitations. Depuis 1832, le conseil de salubrité avait étudié avec la plus active sollicitude tout ce qui se rattachait à cette intéressante question. C'était surtout vers l'amélioration des habitations occupées par la classe ouvrière qu'il avait dirigé ses travaux. Il avait en juger de l'encombrement et de l'état déplorable des logements existants dans certains quartiers de Paris... les mauvaises mœurs, la mauvaise nourriture, les excès de toute sorte viennent encore ajouter à toutes ces causes de maladies et de dépérissement »⁶⁸.

Ce discours met en relief les liens subtils qui se sont tissés entre le corps des hygiénistes et les différentes instances administratives⁶⁹. Trébuchet, à la fois hygiéniste et fonctionnaire, confirme la volonté d'une partie importante des *Annales* de situer la question sociale au sein des structures étatiques existantes.

* * *

Les schémas étiologiques échafaudés dans les *Annales* pour rendre compte de la question sociale ainsi que les traitements proposés sont essentiellement empruntés aux théories des économistes, aux dogmes des fidèles de la pensée chrétienne ou encore aux connaissances techniques des ingénieurs. Leurs approches ne mobilisent pas de savoir-faire novateurs, ne sollicitent pas de compétences particulières et ne mettent aucunement en avant une originalité hygiéniste dans la lecture et la solution de cette question. Néanmoins, les débats entamés au sein des *Annales* signalent deux événements aux empreintes durables et aux échos diachroniques. Un discours

68 TREBUCHET A., 1851, « Statistique des décès dans la ville de Paris », *AHPML*, t. 46, p. 322

69 Pour les liens tissés entre le milieu médical et les instances administratives, voir LEONARD J., *La médecine entre les savoirs et les pouvoirs*, ..., *op. cit.*

sur la causalité des inégalités sociales de santé voit le jour. Il est à l'origine d'un processus aboutissant à une division épistémologique entre un raisonnement libéral plaçant l'individu et ses comportements au centre de l'explication de la question sociale et un autre courant de pensée plus « socialisant » proposant une lecture contextualisée et socialement contingente de ses symptômes. On relève, d'autre part chez les écrivains des *Annales* malgré leurs divergences, une volonté d'intervenir de manière concrète dans la résolution de la question sociale. La plupart d'entre eux se rallient à l'idée d'une campagne d'assainissement des espaces urbains tels que les maisons de tolérance, les ateliers industriels ou encore les logements des familles paupérisées. Dans cette campagne, le rôle du médecin-hygiéniste s'avère de première importance. C'est celui qui, en vertu de son appréciation et de sa perception directe du caractère général et des aspects plus particuliers de la question sociale, peut venir en l'aide aussi bien au pouvoir exécutif que législatif, afin de donner lieu à ce qu'on pourrait appeler une technocratie médicalisée.

Chapitre II.

Entre hygiénisme et solidarisme : l'histoire de l'Alliance d'Hygiène sociale, 1904-1955

En 1904, l'Alliance d'Hygiène sociale est créée. Il s'agit d'une nouvelle structure venant s'ajouter dans le riche paysage associationniste de la Troisième République et participant d'un dispositif de prévention médicale, morale et sociale qui se met en place à partir de la fédération de nombreuses ligues, œuvres de sociétés philanthropiques et de l'alliance des médecins hygiénistes avec d'autres groupes socioprofessionnels. Cette association affiche dans ses objectifs l'ambition d'introduire une nouvelle mentalité dans la manière de concevoir et de promouvoir l'action collective. Elle affirme dès sa fondation, la volonté de servir aussi bien de foyer de propagande pour une meilleure promotion des principes fondamentaux de l'hygiène sociale que de relais d'appui pour une application plus efficace de ceux-ci.

Les pionniers de l'action sociale et de l'œuvre éducative, qu'il s'agisse d'acteurs individuels ou collectifs sont appelés

à rejoindre l'Alliance dans une perspective de ralliement républicain contre les ennemis redoutables de l'équilibre social et en faveur de la paix sociale. Casimir Perier, son premier président, convie toutes les associations, toutes les ligues, toutes les sociétés déjà constituées ayant pour but la protection de l'individu et de la collectivité, à s'unir et concentrer leurs efforts. Léon Bourgeois, son successeur dans la présidence de l'Alliance et théoricien du solidarisme, lui emboîte le pas et ne manque pas d'en faire autant.

Les membres fondateurs de cette association annoncent dans leur programme l'intention de combattre les maux sociaux qui mettent en péril la société française. Pour ce faire, et pour mieux lutter contre les misères sociales qui fragilisent selon leurs dires la cohésion de la société française tout en constituant une menace à l'encontre de la République, minée par leurs conséquences dévastatrices, ils lancent un appel d'union adressé à toutes les forces sociales. Les cibles prioritaires de cette campagne commune sont la mortalité infantile, la tuberculose, l'alcoolisme, les taudis, autant de situations problématiques déclinant les multiples aspects de la question sociale telle qu'elle se profile en ce début de xx^e siècle.

À l'instar et à l'image d'institutions telles que le Musée Social, l'Alliance d'Hygiène sociale regroupe tout un mouvement de réforme à dominante républicaine, mais à visages multiples, dont les racines intellectuelles puisent dans les fonds les plus divers du libéralisme au christianisme social, de l'école leplaysienne au solidarisme et du patronat alsacien aux coopérateurs et républicains réformistes. Les horizons politiques hétérogènes de ses membres sont également conjugués à leurs origines socioprofessionnelles diverses, conférant à l'Alliance son aspect de mosaïque sociopolitique.

Cette étude vise à brosser le profil sociohistorique de cette association, esquisser son portrait, en s'interrogeant à la fois sur la manière dont son fonctionnement interne a été organisé,

sur sa vie en tant qu'institution et sur son interaction avec les autres acteurs individuels ou collectifs dans les domaines correspondant aux préoccupations hygiénistes. Il s'agit d'une triple contribution à l'histoire des idées de l'hygiénisme au début du xx^e siècle, à l'étude des institutions médicosociales au sein de la nébuleuse réformatrice, à la généalogie de l'organisation et de la mise en place d'un système de santé publique en France.

Comment l'Alliance d'Hygiène sociale participe-t-elle de la diffusion du concept de l'hygiène? Quelle est sa place dans la construction d'un réseau administratif précurseur d'une organisation rationnelle de l'action cybernétique, mais aussi comment cette association fut-elle structurée? Quel est son rôle dans la renégociation de l'hygiène sociale et la redéfinition de sa relation avec le politique?

Pour essayer de répondre à ces questionnements et d'élucider ces interrogations, cette étude est basée sur l'exploration des fonds documentaires du Musée Social portant sur la vie de l'Alliance d'Hygiène sociale (AHS). Il s'agit notamment des documents concernant les collections des *Annales* et du *Bulletin* de l'Alliance ainsi que les archives des publications effectuées par ses membres. Les *Annales* et le *Bulletin* constituent l'organe principal de cette association et ils fournissent des informations relevant d'une part, de la vie interne de l'association et renseignant d'autre part, sur les initiatives développées et sur les activités déployées par l'association et ses membres.

Trois ans après sa première apparition, le *Bulletin* de l'AHS se transforme. Il prend le format des *Annales* et fusionne avec cette publication. Désormais l'Alliance n'a plus qu'un organe : ses *Annales*. Celles-ci comprennent des articles de fond sur les sujets qui préoccupent les membres de l'Alliance, des renseignements sur les principaux événements de l'actualité en ce qui concerne la lutte contre la tuberculose, l'alcoolisme, la mortalité infantile et les taudis, les comptes rendus des

séances du comité central et des comités régionaux, les travaux d'un intérêt général et exceptionnel. Ainsi, les *Annales* représentent vraiment une synthèse des initiatives prises, des progrès réalisés, des améliorations proposées en matière d'Hygiène sociale. Elles constituent un lien entre les différents groupements de l'Alliance permettant à tous de profiter de l'expérience de chacun. Les *Annales* sont publiées jusqu'en 1921, au départ à titre mensuel, puis trimestriel et enfin annuel. Suite à cette date, nos informations sur la vie de l'association proviennent essentiellement d'un rapport annuel rédigé par son secrétaire général. Les comptes rendus des congrès organisés par l'Alliance constituent également une source importante de données, nous informant sur les préoccupations et les activités de ses membres. À côté de ces fonds documentaires, les cahiers d'exercices de comptabilité de l'Alliance nous aident à mieux retracer son parcours dans le temps. On retrouve dans ces cahiers des éléments nous permettant d'apprécier son poids dans les rouages administratifs à travers les subventions qu'elle reçoit des organismes publics, alors qu'en même temps son abonnement à des revues publiées par des associations partageant les mêmes objectifs qu'elle, nous invite à reconstituer en partie son réseau d'alliances.

Une dernière catégorie de corpus étudié contient les documents consultés sur les orientations-élaborations théoriques et les évolutions organisationnelles et institutionnelles dans le domaine de l'hygiène pendant la Troisième République. Il s'agit de traités ou d'essais, notamment consacrés à l'hygiène sociale et participant d'une part, à la conceptualisation de cette branche de l'hygiène et d'autre part, à la mise en place d'un système modèle de santé publique. Cette contextualisation du rôle de l'Alliance d'Hygiène sociale (AHS), dans le devenir d'une organisation sanitaire et médicosociale en France, nous permet de placer le discours et les activités de cette association dans un processus

plus large de constitution d'un dispositif de prévention morale, médicale et sociale à l'aube du xx^e siècle.

II.1. Quelques jalons historiographiques

Dans l'historiographie française, l'hygiénisme est utilisé comme un terme-outil, susceptible de résumer une certaine biothéorie et de regrouper un certain nombre de traits communs l'identifiant à une idéologie. C'est à cette catégorie qu'appartiennent les théories de Foucault ainsi que les travaux des historiens des mentalités et des sensibilités. Michel Foucault¹ fait de l'hygiénisme une lecture politique en le présentant comme un des dispositifs de gouvernance mis en place par le pouvoir en vue d'une maîtrise et d'un redressement du corps humain. Le pouvoir étatique développe et met en place une biopolitique de la population, suivie d'une série de régulations et de contrôles ayant comme but la maîtrise totale de la force humaine qu'il s'agit de gérer et d'exploiter comme ressource, notamment à partir du xvii^e et du xviii^e siècle. Julia Csergo² souligne, quant à elle, le fait que l'hygiénisme, sous la forme de diatribes contre les habitudes malpropres d'individus appartenant à la classe laborieuse, donne lieu aux premières manifestations de dirigisme d'un État libéral que préoccupe la volonté de neutraliser les dangers et les désordres associés aux classes populaires. Pour sa part, Alain Corbin³, retrace la stigmatisation progressive de l'odeur du pauvre. Les sécrétions de la misère sont indésirables dans la nouvelle esthétique urbaine, leurs émanations jugées insupportables sinon dangereuses et porteuses du péril épidémique, elles doivent par conséquent être, soit étouffées, soit enrayées du

1 FOUCAULT M., *Dits et écrits : 1976-9*, vol III, Paris, Gallimard, 1994.

2 CSERGO J., 1988, *Liberté, égalité, propreté. La morale de l'hygiène au XIX^e siècle*, Paris, Albin Michel.

3 CORBIN A., 1986 (1982), *Le miasme et la jonquille : l'odorat et l'imaginaire social : xviii^e-xix^e siècles*, Paris, Seuil.

paysage olfactif. L'hygiénisme acquiert dans cette perspective sa place dans une campagne d'embourgeoisement et il témoigne d'une entreprise d'inculturation. Dans une optique différente, William Coleman, dans son ouvrage *Death is a social disease*, essaie de démontrer comment les principes et les doctrines de l'économie politique contribuèrent à la formation des opinions des hygiénistes. Erwin Ackerknecht⁴ et dans sa lignée, François Delaporte et Jacques Léonard, ses héritiers intellectuels en France, soulignent le caractère conflictuel entre les thèses contagionnistes et intentionnistes, en introduisant dans leurs analyses la dimension politique et les connotations idéologiques de cette opposition. Au-delà de cette approche dualiste, Jacques Léonard, dans son étude *La médecine entre les savoirs et les pouvoirs*, s'efforce de dresser un tableau de l'engagement des hygiénistes dans l'appareil administratif, mettant en relief leur participation dans les rouages des institutions publiques ainsi que dans les labyrinthes du pouvoir exécutif pendant la monarchie de Juillet et le Second Empire.

D'autre part, l'historiographie française et anglo-saxonne sur le mouvement hygiéniste en France pendant la Troisième République, qui est la période coïncidant avec la fondation de l'Alliance, souligne la participation des médecins dans l'élaboration des lois sociales de cette époque. Ellis Jack dans son ouvrage *The physician legislators of France: medicine and politics in the early Third Republic, 1870-1914*, développe l'idée d'un "hygiéniste-nomothète"⁵. Patrick Bourdelais dans l'ouvrage collectif qu'il a dirigé sous le titre *Les nouvelles pratiques de santé XVIII^e-XX^e siècles*, insiste quant à lui, sur le passage d'une médicalisation conquête à celle d'une médicalisation négociée, c'est-à-dire d'un processus imposé passivement à

4 ACKERKNECHT E., 1948, "Hygiène in France: 1815-1848" dans *Bulletin of History of Medicine*, 22, p. 17-55.

5 Voir aussi CAVÉ I., 2015, *Les Médecins-législateurs et le mouvement hygiéniste sous la Troisième République (1870-1914)*, Paris, L'Harmattan.

la population par une élite médico-politique, à un schéma d'interaction entre les différents acteurs de cette opération. Cherchant le chaînon manquant dans cette conceptualisation, le chapitre consacré à l'hygiène à l'école et par l'école, étudie un phénomène marquant les pratiques hygiénistes à la fin du XIX^e et au début du XX^e siècle, celui de la propagande mise au service de la promotion des idées « orthodoxes » de l'hygiène au sein de la population par l'intermédiaire de l'instituteur. Le même auteur, dans un travail collectif consacré aux hygiénistes⁶, essaie à partir de l'analyse de cas précis, d'étudier les enjeux, les modèles et les pratiques de ce mouvement médicosocial. Le titre de cet ouvrage affichant d'emblée une volonté d'étude synthétique, l'aspect fragmentaire de son approche ne nous permet pas pour autant de reconstituer la trame de l'intrigue de ce mouvement dans sa complexité et dans sa diversité. Une étude du mouvement hygiéniste passerait par une familiarisation avec les institutions-associations hygiénistes que Christian Topalov⁷ considère comme un sous-groupe des laboratoires de réforme sociale au début du XX^e siècle. Pour ce qui concerne l'Alliance d'Hygiène sociale, on doit mentionner tout d'abord le chapitre qui lui est consacré dans l'ouvrage de Colette Chambelland, *Le Musée Social et son temps*, dans lequel l'Alliance est étudiée du point de vue du Musée Social et assimilée à son bras armé dans le domaine de la santé publique. Enfin, Lion Murard et Patrick Zylberman, dans leur travail sur l'hygiène dans la Troisième République⁸, esquissent un portrait sociohistorique relativement sommaire de cette association. Ainsi, après avoir survolé la production historiographique, force est de constater que les institutions

6 BOURDELAIS P., 2001, *Les hygiénistes : enjeux, modèles et pratiques XVIII^e-XIX^e siècles*, Paris, Belin.

7 TOPALOV C. (dir), 1999, *Laboratoires du nouveau siècle : la nébuleuse réformatrice et ses réseaux en France, 1880-1914*, Paris, EHESS.

8 MURARD L., ZYLBERMAN P., 1996, *L'hygiène dans la République, la santé publique en France, ou l'utopie contrariée, 1870-1918*, Paris, Fayard.

d'hygiène et de santé publique du début du xx^e siècle ont rarement fait l'objet d'études panoramiques. L'étude présente a donc pour ambition d'éclairer un peu plus cette zone d'ombre historiographique en apportant des éléments de compréhension de la structuration d'une association hygiéniste de cette époque, ainsi que de son positionnement au sein d'un système de santé publique se mettant en place à l'aube du siècle passé.

II.2. Une association dans le milieu hygiéniste au début du xx^e siècle

L'AHS fut en fait et avant tout, une association dans le giron du mouvement hygiéniste. En tant qu'association, sa fondation témoigne de la ferveur associationniste dont la France s'est emparée suite à la loi de 1901. En tant que groupement d'individus œuvrant sous l'emprise des principes de l'hygiène sociale, son histoire relève de celle du mouvement hygiéniste.

Le xix^e siècle est traversé par la question associative⁹ qui s'exprime d'abord comme une revendication, car la Déclaration des droits de l'homme ne mentionne pas le droit à l'association. Le triomphe en 1789 d'une vision abstraite de l'intérêt général fondée sur le rejet de toute société intermédiaire entre l'État et les individus a durablement précarisé les structures représentatives de la société civile. Après la loi Le Chapelier qui prohibe toute association de membres d'un même métier, en 1792, les associations religieuses sont interdites à leur tour¹⁰. Pourtant, l'émergence de la question sociale et sa dramatisation, tout au long du xix^e siècle, engendre une effervescence associationniste.

9 LAVILLE J.-L., SAINSAULIEU R., 1997, *Sociologie de l'association : des organisations à l'épreuve du changement social*, Desclée de Brouwer, p. 361.

10 Voir NOURRISSON P., 1920, *L'histoire de la liberté d'association en France depuis 1789*, Paris.

Un premier fourmillement associationniste¹¹ dans les années 1830¹² et les années 1840 est précocement entravé à partir de l'avènement du Second Empire et la répression de tous les mouvements collectifs, le découragement des associations ouvrières et le contrôle des mutuelles qui s'ensuit. Suite à ce coup d'arrêt d'un élan associationniste, les représentants des couches nouvelles saluées par Gambetta deviennent les pionniers des associations autorisées par le vent réformateur qui balaye le pays à partir de l'établissement de la Troisième République¹³.

La loi de 1901 déclenche la création de nombreuses associations d'hygiène. L'AHS fait partie de cette tendance et sa fondation vient renforcer les rangs de tous ceux qui se battent contre les « maladies sociales ». Au moment de son apparition comme acteur de la santé publique en France, le mouvement hygiéniste avait déjà un long passé derrière lui. À partir du XIX^e siècle, on peut affirmer que l'« hygiénisation » de la vie quotidienne connaît vraiment son essor. Dans un premier temps, les hygiénistes sous l'empreinte des idées néohippocratiques, héritage intellectuel de l'époque des Lumières, développèrent une approche environnementaliste des questions d'hygiène. La qualité de l'environnement occupa une place prédominante dans leurs schémas interprétatifs des maladies, tout en intervenant dans leurs pratiques comme facteur susceptible de manipulation en vue de l'obtention

11 En même temps, on constate une floraison du phénomène « clubiste », voir AGULHON M., 1977, *Le cercle dans la France bourgeoise, 1810-1848*, Paris.

12 Inspiré peut-être par Tocqueville qui avait vanté les associations volontaires aux USA dans les années 1830, la bourgeoisie libérale en France avait tendance à promouvoir ce genre d'institutions sociales comme un ressort dynamique de la société civile républicaine

13 Avant la loi de 1901 sur les associations, les Républicains édictent en effet, une série de lois libérales : liberté de réunion, liberté de la presse. Les syndicats sont à leur tour, autorisés en 1884.

de résultats bénéfiques pour la santé de la population. La lumière, l'air, la propreté devinrent leurs idéaux et leur manque était selon leurs croyances à l'origine de tous les maux qui affligeaient la communauté humaine. Il fallait de la lumière en abondance, il fallait que l'air circulât pour éviter la stagnation, il fallait combattre l'humidité, la malpropreté, et surtout les détritrus comme causes de viciation de l'air, afin de remédier aux maladies accablant la collectivité¹⁴. La fondation des *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, en 1829, considérée comme l'acte inaugural du mouvement hygiéniste en France, fut l'organe qui assura la circulation des idées sur l'hygiène publique et la santé publique plus généralement, dans cette première période d'élaborations théoriques et de débats scientifiques autour de l'origine des maladies épidémiques ou de l'ampleur des maux sociaux. Les épidémies de choléra, notamment celle de 1832 qui constitua en effet un des événements tournants, déclenchèrent la polémique autour de l'étiologie de sa diffusion, tout en soulevant des questionnements relatifs au portrait sociologique de sa mortalité. Alors que les arguments « infectionnistes » se confrontaient aux thèses « contagionnistes » pendant toute cette période, un deuxième débat, non moins ardent que celui concernant les mécanismes de la propagation des maladies, opposa les tenants d'une théorie visant à victimiser et à incriminer l'individu indigent et profane pour son sort misérable, aux partisans d'une approche et d'une lecture plus socialisante de la vulnérabilité de leurs concitoyens les plus démunis. Louis Villermé, auteur d'un *Tableau de l'état physique et moral des ouvriers employés dans les manufactures de coton, de laine et de soie* en 1840, fut le protagoniste incontestable de cette première phase du mouvement hygiéniste en France. À côté

14 Voir BARLES S., 2001, *La ville délétère : médecins et ingénieurs dans l'espace urbain, XVIII^e-XIX^e siècles*, Paris, Belin. Dans cet ouvrage, l'auteur nous fournit une présentation détaillée de la vision mécanique et hydraulique que les hygiénistes développent vis-à-vis du paysage urbain.

des autres observateurs sociaux de l'époque, il appliqua la méthode de l'enquête sociologique sur des questions de santé de la population. Les résultats de ses études, mettant en évidence la différenciation socioéconomique de la mortalité, furent publiés dans les *Annales d'hygiène publique et de médecine légale* et contribuèrent à faire des inégalités sociales de la santé, un volet considérable de la question sociale¹⁵. En dépit de ces publications, l'approche épistémologique dominante au sein de la communauté des hygiénistes concernant la causalité des maladies restait celle de la responsabilité individuelle. L'individu indigent était accusé soit d'ignorance, soit d'immoralité. Son lourd tribut devant la mort était par conséquent directement lié à ses propres attitudes et à ses propriétés. Villermé lui-même ne remettait pas l'organisation sociale en question dans la causalité de la maladie et renvoyait l'individu à ses propres responsabilités. Rares étaient les dénonciations directes du système social dans l'exégèse des écarts entre les taux de mortalité des différentes échelles de la pyramide sociale. Le docteur Henri Napias faisant partie de cette minorité, affirmait dans son ouvrage *Le Mal de misère, étude d'hygiène sociale* en 1876 qu' : « *il y a entre le riche et le pauvre une inégalité dépendant de la constitution actuelle du corps social et qui existant dès avant la naissance, se manifeste même dans la mort. La mortalité des pauvres est considérablement plus élevée que celle des riches* »¹⁶.

15 L'utilisation du langage de l'hygiène publique afin d'énoncer et développer un discours social est également répandue dans cette première moitié du XIX^e de l'autre côté de la Manche. Un des plus éminents porte-parole de ce discours en Grande-Bretagne, c'est Edwin Chadwick. Son effort, en faveur de la création du General Board of Health s'inscrit dans une approche des problèmes sociaux sous leur aspect sanitaire. Pour une analyse plus approfondie de l'imbrication entre question sanitaire et question sociale dans ce pays, pendant cette époque, voir HAMLIN C., 1997, *Public Health and social justice in the age of Chadwick : Britain 1800-54*, Cambridge University Press.

16 Voir NAPIAS H., 1876, *Le mal de misère, étude d'hygiène sociale*, Paris,

À partir des années 1870-1880, le climat général changea ; la peur sociale diminua, la ville « s'hausmannisa », les épidémies de choléra devinrent moins virulentes et les progrès techniques avancèrent à grands pas. Désormais, la maladie qui succéda au choléra au sommet de la pyramide phobique, devenant un véritable épouvantail pour la population des profanes et un but sacré de la croisade menée par la communauté scientifique, fut la tuberculose. En semant la panique, elle fauchait des vies humaines. Cependant, l'ère de la tuberculose coïncida avec des révisions épidémiologiques et des découvertes biologiques considérables. En ce qui concerne l'émergence des maladies comme la tuberculose, dès la fin du XIX^e siècle les préceptes des hygiénistes, tout en retenant les anciennes notions environnementalistes, se joignirent en effet à la théorie pastorienne, qui elle, mettait en garde contre le danger des germes contenus dans l'eau, les matières usées, les poussières, et les objets contaminés. Quant à l'identité sociodémographique des victimes des hécatombes de la tuberculose, les données ne laissaient pas de doute :

« Le caractère social de la tuberculose apparaît plus nettement encore lorsqu'on examine les causes du mal. Il n'est plus contesté aujourd'hui que l'organisation économique et sociale actuelle explique (...) dans les groupes d'individus les plus atteints, le tuberculeux a été menacé depuis son enfance : il a subi peut-être l'hérédité et le contact de parents tuberculeux ; à coup sûr il a vécu dans un logement mal aéré et encombré, il continuera sa vie

p. 50. Le développement et le perfectionnement de la statistique au fil du temps, de cet outillage conceptuel de l'hygiène, permit aux scientifiques de se rendre compte des inégalités sociales face à la mort. Comme l'indique Janet Horne dans le chapitre « La modernité de l'hygiène » de son ouvrage sur *Le Musée Social*, à la fin du XIX^e siècle J. Bertillon mit en évidence l'identification du surpeuplement avec les taux de mortalité, alors qu'au début du XX^e siècle, Paul Juillerat, le chef du casier sanitaire de Paris, ce bureau de recensement des données sanitaires, compila des dossiers statistiques sur les taux de mortalité et sur la tuberculose dans la capitale.

durant, son alimentation insuffisante ou irrationnelle lui à moins qu'à d'autres permis de résister aux causes d'infection qui se sont multipliées autour de lui, au foyer ou à l'atelier, l'alcoolisme, chez ses parents et chez lui-même est venu sans doute contribuer à affaiblir le terrain; l'éducation hygiénique et la propreté lui ont fait défaut. En deux mots, sa naissance et sa place dans notre organisation économique l'exposaient plus que d'autres à la contagion. »¹⁷.

La reconnaissance des maladies sociales, comme la tuberculose, n'était pas due seulement à leurs causes renvoyant à une organisation sociale défectueuse. Elle impliquait aussi leurs conséquences catastrophiques pour la société et la nation entière :

« (...) est-il vraiment nécessaire après les remarquables études des Landouzy, des Calmette, pour citer seulement ceux qui ont employé cette expression même (maladie sociale) de rappeler que la tuberculose apparaît telle par ses effets sur la société tout entière par l'appauvrissement national qui lui est consécutif, 150000 morts chaque année, 6 à 700000 malades peut-être, les ouvriers la partie productive de la nation, atteints de préférence et de préférence aussi les hommes en pleine activité, de 20 à 40 ans, ceux qui représentent le plus fort capital social; et ce n'est pas assez que ces forces disparaissent prématurément et que les malades, improductifs encombrant familles ou hôpitaux (...) ces tuberculeux ont pendant des années contagionné famille et entourage et par surcroît compromis l'avenir de la race en procréant des débiles et des prédisposés. »¹⁸.

17 FUSTER É, 1904, « La tuberculose : maladie sociale » *Revue d'Hygiène et de Police sanitaire*, vol. 26, p. 25.

18 *Idem*

Ces paroles d'Edouard Fuster, secrétaire général de l'Alliance, sont adressées en 1904 aux membres de la Société de Médecine publique et de génie sanitaire, association précurseur de l'Alliance. Depuis la création en 1802 à Paris d'un Conseil de salubrité, l'armature institutionnelle privée ou publique de l'hygiène fut renforcée. En 1848, le gouvernement républicain parut en avoir un réel souci et son intérêt se manifesta par un décret qui créa les conseils d'hygiène et de salubrité dans les départements et les arrondissements. Trente ans plus tard, Jules Siegfried inaugurerait le premier bureau municipal d'hygiène publique en France (1878), en tant que maire du Havre. Entre-temps, des institutions privées comme la Société de Médecine publique¹⁹ furent fondées. Mais l'élan du mouvement hygiéniste ne se manifesta pas seulement à travers la création de ce genre des dispositifs nationaux. Son dynamisme fut confirmé à l'échelle internationale²⁰ à travers d'une part les conférences sanitaires internationales, dont les deux premières eurent lieu à Paris en 1851 et en 1859 et d'autre part, les congrès internationaux d'hygiène organisés pour la première fois à Bruxelles en 1851.

À partir des années 1880 et plus manifestement dès le début du xx^e siècle, dans une sorte d'apogée congressiste, vint le temps de la spécialisation de l'hygiène en sous- disciplines. Prélude à cette évolution fut le congrès de la tuberculose organisé tout d'abord à l'échelle hexagonale en 1888, avant son authentique internationalisation en 1905. Ensuite, les congrès spécialisés se multiplièrent avec le congrès international d'hygiène des chemins de fer et de navigation en 1895, celui d'hygiène industrielle et d'hygiène scolaire en 1904, d'hygiène alimentaire en 1906, d'hygiène pratique en 1907, jusqu'à celui d'hygiène sociale en 1912.

19 La Société de Médecine Publique fut fondée en 1877 et eut comme organe d'expression et de diffusion de ses idées, la *Revue d'hygiène*.

20 Voir RASMUSSEN A., « L'hygiène en congrès, 1852-1912 » p. 213, dans Patrice Bourdelais, *Les Hygiénistes...*, *op. cit.*

L'hygiène avait donc le vent en poupe au début du xx^e siècle. Il suffit d'évoquer cet extrait du discours de Henri Monod, directeur de l'assistance et de l'hygiène publique, à la séance d'ouverture du congrès d'hygiène de Bruxelles en 1903, qui témoigne de la diffusion fulgurante des questions relatives à l'hygiène dans les débats quotidiens de ses contemporains :

« Reportez-vous Messieurs à vingt ans en arrière. Rappelez-vous les éloquents appels des hygiénistes d'alors, leurs efforts, si longtemps stériles, pour éveiller et émouvoir l'opinion, leurs supplications périodiques, mais rarement écoutées aux représentants de la presse (...) vraiment, ils prêchaient dans le désert. Mais les prédications dans le désert ne sont pas toujours les moins efficaces. Celles des hygiénistes n'ont pas été perdues. (...) l'on n'ouvre guère aujourd'hui une revue ou un journal sans y rencontrer quelque mémoire ou quelque revendication, concernant l'hygiène »²¹.

Cependant, la notion d'hygiène ne s'identifiait pas à une seule parcelle du champ médical. Son usage polyvalent et protéiforme, entraînait une véritable dispute sur le choix des mots dans ce domaine de l'activité scientifique : médecine sociale, hygiène publique, génie sanitaire, hygiène sociale ou santé publique, autant de termes utilisés par les grandes institutions du domaine, autant de façons de définir et de découper celui-ci. La querelle des mots, cette logomachie, cette nébuleuse linguistique, cachaient derrière elles un dédale conceptuel²².

21 Voir le rapport de Henri Monod délégué du gouvernement français sur le congrès de Bruxelles, dans *La Revue philanthropique*, septembre 1903, p. 35.

22 Lion Murard et Patrick Zylberman s'étaient déjà interrogés sur les connotations biblio- religieuses du terme Alliance dans le chapitre qu'ils consacrent à l'AHS dans leur ouvrage *L'Hygiène dans la République*. Répan- du par les leplaysiens, natalistes et familialistes qui, sous la direction de J. Bertillon, constituaient en 1896 l'Alliance nationale pour l'accroisse-

Néanmoins, dans la plupart des cas l'éclaircissement théorique et la distinction sémantique concernaient la qualification de l'hygiène en tant qu'activité publique ou sociale. Pour le docteur Gautrez, fondateur et secrétaire général du dispensaire d'Hygiène sociale de Clermont-Ferrand, l'hygiène publique c'était l'ensemble des mesures qui visent dans un pays à la salubrité générale et par là même, à la défense des individus et de la collectivité contre les risques de la maladie et de la mort. L'organisation sanitaire avait pour but dans une telle approche de coordonner ces mesures, d'en régler l'application, d'en surveiller et d'en assurer l'exécution. La lutte contre les maladies transmissibles en général, l'assainissement des localités, celui des immeubles, la surveillance de l'eau potable, de la voirie, des égouts, le contrôle de la vente des denrées alimentaires, la réglementation des établissements insalubres, relevaient selon lui du domaine de l'hygiène publique. En revanche, il affirmait que l'Hygiène sociale visait « *plus haut et plus loin* »²³. Son objectif dépassait d'après la conviction du docteur, la simple conservation de la race et tendait à son amélioration constante, à son perfectionnement. Elle s'attaquait par exemple, à des maladies d'un ordre spécial, comme la tuberculose, la syphilis, l'alcoolisme, qui atteignent l'individu jusque dans sa descendance. Elle étudiait également, selon sa définition, des problèmes d'un caractère particulier, comme la natalité. Tout ce qui pouvait et devait grâce aux ressources de l'hygiène conduire au bien-être physique et moral de l'individu, de la famille, de la société entraînait selon lui dans le cadre de l'hygiène sociale²⁴. Dans un

ment de la population française, ce terme colonise également le champ politique avec la création en mai 1901 de l'Alliance démocratique républicaine.

23 MONTET E., 1923, « Pour l'hygiène sociale » dans *Annales d'Hygiène Publique, Industrielle et Sociale*, t. I, p. 3.

24 On voit dans cette définition l'ébauche ou plutôt les prémisses de la conception de la santé selon l'OMS. Selon cette institution, la santé ne se

de ses discours, son collègue, le docteur Audiguier, membre de l'Alliance, cherchait lui aussi à délimiter les attributions respectives des différentes branches de l'hygiène. D'après son propre système classificateur²⁵, l'hygiène, qui embrassait dans son programme tout ce qui se rattachait à l'amélioration matérielle et morale de l'homme envisagé comme individu et comme groupe social, comprenant notamment l'étude de toutes les conditions assurant leur prospérité, était divisée en hygiène privée et hygiène publique. Dans cette division conceptuelle de l'hygiène, sa dimension privée s'adressait à l'individu pris isolément tandis que son paramètre public était orienté à l'ensemble des citoyens groupés dans la commune et dans l'État. L'Hygiène sociale n'était pour le docteur Audiguier qu'une partie de l'Hygiène publique, ayant pour but « *l'étude des maladies envisagées, non en elles-mêmes, mais du point de vue de leurs répercussions sur la société et au point de vue de la facilité plus ou moins grande que cette société trouve à s'en préserver ou à les combattre...* »²⁶.

De son côté, le professeur Brouardel, vice-président de l'Alliance et membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, entreprenant une taxinomie pédagogique dans son traité d'hygiène²⁷, reprenait presque intacte la définition précédente de l'hygiène sociale en ajoutant qu'elle devait chercher à obtenir le maximum d'effet avec le minimum de dépense. On retrouve cette conception économiste de l'hygiène quelques années plus tard, dans la pensée de Justin Sicard de Plauzoles, membre lui aussi de l'Alliance. Sous l'influence plus ou moins évidente des théories tayloriennes concernant l'organisation

défini pas seulement comme une absence des maladies, mais comme un bien-être physique, psychique et social de l'individu.

25 Dr Audiguier, « L'Hygiène sociale et la mutualité » conférence de 1905, p. 4.

26 *Idem*

27 BROUARDEL P., 1904, « Plan d'un traité d'hygiène » *Annales d'Hygiène Publique et de Médecine Légale*, vol. I, p. 514.

du système de production et du monde de travail, l'auteur des *Questions d'hygiène sociale*, définit l'Hygiène sociale comme une science économique ayant pour objet le matériel ou capital humain, sa production, sa conservation, son utilisation et son rendement. Dans une telle approche théorique, l'Hygiène sociale comprenait non seulement la médecine préventive ou la lutte contre les maladies sociales, mais encore tout ce qui touchait à ces deux fonctions : le travail et la reproduction. Elle devait en effet selon lui :

« (...) considérer le travailleur comme un matériel, l'individu comme une machine, comme un moteur animé (...) chercher les moyens d'en tirer le maximum d'utilité, c'est-à-dire, le maximum de rendement avec le minimum d'usure. (...) l'Hygiène est une science économique et sociale dont les principes ne peuvent plus être ignorés de ceux qui sont à des titres divers, des éducateurs ou des dirigeants. C'est tout un plan d'organisation sociale fondée sur les lois de la biologie, c'est toute une morale scientifique, appuyée sur l'observation rigoureuse des faits. La France considérée en péril par la dépopulation et la dégénérescence, pour la sauver, il faut nécessairement et sans retard obéir aux lois de l'Hygiène sociale qui se résument en ceci : porter le matériel humain à son maximum de perfectionnement pour en tirer le rendement optimum, le développement de la production étant la condition nécessaire du développement de la population et de la puissance nationale. »²⁸.

Ajoutant dans la mosaïque des définitions sa propre pierre, Ellis Havelock, craignant que bien des gens n'aient qu'une idée vague de l'hygiène sociale, la considérant comme une simple extension des sciences sanitaires ou bien comme une tentative pour établir une bureaucratie intolérable qui

28 SICARD DE PLAULOLES J., 1929, *Le sens de la vie : questions d'hygiène sociale*, Paris, préface.

surveillerait tous les actes de la vie humaine, soumettant même les individus « à un système d'élevage comparable à celui du bétail »²⁹, se soucie de préciser que son ouvrage « n'est pas d'un tel point de vue qu'il fut écrit. Platon et Rabelais, Campanella et More sont parmi les annonceurs des principes d'Hygiène sociale exposés ici ». Dans une approche philosophique, il nous offre une définition de l'Hygiène sociale vacillant entre une orientation eugénique et une tendance néo-malthusienne.

Pourtant, malgré les divergences évoquées dans la perception nominative de l'hygiène et en dépit des formulations variées de son contenu, la plupart des théoriciens hygiénistes s'accordaient à reconnaître le rapprochement effectué entre la biologie et la sociologie. Le docteur Petre Trisca constatait que l'observation des phénomènes sociaux mettait ses contemporains en présence de deux tendances contraires. D'une part, les progrès des connaissances humaines et la nécessité mieux comprise d'une utilisation rationnelle des énergies individuelles conduisaient à une division du travail. D'autre part, la pénétration des diverses sciences, la solidarité étroite des diverses fonctions sociales, obligeait les individus cantonnés dans leur spécialité professionnelle à de larges collaborations avec l'ensemble des groupes sociaux. Selon lui, les médecins n'avaient pas échappé à l'action de cette double loi. Tandis que la science médicale s'alourdisait du fait de ses nouvelles conquêtes et exigeait une initiation plus longue et plus difficile de la part de ses adeptes, en même temps le rôle social du médecin croissait en importance et l'invitation adressée par les faits eux-mêmes au médecin de s'intéresser à la sociologie, se faisait plus pressante. En effet, précisa-t-il : « nul mieux que le médecin ne peut observer la vie sociale. Le médecin est l'homme qui par le fait même de sa profession est appelé à pénétrer dans tous les milieux et à tout voir. (...) il est en contact direct avec la

29 HAVELOCK E., 1929, *L'hygiène sociale, la femme dans la société*, Paris, (traduction française), p. 5.

vie sociale elle-même. »³⁰. Souscrivant absolument aux dires de son collègue, le professeur Royer-Collard définissait lui aussi l'hygiène comme un art en relation étroite avec les sciences sociales :

« L'hygiène professait Royer-Collard à la Faculté de Médecine est la direction, la conduite, le gouvernement de la santé. L'étude de l'hygiène embrasse presque toutes les autres sciences. Le monde entier est de son domaine "car rien de ce qui est humain ne lui est étranger (...) l'art de l'hygiéniste s'appuie sur l'ensemble des connaissances humaines et toutes les sciences, sans exception, deviennent à des degrés divers, ses tributaires, celles qui envisagent directement l'organisme de l'homme ou le milieu physique dans lequel il est plongé (...) les statistiques relatives à sa naissance, à sa mortalité, à la durée de sa vie, à ses chances morbides, les sciences sociales enfin qui envisagent ses conditions d'existence collective." »³¹.

Cette conviction de l'alliance entre les sciences sociales et les sciences biomédicales faisait également écho aux impressions des sociologues de l'époque et elle était particulièrement présente parmi les tenants d'un discours organiciste³² plaçant la constitution de la sociologie dans une filiation directe avec la biologie. À côté de l'Anglais Herbert Spencer (1820-1903), du Russe Paul de Lilienfeld (1829-1903), de l'Allemand Albert Schaeffle (1831-1904), Alfred Espinas (1844-1922) représentait cette mouvance sociologique en France. Une autre figure emblématique de ce

30 TRISCA P., 1923, *Les médecins sociologues et hommes d'Etat*, Paris, p. 13.

31 FILLASSIER A., 1902, *De la détermination des pouvoirs publics en matière d'hygiène*, (docteur en droit ; membre de la Société de médecine publique et de génie sanitaire, membre honoraire correspondant de la Société de police sanitaire maritime), Paris p. 1-3.

32 Voir RASMUSSEN A., 1996, « L'Internationale Scientifique, 1890-1914 » (thèse), Paris, EHESS, p. 404.

courant théorique dans l'Hexagone était René Worms. Dans son ouvrage *Organisme et société*, il expose ses idées concernant le parcours parallèle et les analogies existantes entre la science biologique et la pensée sociologique :

« la biologie rend un double service à la sociologie. D'abord, elle lui fait connaître les éléments sur lesquels celle-ci opère, (...) en second lieu, mais incomplètement cette fois, elle lui enseigne les lois qui unissent ces éléments, ces lois n'étant autres – pour partie – que celles qui unissent les éléments du corps vivant. (...) la société est comparable à un organisme. En effet, un organisme se compose de cellules unies d'une certaine manière. Une société à son tour, comprend des organismes agencés suivant des lois définies. Or d'une part, les organismes dont se compose sont analogues aux cellules qui les forment eux-mêmes (...) et d'autre part, les lois qui régissent les membres du corps social sont, au moins pour partie, celles qui régissent les cellules de l'organisme. Tous ne se souviennent pas qu'Auguste Comte, le fondateur de la sociologie, a parlé à plusieurs reprises de l'organisme social et dit en comparant les phénomènes biologiques aux phénomènes sociaux, que s'ils ne sont point identiques, ils sont certainement homogènes. »³³.

III.3. Organisation administrative de l'Alliance d'Hygiène sociale

L'acte de conception de l'Alliance eut lieu à Saint-Étienne à l'automne 1903, devant les mutualistes de la Loire³⁴. C'est là que pour la première fois Casimir-Perier convia toutes les associations, toutes les ligues, toutes les sociétés déjà constituées ayant pour but la promotion de l'hygiène sociale, à unir leurs efforts pour lutter contre les fléaux qui ravageaient et dévastaient la société française à ce début du

33 WORMS R., *Organisme et société*, Paris, 1896, p. 8.

34 MURARD L., *L'hygiène...*, *op. cit.*, p. 445.

xx^e siècle. L'Alliance se constitua formellement le 15 juin 1904 à la Sorbonne sous la présidence d'honneur du chef d'État, Émile Loubet et la présidence effective de Casimir-Perier, ancien président de la République. Le docteur Auguste Queirel, directeur de l'École de médecine à Marseille, exposa dans les termes suivants l'intitulé de l'œuvre nouvelle :

« Messieurs depuis qu'il est question d'hygiène sociale dans les journaux, à chaque instant l'on m'aborde pour me demander : qu'est-ce que c'est que l'AHS? Il est difficile, surtout ex abrupto, de donner une définition exacte et concise de choses aussi complexes, encore qu'on en connaisse la signification. Depuis, j'ai réfléchi à cette question et j'ai trouvé que la meilleure définition était celle de M. Victor Dubron qui vous dira en même temps ce que nous attendons de vous, "L'AHS est un effort solidaire de tous les hommes de cœur, pour la santé publique, pour la paix, pour l'amour et pour la vie". Autrement dit, son but est l'amélioration des conditions de l'existence pour tous nos concitoyens et par esprit de solidarité plus particulièrement, les moins favorisés de la fortune et de la nature. »³⁵.

La déclaration de cette association d'utilité publique remonte à 1913³⁶ alors que le 1^{er} septembre 1955³⁷, le rideau de ses activités tombe définitivement avec l'acte de sa dissolution. Entre-temps, l'Alliance faillit disparaître pendant la Deuxième Guerre mondiale. Dans la lettre que son dernier président Joseph Desmars adressa à François Billoux, ministre de la Santé publique en 1945, il lui écrivait : « *l'AHS se prépare à reprendre l'activité qu'elle exerçait depuis 1903 et que les événements de 1939 l'avaient amené à interrompre (...)* la

35 *Annales de l'Alliance d'Hygiène Sociale*, 1908, n° 13, p. 28.

36 *Annales de l'AHS*, 1913, n° 32, procès-verbal de la réunion du 19 juin 1913.

37 Préfecture de la Seine, Paris, le 1^{er} septembre 1955.

question se pose de savoir si l'œuvre doit envisager sa dissolution ou au contraire procéder à une réorganisation qui s'avère indispensable si elle doit subsister et reprendre une activité nouvelle »³⁸. La renaissance de l'Alliance n'eut en effet qu'un caractère typique.

On pourrait discerner trois grandes étapes dans l'histoire de l'Alliance, définissant chacune autant de périodes dans le récit de son intrigue. Un premier cycle chronologique comprend les événements ayant marqué son existence depuis sa fondation jusqu'à la veille de la Grande Guerre. Il s'agit, en effet, de la période qui coïncide avec son rayonnement le plus brillant et son activité la plus intense au sein des associations d'hygiène sociale. C'est aussi pendant ces années que l'Alliance participe à des manifestations d'envergure internationale, comme l'exposition internationale de Bruxelles en 1910 ou l'exposition internationale d'hygiène scolaire à Paris la même année³⁹. La période suivante est caractérisée par une stagnation des activités de l'Alliance et une perte progressive de son rôle dans le domaine de la santé publique. Sa troisième et dernière période jusqu'à sa dissolution, confirme son déclin irrémédiable.

Pendant tout ce temps, le calendrier des activités de l'Alliance est jalonné par l'organisation de ses congrès. Ces congrès annuels, se tenant dans des régions différentes, empruntaient aux localités dans lesquelles ils siégeaient, les questions capitales de leur ordre du jour. Ainsi, lors du congrès de Marseille en 1910, une des principales questions qui préoccupa les membres de l'Alliance, fut celle de l'hygiène des grands ports de commerce. En revanche, au congrès de Roubaix, ce grand centre industriel dans lequel la population ouvrière s'était développée d'une façon telle

38 Lettre de 28 juillet 1945 adressée au ministre de la Santé Publique, M. Billoux. J'ai trouvé ce document dans les cartons pour l'Alliance d'Hygiène Sociale du Musée Social.

39 Voir « Procès-verbal de la réunion du 1^{er} mars 1910 », *Annales de l'AHS*, 1910, n° 19-20, p. 4.

que le surpeuplement des logements était chose courante⁴⁰, la question qui s'imposa était celle de l'habitation. Les programmes de ces congrès réguliers de l'Alliance étaient variables. Tantôt, ils s'étendaient à l'ensemble des questions de doctrine et de méthode qui préparaient le développement des lois et des institutions d'Hygiène sociale; tantôt au contraire, ils étaient limités à une action, à une œuvre particulière qu'ils essayaient de faire passer du domaine de la théorie sur le terrain des réalités⁴¹.

Ces manifestations, scandant les rythmes de l'Alliance, suivirent-elles aussi son effacement inéluctable. Comme en témoigne la lettre du docteur Cavaillon à Joseph Desmars, le dernier président de l'association :

« En pratique depuis pas mal d'années déjà les congrès avaient beaucoup perdu de leur attrait et il y venait de moins en moins de monde. Je me rappelle un congrès tenu à Rouen vers 1923, il avait vraiment servi à quelque chose, quand je le compare à celui tenu à Montpellier en 1938, quelle différence! je ne crois donc pas que l'on doive assigner à l'AHS comme principale action de reprendre l'organisation de ces congrès. Qu'elle le fasse, je n'y vois que des avantages, qu'elle ne fasse que cela, ce serait vraiment insuffisant et cela ne justifierait pas suffisamment son existence. Mais pour faire autre chose, il faut de l'argent et c'est le manque d'argent qui avait paralysé l'Alliance dans ces dernières années... »⁴².

Les contraintes financières ont forcément été pointées du doigt concernant la déchéance progressive de l'Alliance. En effet, ses ressources pécuniaires n'étaient jamais à la

40 Voir « Compte rendu de l'assemblée générale du 27 février 1912 », *Annales de l'AHS*, 1912, n° 26, p. 31.

41 Voir « Discours de Léon Bourgeois à la fin du congrès de Lyon », *Annales de l'AHS*, 1914, n° 35.

42 Lettre du Dr Cavaillon à M. Desmars, Paris, le 9 juillet 1945. J'ai trouvé ce document dans les cartons pour l'Alliance du Musée Social.

hauteur de ses ambitions. Mise à part la subvention de cinq mille francs qui lui était accordée à partir de la fin de la Première Guerre mondiale de la part du ministère du Travail et de la Prévoyance sociale, ses principales recettes annuelles provenaient de ses membres⁴³. L'affluence de ceux-ci n'ayant pas été renforcée au cours des années, les fonds budgétaires de l'Alliance restaient plutôt maigres.

Selon l'article 3 de son statut, l'Alliance comprenait trois catégories de membres. En premier lieu, il y avait les fédérations, ligues ou groupements réunissant sur l'ensemble du territoire français, des sociétés diverses ou sections s'occupant d'hygiène sociale. Ensuite venaient les Associations pour lesquelles il n'existait pas encore de groupement fédératif, les Associations non encore adhérentes à un groupement fédératif déjà existant, mais admises néanmoins par le Conseil d'Administration, et les Associations, telles que les Sociétés scientifiques ou d'enseignement dont le concours pouvait être utile à l'Alliance. La troisième catégorie était composée d'individus souhaitant à titre personnel prêter leur concours à l'Alliance. La qualité de membre pour toutes les catégories s'acquerrait après décision du Conseil d'Administration. Cette décision en ce qui concernait les deux premières catégories était soumise à la ratification de l'Assemblée générale. Pendant le quasi demi-siècle de son existence, ses procédures et ses nominations étaient caractérisées par une ambiance de consensus quasi absolu. Cette recherche de consensus guida les activités de l'Alliance tout au long de son existence et se refléta également dans la composition de ses instances administratives.

Les membres de l'Alliance : leurs origines socio- politiques et leurs parcours professionnels

43 Selon l'article 6 du statut de l'Alliance, ses membres s'engageaient à payer annuellement une cotisation ainsi fixée : cent francs par fédération, trente francs par association et vingt francs par membre individuel.

Le premier président et fondateur de l'Alliance fut Jean Casimir-Perier, président sous la Troisième République entre juin 1894 et janvier 1895. Suivant les traces de son prédécesseur, Léon Bourgeois, figure emblématique du radicalisme et inspirateur du solidarisme, il dirigea l'Alliance de 1907 à 1925, date à laquelle il fut remplacé par le président du Musée social, Georges Risler, qui assura la coordination des activités de l'association jusqu'à la veille de la Deuxième Guerre mondiale. Le dernier des « Mohicans » dans cette succession des chefs en tête de l'Alliance fut Jules Desmars de 1943 à 1955. Édouard Fuster⁴⁴ et Eugène Montet⁴⁵ assumèrent le rôle de premiers secrétaires généraux de l'Alliance, tandis que le rôle de ses premiers vice-présidents fut assuré par Jules Siegfried, promoteur de l'habitat social (la loi « Siegfried » de 1894 encourage la création d'habitations à bon marché) et Léopold Mabileau, protagoniste du mouvement mutualiste français et international. Une des caractéristiques saillantes de la composition des conseils d'administration de l'Alliance était les origines multiples de ses membres. Il s'agissait d'un triptyque de diversité à la fois socio-professionnelle, politique et confessionnelle. Des gens de carrières différentes, ayant des convictions idéologiques divergentes et véhiculant des croyances religieuses diverses et variées, se retrouvaient au sein d'une association afin de promouvoir un certain modèle de politiques sociales dans le domaine de l'hygiène. Casimir-Perier, dans son discours inaugurant la fondation de l'Alliance,

44 Édouard Fuster était professeur au Collège de France. À côté de Georges Blondel, professeur de droit à Lille, il était un des enquêteurs du Musée social. Il se spécialisa dans l'étude des questions allemandes et autrichiennes, surtout la situation des classes laborieuses et il communiqua à plusieurs reprises les résultats de ses enquêtes à ses compagnons de l'Alliance.

45 Eugène Montet écrit une thèse sur le socialisme municipal et The Fabian Society. Il serait intéressant d'étudier les impacts de ce mouvement et de cette société sur le discours et les pratiques de la nébuleuse réformatrice en France au début du XX^e siècle.

tint à présenter à son auditoire la liste des membres encadrant le conseil de son administration (voir tableau ci-dessous) en faisant remarquer :

« (...) que l'on trouve ici réunis des hommes séparés ailleurs par leurs opinions politiques ou leur confession religieuse. C'est à dessein que nous l'avons fait. Nous ne connaissons aucune des divisions qui peuvent partager les hommes, nous connaissons seulement les maux qui les atteignent. Sur ce terrain, il nous semble possible de réunir toutes les bonnes volontés, tous les courages et tous les efforts. »⁴⁶.

Tableau : L'Administration de l'Alliance en 1905

Président	
Casimir-Perier Jean	Ancien président de la République (1894-1895)
<i>Président d'honneur</i>	
Loubet Emile	Président de la République (1899-1906)
<i>Vice-présidents</i>	
Brouardel Paul (Dr)	Membre de l'Institut, président de la Fédération antituberculeuse et de l'Association polytechnique
Cheysson Emile	Membre de l'Institut, président de la Fédération antialcoolique
Grancher (Dr)	Membre de l'Académie de Médecine, vice-président de la Commission permanente de préservation contre la tuberculose
Lourties	Sénateur, vice-président du Conseil supérieur des Sociétés de secours mutuels
Mabilleau Léopold	Directeur du Musée Social, président de la Fédération nationale de la Mutualité française
Siegfried Jules	Député, coprésident d'honneur de la Société française des habitations à bon marché

46 Voir « Discours de Casimir- Perier », Annales, 1905, n° 1, p. 22.

Strauss Paul	Sénateur, président de la Ligue contre la mortalité infantile
<i>Secrétaire général</i>	
Fuster Edouard	Du Musée Social, secrétaire général de l'Association française des assurances sociales
<i>Trésorier</i>	
Cavé	vice-président du Conseil supérieur des Sociétés de secours mutuels
<i>Membres du Conseil adjoints au Bureau pour constituer le comité de direction</i>	
Martin A. J. (Dr)	Inspecteur général de l'assainissement à Paris, secrétaire général de la Société de Médecine publique
Millerand Alexandre	Député, ancien ministre du Commerce
Picot Georges	Membre de l'Institut, président de la Société française des habitations à bon marché
<i>Autres membres du Conseil</i>	
Arloing (Dr)	Professeur à la Faculté de Médecine de Lyon, président du Comité du Rhône
Armaingaud (Dr)	Président de la Ligue contre la tuberculose
Barberet	Directeur de la Mutualité au ministère de l'Intérieur
Barbey Georges	Secrétaire général de l'Union française antialcoolique
Bourgeois Léon	Député, président de la Commission permanente de préservation contre la tuberculose
Boutmy	Directeur de l'École des Sciences politiques
Budín Pierre	Membre de l'Académie de Médecine, vice-président de la Ligue contre la mortalité infantile
Calmette Albert	Directeur de l'Institut Pasteur de Lille

Cazalbon	Président de l'Association fraternelle des employés des chemins de fer
Challamel	Secrétaire général de la Société française des habitations à bon marché
Delaunay-Belleville	Industriel
Dubochet	Président de la Chambre du commerce de Nantes, président du Comité de la Loire inférieure
Dubron Victor	Avocat à la Cour de Douai, président du Comité du Nord
Durant-Gasselín	À Nantes
Gasquet	Directeur de l'enseignement primaire au ministère de l'Instruction publique
Gide Charles	Membre du Conseil de l'Association des cités-jardins, président du Comité central coopératif
Gigot Albert	Membre du comité de direction du Musée Social
Gomant	Président de l'Union des Sociétés de secours mutuels du 1 ^{er} Collège (sociétés libres)
Grasset (Dr)	Professeur à la Faculté de Médecine de Montpellier, président du Comité de l'Hérault
Griolet	Administrateur des chemins de fer du Nord
Keller	Président de l'Union des Sociétés de secours mutuels du 1 ^{er} Collège (sociétés approuvées)
Landouzy (Dr)	Membre de l'Académie de Médecine
Lannelongue (Dr)	Membre de l'Institut
De Lassence	Président du comité des Basses Pyrénées
Ledoux	Président de l'Union des Sociétés de secours mutuels du II ^e Collège
Le Gendre (Dr)	Président de la Ligue des médecins et des familles pour l'hygiène scolaire
Lemire (abbé)	Président de la Ligue du coin de la terre et du foyer (jardins ouvriers)

Letulle (Dr)	Secrétaire général du Congrès international de la tuberculose, Paris, 1905
Liard	Vice-recteur de l'Académie de Paris
Mamy	Directeur de l'Association des Industriels de France contre les accidents du travail
Mesureur	Directeur de l'Assistance publique de Paris
Monod Henri	Directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publique au ministère de l'Intérieur
De Montgolfier	Directeur des aciéries de Saint-Chamond
De Nabias	Doyen honoraire de la Faculté de Médecine de Bordeaux, président du comité girondin
Paulet Georges	Directeur de l'assurance et de la prévoyance sociale au ministère du Commerce
Peillon	Président de l'Union des Sociétés de secours mutuels de la Loire
Petit Edouard	Inspecteur général de l'Instruction publique
Petit Léon (Dr)	Secrétaire général de l'œuvre des enfants tuberculeux
Pinard (Dr)	Membre de l'Académie de Médecine
Poincaré Raymond	Sénateur, ancien président de la Société philotechnique
Poiry	Vice-président du conseil municipal de Paris
Poussineau Félix	Fondateur de la Mutualité maternelle de Paris
Riémain	Secrétaire général de la fédération antialcoolique
Rothschild Henri	Docteur
Sersiron	Secrétaire général de la fédération antituberculeuse
Viseur	Sénateur, président du Comité du Pas-de-Calais

L'idée phare autour de laquelle se fédéraient tous ces individus d'horizons socioculturels divers, l'élément qui soudait des tendances intellectuelles théoriquement

conflictuelles entre elles, était la recherche d'un but commun, le désir d'une pacification sociale. La promotion des principes de l'hygiène sociale pourrait contribuer selon les membres de l'Alliance à la réalisation de cet objectif. Leur conviction intime était qu'en extirpant les maladies sociales, ou tout au moins en remédiant à leurs impacts les plus néfastes, on éteignait ou l'on parvenait à maîtriser le feu dans les foyers de contestation sociale. L'allocution de René Viviani, ministre du Travail et de la Prévoyance sociale dans le cabinet de Clemenceau, à l'Assemblée générale de l'Alliance du 26 novembre 1908, s'inscrivait dans cette perspective. À cette occasion, il affirmait que :

« ce qui fait la République, c'est le bouillonnement des idées, c'est cette fièvre universelle qui touche à tous les problèmes, ce sont les espérances que des millions d'hommes ont déposées en elle. (...) ce rassemblement qui se fait ici de tant d'hommes de cœur, traversant des doctrines différentes pour se grouper sur le même terrain, est la meilleure manifestation qui puisse se produire dans notre temps, car elle démontre aux travailleurs qu'il est bon d'abandonner les haines stériles contre les personnes pour y substituer les haines nécessaires contre les choses mauvaises et les institutions néfastes. »⁴⁷.

Au-delà de leur engagement en faveur du développement d'une culture civique républicaine, les membres de l'Alliance puisaient leurs inspirations idéologiques et forgeaient leurs identités intellectuelles dans la plupart des courants politico-religieux de ce début du xx^e siècle. L'école de science sociale de Le Play, le catholicisme social, le protestantisme social et le solidarisme étaient également représentés au sein de l'Alliance. Chacun de ces réseaux reposait sur des fondements moraux

47 Voir « Allocution de M. Viviani, ministre du travail et de la prévoyance sociale, à l'assemblée générale de l'AHS du 26 novembre 1908 », *Annales de l'AHS*, 1909, n° 14, p. 81.

et empiriques qui marquaient de leur influence à la fois le langage et la pratique de la réforme sociale républicaine. L'Alliance, tout comme les autres associations composant la nébuleuse réformatrice évoquée par Topalov, traversait les clivages politiques traditionnels, en vue de faire reconnaître sa cause, celle de l'organisation et de l'amélioration de l'Hygiène sociale. Léon Bourgeois, vantant les vertus d'entente et de rapprochement entre individus provenant d'horizons politiques divers, citait son expérience de la Belgique :

« (...) je suis allé pendant les vacances dernières en Belgique, à Gand, présider la réunion de l'Association internationale du chômage. Nous avons été reçus admirablement dans cette ville qui est une des capitales de l'esprit corporatif. Nous avons assisté au spectacle le suivant. Après avoir visité les institutions les plus diverses : caisses de chômage, coopératives de production, créées par les groupements ouvriers et patronaux, nous avons été reçus successivement dans les maisons où nous avons été accueillis ici par des patrons et des ouvriers catholiques, là par des syndicats socialistes, ailleurs par des bureaux composés de libéraux. Nous avons été bien reçus partout parce que nous venions au nom de la science et que tous sentaient bien qu'au-dessus de leur lutte particulière qui était peut-être conforme à leur devoir, il y avait un devoir plus élevé que nous représentions, nous auquel ils ne demandaient pas mieux que de donner leur collaboration. Et puis nous avons assisté au spectacle suivant. Le soir du dernier jour, on nous a donné une grande fête populaire dans un casino (...) un concert était donné par un certain nombre de Sociétés musicales qui s'intitulaient "Fanfare catholique", "Harmonie libérale", "symphonie collectiviste". Nous avons écouté tous les morceaux et ce qui nous charmait le plus, c'était cette trêve des partis, car ils étaient tous là. (...) »⁴⁸.

48 BOURGEOIS L., 1911, « Le mal du taudis, extrait du procès-verbal du congrès de Roubaix », *Annales de l'AHS*, n° 24, p. 38.

C'est cette musique résonnant dans une ambiance consensuelle dont Léon Bourgeois voulait bien que l'Alliance fût le chef d'orchestre. La diversité politique était incontestablement au rendez-vous parmi les effectifs de l'Alliance. Ses membres comprenaient des républicains⁴⁹ conservateurs ou modérés à l'instar d'Émile Loubet, Alexandre Ribot, Victor Lourties, ou Casimir-Perier⁵⁰, « l'homme à la fois des larges conciliations et de l'action patiente, le modérateur », comme le décrit dans sa nécrologie Édouard Fuster. Des républicains radicaux figuraient aussi parmi les personnalités de l'Alliance, à l'instar du député Raoul Bompard, ou du sénateur Paul Strauss, élu du département de la Seine de 1897 à 1936, ainsi que de Léon Bourgeois qui était également la voix du solidarisme au sein de l'Alliance. Nommé ministre du Travail et de la Prévoyance sociale, dans le cabinet formé par Raymond Poincaré, membre lui aussi d'ailleurs de l'Alliance, Léon Bourgeois déclarait que ce ministère devait être dans la nation, un foyer de concorde et une école de solidarité⁵¹.

Les figures prééminentes du groupe leplaysien à l'intérieur de l'Alliance étaient Georges Picot, réformateur en matière de logement social, administrateur de la Société philanthropique, ancien directeur des affaires criminelles au ministère de

49 Le profil politique de l'Alliance emprunte les tendances enregistrées par Ellis Jack dans son ouvrage *The physician legislators of France : medicine and politics in the early Third Republic, 1870-1914*, Cambridge, Cambridge University Press, 1990. Les extrêmes de l'échiquier politique à cette époque, sont faiblement représentés. Parmi les députés médecins entre 1870 et 1914 la répartition est la suivante : Droite 1,6 %, Républicains conservateurs 9,5 %, Républicains modérés 38,0%, Radicaux 45,0 %, Socialistes 5,7 %.

50 Voir « Nécrologie de M. Fuster pour Casimir-Perier », *Annales de l'AHS*, 1907, n°8, p. 19.

51 Voir *Annales de l'AHS*, 1912, n° 25.

la Justice, membre de l'Institut et Émile Cheysson, ancien directeur du Creusot⁵².

Dans son discours prononcé au nom de l'AHS aux obsèques d'Émile Cheysson, le docteur Landouzy se demanda : « *M. Cheysson n'était-il pas de l'école de nos meilleurs économistes et de nos plus doux philanthropes des Le Play, des Léon Say et des Georges Picot : comme eux, il pensait que si le cœur doit être le moteur des institutions de prévoyance, c'est la science qui doit en tenir le gouvernail...* »⁵³.

Frédéric Le Play avait souligné que l'observation scientifique des sociétés était un préalable à la réalisation de la paix sociale. Il considérait la réforme sociale comme une science expérimentale. L'influence de ses idées à travers son disciple Émile Cheysson s'assure d'ailleurs une belle postériorité dans les orientations théoriques de l'Alliance. Leurs échos se font entendre bien longtemps après sa disparition et les concepts leplaysiens dont ses idées sont imprégnées, continuent à être véhiculés par ses diadoques à la tête de l'Alliance. Le président du comité d'organisation du XVI^e congrès de l'Alliance, rappelle dans son discours que :

« Depuis 25 ans, ce groupement est resté fidèle à la pensée de son fondateur, le grand sociologue Cheysson. C'est son esprit qui l'anime, c'est son programme d'action qui continue à y être appliqué. C'est de ce grand honnête homme que vous vous réclamez le plus volontiers, mon cher Président, de lui et de ces deux autres éminentes personnalités dont vous fûtes le collaborateur et l'ami; Alexandre Ribot et Jules Siegfried. (...) vous avez autour de vous, mon cher Président groupé une pléiade d'hommes éminents et la liste des sommités qui composent le

52 Voir CHAMBELLAND C., 1998, *Le Musée Social et son temps*, Presses de l'ENS, p. 97.

53 Voir « Compte rendu du conseil d'administration du 14 février 1910 », *Annales de l'AHS*, 1910, n° 19-20, p. 13.

comité de l'AHS forme à elle seule une anthologie de nos grands hygiénistes et de nos plus éminents sociologues. »⁵⁴.

Marié à la fille d'un éminent pasteur, un des vice-présidents de l'Alliance et premier président du Musée Social, Jules Siegfried, devint, quant à lui, le symbole du protestantisme social au sein des cercles républicains réformateurs représentés à cette association. Jules Siegfried était membre de la commission d'assurance et de prévoyance sociales depuis la création de celle-ci en 1894. Il s'agissait de la commission parlementaire la plus importante dans l'élaboration de la législation sociale au début de la Troisième République. Davantage préoccupé par l'efficacité et la planification rationnelle que de réforme morale, il s'est notamment battu pour une réglementation sanitaire du logement à l'échelle municipale. Bien d'autres membres éminents de l'Alliance militaient dans le mouvement du protestantisme social, qui avait le vent en poupe depuis l'avènement de la Troisième République. C'est le cas par exemple de Charles Gide, le promoteur du mouvement coopératif français, ou de Henri Monod, directeur de l'Assistance publique.

En ce qui concerne le catholicisme social, une de ses figures emblématiques l'abbé Lemire⁵⁵ (1853-1928), député du Nord de 1893 à la fin de sa vie, fut lui aussi membre de l'Alliance. Partisan du « terrianisme »⁵⁶, doctrine au service de la famille, de la petite propriété et hostile à l'industrialisme, il crée en 1897, la Ligue française du coin de terre et du foyer.

54 Voir « Discours de M. Krug, président du comité d'organisation du XVI^e congrès de l'AHS », dans *Compte-rendu du congrès de Besançon*, 1928, p. 15.

55 Voir Mayeur J.-M., 1968, *Un prêtre démocrate, l'abbé Lemire 1853-1928*, Paris, Casterman.

56 Expression utilisée par Jean-Bernard Wojciechowski dans son ouvrage, *Hygiène mentale et hygiène sociale : contribution à l'histoire de l'hygiénisme*, 2 volumes, Paris, L'Harmattan, 1997.

Il se fit au sein de l'Alliance, l'apôtre des jardins ouvriers et rejoignit l'effort pour la réforme urbaine entreprise par un des groupes les plus actifs de l'Alliance.

D'autre part, ce ne sont pas seulement les barrières politiques qui étaient franchies à l'intérieur de l'Alliance. En acceptant parmi ses membres des personnalités aux sensibilités religieuses diverses, cette association prouva son attachement à l'adoption et la poursuite de démarches consensuelles. Ainsi à côté des Cheysson et des Picot, partisans fervents de Frédéric Le Play dont les principes, religion, famille, atelier, inspiraient un ordre social-chrétien conservateur, on voit siéger dans ses assemblées générales, des libres penseurs à l'instar des Brouardel, Calmette, Letulle ou Landouzy⁵⁷. Le discours de George Risler au congrès de Reims en 1926 est particulièrement explicite quant à la coexistence dans les rangs de l'Alliance d'une multitude de croyances et des doctrines religieuses :

« Dans ces congrès tenus dans tant de villes de France, on a vu les uns à côté des autres, catholiques, protestants, israélites, curés, pasteurs et rabbins, libres penseurs, matérialistes, bref hommes et femmes de toutes les opinions appartenant aux classes les plus favorables comme aux plus modestes de la société, mais tous pénétrés d'une même volonté de solidarité sociale. »⁵⁸.

Cette hétérogénéité politique paraissant étonnante, une partie des sensibilités idéologiques était toutefois exclue ou sous-représentée à l'intérieur de l'Alliance. C'est le cas par exemple des composantes idéologiques de la Gauche. À l'exception remarquable de Millerand, premier socialiste ayant participé à un gouvernement bourgeois, les socialistes étaient

57 Voir MURARD L., *op. cit.*, p. 451.

58 Voir « Discours de G. Risler », in *Congrès de Reims de l'AHS*, 1926, p. 13.

rare dans les organes administratifs de l'Alliance. Quant à la représentativité socioéconomique de l'Alliance, celle-ci embrassait surtout les classes moyennes et supérieures de l'édifice social. La bourgeoisie industrielle et commerciale était représentée par des gens comme George Risler, né dans une famille d'industriels mulhousiens, ou encore Delaunay-Belleville et de Montgolfier, directeur des aciéries de Saint-Chamond. Les membres de l'aristocratie étaient également présents avec les Rothschild. Ceux-ci, véritables évergètes, furent un des piliers financiers de l'Alliance. À cet égard, Casimir-Perier exprima son bonheur en annonçant qu' :

« (...) à la suite d'une démarche que j'ai faite (...) j'ai obtenu le commencement de la constitution du capital qui sera nécessaire à l'AHS pour mener à bien l'œuvre qu'elle veut entreprendre. En m'adressant à Monsieur le Docteur Henri de Rothschild, j'ai obtenu de lui un chèque de 20 000 francs et MM. Alphonse, Gustave et Edmond de Rothschild m'ont remis ensemble 50 000 francs ».⁵⁹

En revanche, on ne rencontre aucune femme et aucun ouvrier à l'exception d'Édouard Briat, le prolétaire officiel⁶⁰, inamovible secrétaire jusqu'en 1940 de son Association des ouvriers en instruments de précision, membre de la coopérative de consommation de son quartier, l'Avenir de Plaisance, du Conseil supérieur du travail et de la Société pour l'éducation sociale, créateur de la Société de l'hygiène pour les travailleurs.

En ce qui concerne l'éventail des origines professionnelles des membres de l'Alliance, celui-ci fut impressionnant. Au début du xx^e siècle, l'hygiène apparaissait comme une spécialité hybride formée au carrefour de plusieurs

59 Voir *Annales de l'AHS*, 1905, n° 1, p. 21.

60 Selon l'expression de Lion Murard et de Patrick Zylberman dans leur ouvrage *L'hygiène... , op. cit.*, p. 469.

compétences. Se référant au comité girondin de l'Alliance, Paul Strauss constatait que :

« Dans la région de Bordeaux, votre comité a su réaliser cette conception qu'a eu M. Casimir, celle d'associer dans un même but d'aide sociale des hommes appartenant à toutes les catégories du travail intellectuel et productif : sciences, législation, enseignement, administrateurs d'Unions, apôtres d'œuvres, mutualistes, éducateurs sociaux, tous ceux qui apportent à l'œuvre commune une part de conseils, d'initiative, de bonne volonté et de dévouement. »⁶¹.

Dans ce vaste domaine d'activité et de politique sociale, l'un des plus fréquentés et composites de la nébuleuse réformatrice, il y a trois professions établies qui se dégagent toutefois et dont les représentants travaillent en synergie : il s'agit des médecins, des ingénieurs et des architectes. Chez l'architecte et l'ingénieur, les fondements de l'hygiène étaient empruntés aux médecins et les médecins hygiénistes avaient besoin à leur tour des compétences de ces deux professions afin d'appliquer leurs théories : « *actuellement l'hygiène est Dieu, le médecin, son prophète et l'architecte obéit à leurs prescriptions; on lui demande de la place et de l'air et de l'eau à tous les étages* »⁶². Cette citation résume bien la filiation qui existait dans le mouvement hygiéniste entre l'architecte et le médecin et que l'on retrouve dans la composition de l'Alliance à travers la présence d'Augustin Rey et d'Eugène Hénard, deux des représentants les plus brillants de l'architecture française au début du xx^e siècle. L'utopie de la ville hygiénique développée par Étienne Cabet (1788-1856) dans *Voyage en Icarie*, reprise par le docteur Tony-Moilin, dans *Paris en l'an 2000*, publié en 1869, qui présente un Paris du futur aux mains des socialistes

61 Voir Annales de l'AFHS, 1906, n° 4, p. 103.

62 KAHN G., 1901, *L'esthétique de la rue*, Paris.

en l'an 2000, trouve en effet un écho dans les formes développées par l'architecte municipal Eugène Hénard (1843-1923) ainsi que dans l'ouvrage d'Augustin Rey *La science des plans de ville*⁶³. Les idées de ce dernier avaient par ailleurs fait l'objet des communications à plusieurs reprises aux séances de l'Alliance, notamment pendant les congrès organisés par celle-ci dans le cadre de ses activités.

La coexistence de diverses professions eut beau être une caractéristique inhérente à la constitution de l'Alliance, la présence des gens provenant du milieu médical était toutefois prépondérante. Parmi les 63 membres en 1905 on dénombrait 23 médecins, leur nombre était de 12 sur 40 dans le conseil d'administration de 1914 et de 19 sur 47 dans celui de 1926. Le monde universitaire médical était représenté par une pléiade de professeurs tout au long de l'existence de l'Alliance. Le professeur Grancher, collaborateur intime, confident et ami de Pasteur, fut un de ses premiers vice-présidents. Paul Brouardel, médecin légiste, directeur des *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, président de la Société de médecine légale, faisait également partie de l'équipe directrice de l'Alliance. Il travailla avec Henri Monod, lui aussi membre actif de l'Alliance, à préparer le vote de la loi de 1902 définissant les bases légales de la santé publique en France. À côté de ceux-ci, on retrouve dans la première génération des médecins-hygiénistes de l'Alliance, le directeur de l'Institut Pasteur de Lille, Albert Calmette, dont la carrière fut entièrement consacrée à la propagation des idéaux d'hygiène publique. Dans les *Annales* de 1908, on apprend que le professeur Louis Landouzy, nouveau doyen de la faculté de médecine de Paris et vice-président de l'Alliance, « (...) à côté de l'assainissement des habitations et des

63 Pour une analyse plus détaillée du lien organique entre l'architecte et l'hygiéniste au début du xx^e siècle, voir MORY P., « Architecture et hygiénisme à Paris au début du xx^e. L'architecte entre savoir médical et pouvoir politique », dans Patrice Bourdelais, *Les Hygiénistes...*, *op. cit.*

villes, de l'aération, de la destruction du bacille de Koch, M. Landouzy place comme facteur capital de la lutte antituberculeuse, l'alimentation saine et reconstituante »⁶⁴. Président également de l'Association centrale française contre la tuberculose, il dirige la section d'hygiène urbaine et rurale à partir de 1911. D'une façon analogue, un autre membre de l'Alliance, le professeur Maurice Letulle entra à la section d'hygiène en 1908 alors qu'il enseignait à la faculté de médecine de Paris et qu'il appartenait au Conseil d'hygiène et de salubrité publique du département de la Seine. En tant qu'administrateur, Letulle porta un intérêt particulier à la popularisation des notions de base de l'hygiène et à la prévention des maladies contagieuses et des maladies du travail. En même temps, on retrouve parmi les médecins-adhérents à l'Alliance, deux des coryphées du corps pédiatrique en France. Il s'agit de Pierre Budin (1846-1907) et d'Adolphe Pinard (1844-1934). Pierre Budin resta dans l'histoire comme le promoteur des consultations des nourrissons. Le premier établissement de ce genre fut inauguré dans le cadre du dispensaire de Belleville le 1^{er} juillet 1892. Il s'agissait d'une œuvre privée, totalement indépendante de l'Assistance publique. Son but était de soigner les enfants et de prévenir les maladies les plus meurtrières d'origine alimentaire en distribuant du lait stérilisé. Les consultations connues sous le nom de « Gouttes de lait » se multiplièrent et contribuèrent largement à une chute significative de la mortalité infantile dans les premières années du xx^e siècle. Adolphe Pinard, professeur de clinique obstétricale à la faculté de Paris, lança quant à lui en 1891, l'Œuvre de l'allaitement maternel, établissant des refuges ouvroirs pour les mères en difficulté. La présence de ces deux maîtres de la pédiatrie française au sein de l'Alliance ne saurait être étrangère aux orientations initiales des activités de l'association vers les questions d'hygiène scolaire et

64 Voir *Annales* 1908, n° 10, p. 2.

d'hygiène infantile. L'Alliance déploie en effet pendant les premières années de son existence, un effort considérable dans le domaine de l'allaitement maternel et de la nutrition des nourrissons, aussi bien à travers les publications sur ce sujet dans son *Bulletin* que par son soutien aux établissements des Gouttes de lait.

Outre la diversité socioprofessionnelle, un autre phénomène qui caractérisa l'identité des membres de l'Alliance, fut leur rôle interinstitutionnel. En dehors des délégués des associations ou fédérations privées ayant adhéré à l'Alliance, on rencontre également des représentants de l'administration étatique et des instances publiques. Dans la première génération de l'Alliance, Jean Barberet est directeur de la Mutualité au ministère de l'Intérieur, Émile Boutmy dirige l'École des Sciences politiques, Édouard Petit est à l'Instruction publique, alors que Gustave Mesureur est directeur de l'Assistance publique de Paris. Sous la présidence de Léon Bourgeois, Léon Mirman est directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publique au ministère de l'Intérieur et A.-J. Martin, inspecteur général des services d'hygiène de la ville de Paris. À l'époque où les rênes de l'Alliance sont tenues par George Risler, cette relation en vases communicants est assurée par Jules Brisac, directeur de l'Office national d'hygiène sociale. George Risler était par ailleurs à lui seul une illustration vivante et parfaite du cumul des rôles et des fonctions au sein de l'appareil hygiéniste. Dans le rapport du 8 juillet 1931, on lit quant à la polyvalence de Risler :

« Qu'il s'agisse de la propagande générale organisée par l'Office national d'Hygiène sociale qu'il s'agisse de l'Habitation à Bon Marché, de la natalité, de la lutte contre la mortalité infantile, contre la tuberculose, contre le cancer, contre la syphilis et j'en oublie tous les comités et les conseils nationaux l'ont appelé, le

plus souvent comme président à présider leurs assemblées ou à leur apporter le concours de sa haute autorité »⁶⁵.

Risler était en effet membre du conseil supérieur des Habitations à Bon Marché (HBM), fondateur et président de la Société centrale du crédit immobilier, administrateur de l'Office d'HBM de la ville de Paris, administrateur de la Société des cités-jardins de la région parisienne et vice-président du comité national de défense contre la tuberculose. Son concours n'a pas été moins ardent dans l'organisation sanitaire pour traiter et combattre les maladies vénériennes. Il avait également été président de la Société française de prophylaxie sanitaire et vice-président de la Ligue nationale contre le péril vénérien. C'est encore lui, au temps où il servait l'Alliance au poste de trésorier, qui avait lancé un appel à ses compagnons en vue de les mettre en garde contre une stagnation inquiétante des effectifs de leur association et en les incitant à recruter de nouveaux membres :

« Alors nous verrons nos budgets prendre une ampleur en rapport avec l'œuvre que nous voulons réaliser. Vous le savez tous, pour qu'une œuvre sociale obtienne des résultats, il faut qu'elle possède une caisse suffisamment pourvue. Je vous demande donc de ne pas nous apporter ici seulement des discours éloquentes et intéressants, mais d'y joindre une longue liste de nouveaux souscripteurs. »⁶⁶.

Ce cri de désespoir, quoique relativement camouflé, ne parvient pas à dissimuler une réalité plutôt triste. Le nombre des souscriptions à l'Alliance, jugé insuffisant par son trésorier, ne connaît pas de fluctuations spectaculaires au moins jusqu'à la veille de la Deuxième Guerre mondiale, période suite à

65 Voir rapport du 8 juillet 1931 de l'AHS, p4. J'ai trouvé les rapports des activités de l'Alliance dans les cartons du Musée Social.

66 Voir « Rapport de Risler à l'assemblée générale du 11 mars 1911 », *Annales de l'AHS*, 1911, n° 21, p. 11.

laquelle ses effectifs connurent un véritable effondrement. La situation était tellement tragique au lendemain de la guerre, que le dernier président de l'Alliance s'efforça de recruter des membres en contactant personnellement un par un les étudiants de la faculté de médecine ainsi que les professionnels de la santé inscrits dans le corps médical de la capitale.

Le réseau des comités régionaux : un modèle de « centralisation décentralisée »

En voulant éviter l'« hydrocéphalisme » administratif, l'Alliance d'Hygiène sociale s'efforça à mettre en place un réseau de comités départementaux, susceptibles d'agir comme ses relais à l'échelle locale. Dans le numéro inaugural des *Annales* de l'Alliance, son premier président, Casimir-Perier, soulignait que « (...) nous voulons dans le plus large esprit de décentralisation provoquer des initiatives sur les différents points du territoire français. Avant même d'être régulièrement constitués (...) nous avons essaimé et à Saint-Étienne, à Nantes, à Pau, à Lille sont déjà constitués des comités de l'Alliance d'Hygiène sociale »⁶⁷. L'Alliance souhaita exorciser la crainte d'étouffement par tout ce qui vient de Paris, la « ville tentaculaire ». Selon les paroles de son vice-président au congrès de Limoges en 1908, « l'Alliance ne veut que protéger et aider et non pas étendre sur les œuvres de province un ombrage mortel »⁶⁸. Comme le proclama le docteur Saturnin Arloing, président fondateur de son comité lyonnais, l'Alliance dans l'esprit de ses initiateurs, était une fédération de comités régionaux, ayant chacun une individualité et une initiative propres et cependant reliés les uns aux autres par un conseil d'administration siégeant à Paris, formant ainsi à travers le pays, un vaste réseau destiné à mieux coordonner

67 Voir *Annales de l'AHS*, 1905, n° 1, p. 14.

68 Voir *Annales de l'AHS*, 1908, n° 12, p. 15.

les activités vouées à la défense et la promotion des principes de l'hygiène sociale.

Le professeur Louis Landouzy confirma à son tour, à l'occasion de sa conférence à l'Office central des Œuvres de bienfaisance, que l'Alliance s'assignant la responsabilité de grouper les bonnes volontés et les compétences en un faisceau de forces s'attaquant aux sources mêmes des misères sociales : « elle se donnait dans le plus large esprit de décentralisation, la tâche de provoquer au compte de l'hygiène physique et morale, des initiatives sur les différents points du territoire français. »⁶⁹. L'importance de ces antennes locales dans la mission de l'Alliance fut explicitement démontrée et amplement avouée par son secrétaire général, Édouard Fuster quand il affirmait qu' : « un des moyens d'action auxquels l'Alliance attache le plus de prix et dont elle se déclare particulièrement fière, réside en ses comités départementaux (...) »⁷⁰. Édouard Fuster précisait dans son discours du 14 mai devant ses camarades qu'en province comme à Paris, les œuvres de protection, d'aide mutuelle, d'assistance, de relèvement, absorbaient et menaient résolument une croisade contre tous les maux qui proviennent pour l'homme de sa fragilité naturelle et des contagions sociales. Il remarquait ensuite que les dévouements isolés avaient constitué pour l'Alliance une clientèle toute prête à laquelle il ne manquait qu'une organisation et des cadres locaux. Il s'agissait en effet de ces groupements de philanthropes, de mutualistes, de médecins, de savants, d'hygiénistes qui s'étaient consolidés au contact de la propagande de l'Alliance et qui étaient devenus ses comités départementaux. Selon Fuster, ces comités constituèrent pour l'Alliance des points avancés, des foyers de propagande qui lui permirent d'étendre son influence bienfaisante sur une bonne partie du pays : « (...) à vrai dire, le comité de l'Alliance devra occuper la première place dans notre outillage départemental parce que

69 Voir *Annales de l'AHS*, 1908, n° 12, p. 4.

70 Voir *Annales de l'AHS*, 1913, n° 31, p. 26.

c'est lui qui dispense l'énergie, la santé physique et morale, sans laquelle on ne peut songer à créer d'entreprises ni prospères, ni durables »⁷¹.

Charles Lallemand, trésorier de l'Alliance à partir des années 1920, évoqua et formula l'idée selon laquelle le département semblait présenter la division territoriale qui convenait le mieux à la mise en œuvre de tous les moyens de défense en matière d'hygiène sociale. Dans la conférence qu'il avait prononcée le 2 mars 1921, au Musée Social, ce grand préfet social de la Seine-Inférieure expliquait les fondements de sa réflexion : « *le département est la dimension opportune, assez distant des contingences locales pour faire mieux et généraliser plus sûrement que les initiatives communales ordinairement rares et précaires et assez rapproché des réalités provinciales pour s'en inspirer et placer l'action dans les conditions qui en assurent le succès...* »⁷². L'utilité de ces institutions départementales fut également avérée et reconnue par Émile Cheysson, pendant le débat sur la loi de 1906 sur les habitations à bon marché. Il y a lieu d'espérer, écrivait dans son rapport au conseil supérieur des HBM le 4 mai 1906 que :

« (...) l'élargissement des attributions de nos comités et les garanties nouvelles apportées à leur recrutement augmenteront leur activité et les feront participer d'une manière plus efficace que par le passé, non seulement au mouvement des HBM, mais encore aux diverses manifestations de la prévoyance, en combinant sur le terrain de l'action publique leur bienfaitante influence avec celle qu'exercent sur le terrain de l'initiative privée, les comités départementaux de l'AHS, présidée par M. Casimir Perier. »⁷³.

71 *Idem*

72 « L'armement social d'un département », conférence donnée au Musée social par M. Lallemand, le 2 mars 1921 sous la présidence de M. Leredu, Ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, cité par MONTET E., 1923, « Pour l'hygiène sociale » *Annales d'Hygiène Publique, Industrielle et Sociale*, tome I, p. 6.

73 Voir « Notes et lectures : la loi du 12 avril 1906 sur les habitations à

Ces comités départementaux reproduisaient au niveau local, les mêmes logiques qui présidaient à la constitution du bureau central de l'Alliance. Ainsi, faisaient-ils appel au plus grand nombre d'individus partageant leur ardeur d'action au profit de l'hygiène sociale, indépendamment de leurs convictions politiques ou de leurs croyances religieuses. Dans une époque où les passions politiques, fortement attisées par la loi de la séparation entre l'Église et l'État, divisaient profondément les Français, ces comités restèrent fidèles à l'esprit consensuel de l'Alliance et franchirent les barrières dogmatiques. On apprend par exemple que le comité de Gard devait beaucoup à l'activité de son secrétaire général, M. Raous qui « *a su grouper en un faisceau toutes les bonnes volontés sans distinction d'opinion et de croyance* »⁷⁴.

En parallèle, les comités, toujours en concordance parfaite avec les concepts organisationnels régissant la structuration de l'Alliance, vouèrent un intérêt particulier à la conjugaison de toutes les initiatives susceptibles de servir à la promotion de l'hygiène sociale. Saturnin Arloing, professeur à la faculté de médecine de Lyon, en exposant devant l'assemblée générale de l'Alliance les travaux du comité qu'il présidait, affirmait que :

« le comité lyonnais s'est trouvé en présence d'un grand nombre d'œuvres locales plus ou moins anciennes, procédant d'idées philosophiques très différentes. (...) au bureau est adjoint un conseil composé de plusieurs membres afin de donner une bonne représentation à toutes les branches de l'hygiène préventive et de l'assistance sociale qui existent à Lyon. Nous nous sommes assuré l'adhésion des trois grands groupements de sociétés de secours

bon marché » *Annales de l'AHS*, 1906, n° 4.

74 Voir *Annales de l'AHS*, 1906, n° 4, p. 124.

mutuels formés dans le Rhône : l'Union mutualiste, le Groupe des présidents, l'Union beaujolaise... »⁷⁵.

L'organisation du comité girondin reprenait elle aussi le modèle organisationnel du comité central dont il représentait une structure en miniature. Le rapporteur de ce comité informa les membres du conseil d'administration que le principe inspirant le comité girondin de l'Alliance, c'est bien celui de la division du travail :

« (...) guidé à la fois par le désir de faire œuvre réellement utile et par la crainte d'errer un peu à l'aventure dans le vaste champ ouvert devant lui, il a cru bon, de créer dans son sein un certain nombre de sections correspondant aux diverses branches de l'hygiène. Mais toutes ces branches se réunissent en un tronc commun, le Conseil d'administration, qui a pour vice-présidents, les présidents de chacune de ces sections. Il en résulte donc à la fois une certaine autonomie dans chaque groupe et une coordination complète et constante de tous les travaux élaborés de part et d'autre. »⁷⁶.

Quant au comité des Bouches-du-Rhône, il continua conformément à l'esprit de l'Alliance à grouper autour de lui un certain nombre d'œuvres, auxquelles il avait apporté soit son appui moral, soit sa contribution financière. Le docteur Imbert, son rapporteur, informa l'assemblée de l'Alliance que ce fut ainsi que leur comité comptait comme sociétés affiliées, l'œuvre antituberculeuse de Marseille, la section de Marseille de la Ligue nationale contre l'alcoolisme, la section provençale de la Ligue française pour l'hygiène scolaire et la Cuillerée de lait⁷⁷. Jusqu'en 1905, des comités régionaux de l'Alliance ont été constitués dans neuf départements (Saint-

75 Voir *Annales de l'AHS*, 1906, n° 4, p. 128.

76 Voir *Annales de l'AHS*, 1906, n° 4, p. 97.

77 Voir *Annales* 1912, n° 26, p. 27.

Étienne, Loire-Inférieure, Basses-Pyrénées, Nord, Pas-de-Calais, Gironde, Rhône, Gard, Hérault).

Le 13 juin 1908 a eu lieu dans une des salles de la préfecture de Marseille, la réunion constitutive du comité régional de l'Alliance. Selon le rapporteur de l'événement, « *plus de deux cents personnes, appartenant aux divers milieux de la société avaient répondu à l'appel du comité d'initiative (...) présidée par M. le Dr Queirel directeur de l'École de médecine* »⁷⁸. Quelques mois plus tard, Raoul Bompard avait la vive satisfaction de saluer la naissance de trois nouveaux comités régionaux à Limoges, à Agen et à Grenoble⁷⁹.

En 1911, le secrétaire général de l'Alliance communiquait à l'Assemblée générale la création de deux nouveaux comités, dont le premier, celui d'Isère fut constitué avec le concours du comité de patronage des HBM et celui de la fédération mutualiste départementale. L'autre comité, dont il salua la naissance, fut celui des Pyrénées-Orientales : « *fondé grâce au dévouement et à l'activité de M. le docteur Barthès, inspecteur de l'assistance publique. Toutes les œuvres d'assistance et d'hygiène de la ville de Perpignan se sont vraiment fédérées à l'appel de M. Barthès et avec l'appui de la préfecture et de la municipalité.* »⁸⁰. Parmi les derniers comités à se constituer furent ceux de Toulouse et de Bourges⁸¹, au lendemain de la Grande Guerre.

Les congrès organisés par l'Alliance au départ à rythme annuel, puis à partir des années 1910 de manière régulière offraient des occasions pour la diffusion et la promotion de son œuvre. Ces congrès, tenus chaque fois dans une région

78 Voir *Annales* de l'AHS, 1908, n° 13, p. 28.

79 Voir « Comte rendu de l'assemblée générale du 26 novembre 1908 », *Annales de l'AHS*, 1909, n° 14.

80 Voir « Rapport de E. Montet à l'assemblée générale du samedi 11 mars 1911 », *Annales* 1911, n° 21, p. 4.

81 Voir « Procès-verbal de la séance du 24 décembre 1919 », *Annales de l'AHS*, 1919, n° 40.

et dans une ville différente, permirent également à l'Alliance de s'établir et de s'implanter dans de nouveaux territoires étendant son influence et resserrant les mailles de son réseau. Ces rassemblements constituaient une tribune au service des « apôtres » de cette association qui tenaient à « coloniser » systématiquement l'Hexagone afin de gagner le plus grand nombre possible d'adeptes à leur cause. Ainsi le congrès d'Hygiène sociale qui s'était tenu à Montpellier au mois de mai 1905 fut l'occasion pour les administrateurs de l'Alliance de se rendre à Nîmes et d'inaugurer officiellement le comité du Gard⁸².

La multiplication des groupements locaux se poursuivit et s'opéra également par l'intermédiaire des comités départementaux entraînant ou secourant la création des comités satellites autour d'eux : « *un nouveau comité vient d'être fondé à Carpentras grâce à l'appui du comité de Marseille ; M. Frandon, principal du collège de Carpentras, a réussi à constituer cette section à l'occasion du congrès mutualiste d'Orange...* »⁸³. Pourtant, malgré leur prolifération au fil des ans, leur ensemencement sur le territoire français n'était pas jugé satisfaisant :

« Il est certain que le nombre de ceux-ci est encore insuffisant. C'est à chacun de nous d'en provoquer la création partout où nous avons des relations d'amitié ou d'affaires. M. Cheysson a donné le bon exemple en profitant d'un séjour à Rennes, où il était appelé pour une manifestation antialcoolique pour jeter les bases d'un nouveau groupement et (...) multiplier nos comités de province, resserrer les liens qui nous unissent à eux, est une de nos constantes préoccupations »⁸⁴.

82 Voir *Annales de l'AHS*, 1906, n° 4, p. 124.

83 Voir « Rapport du comité de Vaucluse », *Annales* 1912, n° 25, p. 19.

84 Voir *Annales de l'AHS*, 1908, n° 11, p. 16.

L'équipement de la province en comités s'étant avéré insuffisant, vu la lente progression de leur constitution, d'autres solutions furent proposées afin que l'Alliance puisse diffuser son message salubre et atteindre ses objectifs au niveau national. Son secrétaire général, Édouard Fuster, mettant en évidence une couverture géographique sélective, lança l'idée d'un avancement plus souple, basé sur la sensibilisation et la mobilisation individuelle. Il proposa le recrutement d'individus jouant le rôle d'avant-garde, chargés d'une part de transmettre les principes de l'hygiène sociale aux régions restées jusqu'alors à l'écart de la propagande de l'Alliance tout en déblayant d'autre part, le terrain pour l'installation future d'œuvres plus collectives :

« Nous sentons que l'AHS, malgré les efforts que nous faisons ici, reste un peu trop une association d'une élite, d'une aristocratie des départements. Il importe au plus haut point que l'AHS se démocratise. Il est impossible que nous accomplissions notre œuvre dans un pays d'union, de suffrage universel, de parlementarisme, si nous ne sommes pas une œuvre ayant pour ainsi dire un allogone comme le Touring-Club, c'est-à-dire des délégués et ses correspondants. Ma proposition tient tout simplement à ceci. N'est-il pas possible pour vous, amis des départements, de constituer là où vous avez des comités et là même où vous n'en avez pas dans l'espoir de la constitution de comités futurs, de créer de véritables correspondants ou délégués de l'AHS? ne pourriez-vous pas trouver dans les chefs-lieux d'arrondissements, dans les grandes communes, un certain nombre de personnalités, une par circonscription, environ, qui seraient prises parmi les instituteurs, parmi les mutualistes, bien entendu, parmi les jeunes médecins dévoués, parmi les architectes et qui deviendraient les véritables propagandistes de nos idées et de nos œuvres, les éducateurs de toute la foule rurale ou urbaine au milieu de laquelle ils vivent? »⁸⁵.

85 Voir « Allocution de M. Fuster », *Annales de l'AHS*, 1910, n° 17-18,

Là où les comités de l'Alliance étaient déjà constitués, leur action se caractérisait par leur effort de composer entre les préoccupations hygiénistes et les intérêts locaux. Ainsi le comité de l'Hérault, un des plus actifs et dont le dynamisme avait été couronné par l'obtention d'un diplôme d'honneur pour sa participation à l'Exposition internationale d'hygiène de Dresde⁸⁶, s'est-il battu contre la consommation d'absinthe. Souhaitant défendre les prérogatives d'hygiène sociale, tout en protégeant les viticulteurs du département qu'ils représentaient, ses membres affirmaient qu' :

« (...) on buvait jadis du vin aux cabarets du Midi. Le producteur y trouvait son compte sans que la santé du consommateur en pâtisse. On y boit aujourd'hui ces mélanges redoutables d'alcools et d'essences dont l'absinthe est le plus répandu. En demandant aux viticulteurs et aux négociants de vins de s'associer à la campagne de la Ligue nationale contre l'alcoolisme, le Comité de l'Hérault a donc servi ensemble la cause de l'hygiène publique et celle de la vigne qui est la richesse de la France méridionale. »⁸⁷.

L'action des comités s'exerçait d'autre part, par l'organisation sous leur égide d'un certain nombre de manifestations. On apprend par exemple que dans le courant de l'année 1911, de conférences nombreuses ont été organisées sous le patronage du comité des Bouches-du-Rhône :

« (...) M. le docteur Rodocanachi a traité la question de la variole
(...) M. le docteur Torel a étudié la question de l'alimentation
ouvrière (...) M. Bérenger; peu de jours après, étudia devant un
public qui ne demandait qu'à s'instruire les rapports de l'AHS avec

p. 21.

86 Voir *Annales de l'AHS*, 1912, n° 25.

87 Voir *Annales de l'AHS*, 1906, n° 4, p. 123.

les diverses lois ouvrières votées dans ces dernières années. Il a su se faire écouter non seulement de ceux pour qui les lois ont été votées, mais encore de tous les esprits curieux de la profonde évolution sociale qui caractérise notre époque. M. Roussy a étudié dans une conférence faite dans le local des Syndicats patronaux la question de l'hygiène industrielle. (...)»⁸⁸.

En dehors de ces conférences, le comité phocéén ouvrit de nouvelles perspectives à l'Alliance, en s'impliquant dans la vie politique locale. Son secrétaire général, le professeur Imbert affirma qu'il a décidé :

« de se jeter dans la bataille électorale : une fois n'est pas coutume, ou plutôt nous avons bien l'intention, ce faisant, d'inaugurer une coutume. Mais à l'inverse de tant d'autres, nous avons paru sur le terrain électoral sous aucune ambition politique personnelle, un rameau d'olivier à la main. Il nous a paru qu'aux hommes de mérite qui, sur différentes listes ambitionnaient l'honneur d'administrer notre ville, nous pouvions proposer un terrain d'entente, celui d'hygiène. »⁸⁹.

Un autre aspect des activités des comités de l'Alliance concernait leur contribution à la diffusion et à l'aboutissement d'œuvres d'hygiène sociale. Selon le rapport du Comité des Basses Pyrénées, le comité eut pendant l'année 1910 la satisfaction de voir aboutir à Pau, un grand nombre d'œuvres d'hygiène sociale :

« (...) les projets de bain-douche ont été réalisés grâce à l'entente de la Caisse d'épargne et de la municipalité de la ville de Pau. (...) avec le concours de la plupart des membres de notre comité il s'est

88 Voir « Rapport du Comité des Bouches-du-Rhône par M. Livon, son président » *Annales de l'AHS*, 1911, n° 21, p. 19.

89 Voir « Rapport du comité des Bouches-du-Rhône, par le professeur L. Imbert, son secrétaire général », *Annales de l'AHS*, 1913, n° 30, p. 12.

créé au mois d'octobre une Société d'HBM sous la présidence de Mme Charles de Lassence, (p31) (...) grâce à l'initiative de notre vice-président M. Alfred de Lassence, maire de la ville de Pau, l'inspection médicale des écoles primaires pour les yeux, le nez, la gorge et les oreilles fonctionne régulièrement avec l'appui de l'inspection académique.»⁹⁰.

Enfin, on constate une certaine émulation entre les différents comités qui permet la circulation d'idées et la transmission de l'expérience. Dans un tel esprit, le professeur Albert Pitres affirme qu'à la suite de la visite de Victor Dubron, président du comité régional du nord à Bordeaux, le comité girondin qu'il présidait décida de suivre l'exemple du comité du Nord en cherchant à faire participer la mutualité aux œuvres d'Hygiène sociale⁹¹.

Les fédérations adhérentes, les associations affiliées

Outre les membres individuels et les comités départementaux, la distribution des rôles au sein de l'Alliance comprenait également l'adhésion à son programme d'autres groupements partageant ses principes et œuvrant pour la promotion des concepts de l'hygiène sociale. Dans son discours inaugurant l'association qu'il présidait, Casimir-Perier déclara qu' :

« (...) ici même, nous provoquons ou nous secondons la naissance de fédérations, c'est-à-dire de groupements d'associations poursuivant des buts semblables et dans un délai assez court, ont été constituées avec notre aide et comme de futurs alliés : la Fédération des Sociétés antituberculeuses, la Fédération des Sociétés qui combattent l'alcoolisme, la Fédération de celles qui s'attaquent à la

90 Voir « Rapport du Comité des Basses Pyrénées par M. le Dr Gaudard, son secrétaire général », *Annales* 1911, n° 21, p. 30.

91 Voir « rapport du comité de la Gironde », *Annales* 1911, n° 22, p. 12.

mortalité infantile, la Fédération nationale de la mutualité française. Tout naturellement et sans rien perdre de leur autonomie, elles venaient s'affilier à l'Alliance d'Hygiène sociale »⁹².

À côté de ces fédérations, il existait un très grand nombre d'associations qui n'étaient pas encore fédérées, qui peut-être même n'avaient pas les mêmes raisons de se fédérer et qui, elles aussi, étaient agrégées à l'Alliance d'Hygiène sociale. Ce qui unissait tous ces groupes, c'était leur engagement dans la lutte contre les maladies sociales. Jusqu'en 1909, huit grandes fédérations et une dizaine d'associations se sont groupées sous le drapeau de l'Alliance⁹³ (voir tableau ci-dessous).

Tableau : Les fédérations et les associations adhérentes à l'Alliance d'Hygiène sociale en 1905

FÉDÉRATIONS	ASSOCIATIONS
<i>Fédération nationale de la mutualité</i>	<i>Musée Social</i>
<i>Association centrale française contre la tuberculose</i>	<i>Ligue française d'hygiène scolaire</i>
<i>Société française des Habitations à Bon Marché</i>	<i>Ligue du coin de terre et du foyer</i>
<i>Ligue française de l'enseignement</i>	<i>Association des industries contre les accidents du travail</i>
<i>Ligue nationale contre l'alcoolisme</i>	<i>Œuvre des crèches parisiennes</i>
<i>Ligue contre la mortalité infantile</i>	<i>Association des cités-jardins</i>
<i>Union nationale des Sociétés de gymnastique</i>	<i>Association française des chemins de fer</i>
<i>Association polytechnique</i>	<i>Union des colonies de vacances</i>
	<i>Société de prévention contre la tuberculose</i>

92 Voir « Discours de Casimir- Perier », *Annales*, 1905, n° 1, p. 15.

93 Voir « Rapport de E. Montet, à l'assemblée générale du 9 décembre 1909 », *Annales* 1910, n° 17-18.

À la fin du XIX^e et au début du XX^e siècle, l'unité hygiéniste se fragmenta avec l'apparition de nouvelles spécialités liées aux divers fléaux sociaux que définissaient et prenaient en charge des sociétés distinctes⁹⁴. Autant de spécialités, autant de causes ouvertes aux appétits de l'Alliance : lutte contre l'alcoolisme, la tuberculose ou les maladies vénériennes, pour le redressement de la natalité, l'hygiène de l'habitation ou de la ville. À l'instar du Musée Social, inauguré en 1895, ressemblant à un « réseau de réseaux », l'Alliance représentait en quelque sorte sa projection ou sa réflexion dans le domaine de l'hygiène. On retrouve d'ailleurs la triandrie fondatrice du Musée Social, Jules Siegfried, Émile Cheysson, Georges Picot, parmi les protagonistes de l'Alliance. Les liens affectifs entre les deux associations ne se limitent pas toutefois au seul niveau de représentation mutuelle. Ils sont encore plus profonds et plus symboliques, puisqu'elles partagent toutes les deux le même siège qui se trouve 5, rue Las Cases.

En dehors du Musée Social, la Fédération antituberculeuse groupant presque toutes les œuvres de prophylaxie et d'éducation antituberculeuse et les œuvres d'assistance, avec tous les dispensaires, les sanatoriums, les hôpitaux marins, les œuvres d'enfants tuberculeux, fut une des premières à adhérer à l'Alliance de l'Hygiène sociale. Le mouvement antituberculeux comptait déjà de nombreux représentants auprès de l'Alliance. Le docteur Brouardel et le docteur Sersiron ont été désignés par la Fédération pour faire partie de son conseil qui comprenait en outre les docteurs Grancher, Calmette, Letulle et Léon Petit. Le docteur Landouzy, président de l'Association centrale française contre la tuberculose, et le docteur Odilon Lannelongue étaient quant à eux, membres d'honneur du premier conseil d'administration de l'Alliance à côté de Léon Bourgeois, une des figures emblématiques de la lutte contre la tuberculose au sein des

94 Voir CHAMBELLAND C., *op. cit.*, p. 9.

organisations nationales et internationales. En 1906, J. Cavé rapporte qu'à la suite de la conférence donnée à la mairie des Buttes-Chaumont par le professeur Grancher et Édouard Fuster « (...) *l'œuvre familiale d'hygiène et de préservation naturelle a été fondée dans le but de combattre la tuberculose (...) elle s'est placée sous le patronage de l'Alliance...* »⁹⁵. Tout au long de l'existence de l'Alliance, ses associations lui restèrent fidèles et on les retrouve dans chaque recensement. Quant au mouvement antialcoolique, il était représenté au sein de l'Alliance par la Ligue nationale contre l'alcoolisme, présidée par le professeur Debove, membre de l'Académie de médecine.

Une autre catégorie d'institutions, rejoignant les efforts de l'Alliance, était celle regroupant les associations se mobilisant dans la direction d'un logement salubre et d'une planification urbaine plus conforme aux règles sanitaires et aux impératifs hygiéniques plus en général. Dès sa fondation, l'Alliance avait donné une importance considérable à l'équipement sanitaire des villes. À l'occasion de son deuxième congrès à Montpellier en 1905, la création de l'AGIAHM, l'Association générale des ingénieurs, architectes et hygiénistes municipaux, était annoncée comme une filiale de l'Alliance. La ville était en effet pour ses membres, le terrain d'application et de projection des expériences menées en laboratoire par les pastoriens.

La Société française des HBM, qui selon son secrétaire général Maurice Dufourmantelle vulgarisait et propageait l'idée des habitations hygiéniques et à bon marché, guidait les initiatives promotrices, conseillait et orientait les institutions, prenant au besoin en main la défense de leurs intérêts, trouvait bien évidemment elle aussi sa place naturelle dans la constellation des associations composant les bataillons de l'Alliance⁹⁶.

95 Voir *Annales de l'AHS*, 1906, n° 4, p. 14.

96 Voir « La Société française des HBM, par M. Maurice Dufourmantelle, son secrétaire général », *Annales de l'AHS*, 1911, n° 21, p. 49.

À côté de ses institutions, Casimir Perier avait également ajouté l'Association fraternelle des employés de chemins de fer, en déclarant que : « son président M. Caçalbon fait partie de notre Conseil. Je la range plus particulièrement sous la rubrique habitation, parce que cette association a fait une expérience tout à fait instructive des résultats que peut donner un effort fait par des intéressés modestes pour se venir en aide à eux-mêmes grâce à l'énergie et à l'épargne. »⁹⁷.

Bien que le logement, ce milieu vital pour la famille, ait été une des cibles premières de leur mission hygiéniste de prévention des maladies et de la déchéance morale, les membres de l'Alliance appliquèrent progressivement leur idéal des normes sanitaires concernant l'habitation individuelle à la ville dans son ensemble⁹⁸. À ce titre, la Ligue du coin de terre et du foyer, dirigé par l'abbé Lemire ainsi que l'Association des cités-jardins⁹⁹, représentée auprès de l'Alliance par Charles Gide, s'ajoutaient aux associations précédentes. En 1911, Jules Siegfried annonça la fondation d'une Société française des espaces libres et des terrains de jeux dont le président était Hébrard de Villeneuve et George Risler, son vice-président. Le conseil de l'Alliance fut heureux de donner à cette nouvelle société « son patronage et son concours moral ». ¹⁰⁰.

L'importance d'une planification urbaine rationnelle au nom des intérêts défendus par l'hygiène sociale monopolisa

97 Voir *Annales* 1905, n° 1.

98 Voir CHAMBELLAND C., *op. cit.*, p. 279.

99 Cette association fut créée en 1903 par Georges Benoît-Lévy, l'Association française des cités-jardins en vue de promouvoir les nouvelles idées touchant à la réforme des villes et à la planification urbaine. Il s'agissait des communautés auto-suffisantes composées des maisons familiales individuelles et son objectif c'était de proposer une nouvelle approche-conception de la croissance urbaine. Pour une étude plus approfondie de cette association, voir CHAMBELLAND C., *op. cit.*, p. 282.

100 Voir « Procès-verbal de la Réunion du 8 février 1911 », *Annales* 1911, n° 22, p. 3.

pour un certain temps les activités des membres de l'Alliance. L'intensité qu'atteignirent les revendications formulées par toutes ces sociétés suite à l'éclatement de la Grande Guerre, fut cristallisée dans une proposition-exigence du conseil de l'Alliance, au cours d'une des conférences organisées pendant cette période, où le vœu est émis que :

« dès maintenant soient préparés des plans d'aménagement et d'extension pour les villes détruites par l'ennemi, que des préfets soient invités à poursuivre l'élaboration de ces plans par des commissions nommées à cet effet. Et qu'aucune ville ne soit admise à toucher les sommes qui devront lui être versées par l'État au nom de la solidarité nationale, sans avoir produit un plan d'aménagement et d'extension rationnellement et sérieusement établi. »¹⁰¹.

Parmi les associations qui embrassèrent dès le début les causes pour lesquelles l'Alliance fut fondée et par conséquent lui accordèrent leur soutien inconditionnel, on relève la Fédération nationale de la mutualité. Rejeton elle aussi de la Troisième République, son caractère « interclassiste » fut particulièrement apprécié par l'Alliance qui vit dans ce groupement d'individus un de leurs partenaires privilégiés. Léopold Mabileau, président de cette fédération et membre de l'Alliance, affirmait que :

« Nous nous sommes aperçus que nos dix-huit ou dix-neuf mille centres d'action avaient le même intérêt. Nous avons formé une fédération, qui représente quelque chose de nouveau. À une mutualité nouvelle doit correspondre une méthode nouvelle. C'est vous qui êtes la nouveauté de la science, comme nous sommes la nouveauté de la prévoyance sociale. Nous étions donc faits pour

101 Voir « Procès-verbal de la séance du conseil d'administration du 21 novembre 1914 », *Annales* 1914, n° 35, p. 44-45.

nous rencontrer et vous pouvez compter que nous vous suivrons avec toute l'ardeur de notre conviction, avec toute la puissance de notre enthousiasme pour le bien public. La mutualité n'aura pas de peine à se conformer à l'idéal que vous venez de lui tracer. Elle aussi ignore tout ce qui divise. Elle aussi ne connaît que ce qui rapproche. (...) Monsieur le Président, vous pouvez compter sur le concours dévoué des mutualistes et puisque voilà formé le faisceau de toutes les volontés, de toutes les intelligences qui représentent la démocratie française en ce qu'elle a d'actif et de progressif, nous serons heureux de voir se préparer par un tel accord cette démocratie fraternelle qui est l'idéal de la République. »¹⁰².

L'entente des hygiénistes et de la mutualité, dont le principe même était inscrit et compris dans les statuts de l'Alliance, devenait de jour en jour plus réelle et plus étroite. Leurs congrès successifs parallèlement organisés montraient la justesse de la formule avec et par laquelle Léopold Mabilleau avait défini la collaboration des Sociétés de secours mutuels à l'œuvre d'hygiène sociale de la manière suivante : « *par le concours actif qu'ils donnent à la préparation de nos réunions régionales, par leur affluence à ces assemblées, les mutualistes affirment qu'ils se considèrent bien comme la clientèle naturelle de l'Alliance...* »¹⁰³.

Les membres de l'Alliance militaient également pour une revalorisation et une extension de l'enseignement de l'hygiène. Par conséquent, ils accordèrent une place importante dans leur structure administrative aux associations vouées à la propagation des théories et des pratiques consacrées par les hygiénistes. Raymond Poincaré commentait ainsi l'adhésion de ces associations à l'œuvre de l'Alliance :

« Les sociétés d'enseignement populaire ont la jalousie profonde de leur indépendance ; elles sont autonomes (...) elles sont prêtes

102 Voir « Discours de M. Mabilleau », *Annales* 1905, n° 1, p.35.

103 Voir *Annales* 1906, n° 4, p. 183.

elles aussi à concerter, lorsqu'il le faut, leur action et à poursuivre dans la variété, dans la diversité, l'unité d'une victoire commune et indivise sur l'ignorance et la misère morale. Elles se rappellent le mot de Corneille : "aucun n'est assez fort pour se passer d'autrui". L'AHS peut donc compter sur la collaboration dévouée non seulement des Associations philotechniques de France, dont je suis ici plus particulièrement l'interprète, mais aussi de l'Association polytechnique que préside avec tant d'autorité et d'éclat notre collègue et ami, M. Brouardel (...) elles se rappellent les unes et les autres que le décret du 11 janvier 1895, qui en ressuscitant les cours d'adultes a renouvelé et rajeuni en France, l'institution des conférences populaires, était signé d'un président de la République qui s'appelle précisément Casimir-Perier. »¹⁰⁴.

Pour sa part, Louis Liard, le vice-recteur de l'Académie de Paris, déclarait que sa présence parmi les membres de l'Alliance : « *est une adhésion, non pas l'adhésion d'une personne, ce qui ne signifierait rien, mais dans la limite restreinte où il m'est permis de la donner (...) de l'approbation de M. le Ministre de l'Instruction publique, elle est l'adhésion de l'école publique à l'œuvre que vous avez entreprise...* »¹⁰⁵. La filiation étroite entre ces associations et l'Alliance se confirma et se consolida au cours des années, comme l'atteste par exemple l'adhésion, de la Ligue de l'enseignement et de l'Association polytechnique¹⁰⁶.

Enfin, une dernière catégorie d'associations adhérant à l'Alliance, était celle consacrée à la diffusion des réflexes sportifs parmi la population, en vue de sa préparation physique pour des confrontations et des aventures guerrières futures. La France, traumatisée par la défaite de 1870, vécut les quatre décennies suivantes dans la double hantise de la dépopulation

104 Voir « discours de M. le sénateur Poincaré », *Annales* 1905, n° 1, p. 30.

105 Voir « Discours de M. le vice-recteur Liard », *Annales* 1905, n° 1, p. 26.

106 *Annales*, 1907, n° 9, p. 8.

et de la dégénérescence, donc de l'amointrissement à la fois qualitatif et quantitatif de sa population face à l'Allemagne. Afin d'exorciser ce démon qui avait envahi l'imaginaire français, nombreux étaient ceux qui eurent recours à une rhétorique faisant la part belle aux pratiques sportives comme moyen de redressement de la vitalité et de la vigueur nationale. Les tenants d'un tel discours, dénonçant les défaillances du système scolaire français, considéré comme trop intellectuel¹⁰⁷, s'engageaient en faveur du développement du sport à l'école. L'Union des sociétés de gymnastique de France, qui adhéra à l'Alliance dès 1906¹⁰⁸, partageait ces préoccupations. Son président, Charles Cazalet, affirmait que l'objectif de cette association était l'éducation de la jeunesse et sa préparation au service militaire.

Au fil des années, on constate que le nombre des associations ne varie pas considérablement. Pour ce qui concerne leurs apports intellectuels et conceptuels dans l'élaboration des objectifs de l'Alliance, ceux-ci ne sont pas particulièrement novateurs. En fait, on retrouve en 1927, le noyau des associations ayant participé à la composition plurielle de l'Alliance au moment de sa fondation. Les nouvelles associations devenant membres de l'Alliance ne lui ouvrent pas de nouvelles perspectives d'action ou de mobilisation (voir tableau ci-dessous). En revanche, elles viennent plutôt se placer à côté des groupes d'intérêt déjà formés et s'aligner sur les grands axes des activités déjà tracés, à savoir la tuberculose, la santé maternelle et scolaire, la question du logement et celle de l'assurance contre la maladie.

107 Parmi les protagonistes de cette mouvance au sein de la population française on pourrait citer dès la fin du XIX^e siècle, le baron Pierre de Coubertin ainsi que le docteur Philippe Tissié. Tous les deux prônèrent activement l'introduction du sport à l'école.

108 Voir *Annales* 1906, n° 4, p. 9

**Tableau : Liste d'associations adhérentes à l'AHS en 1927
(les associations ayant adhéré à l'Alliance avant 1908 sont
marquées d'un astérisque)**

ASSOCIATIONS ADHÉRENTES EN 1927
Association pour le développement de l'assurance aux malades
Association pour la lutte contre le chômage (actuellement association pour le progrès social)
*Association fraternelle des employés et ouvriers des chemins de fer
*Association générale des hygiénistes et techniciens municipaux
*Association des industriels de France contre les accidents du travail
*Association polytechnique
Caisse d'assurance en faveur des employés privés d'Alsace et de Lorraine
Comité national de l'enfance
*Comité national de défense contre la tuberculose
Comité permanent de la natalité
Fédération des cantines maternelles
*Ligue nationale contre l'alcoolisme
*Ligue nationale contre le taudis
*Le Musée Social
Œuvre Grancher
Œuvre de la tuberculose humaine
Les prévoyants de l'avenir
Les permanences d'entraide sociale
La protection mutuelle des chemins de fer
Société de crédit des Habitations à Bon Marché
La solidarité sociale
Société de secours mutuels et de retraites des cuisiniers parisiens
L'Union mutuelle pour l'assurance au décès
Union nationale des sociétés de crédit immobilier
*Union nationale de gymnastique de France
Les Volontaires du service social

II.4. Les principes fondateurs de l'Alliance d'Hygiène sociale

Toutes ces composantes hétérogènes de l'Alliance, qu'il s'agisse d'individus ou d'associations, étaient caractérisées par leur adhésion à quelques principes fondamentaux. Ces principes fédérateurs furent décrits et présentés de manière éloquente par un médecin belge, le docteur Enschedé, chef du service d'hygiène à Schaerbeek, déclarant qu' :

« un grand mouvement d'idées se dessine en ce moment pour la socialisation de la médecine. Né de la grande révolution médicale accomplie par Bismarck le jour où cet homme d'État a décrété l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité, ce mouvement se propage et trouve des adhérents dans nombre de pays. Qu'est-elle, au fond, cette tendance vers la socialisation de la médecine ? Elle peut se caractériser par l'intervention de plus en plus grande des collectivités dans les affaires médicales, en suite par un désir de plus en plus fort de mettre à l'avant-garde de l'action médicale les préoccupations de la prophylaxie des maladies et surtout par une compréhension plus rationnelle de nos devoirs vis-à-vis de la santé humaine »¹⁰⁹.

Même si l'État français n'était pas encore gagné au début du xx^e siècle, à la notion d'obligation qui prévalait déjà en Allemagne en ce qui concerne la mise en place d'un système d'assurances sociales¹¹⁰, le principe de la prévoyance sociale s'exprimait en France par la mutualisation du risque et il était incarné par un mouvement mutualiste florissant. D'autre part,

109 Voir DR ENSCH, 1904, « La socialisation de la médecine : essai d'hygiène sociale », *Revue d'Hygiène et de Police sanitaire*, vol. 26, p. 1.

110 De manière générale, on attribue à Bismarck et à l'Allemagne de la fin du xix^e siècle une des premières interventions étatiques en matière de couverture sociale et sanitaire, préconisant l'avènement des systèmes d'assurance-maladie de nos jours.

les principes de prévention et de devoir étaient largement répandus dans le paysage hygiéniste français et constituaient des lieux communs ou plutôt des vrais étendards de la rhétorique de l'Alliance d'Hygiène sociale.

Le principe du devoir social

Dans les années 1890, une nouvelle doctrine sociale, le solidarisme, est adoptée par le gouvernement républicain pour faire face aux agitations sociales et à l'instabilité politique. Léon Bourgeois qui est à l'origine de la nouvelle version de cette doctrine publie en 1902 « *La Solidarité* ». L'auteur de cet ouvrage s'inscrit dans le sillage des théoriciens du socialisme romantique comme Pierre Leroux ou Louis Blanc tout en empruntant également des éléments de sa réflexion aussi bien à Auguste Comte, qu'à Proudhon, Le Play, Fouillée, ou Charles Gide. Le solidarisme se présente en effet, comme une réponse à la question sociale; sa démarche consiste à combiner méthode scientifique et idée morale et repose sur deux notions essentielles : la dette sociale, concept selon lequel l'homme naît débiteur de l'association humaine et le quasi-contrat social¹¹¹. Dans un rapport élogieux de l'action poursuivie par un comité départemental de l'Alliance, on retrouve la formule rhétorique suivante :

« Vous avez su judicieusement choisir et mener à bonne fin diverses études; vous avez sollicité des pouvoirs publics certaines mesures utiles au bien de tous; vous avez travaillé efficacement à des œuvres de pacification et de solidarités sociales, en un mot vous avez accompli votre devoir. En agissant ainsi, n'est-il pas vrai de dire que vous avez commencé à payer la dette que vous devez à la société, parce que vous avez reçu d'elle des dons qu'elle n'a pas

111 Pour une analyse théorique du quasi-contrat voir NICOLET C., 1994 (1982), *L'idée républicaine en France, 1789-1924*, Paris, Gallimard.

accordés à d'autres ? Car selon l'expression heureuse et si juste de M. Léon Bourgeois : il y a une dette sociale et cette dette il faut la payer avec joie. En la payant joyeusement ne voyons-nous pas que nous nous serons fait du bien à nous-mêmes ? »¹¹².

Un des objectifs majeurs des solidaristes est de composer libéralisme et socialisme en une synthèse capable d'assurer la stabilité et le progrès social. Ils demandent aux individus non pas de participer à la production ou à la répartition des richesses, mais de nouer des liens de solidarité entre eux en vue de s'assurer contre les risques de la vie. L'inspirateur de cette vision réconciliatrice des tensions sociopolitiques, citant les ouvrages d'Alfred Fouillée *La propriété sociale et la démocratie* et de Jean Izoulet, *La cité moderne*, constate que :

« le débat continue entre la science économique et les socialistes ; l'individualisme et le collectivisme s'opposent toujours l'un à l'autre, dans une antithèse que les événements politiques rendent plus évidente, plus saisissante que jamais (...) entre l'économie politique classique et les systèmes socialistes une opinion s'est formée lentement, non pas intermédiaire, mais supérieure (...) revendiquée à la fois par des partisans trop divers, venus de points trop éloignés de l'horizon philosophique et politique ; chacun pour son compte cherche à la rattacher à l'ensemble de ses doctrines antérieures. On la trouve professée par des socialistes chrétiens et pour eux, c'est l'application des préceptes évangéliques par certains économistes et pour eux, c'est la réalisation de l'harmonie économique. Pour quelques philosophes, c'est la loi biosociologique du monde ; pour d'autres, c'est la loi d'entente ou d'union pour la vie (...) pour les positivistes c'est d'un seul mot, l'altruisme (...), mais pour tous, au fond et sous des noms divers, la doctrine est la même, elle se ramène clairement à cette pensée

112 Voir « Rapport du comité de l'Hérault », *Annales* 1908, n° 11, p. 32.

fondamentale : il y a entre chacun des individus et tous les autres un lien nécessaire de solidarité... »¹¹³.

Par ailleurs, c'est l'époque pendant laquelle les conclusions des recherches menées par Pasteur agitent l'univers scientifique et ébranlent ses certitudes. Ses découvertes remettant en question les dogmes hygiénistes en vigueur depuis l'époque de Villermé, bouleversent le schéma de causalité des maladies et secouent en partie les raisonnements « étiopathologiques » traditionnels. Édouard Fuster, secrétaire de l'Alliance, remarque à ce sujet que :

« Nous savons, depuis les découvertes de Pasteur que nous sommes tous facteurs et victimes des contagions, qu'à l'égard les uns des autres à l'égard de l'État, nous sommes tout à la fois débiteurs et créanciers, débiteurs de sécurité et créanciers de sécurité. Cette dette sociale payable chaque jour, nous ne pouvons nous y soustraire ; elle exige notamment la soumission de l'intérêt individuel à l'intérêt collectif, pour la prévention même que nous avons reconnue nécessaire. La voilà, la solidarité du type moderne »¹¹⁴.

Les théories de Pasteur facilitent donc l'introduction des concepts du solidarisme dans le mouvement hygiéniste. Cette imbrication organique entre les deux théories s'exprime de manière éloquente dans le discours du professeur Brouardel, vice-président de l'Alliance, quand il affirme que « (...) *le bacille mange tout le monde, quelles que soient les opinions ou les confessions. Nous sommes tous solidaires les uns des autres et si nous laissons manger nos voisins, nous ou notre famille nous serons mangés à notre tour.* »¹¹⁵. Transposé à l'échelle du corps social, le

113 Voir BOURGEOIS L., *La Solidarité*, Paris, 1902, p. 9.

114 Voir « Allocution de M. Fuster », *Annales*, 1912, n° 26, p. 18.

115 Voir « Discours de M. le Professeur Brouardel », *Annales*, 1905, n° 1,

nouveau paradigme régissant la théorie hygiéniste impliquait que les individus n'étaient pas des monades isolées, mais tout au contraire étaient liés par les attaches invisibles et potentiellement menaçantes des maladies infectieuses. Ce lien involontaire réduisait chaque membre de la société à un commun dénominateur biologique¹¹⁶ et devint un puissant outil d'expression du degré d'interdépendance existant entre les différentes strates socioéconomiques. Après tout, les privilèges d'ordre matériel et les frontières de classes ne formaient pas une barrière imperméable à la contagion. Une telle prise de conscience s'accompagna d'une remise en question, sinon d'un rejet pur et simple, de l'atomisme qui se reflète dans les paroles adressées au comité de l'Hérault par son secrétaire général, M. de Casamajor :

« Messieurs, nul doute que vous ne sachiez remplir le rôle important que vous est réservé, parce que vous avez compris toutes les obligations de la vie, et vous les avez pleinement acceptées comme constituant le devoir le plus strict. Vous avez conscience des grandes responsabilités morales qui pèsent sur tous les hommes instruits, parce que vous voulez vivre de la vie individuelle, familiale et sociale la plus intense et parce que vous repoussez en même temps comme fausse, incomplète et immorale toute théorie qui voudrait nous apprendre à vivre heureux pour notre compte quoi qu'il puisse arriver à autrui. Le bonheur égoïste est impossible, nous n'avons pas le droit de le désirer, nous n'en voulons pas »¹¹⁷.

De son côté, Henri Monod, directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publique au ministère de l'Intérieur et un

p. 25.

116 Voir CHAMBELLAND C., *op. cit.*, p. 258.

117 Voir « Rapport du comité de l'Hérault par M. de Casamajor son secrétaire général », *Annales*, 1909, n° 14, p. 7.

des premiers membres de l'Alliance, souligne que la santé publique est peut-être le domaine où le fait social de la dépendance mutuelle, de la solidarité humaine, se manifeste avec plus d'évidence :

« À chaque instant, chacun de nous, sans qu'il s'en doute, influe sur la santé, sur la vie d'êtres humains qu'il ne connaît pas, qu'il ne connaîtra jamais (...) toute l'humanité peut souffrir des méfaits hygiéniques, des conquêtes de l'hygiène toute l'humanité profite. Le souci de la santé publique avec l'accomplissement des obligations que sa protection impose, est donc un devoir pour tout honnête homme »¹¹⁸.

L'impact de la révolution pasteurienne sur les orientations idéologiques des hygiénistes se mesure aussi à la présence importante de solidaristes au sein des associations de lutte contre les fléaux sociaux. Pour ce qui concerne l'Alliance, mis à part son deuxième président Léon Bourgeois, on rencontre des fervents adeptes du solidarisme, pas seulement dans son bureau central, mais aussi parmi les membres de ses comités locaux. Ainsi le président du Comité girondin « *était aussi un solidariste convaincu; il donnait à l'hygiène sociale une raison d'être logique, un fondement solide en faisant d'elle non pas une institution de charité suivant la formule ancienne, mais une œuvre de solidarité toute pénétrée des principes modernes dont nous devons à M. Léon Bourgeois la brillante et vigoureuse expression* »¹¹⁹.

En effet, depuis le mois de novembre 1901, l'idée de solidarité fut l'objet d'une enquête de l'École des Hautes Études sociales sous la responsabilité de Léon Bourgeois. Les dix premières études ont été réunies en un volume sous le titre d'*Essai d'une philosophie de la solidarité*. En 1902-3 l'enquête s'est poursuivie. Elle portait cette fois-ci sur les applications de la

118 Voir MONOD H., *La Santé publique*, Paris, 1904, p. 1.

119 Voir *Annales* 1908, n° 11, p. 3.

solidarité. Comme première et plus pressante des obligations sociales engendrées par la solidarité, on reconnaît l'obligation de protéger la vie humaine « *contre les risques dus aux causes d'insalubrité que multiplient autour de nous l'ignorance, la négligence, l'imprudence de nos semblables* »¹²⁰. La science avait déjà mis en évidence, selon Léon Bourgeois, « *avec une précision et une sûreté croissantes* »¹²¹ les lois de la solidarité sanitaire. « *Où donc cette solidarité est-elle plus indéniable qu'en matière de santé publique ?* » s'interrogeait-il, avant d'ajouter : « *Ce qui était permis quand on le jugeait inoffensif ne doit plus l'être dès qu'on le sait nuisible (...) de là les devoirs nouveaux de l'hygiène publique. (...) qu'il y ait pour la défense commune de nos semblables, non pas seulement une obligation morale, mais bien une obligation sociale, une dette pouvant être sanctionnée par les actes de la puissance publique* »¹²². Comme le notait Émile Boutroux, la doctrine dite solidarisme, a été constituée en vue de faire reposer le devoir de bienfaisance, non plus sur la charité ou l'amour, un sentiment subjectif et libre, mais sur une idée, sur un principe scientifique et rationnel, propre à justifier l'intervention de la force publique¹²³. Dans cette perspective, la loi de la santé publique de 1902 était considérée comme une application sociale de la solidarité. Dans le discours qu'il prononça au Congrès de l'AHS de Lyon en 1907, Léon Bourgeois mit en lumière les raisons supérieures qui justifiaient selon lui l'organisation rationnelle de l'Hygiène sociale. Après avoir défini le mal social comme tout mal dont les causes sont en dehors de l'individu, dont l'effet peut dépasser l'individu et qui résulte des conditions sociales dans lesquelles il vit, il concluait sur l'idée du devoir social, qu'il définissait comme un principe impliquant à la fois un effort individuel et collectif de

120 BOURGEOIS L., *Les applications sociales de la solidarité*, Paris, 1904, p. VII.

121 *Ibid*, p. VIII.

122 *Idem*.

123 Voir MURARD L., *op. cit.*, p. 470.

responsabilité mutuelle. À la nécessité de l'intervention de la société pour prévenir et combattre ces maux dont la cause n'était pas dans l'individu lui-même, il juxtaposait le besoin d'une attitude individuelle faisant preuve de sensibilité civile et civique. Dans ce sens et en considérant que le domaine de l'hygiène était particulièrement propice à l'application de sa conception de la solidarité, il affirmait qu' :

« il n'y a point de question qui doive retenir l'attention générale à un plus haut degré que celle de la santé publique. S'il appartient plus particulièrement d'en avoir le souci aux hommes qui, par leurs fonctions publiques par leur profession ou par l'influence qu'ils tiennent de leur charge, ont une mission plus déterminée à remplir, il appartient à tout le monde de se convaincre que, dans l'intérêt personnel, comme pour le salut du pays, chacun doit contribuer à assainir le milieu social où il est appelé à vivre et faire spontanément sans réserve, ni restriction, l'effort limité, mais indispensable qui lui est demandé »¹²⁴.

La notion du devoir fit tache d'huile dans la rhétorique hygiéniste du début du xx^e siècle. Gabriel Vaud, auteur d'un ouvrage intitulé *Introduction à l'Hygiène sociale*, constate en 1905 que : « *la notion du devoir social se développe d'une façon permanente et se manifeste par des créations fécondes : ligues antialcooliques, antituberculeuses, constructions de maisons hygiéniques, conférences, livres, images morales, dispensaires, maisons de marins, foyers du soldat...* »¹²⁵. Le rapport du comité de l'Aube, rédigé par son secrétaire général, le docteur Bertrand, fait écho à cette inflation rhétorique relative à l'usage du concept du devoir social en énonçant que : « (...) *le rôle de la Société est d'apprendre à tous le devoir social et la pratique de la solidarité pour amener chacun à*

124 MONTET E., 1923, « Pour l'hygiène sociale », *Annales d'Hygiène publique, Industrielle et Sociale*, t. I, p. 7.

125 Voir VAUD G., 1905, *Introduction à l'Hygiène sociale*, Paris, p. 7.

se rendre plus utile aux autres et par cela même plus heureux (...)»¹²⁶. De surcroît, selon Paul Strauss, un des premiers vice-présidents de l'Alliance :

« (...) plus nous aurons contracté l'habitude de la discipline individuelle, mieux nous prendrons conscience de nos obligations contractuelles, de nos devoirs envers la collectivité familiale, communale, nationale. La solidarité sanitaire et morale nous convie à nous unir, à nous entraider, à nous arc-bouter les uns contre les autres, elle nous ordonne de recourir à toutes les armes de combat, à tous les engins de défense, de faire appel à toutes les institutions dirigées contre le paupérisme et contre le vice, à tous les moyens d'entraide sociale »¹²⁷.

Cette infiltration du langage hygiéniste par le terme du devoir acquiert une dimension diachronique et elle est présente dans un discours du vice-président de l'Alliance, George Risler, adressé au congrès des institutions d'assistance et d'hygiène sociale au juillet 1921, quand il entonne qu' : « *il faut que chaque Français sache qu'à côté de son devoir quotidien et intéressé, il a à remplir aussi son devoir social (...)* »¹²⁸. Pourtant, si ce concept-principe devient monnaie courante dans les formulations et déclarations théoriques d'une bonne partie des membres de l'AHS au début du xx^e siècle, son utilisation n'est pas toutefois soumise aux mêmes interprétations idéologiques. Ainsi, sa coloration laïque ne fait pas l'unanimité parmi les adhérents de l'Alliance. En revanche, son évocation revêt parfois des tonalités moralistes et renvoie à des approches métaphysiques de son contenu. C'est le cas de sa perception

126 Voir « Rapport du comité de l'Aube par M. le Dr P. Bertrand, secrétaire général », *Annales*, 1911, n° 21, p. 37.

127 Voir STRAUSS P., 1913, « L'hygiène sociale », *Annales*, n° 29, p. 4.

128 Allocution de G. Risler, vice-président de l'Union des Grandes Associations françaises, au congrès des institutions d'assistance et d'hygiène sociale, juillet 1921, dans le compte rendu du congrès, p. 8.

par Joseph Grasset. Dans son discours prononcé pendant la séance de clôture du congrès de l'Alliance à Montpellier, cet assidu des Semaines sociales¹²⁹, conçoit l'hygiène sociale comme une œuvre relevant à la fois de la science et de la morale :

« L'Hygiène sociale ne peut exister qu'avec la notion et l'idée du devoir, que la Science ignore et que la Morale seule peut donner. Pour constituer une Hygiène sociale il faut poser, comme axiome fondamental que si l'individu a le droit de protéger sa santé contre les attentats de ses voisins et de demander à la société son aide active pour cette protection, il a tout aussi obligatoirement, le devoir de respecter la santé de son voisin, d'aider son voisin à accroître sa propre santé et de collaborer activement à l'œuvre de protection hygiénique de la collectivité. La santé est un droit fait de devoirs corrélatifs. (...) le point de vue moral peut seul vous permettre d'envisager et de concilier des intérêts souvent contradictoires comme la vie de l'individu et la vie de la société. (...) en hygiène plus qu'en toute autre matière, que seraient les lois sans les mœurs? Seule la morale doit présider à la rédaction et à l'application des lois d'Hygiène sociale. Au nom de la morale et de la morale seule, l'HS peut demander aux individus les sacrifices nécessaires à la santé de tous et demander à la société de ne pas sacrifier au salut public les droits imprescriptibles de la liberté individuelle. (...) en d'autres termes, il n'y a pas d'Hygiène sociale sans idée, je ne dis pas seulement de solidarité et de mutualité, mais sans idée d'altruisme et de sacrifice. Si la biologie, c'est-à-dire

129 Voir GRASSET J., « L'Évangile et la Sociologie », conférence faite à la Semaine sociale de Bordeaux, le 26 juillet 1909. Les Semaines sociales qu'on a pu décrire comme une sorte d'université populaire ambulante pour la recherche sociale, étaient destinées à la jeunesse et aux ouvriers catholiques. Inaugurées à Lyon en 1904, ces rencontres d'une durée d'une semaine tournèrent d'une année à l'autre de ville en ville, permettant aux économistes, aux juristes, aux sociologues, aux étudiants et aux réformateurs locaux de se rencontrer et de discuter des problèmes sociaux contemporains dans une perspective catholique.

la science, gouvernerait seule la vie sociale, ce serait le triomphe de ce que Tarde appelle un vague pessimisme aristocratique et brutal, ce serait le règne du plus fort, qui est une survivance et nous ramènerait à l'âge des cavernes »¹³⁰.

Contrairement le lyrisme de son contemporain, Marcellin Berthelot affirme quant à lui que l'individu de son temps trouvait au fond de sa conscience l'idée du bien et du mal et le sentiment ineffaçable du devoir, « *c'est-à-dire l'impératif catégorique dont parle Kant* »¹³¹. Le devoir est, selon l'auteur de *Science et morale*, « *conçu par l'homme vis-à-vis de soi-même et vis-à-vis des autres hommes, c'est-à-dire qu'il comprend la solidarité : ce sont là des faits de conscience fondamentaux, indépendants de toute hypothèse théologique ou métaphysique* »¹³². Cette notion de devoir indépendamment de ses fondements scientifiques ou moraux, basés sur la force de la raison ou la mystique du sacrifice, contient encore une deuxième ambiguïté renvoyant à ses finalités. Ainsi à côté d'un devoir social destiné à protéger la paix sociale et la prospérité collective, voit-on se profiler un devoir national voué à assurer la vitalité nationale et le renforcement de la race. Son caractère social primaire se contamine par une rhétorique potentiellement agressive au service d'une politique impérialiste. On retrouve des traces de cette association du devoir social au destin national de la France, dans les élocutions de trois présidents successifs de l'Alliance. En 1905, Casimir-Perier affirme que : « (...) *les principes de 1789, ont dans ce pays éveillé la conscience humaine (...) il s'agit de secourir les misères de l'humanité et pour l'honneur de la France et pour lui assurer le rang auquel elle a droit dans le monde, un grand*

130 Voir GRASSET J., « L'Hygiène Sociale, œuvre de science et œuvre de morale. Discours prononcé le 21 mai 1905 à la séance de clôture du 2^e congrès d'AHS à Montpellier » dans les comptes rendus du congrès, p. 15.

131 Voir MARCELLIN B., 1897, *Science et morale*, Paris, p. 23.

132 *Idem*.

devoir de préservation et de solidarité sociale »¹³³. Son successeur à la tête de l'Alliance, Léon Bourgeois constate en 1914 que : « *ce devoir social dans la lutte pour la santé de notre race, est d'une nécessité sans égale* »¹³⁴ alors que pour sa part, George Risler intervenant au dernier congrès de l'Alliance tenu à Bordeaux en 1939, déclare que « *sauver notre race si précieuse et plus que jamais indispensable au progrès moral et social de l'humanité, assurer son salut par le développement de l'Hygiène sociale* »¹³⁵ est la quintessence du devoir d'un Français.

Le principe de la prévoyance

Le deuxième principe sur lequel repose l'action de l'AHS, c'est la prévoyance. Dans une conférence à l'exposition de Gand en 1913, le président de l'Alliance, Léon Bourgeois, résume les évolutions ayant marqué les conditions du travail au cours du siècle dernier. La transformation du globe par les innombrables découvertes scientifiques du XIX^e siècle, la rapidité prodigieuse des rythmes quotidiens, l'accumulation des capitaux mettant à un certain moment le marché du travail entre les mains de quelques hommes, l'âpreté croissante des concurrences nationales et internationales, la force incalculable donnée à chacun des mouvements économiques par l'organisation collective des capitaux aussi bien que du travail, tous ces événements avaient selon lui, mis peu à peu au premier plan les questions d'ordre social. « *C'est toute une conception nouvelle des rapports de l'individu et de la société, qui peu à peu s'est esquissée à grands traits et dont il est possible dès aujourd'hui de mesurer l'influence sur les différentes législations nationales* »¹³⁶,

133 Voir « Discours de Casimir-Perier », *Annales*, 1905, n° 1, p. 22.

134 Voir *Annales*, 1914, n° 35, p. 29.

135 Extrait de l'article publié dans *La France de Bordeaux et du Sud-Ouest*, le samedi 20 mai 1939, relatant l'ouverture du congrès de l'Alliance à Bordeaux, p. 4.

136 Voir « L'organisation internationale de la Prévoyance sociale; con-

affirma-t-il, avant de constater que l'intensité du progrès scientifique et économique était loin d'avoir produit une diminution de la souffrance humaine :

« Dans l'appel que le secrétaire général de l'Association pour les assurances sociales, notre ami Fuster, adressait il y a quelques jours aux membres de notre Congrès, il marquait avec une force singulière ces redoutables conséquences du développement de la vie moderne. "L'exploitation de certaines forces, disait-il se produit finalement au détriment des faibles" et il énumérait l'accroissement des cas de chômage, l'insuffisance des services de placement, l'inexacte adaptation des forces de chacun au travail qu'il exerce le gaspillage d'énergie qui en résulte, la soumission des faibles au travail le plus rude, l'excessive durée du travail de tous, l'organisation insalubre de l'atelier et le manque de dispositifs contre les accidents ou les intoxications, l'absence de protection du salarié et de sa famille au lendemain des maladies et des accidents, la détresse du vieillard usé au service de l'industrie. (...) »¹³⁷.

Pourtant, il était impossible, selon Léon Bourgeois, qu'à la révolution qui s'était produite dans le monde économique ne correspondît pas une révolution dans le monde intellectuel et moral. L'existence de maux sociaux, c'est-à-dire de maux dont les causes ne sont pas dans l'individu lui-même, mais dans les conditions sociales où il est obligé de vivre et dont les effets à leur tour, ne s'arrêtent pas à lui, mais atteignent sa famille, son milieu et bientôt la société elle-même, imposait l'idée d'y remédier, par l'effort social, c'est-à-dire par une organisation collective non seulement d'assistance, mais d'assurance et de prévoyance commune à tous, puisque tous couraient les mêmes risques et pouvaient tout à coup être à leur tour

férence de M. Léon Bourgeois à l'exposition de Gand, 6 septembre 1913 », *Annales*, 1913, n° 32, p. 15

137 *Idem*.

victimes des mêmes maux. Prévoyance et non-assistance, expression proclamée par Bourgeois, est le principe directeur de l'hygiène sociale. Jules Siegfried, son compagnon à l'AHS lui faisait écho en affirmant que l'assistance publique était une solution du passé tandis que la prévention était celle de l'avenir. En s'adressant aux membres de l'Alliance, René Viviani, ministre du Travail et de la Prévoyance sociale, vante les vertus de la prévoyance tout en discréditant le système archaïque de la charité :

« L'action que vous développez montre la supériorité de l'assistance laïque. La charité arrive lorsque la chute est accomplie. Vous, vous voulez survenir avant que l'homme ne tombe. Aussi vous cherchez à protéger la génération qui s'apprête à vous remplacer et vous travaillez pour que demain, étant robuste et physiquement et intellectuellement, elle soit en état d'agrandir le patrimoine de justice reçu des aïeux »¹³⁸.

Dans son allocution à l'assemblée générale de l'Alliance du jeudi 26 novembre 1908, Léon Bourgeois, poursuivant la réflexion de Viviani, affirme que : « *tout d'abord, la prévoyance devait se substituer, partout où elle serait possible à l'assistance* »¹³⁹. Partisan convaincu de la supériorité du principe de la prévoyance, il démontre également son aspect rentable :

« L'idée économique la plus juste au point de vue social, c'est précisément l'idée de la préservation du capital humain. Il n'y a pas de raisons financières qui puissent prévaloir contre cette vérité financière qu'un homme sauvé, c'est de l'argent sauvé, du

138 Voir « Allocution de M. Viviani, ministre du travail et de la prévoyance sociale », *Annales*, 1909, n° 14, p. 81.

139 *Annales*, 1909, n° 14, p. 92.

capital sauvé pour lui-même et pour les autres et que la balance de l'opération de prévoyance se résout par un gain (...) »¹⁴⁰.

L'institution qui assurait l'épanouissement du principe de la prévoyance était, selon le président de l'Alliance, la mutualité. Léon Bourgeois incite ses collègues à considérer tout d'abord le travailleur dans son milieu de travail : à l'atelier, à l'usine, à la mine, dans l'exploitation rurale. Il faut également étudier tous les risques qui naissent pour l'individu de son travail, même ceux qui sont liés à l'accomplissement de sa tâche journalière, le considérer ensuite dans son milieu social, analyser les maux qui du dehors le menacent lui et les siens. Le mal ainsi reconnu et défini, il faut le combattre. Pour ce faire, le président solidariste de l'Alliance propose l'organisation de la prévoyance :

« Mais cette prévoyance ne peut nécessairement rester individuelle (...) il faut la prévoyance mutuelle organisée par tous et pour tous (...) nous sommes loin, heureusement, de cette époque où toute intervention de l'État apparaissait comme une des formes de l'oppression, ou tout, disait-on doit être abandonnée au libre jeu des lois naturelles auxquelles le législateur ne doit et d'ailleurs ne peut rien changer. (...) la solidarité des maux entraîne, exige la solidarité de tous, dans la prévoyance pour tous »¹⁴¹.

Par conséquent, Léon Bourgeois déclare devant les participants du congrès mutualiste de Normandie en 1912 qu' :

« en conséquence, toutes les fois qu'il sera possible de faire pénétrer l'action de la mutualité, l'action mutuelle, j'entends le mot mutuel

140 *Idem*.

141 Voir « Discours de M. Léon Bourgeois, congrès mutualiste de Normandie, Caen 7 juillet 1912 », *Annales* 1912, n° 27, p. 35.

dans son sens le plus large, car j'y comprends la mutualité nationale elle-même, c'est-à-dire l'association de l'ensemble des citoyens, toutes les fois qu'il sera possible de faire pénétrer l'instrument mutuel dans l'organisation de la prévoyance, l'acte sera bon, l'acte sera économique et l'acte sera socialement vrai. (...) »¹⁴².

Pour sa part, Casimir-Perier, son prédécesseur à la tête de l'Alliance, avait lui aussi défendu leur relation étroite dans une démonstration à la fois d'attachement ancien de cette association au principe de la prévoyance que de foi profonde au concept de la mutualité¹⁴³.

Le principe de la prévention

Dans son ouvrage, sur l'hygiène sociale, Émile Duclaux, membre de l'Académie des Sciences, directeur de l'Institut Pasteur et de l'École des Hautes Études sociales, signalait l'avènement d'une nouvelle ère dans le domaine de l'hygiène qui allait affecter ses dogmes et modifier ses priorités, car :

« les découvertes récentes faites dans le domaine de l'hygiène nous permettent de changer complètement notre plan de défense vis-à-vis de la maladie. On ne lui a guère opposé jusqu'ici que de la thérapeutique. (...) en d'autres termes nous faisons surtout de la médecine et nous ne faisons que très indirectement et parfois très obliquement de la prévention. Les idées pastoriennes nous permettent d'entrevoir une autre tactique. Nous sommes donc naturellement conduits à nous demander comment pourra se faire l'organisation de cette hygiène préventive »¹⁴⁴.

142 *Idem.*

143 Voir « Rapport du Comité de l'Hérault », *Annales* 1908, n° 11, p. 32.

144 Voir DUCLAUX É., 1902, *L'Hygiène sociale*, Paris, p. 1-2.

Dans la même perspective, le mouvement mutualiste était déjà à la même époque acquis aux vertus du principe de la prévention. Ses partisans considéraient d'ailleurs que son application dans les questions relevant de l'hygiène profiterait à l'institution même de la mutualité. Le but de la mutualité, consistant à donner à ses membres une indemnité quotidienne en cas de maladie et à assurer les soins médicaux et pharmaceutiques, toutes les causes qui augmentaient la morbidité et la mortalité, multipliaient simultanément les charges des sociétés de secours mutuels. Leurs dépenses accrues sans cesse chaque année, la nécessité pour la mutualité de se transformer, de s'orienter vers la préservation et la prophylaxie, s'imposaient selon ses ténors de manière évidente et naturelle. Léopold Mabileau, le dévoué président de la Fédération nationale de la mutualité française, invitait ainsi ses compagnons à entrer dans la voie de la médecine préventive, « *infiniment plus humaine et moins coûteuse que la médecine curative* »¹⁴⁵.

L'Alliance d'Hygiène sociale suivant la voie tracée par les mutualistes et les théoriciens du mouvement hygiéniste, embrassa dès sa fondation avec enthousiasme l'idée de la prévention et elle chercha à la promouvoir à travers ses initiatives et ses activités. Paul Strauss, un de ses vice-présidents, concevait une alliance entre les mutualistes et les médecins dans le cadre d'une campagne pour la diffusion et l'application des pratiques liées à ce principe, car : « *les mutualistes ont un rôle magnifique à jouer en devenant aux côtés des médecins, nos guides scientifiques, les apôtres inlassables et les propagateurs familiers de l'art préventif qui consiste à détruire les germes nocifs et à préserver de leurs atteintes néfastes les personnes, les maisons, les cités.* »¹⁴⁶.

145 Voir MABILLEAU L., « L'hygiène sociale et la Mutualité » conférence faite le 28 mars 1905 dans l'Amphithéâtre de l'ancienne faculté des lettres, 17 rue de Rémusat, sous la présidence de M. le Dr Audiguier, vice-président de l'Association des médecins de la Haute-Garonne, p. 15.

146 Voir STRAUSS P., 1913, « L'hygiène sociale », *Annales*, n° 29, p. 4.

Le secrétaire général de l'Alliance, Édouard Fuster, exprima lui aussi d'emblée et sans la moindre hésitation, son adhésion complète aux prérogatives découlant de l'application de ce principe, en affirmant que : « (...) *nous sommes tous de longtemps convertis à cette idée que la prévention vaut mieux que la poursuite des remèdes* »¹⁴⁷. L'Alliance espérait non seulement mobiliser la société civile, mais encore inciter les pouvoirs publics à adopter des mesures de prévention contre les maladies sociales, plutôt que de se borner à apporter une assistance une fois le mal fait. À la 11^e conférence internationale contre la tuberculose tenue à Berlin du 22 au 26 octobre 1913, Léon Bourgeois, représentant à la fois la France et l'AHS en tant que président de l'Association Internationale contre la tuberculose, nous livre dans son discours un portrait du médecin à l'avant-garde de la prévention :

« le médecin ne se bornant pas à soigner le malade une fois la maladie déclarée, le médecin prévoyant la maladie, cherchant à la prévenir en discernant la prochaine invasion dans l'état de santé apparent, remontant au-delà de l'enfant lui-même jusqu'aux parents pour y trouver, dans une hérédité douteuse, les germes possibles du mal prochain, le médecin (...) non pas seulement médecin de la famille, médecin de la société, de la race, le médecin empêqueur de maladie plus que guérisseur de malade (...) c'est à l'alliance de la science médicale, ainsi comprise et de la science sociale telle que la pratiquent enfin aujourd'hui les hommes d'État dignes de ce nom, que sera dû si nous savons nous faire entendre de l'opinion publique, le triomphe définitif »¹⁴⁸.

Pour sa part, le professeur Landouzy, doyen de la faculté de Médecine de Paris, dans sa conférence faite à l'Office central des Œuvres de bienfaisance, développe lui aussi l'idée

147 Voir « Allocution de Édouard Fuster », *Annales*, 1912, n°26, p. 18.

148 Voir *Annales*, 1914, n° 34, p. 53.

de la prévention conformément aux principes de l'Alliance. En comparant les missions des deux institutions, il constate que :

« (...) nombreux sont les points de ressemblance entre votre Office central et notre AHS, avec une grande différence qui fait de vous des secouristes ; de votre Œuvre avant tout une œuvre de soulagement et de réconfort dont l'effort et les résultats veulent être immédiatement palliatifs, puisque vous agissez sur les misères existantes, tandis que nous, par nos interventions allant droit aux causes du mal, nous voulons idéalement que le mal ne naisse pas. Ce que l'Office central (...) réussit pour le soulagement des misères consommées (...) l'AHS entend le réaliser de façon préventive. Tandis que votre bienfaisance s'adresse, non pas exclusivement, mais principalement à ceux qui sont tombés sous le fait du chômage, de la maladie, de l'imprévoyance, de la vieillesse, trop souvent sous le fait de l'inconduite d'un père indigne ; notre œuvre préventive l'entreprend scientifiquement avec l'idéal désir que d'ici quelques décades, votre clientèle diminue. Le but que se propose l'AHS est : par l'hygiène de prévenir les risques mutuels auxquels les êtres humains sont exposés quand ils vivent en société : les maladies professionnelles, la mortalité infantile, l'alcoolisme, le taudis, la tuberculose, la syphilis »¹⁴⁹.

Partageant le même point de vue au sujet des orientations diamétralement opposées entre les politiques de la bienfaisance ou de l'assistance et de la prévention, le docteur Bertrand, membre de l'Alliance, se penchait lui aussi en faveur d'une campagne de sensibilisation de la population à l'égard des combats menés par les hygiénistes. Pendant deux années consécutives, en 1903 et en 1904, il sillonna le département de l'Aube, essayant de restreindre le bilan des fléaux sociaux

149 Voir Dr. LANDOUZY, « L'Alliance d'Hygiène sociale », conférence faite à l'Office central des Œuvres de bienfaisance, *Annales*, 1908, n° 12, p. 1-2.

par la dissémination de l'information concernant la prise des mesures prophylactiques contre les maladies évitables. Dans cette œuvre de préservation à laquelle il convia ses concitoyens, dans cette lutte pour la santé qu'il avait entreprise, il souligne qu'il importe « *que chacun comprenne la supériorité de cette méthode nouvelle de cette méthode de prévention sociale que nous assure le progrès, sur la méthode curative si onéreuse, sur les modes si variés de bienfaisance ou d'assistance, qui passent tous au second plan et qui restent loi derrière cette école neuve de solidarité par l'éducation populaire* »¹⁵⁰.

II.5. Objectifs-projets-combats de l'Alliance d'Hygiène sociale

Toutes les branches de la santé publique ont été abordées de manière plus ou moins approfondie par les comités de l'AHS pendant les cinquante ans de son existence. De la question d'hygiène maritime débattue au congrès de Marseille aux questionnements de l'hygiène militaire soulevés au congrès de Nancy et de la dénonciation du logement insalubre aux préoccupations de l'hygiène scolaire, la majeure partie du prisme traditionnel d'Hygiène sociale fut observé.

À côté des questions traditionnelles de la santé publique traitées par l'AHS, ses membres s'intéressèrent également aux aspects nouveaux de l'hygiène sociale. Ainsi, la thématique des pratiques ergonomiques, marquée par les études de Angelo Mosso sur la fatigue et ceux de Taylor sur la rationalisation des rythmes du travail, trouva sa place dans les années 1910, parmi les interrogations de l'Alliance comme nous en informe un article intitulé « Un nouveau champ d'action en Hygiène sociale : l'étude expérimentale du travail professionnel » publié dans les *Annales* de 1912. Son auteur, le docteur Imbert précisait que :

150 Société d'études et d'applications sanitaires de l'Aube, *Une campagne d'Hygiène sociale*, 1902-5, Troyes, 1905, préface par le Dr Bertrand.

« Le champ d'action visé ici est celui que constitue l'ensemble des questions ouvrières dans lesquelles intervient comme élément plus ou moins important d'appréciation, le travail professionnel considéré au point de vue de la dépense d'énergie d'ailleurs musculaire, ou nerveuse, physique ou cérébrale que ce travail nécessite de la part de l'ouvrier. Cet ensemble comprend, p ex, les questions relatives à l'organisation et à la réglementation du travail, au choix à faire entre divers outils et machines susceptibles d'être employés pour les mêmes besognes professionnelles, à la relation à établir entre le salaire et le travail, à la direction de l'apprentissage technique, au choix d'une carrière professionnelle, à la détermination de la réduction de capacité ouvrière après un accident »¹⁵¹.

Vers la fin de son existence, l'Alliance parvint même à intégrer dans ses intérêts les questions de la santé environnementale, comme l'indique le rapport du docteur Barot sur la qualité de l'air communiqué au congrès d'Angers en 1936 et plaidant la :

« cause de l'air pur. Le Dr Barot a déclaré une guerre sans merci aux poussières qui empoisonnent l'atmosphère, aux fumées, aux gaz nocifs, à ces ennemis non seulement de notre tranquillité, mais aussi de notre santé (...) ainsi le nombre de bactères relevé passe place de la Concorde de 640 par mètre cube aux heures calmes de la journée à 88000 aux heures du soir. Il est de 315000 dans le hall de la gare Saint-Lazare, de 9 millions au Salon de l'Auto à la foire de Paris, dans divers ateliers d'usine. Dans les grands magasins il atteint des chiffres qui défient toutes les évaluations (...) »¹⁵².

151 Voir DR. IMBERT, 1912, « Un nouveau champ d'action en Hygiène sociale : l'étude expérimentale du travail professionnel », *Annales* 1912, n° 26, p. 35.

152 Voir le rapport du 22 juin 1936, de l'Alliance, p. 14.

Les membres de l'AHS, présents au congrès, après l'avoir remercié de leur avoir ouvert des horizons nouveaux et préoccupants, se dirent prêts à s'enrôler avec lui dans une propagande active pour la conquête d'un air plus pur. Cependant, toutes ses préoccupations théoriques, toutes ces thématiques analysées et étudiées convergèrent à quelques missions majeures constituant à la fois les objectifs principaux de cette association ainsi que sa raison d'être. On pourrait distinguer quatre grandes catégories d'orientations, définissant chacune un projet à part entière de l'AHS et lui conférant un rôle « cybernétique », un rôle pédagogique, un rôle nomothétique et enfin un rôle dans le renforcement de la panoplie institutionnelle de l'Hygiène sociale.

Rassembler – coordonner les efforts pour l'Hygiène sociale

Au cours du XIX^e siècle, le manque de coordination des initiatives pour la santé publique se fait cruellement sentir. Bruno Danvin dans son *Programme ou avant-projet d'une organisation de la médecine en France*, publié en 1845 et comportant la création d'un ministère de la Santé publique, remarquait déjà que :

« notre édifice, assis sans doute sur d'assez larges bases, est construit, nous n'avons plus qu'à en couronner le faite. Pour parler notre langage technique, nous ne voulons pas produire un acéphale. À ces membres, à ces viscères, à ce corps organisé de toutes pièces nous devons préposer un appareil nerveux qui soit le sensorium, qui soit aussi l'arbitrium, c'est-à-dire aux éléments réunis de la médecine publique telle que nous l'avons ordonnée, une entité gouvernementale effective qui sente, comprenne les besoins et les fonctions de l'ensemble, qui veille et commande

pour les satisfaire et les activer. En un mot nous voulons donner une tête au grand système organique que nous avons conçu »¹⁵³.

Le docteur Henri Napias dans son ouvrage *Le Mal de misère, étude d'hygiène sociale* constatait quant à lui quelques années plus tard que : « *si l'hygiène privée est négligée par ignorance, l'hygiène publique ne l'est pas moins (...)* »¹⁵⁴.

Pourtant, en 1848, le gouvernement républicain manifesta son intérêt par un décret qui créa de toutes pièces les conseils d'hygiène et de salubrité dans les départements et les arrondissements. Néanmoins, ces conseils « *malgré l'idée généreuse qui a inspiré leur fondation ne rendent que des services restreints et bien inférieurs à ce qu'on en devrait attendre* »¹⁵⁵. En 1872, le docteur Armaingaud, professeur à la faculté de médecine de Bordeaux, présentait au congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, un mémoire intitulé « De nos institutions d'Hygiène publique et de la nécessité de les réformer » dans lequel il faisait ressortir entre autres choses, la nécessité de créer une branche spéciale d'administration directement afférente aux intérêts sanitaires « *soit pour les études statistiques qui sont la base indispensable de la médecine publique, soit pour l'application des données déjà acquises* »¹⁵⁶, en un mot, il demandait soit un ministère, soit une Direction de la Santé publique.

La nécessité d'une institution ayant la responsabilité de surveiller les activités multiples, parfois conflictuelles de différents groupements œuvrant pour la promulgation des principes chers à la communauté des hygiénistes faisait l'unanimité parmi les professionnels de la médecine.

153 DANVIN B., 1845, *Programme ou avant-projet d'une organisation de la médecine en France*, Paris, p. 148.

154 NAPIAS H., 1876, *Le mal de misère, étude d'hygiène sociale*, Paris, p. 58.

155 *Idem*.

156 Voir ARMAINGAUD A., 1881, *Sur les moyens de faire aboutir les projets d'organisation de la médecine publique*, Paris, p. 2.

Le docteur Barthès, dans un article publié dans la *Revue philanthropique* du 15 juin 1910 sur l'hygiène sociale et reproduit dans le numéro 19-20 des *Annales*, souligne qu'il ne faut pas perdre de vue :

« que l'association est seule capable d'atténuer les fâcheuses conséquences de cette lutte (contre les maladies sociales) en réalisant une solide organisation en donnant une orientation commune aux efforts isolés et permettant ainsi de peser d'un poids juste dans la balance des intérêts opposés et qui dans la concurrence des idées, leur assurera une sanction pratique et rationnelle. La nécessité de grouper les forces actives, les mêmes aptitudes, les convenances adéquates, exerce sur chacun des membres une influence communicative exaltant les efforts et les bonnes volontés; le progrès s'accomplit alors par la solidarité sociale »¹⁵⁷.

Pour sa part, le mutualiste Mabileau admettait qu'il y avait déjà avant la fondation de l'Alliance d'Hygiène sociale une foule d'œuvres ayant entrepris de lutter « *contre la déperdition de la puissance et de la vitalité nationales* »¹⁵⁸. Mais ces œuvres, affirma-t-il, « étaient dispersées sans aucun lien entre elles. À peine se connaissaient-elles, il a même pu arriver qu'elles se fissent sans s'en douter, une véritable concurrence, une concurrence dans le sens le plus pénible qui se puisse trouver, c'est-à-dire une lutte d'influences. Elles opposaient leurs forces au lieu de les additionner »¹⁵⁹. Cette description décourageante et décevante du paysage associationniste dans le domaine de l'hygiène sociale, fait écho au discours de Casimir-Perier à l'assemblée annuelle de l'Union des associations polytechniques, quand il admet qu' :

157 BARTHES R., 1910, « L'hygiène sociale », *Annales*, n° 19-20, p. 49.

158 Voir les comptes rendus du congrès de Lyon en 1914, séance du lundi 15 juin, p. 17.

159 *Idem*.

« Il y a dans les sociétés d'assistance ou de bienfaisance librement constituées, manque de coordination, manque de méthode, manque de concours réciproques : toutes ces sociétés vivent plus ou moins presque les unes à côté des autres, souvent sans se connaître, elles marchent parfois sur le même terrain au lieu de se le partager; que l'on envisage la question au point de vue matériel, c'est-à-dire au point de vue des ressources ou au point de vue de l'action qu'elles exercent, on peut constater qu'il y a une immense déperdition de forces, que si les efforts matériels et moraux s'étaient mieux coordonnés, les résultats seraient tout autres »¹⁶⁰.

Par conséquent, l'ambition de l'Alliance d'Hygiène sociale est, selon son premier président, de mettre ces groupements, ces associations, ces fédérations, ces sociétés, en contact les unes avec les autres. Réunis au Musée social un soir du décembre 1902, Émile Cheysson, Paul Brouardel, Jules Siegfried, Léopold Mabillean, présidents de grandes associations se levèrent pour s'exclamer publiquement :

« Entendons-nous, fédérons-nous ! nous avons fondé des sociétés contre la tuberculose, contre l'alcoolisme, contre les taudis, contre les maladies populaires et dans chacun de ces groupes nous avons réalisé l'Union, créé des fédérations ou des ligues. Faisons un pas de plus. Fédérons entre elles ces fédérations elles-mêmes et autour de cet organisme nouveau rassemblons d'autres sociétés encore éparses et d'autres personnalités encore isolées. C'est une loi de nature, qu'il faut diviser le travail, et nous avons toujours raison d'agir chez nous, de faire d'abord l'œuvre modeste locale, personnelle et vivante, (...), mais c'est aussi une loi de nature que

160 Voir « Discours de M. Casimir-Perier à l'assemblée annuelle de l'Union des associations polytechniques », *Annales*, 1906, n° 4, p. 21.

pour rétablir l'équilibre, il faut coordonner ces forces et discipliner ces troupes »¹⁶¹.

La pierre inaugurale de l'Alliance était posée, le grain fondateur semé et son acte de baptême célébré. Juste avant cette déclaration grandiloquente, et précédant à cet excès d'enthousiasme ou plutôt l'entraînant, l'ingénieur et hygiéniste Édouard Fuster s'adressait à ses collègues rassemblés au Musée social. Le but de sa conférence était de leur transmettre les leçons qu'il avait tirées de ses nombreux voyages d'études à l'étranger concernant les assurances sociales et l'organisation du système de la santé publique. Au lieu de disperser leurs énergies entre un grand nombre de groupes dont chacun luttait pour une seule cause, Fuster invita les associations de la santé publique à consolider leurs forces au sein d'une fédération unique et puissante, en vue de combattre les maladies sociales¹⁶². Une grande fédération intégrée à la santé publique incarnerait à son avis la conviction des hygiénistes selon laquelle tous les problèmes sociaux, aussi bien que leurs solutions, étaient liés les uns aux autres. L'objectif de l'Alliance d'Hygiène sociale se concrétisait dans son effort de fédérer les efforts disparates et dispersés, son rôle était celui d'un chef d'orchestre veillant à l'exécution harmonique de la symphonie qu'il dirige. La méthode propre de l'Alliance visait à combiner les efforts publics et privés, l'éducation et la réglementation en vue d'une lutte efficace contre les maux sociaux. Avant la création de l'Alliance, et depuis l'avènement de la Troisième République et plus particulièrement encore depuis la loi sur les associations de 1901, les sociétés ou ligues se mobilisant dans le domaine de l'hygiène s'étaient déjà multipliées. Mais ces organismes

161 Voir « Nécrologie de Casimir- Perier par Fuster », *Annales* 1907, n° 8, p. 19.

162 Voir CHAMBELLAND C., *op. cit.*, p. 282.

travaillaient isolément et on devine aisément les inconvénients de cet état de choses ; dans les démarches faites auprès des pouvoirs publics, dans les suggestions soumises au Parlement, dans les communications à la presse et dans l'action même de ces œuvres, se révélaient à la fois des lacunes, des doubles emplois, des contradictions, comme semble l'indiquer Fuster lui-même, lors de son annonce au Congrès de l'Alliance à Montpellier¹⁶³. C'est pourquoi la devise de l'Alliance, pouvant se résumer de manière particulièrement éloquente et expressive dans l'exclamation d'un de ses fondateurs, son vice-président Émile Cheysson, était : « *fédérons toutes nos sociétés éparses, (...) et formons de ces fédérations un faisceau suprême, une ligue du bien public, une alliance qui coordonne les efforts tout en stimulant les initiatives* »¹⁶⁴. Cette incitation signalait et en même temps traçait la direction de la mission et l'orientation de la route que l'Alliance allait suivre.

Selon Henri Henrot, ancien maire de Reims, correspondant de l'Académie de médecine et élu président de la célèbre association française pour l'avancement des sciences qui ouvrit le congrès de l'AHS à Reims en 1908, la coordination des initiatives pour l'hygiène est la tâche propre de l'hygiène sociale. Dans son discours il souhaite que ses initiatives soient aussi bien coordonnées au niveau local qu'à l'échelle nationale¹⁶⁵. Dans ce sens et en vue d'une composition des efforts dans toutes les divisions territoriales et administratives du pays, le secrétaire de l'Alliance, Eugène Montet, soulignait en 1923 que cette association en cherchant à fédérer les groupements qui ont pour objet la défense de

163 Voir « Discours de M. Fuster, dans l'annonce du Congrès de Montpellier » *Annales*, 1905, n° 1, p. 137.

164 Voir « Nécrologie de Casimir-Perier par Fuster », *Annales* 1907, n° 8, p. 19.

165 Voir « Discours de M. Henrot à l'ouverture du congrès de Reims », *Annales* 1908, n° 11, p. 45.

la santé publique, avait conçu une organisation rationnelle de l'hygiène sociale :

« Par ses congrès, ses comités départementaux, par ses publications, par ses conseils et ses directions, elle (l'Alliance) travaille à rapprocher les hommes et les œuvres et à établir entre eux une grande mutualité d'efforts pour le bien. Il est apparu que c'est d'abord dans le cadre de la nation qu'il faut commencer pour harmoniser les méthodes et coordonner les initiatives généreuses. Un appel qui a été entendu, a été adressé à toutes les fédérations, à toutes les Unions nationales et c'est sous la haute présidence de Casimir-Perier puis sous celle de Léon Bourgeois que l'accord est intervenu et que les grandes lignes d'un programme d'ensemble ont été concertées, puis arrêtées. Les groupements nationaux s'étant ainsi rapprochés, il appartenait de faire comprendre que c'était aussi dans la région, dans le département, par ville que la coordination devait se poursuivre et trouver une forme concrète (...) »¹⁶⁶.

Dans cette perspective, le comité du Gard de l'Alliance informe le Conseil d'Administration que dans ce département, les diverses sections se sont mises à l'œuvre pour établir l'inventaire des institutions existantes ainsi que « *pour rechercher avec un sens très net des méthodes que recommande l'Alliance, les moyens d'étendre et de fortifier leur action* »¹⁶⁷. Toujours à l'échelle locale, Alexis Ricordeau, avocat, administrateur des Hospices civils de Nantes et président de l'Hospice marin de Peu-Bron, fit à l'Assemblée générale de l'Alliance du 27 décembre 1905 la communication suivante :

166 MONTET E., « Pour l'hygiène sociale », *Annales d'Hygiène publique, industrielle et sociale*, 1923, t. I, p. 6.

167 Voir « Rapport du comité du Gard », *Annales*, 1906, n° 4, p. 124.

« (...) bien que Nantes possède un très grand nombre d'établissements publics et privés, ayant pour objet l'assistance en général, il n'apparaît que ce devoir social y soit rempli d'une façon satisfaisante (...) l'assistance privée qui comprend à Nantes un grand nombre d'œuvres fonctionne complètement en dehors et à côté de l'assistance publique sans avoir avec elle de rapports officiels, ni même de rapports officieux. Cet état de choses, si contraire aux principes élémentaires en matière, avait frappé de très bons esprits »¹⁶⁸.

C'est ainsi, concluait-il, que la création d'une section de l'Alliance s'efforça de modifier les données en appliquant le principe de la logique réticulaire prônée et prêchée par l'Alliance. Dans les *Annales* de 1909, on apprend à travers l'intervention lors de l'Assemblée générale du 26 novembre 1908, de Gabriel Guist'hau, maire de Nantes et président du comité local, qu'aussitôt :

« Que l'Alliance d'Hygiène sociale est entrée à la mairie de Nantes, un bureau de renseignements a été organisé en vue de fonctionner dès le 1^{er} janvier 1909. Ce bureau centralisera tous les renseignements permettant de mieux connaître toutes les œuvres de charité, d'assistance, de prévoyance, de sorte que l'intéressé qui s'adressera à ce bureau sera dirigé sans hésitation vers l'œuvre la plus susceptible de cadrer avec ses besoins »¹⁶⁹.

Dans un souci de traitement rationnel et de diffusion rationalisée de l'information, l'Alliance fait preuve d'un mode de fonctionnement moderniste. Si la conceptualisation de l'hygiène sociale avait imposé l'approche synthétique et holiste des différentes maladies sociales, l'organisation de l'Alliance

168 *Annales* 1906, n° 4, p. 76.

169 Voir « Rapport du comité de la Loire- inférieure, par M. Guist'hau, maire de Nantes, à l'AG du 26 novembre 1908 », *Annales* 1909, n° 14, p. 6.

entérina et consolida l'idée d'une action institutionnelle coordonnée et concertée :

« (...) De même qu'il existe un carrefour où se rencontrent toutes les questions d'Hygiène sociale, le taudis qui intéresse à la fois la lutte antituberculeuse., antialcoolique, l'enseignement ménager, de même l'Alliance d'Hygiène sociale groupe les œuvres en unissant leurs efforts. Son action est grande auprès des pouvoirs publics, parce qu'elle parle au nom de nombreux Français. L'action publique possède les ressources et le personnel, l'action privée a le souci de cas particulier, et dans le cœur de ses membres les ressources individuelles indispensables. Il faut organiser parallèlement ces deux modes d'action. L'action privée organisée s'appelle l'AHS »¹⁷⁰.

L'Alliance fut à la recherche d'une synthèse, d'une méthode de traitement des misères humaines en général. De là découla cette nécessité de coordination et d'entente. Ses membres cherchèrent à corriger l'émiettement des bonnes volontés par une organisation méthodique. En effet, l'Alliance s'est vue assignée ou plus justement, elle s'est accaparée du rôle hégémonique dans la bataille contre les maladies sociales dans une époque où faute d'organisme public ou d'institution privée rassemblant l'ensemble des volontaires ou des intéressés, la coordination et la composition des efforts pour la promotion des normes hygiénistes faisaient largement défaut. C'est exactement ce qu'exprime dans son allocution à l'Assemblée générale du 26 novembre 1908, le président de l'Alliance, Léon Bourgeois quand il explique la place que cette association a souhaité occuper en France, en tant qu'intermédiaire :

170 Voir CHEYSSON É, « Le congrès de Limoges », *Annales* 1908, n° 12, p. 14.

« entre ces individus qui ignorent et cet État qui lui aussi ignore encore (...) nous tâchons de recueillir sur tous les points du pays, les enseignements utiles, nous avons partout des bonnes volontés dispersées, éparées et comme le disait Fuster insuffisamment coordonnées (...) ce mouvement que nous sentons sourde, pour ainsi dire, de tous les points du territoire nous essayons non seulement de le bien comprendre et de le bien juger, mais aussi de le développer, de le grossir en lui donnant les moyens de se coordonner »¹⁷¹.

Cependant, quelques années plus tard, ce même orateur proposait de déléguer le rôle de l'Alliance d'Hygiène sociale à une institution publique, invitant l'État à se substituer jusqu'à un certain point à ses initiatives. Car si l'AHS a cherché à coordonner toutes les luttes qu'elle mène :

« nous voudrions que quelqu'un de plus puissant que nous, quelqu'un dont la voix serait entendue plus loin que la nôtre, prenne en main cette tâche. Il m'a paru que le ministre de la Prévoyance sociale était tout désigné pour cela; (...) pour cela, je souhaiterais que le ministre du Travail eût à la fois, dans ses services l'assistance, l'hygiène, l'assurance et la prévoyance. Je crois que ce serait là une réforme très simple, très rapide et très féconde. La coordination des œuvres n'existera que si un seul chef un seul représentant du gouvernement a la responsabilité de leur ensemble »¹⁷².

Cette déclaration revêt-elle les allures d'un aveu d'échec? Est-elle la preuve d'une faillite dans la mission assignée ou témoigne-t-elle du zèle démesuré avoué par son orateur à l'égard de l'appareil étatique? Indépendamment de ces

171 Voir « Allocution de Bourgeois à l'assemblée générale du 26 novembre 1908 », *Annales* 1909, n° 14, p. 82.

172 Voir « Procès-verbal du congrès de Roubaix », *Annales* 1911, n° 24, p. 38.

interrogations, cette proposition acquiert d'autant plus de poids et de gravité qu'elle est professée par un des protagonistes de cette association. En effet, cette invitation ne provient pas de n'importe quel membre de l'Alliance, mais elle est directement adressée aux représentants de l'État par son président même. L'entrée de Léon Bourgeois dans le cabinet gouvernemental ne saurait être étrangère à sa réflexion. Toujours est-il qu'au fil du temps, des structures étatiques de Santé publique s'organisèrent et se mirent en place, remettant en cause la raison d'être de l'Alliance et minant ou concurrençant en quelque sorte ses activités. Au lendemain de la Grande Guerre notamment, un arsenal institutionnel considérable vit le jour. Témoignant de cette éclosion et de la place délicate sinon difficile dans laquelle se trouva l'Alliance d'Hygiène sociale, le docteur René Sand, agrégé de l'Université de Bruxelles et secrétaire général de la Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge, affirma que : « *dès 1904, une grande association s'est constituée en France sous le nom de l'AHS pour coordonner les efforts des œuvres d'hygiène. Mais au cours de ces dernières années, il a paru utile d'organiser des groupements nationaux poursuivant des buts plus particuliers et l'après-guerre a multiplié les associations, les ligues, les comités nationaux* »¹⁷³.

La protection de la Santé publique avait longtemps relevé en France du ministère de l'Intérieur, au sein duquel la direction de l'Assistance et de l'Hygiène publique était chargée de tout ce qui concernait la lutte contre les épidémies, les fléaux sociaux et les services d'assistance. Après la guerre de 1914-1918, cette direction détachée de l'Intérieur, constitua le noyau du ministère autonome de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, créé le 21 janvier 1920 par décret de Alexandre Millerand, président du conseil. Pourtant, aucun service vraiment nouveau ne fut créé et les ministères

173 SAND R., *Le service social à travers le monde : assistance, prévoyance, hygiène*, Paris, 1931, p. 155.

de la guerre, des colonies et de la marine, conservèrent leurs services indépendants de santé ou d'hygiène. Le ministère de l'Instruction publique garda l'hygiène des écoles, le ministère des Affaires étrangères, les questions d'hygiène au Maroc et en Tunisie. À ce sujet, Augustin Rey, vice-président de l'Association des Hygiénistes et techniciens municipaux, avoue que :

« Ce ministère n'a pas été réellement constitué sur des bases solides. Sa désignation même est restée peu claire. Son vrai nom n'est-il pas celui de ministère de la Santé publique ? Les difficultés qu'il a rencontrées, dès le début résident dans la confusion dans laquelle ont été laissées ses attributions ; la cause en est bien connue. Ce ministère n'a pas pu parvenir à grouper tous ses services. On s'est jusqu'ici refusé de les retirer aux autres ministères où ils constituent des directions multiples et enchevêtrées les unes dans les autres qui luttent fatalement entre elles. On a âprement disputé au ministère de la Santé publique son droit à la vie. Il suffit, en effet, de parcourir la liste des services dépendant de l'hygiène maintenus dans près de six ministères et où peuvent être relevés tant d'inextricables double-emplois ; pour se rendre compte de la force d'inertie prodigieuse opposée à la constitution d'un groupement méthodique sous la direction d'un seul ministre responsable. Chaque ministère, en effet, a opposé la plus vive résistance à se dessaisir d'une part si minime soit-elle, dans ses vastes matières de l'autorité publique. L'émiettement qui en est résulté, l'absence de cohésion et surtout l'irresponsabilité qui plane sur ces directions éparses a causé sans qu'on s'en soit douté, au point de vue de la Santé publique, des désastres... »¹⁷⁴.

Finalement, en 1924, le ministère de l'Hygiène fut supprimé en tant que ministère autonome et la direction de l'assistance et de l'Hygiène publique fut rattachée au ministère du Travail

174 REY A., 1924, *Le ministère de la Santé publique*, Paris, p. 1.

qui prit le nom de ministère du Travail de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociale. Cependant, il fallut attendre 1924 pour voir se créer l'Office national d'hygiène sociale (ONHS), constituant la nouvelle cellule technique en matière de documentation, de propagande, de coordination, d'animation¹⁷⁵. Aussitôt créée, l'Alliance s'associe à cette commission qui réunit, hormis ses délégués, ceux du Musée social, de la Ligue nationale française contre le péril vénérien, du Comité national de défense contre la tuberculose, du service de prophylaxie des maladies vénériennes au ministère du Travail et de l'Hygiène, du Comité national de l'enfance et de la Ligue nationale contre l'alcoolisme. La fondation de cette commission s'inscrivait selon le docteur Sand dans le sillage de ce qui s'était déjà passé en 1920 aux États-Unis d'Amérique qui les premiers avaient cherché à remédier aux difficultés de toute nature, causées par la non-coordination des efforts et qui virent fonder par leurs associations

175 Voir l'entretien du ministre du Travail et de l'Hygiène, M. Loucheur dans la revue *L'Hygiène sociale*, 1929, n° 9. Dans cet entretien, on apprend que l'Office national d'Hygiène sociale (ONHS) fut créé par le décret du 4 décembre 1924, à l'instigation de M. Justin Godard, alors ministre du Travail et de l'Hygiène, et grâce à l'inépuisable générosité de la fondation Rockefeller et à la bienfaisance de son représentant en Europe, le professeur Selskar Gunn. Ce décret spécifiait que le nouvel organisme aurait pour but : a) de recueillir et de tenir à jour une documentation sur la situation sanitaire de la France, b) de centraliser et de mettre à la disposition des services publics, nationaux et locaux, du corps médical, des hygiénistes et du public, tous les documents et tous les renseignements relatifs à l'hygiène, aux maladies sociales et à leur prophylaxie, c) d'effectuer en France et aux colonies une propagande continue et méthodologique auprès du public, d) d'assurer la liaison entre les pouvoirs publics et les œuvres privées afin de coordonner tous les efforts faits en vue de protéger la Santé Publique. L'ONHS était rattaché au ministère du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociale. Placé sous la haute autorité du ministre de l'Hygiène, M. Loucheur, il fut dirigé par M. Jules Brisac, préfet honoraire, ancien directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publique.

nationales le Conseil national d'Hygiène (National Health Council)¹⁷⁶ formé avec l'appui financier de la Croix-Rouge américaine et de la fondation Rockefeller¹⁷⁷. Quant à la porosité entre cet organisme et l'Alliance, elle se traduit aussi par la nomination de son président Georges Risler à la tête de la commission permanente de propagande de l'ONHS. Cette osmose entre les différentes sociétés, inhérente à la logique régissant la formation des associations, se manifeste de manière flagrante à l'encadrement des divers services du ministère de la Santé publique en 1930 ainsi qu'à la composition de ses commissions. L'AHS est présente d'une part en tant qu'association collaborant avec le Ministère et d'autre part, à travers la participation de ses membres dans les diverses instances de cette institution.

Entre-temps et surtout pendant la période de l'entre-deux-guerres, l'Alliance en tant qu'organisme autonome ne s'efface pas complètement de la scène de la Santé publique. Un rapport du conseil d'administration datant de 1937 fait l'éloge de l'Alliance comme précurseur d'un modèle organisationnel et fournisseur d'idées novatrices dans le domaine de l'action sanitaire :

« Plus que jamais l'action commune, l'action concertée s'impose et sans répit, toutes les mesures propres à le développer doivent être recherchées. Parmi elles, nous devons citer ici une tout spécialement ; celle qui vient d'être prise par le ministre de la Santé publique d'hier, M. Sellier. Dans chaque département, en effet, il a prescrit la création d'abord d'une Union des institutions privées

176 En Tchécoslovaquie (1921), en Allemagne (1921), en Belgique (1922), en Finlande, au Siam, au Chili et dans trois provinces de l'Inde, des comités nationaux des œuvres d'hygiène ont été créés sous l'impulsion et avec la collaboration active de la Croix-Rouge.

177 Pour le rôle de la fondation Rockefeller dans le rétablissement du système de la Santé publique en France après la 1^{re} Guerre mondiale, voir LACAISSE R., 1926, *L'Hygiène internationale et la Société des Nations*, Paris.

de protection de la santé publique et d'assistance sociale, puis la constitution d'un Comité dép. de coordination sanitaire et sociale. Ce dernier groupant dans une étroite collaboration, toutes les institutions d'HS publiques et privées du dép. (p4) c'est en somme, ce qu'à l'origine l'AHS avait envisagé et partiellement réalisé lors qu'elle avait créé ses comités dép. aussi ne pouvons-nous que nous réjouir de voir se réaliser grâce à une mesure administrative, une des vœux que le conseil central de l'Alliance avait toujours préconisé (...) »¹⁷⁸.

L'AHS ne plonge pas dans une méditation ou introspection béate de son passé glorieux, et ses membres ne font preuve ni d'une autocomplaisance hypertrophiée ni d'une nostalgie paralysante. Au contraire, ils revendiquent le rôle de leur association dans les évolutions touchant à la mise en place d'un système de santé publique en France. Ils ne se résignent pas à une présence fossilisée contemplant les événements se déroulant devant leurs propres yeux, mais en se contentant désormais du rôle secondaire accordé à leur association, ils participent aux fermentations idéologiques et aux applications pratiques dans le domaine de l'hygiène.

Pourtant, leur capacité d'agir se restreint de plus en plus, se confrontant soit à leurs budgets anémiques soit à la multiplication des associations ou organismes revendiquant leur rôle. L'Alliance privée de ces comités à partir des années 1920 s'identifie de plus en plus à son président. Son action devient presque synonyme de celle exercée par celui-ci, dans les postes qu'il occupe dans les organismes auxquels il participe. La présence de l'AHS dans la structuration, la conception et l'organisation du système de la Santé publique à partir des années 1920 est plutôt symbolique que décisive ou impulsive.

178 Rapport de l'AHS du 5 juillet 1937, p. 2.

On constate un des derniers sursauts de la capacité organisationnelle de l'Alliance lors de son Congrès de 1936 à Angers. Les congressistes en trouvant au département de Maine-et-Loire, de nombreuses œuvres concernant la maternité, l'enfance, l'adolescence, la formation physique et intellectuelle, et en se rendant compte de ce que toutes ces œuvres ne se connaissaient guère, décidèrent alors « *de s'unir, de former sous la présidence du préfet un Office départemental d'Hygiène sociale ayant pour objet d'harmoniser toutes les activités quelles qu'elles soient et quelles que soient leurs tendances...* »¹⁷⁹. Quelques mois plus tard, l'Union des œuvres des départements de la Seine fut instituée. L'Alliance lui adressa immédiatement son adhésion. À peine constituée, cette grande Union tint à donner au président de l'Alliance, George Risler « *un haut témoignage de confiance et d'estime, en le priant par un vote unanime d'en accepter la présidence...* »¹⁸⁰.

L'éclatement de la Deuxième Guerre mondiale semble porter le coup de grâce à une association vétuste et affaiblie par le temps passé. Cependant, au lendemain de la libération, l'Alliance semble renaître de ses cendres et s'apprête à reprendre ses activités tout en poursuivant son programme. Dans une lettre adressée à ses membres, son dernier président Jules Desmars leur demande de lui communiquer ce qu'ils pensent du rôle qu'ils devaient désormais assigner à l'Alliance. À l'exception remarquable du docteur Cruveilhier, selon qui, l'Alliance devait en premier lieu rechercher les moyens d'intensifier la protection de l'enfant à la campagne, la quasi-totalité de ceux qui répondent à la lettre de leur président met en avant le rôle de l'Alliance dans la coordination des services et des activités dans le domaine de la Santé publique.

Pour Henri Aubrun, directeur du Musée social, l'Alliance d'Hygiène sociale pouvait continuer à être l'État-major

179 Rapport du 22 juin 1936, p. 11.

180 Rapport du 5 juillet 1937, p. 2.

général indispensable aux diverses œuvres d'inspiration privée. C'était selon lui, moins un changement d'objet qui se posait pour elle qu'un problème d'adaptation. Charles Pranard, directeur honoraire du ministère de la Santé publique, estimait qu'il y aurait lieu au préalable pour l'Alliance de dresser un inventaire complet des institutions publiques ou privées luttant actuellement contre les maladies sociales. Des conférences seraient ensuite organisées en vue de faire ressortir la place qu'occupe chacune de ces institutions dans l'organisation générale. De ce travail de confrontation, pourraient se dégager les améliorations à envisager, de même que pourraient apparaître les services à créer pour faire face à des besoins non satisfaits. Le professeur Guy Le Lorier pensait quant à lui, que le rôle de l'Alliance était surtout intéressant en tant qu'œuvre privée agissant à côté de pouvoirs publics pour signaler les erreurs et les fautes, représenter les usagers sans arrière-pensées et stimuler les énergies somnolentes. C'était également le sentiment du professeur Henri Gougerot qui traçait pour l'Alliance le programme suivant : « *unifier les efforts, mettre les questions à l'étude afin d'alerter les ministères, empêcher la toute-puissance des assurances d'abuser, étudier les questions qui, ne font pas partie des grands fléaux puissamment organisés, par exemple la lutte contre le rhumatisme* »¹⁸¹. Alexandre Lefas, sénateur, suggérait que l'Alliance devrait envisager un rôle de coordination et de propagande, alors que Serge Gas, directeur général de l'Assistance publique, estimait lui aussi que l'Alliance devait réaliser entre les collectivités publiques et privées une unité de doctrine dans l'action qui s'impose dans les différents domaines de l'Hygiène sociale.

181 J'ai trouvé toutes ces lettres dans les cartons du Musée social réunissant des documents relatifs aux activités de l'Alliance.

Diffuser l'information – la connaissance

Diffuser l'information et la connaissance relative à l'hygiène fut un des objectifs principaux de l'AHS. D'une génération à l'autre et en dépit des différences d'engagement et de compétences qu'on peut y discerner, on trouve chez les membres de l'Alliance une même volonté d'éduquer et de convaincre, en bref de rallier l'opinion publique et de faire des adeptes parmi la population réticente aux invitations de l'hygiène. Le réveil de réflexes d'hygiène chez l'individu « profane » fut depuis longtemps une exigence constante du mouvement hygiéniste. Déjà en 1876 le docteur Henri Napias dans son ouvrage *Le Mal de la misère*, tout en plaidant pour la vulgarisation de l'hygiène, remarquait en même temps l'organisation insuffisante de cette tâche et de cette mission :

« Indiquer aux ouvriers quelques préceptes généraux à suivre (...) en même temps que quelques préceptes particuliers et commandés par la profession ; leur faire comprendre d'une façon nette et qui frappe leur esprit, quel excès il faut craindre, quels dangers il faut s'appliquer à éviter (...) nous n'ignorons pas que, pour marcher dans cette voie, beaucoup de cours d'adultes ont inscrit dans leur programme l'enseignement de l'hygiène ; mais ces cours sont peu nombreux, négligés souvent par ceux qui ont l'honneur d'en être chargés insuffisants de toute manière. Ils ne seraient complétés d'ailleurs que par des conférences faites d'atelier en atelier pour ainsi dire, au milieu des outils et des matériaux de chaque profession »¹⁸².

Pour sa part, son collègue, le docteur Armaingaud, professeur à la faculté de médecine de Bordeaux et futur président du comité girondin de l'AHS, affirmait qu'il fallait :

182 NAPIAS H., 1876, *Le Mal de misère, étude d'hygiène sociale*, Paris, p. 58.

« employer des moyens de propagande destinés à agir sur la masse du public et ayant pour but de susciter comme en Angleterre une véritable agitation concernant les questions sanitaires. Dans notre pays écrivait tout récemment M. le professeur Vallin, tant qu'une question d'hygiène se débat entre hygiénistes, il faut bien du temps pour la faire aboutir, on lutte contre l'indifférence générale, l'insouciance, les lenteurs et les réserves administratives, mais quand l'opinion publique s'en empare, tout est galvanisé et ce qui ne pouvait se faire en quatre ans, s'achève souvent en quelques jours. On ne saurait mieux dire, aussi je voudrais voir des hommes joignants à l'autorité scientifique et à la compétence spéciale, l'ardeur de la propagande (...) faire une série de conférences publiques sur les grandes questions d'hygiène et de médecine publiques »¹⁸³.

En poursuivant dans cette voie de raisonnement, le Professeur Paul Brouardel soulignait dans un de ses discours à l'AHS, l'inutilité des lois quand et si elles ne sont pas appuyées sur un exercice propédeutique :

« Il nous faut des lois ; oui, il faut que l'Administration se charge de faire appliquer les lois, mais si l'opinion publique n'est pas préparée à recevoir les leçons qu'elles formulent vous obtiendrez très peu de choses. Quand une loi pénètre dans la vie journalière à propos de chacune de nos habitudes, c'est une tyrannie abominable de voir imposer certaines conditions d'hygiène sans qu'on en connaisse la cause. Il faut donc faire l'éducation de chacun et c'est cette éducation que nous engageons à faire par les Sociétés d'enseignement populaire »¹⁸⁴.

183 ARMAINGAUD A., 1881, *Sur les moyens de faire aboutir les projets d'organisation de la médecine publique*, Paris, p. 5.

184 *Annales*, 1905, n° 1, p. 23.

Le secrétaire de l'Alliance, Edouard Fuster, tout en relevant lui aussi l'inefficacité des dispositifs législatifs imposés d'en haut et sans préparation ou sensibilisation préalable de la population, s'attarde à son tour sur le besoin d'une campagne d'acculturation de l'individu aux concepts de l'hygiène scientifique et officielle sinon d'un processus d'inculturation du profane aux prérogatives de l'hygiène¹⁸⁵ à travers l'action éducative :

« au cours des dix dernières années écoulées depuis la fondation de l'Alliance, bien des réformes sanitaires ont été entreprises, bien des réglementations ont été conçues par les savants et prescrites par les pouvoirs publics, bien des institutions préservatrices ont été organisées qui toutes semblaient pouvoir être aisément acceptées et rapidement efficaces (...) on peut dire aujourd'hui que toute mesure d'hygiène, si nécessaire soit-elle et utile à tous, reste plus ou moins inopérante si l'éducation n'y a pas préparé ou n'y vient pas accoutumer les esprits. Ceux qui veulent aller vite, assainir par le simple effet de règlements techniques bien conçus le foyer familial et les milieux collectifs, peuvent le déplorer; sans l'adhésion des individus aux règles scientifiques, sans leur acceptation volontaire des sacrifices exigés par l'intérêt général, sans la lente création d'habitudes nouvelles chez l'enfant et chez l'adulte, les réformes les plus justes et nécessaires risquent de rester fragmentaires, précaires, d'un mot impopulaire (...) »¹⁸⁶.

185 *Annales* 1911, n° 21. En présentant les activités de la Ligue nationale contre l'alcoolisme, Frédéric Riémain son secrétaire général affirmait : « *notre propagande a dirigé en 1910 un effort spécial du côté de l'enseignement primaire du côté des milieux ouvriers (...) nous avons continué la propagande inaugurée l'année dernière en envoyant à de nos amis en mission dans un pays particulièrement ravagé par l'alcool. C'est Pierre Weber qui a accompli cette année la mission bretonne.* » L'utilisation d'un vocabulaire ecclésiastique par le secrétaire de cette association nous fait penser aux campagnes de christianisation entreprises dans la région bretonne à l'époque de la Contre-Réforme.

186 *Annales* 1912, n° 27, p. 1.

En reconnaissant l'importance d'une campagne éducative auprès de la société civile, le conseil de l'Alliance décide sur la proposition de son président, Léon Bourgeois, de nommer Édouard Fuster délégué général chargé de la propagande. Il propose également l'éducation sanitaire de la population comme thématique du congrès de l'Alliance devant se tenir à Paris en 1912 :

« La transformation sanitaire de la nation, c'est-à-dire de l'individu isolé comme de l'individu dans ses rapports familiaux et sociaux par l'enseignement qui donne des notions précises sur la nécessité de l'hygiène et les secrets du maintien en énergie, et par l'éducation qui crée lentement des habitudes nouvelles, tel doit être le sujet des entretiens auxquels nous convions cette année, nos amis réunis en congrès à Paris »¹⁸⁷.

De façon générale comme le remarque Patrice Bourdelais¹⁸⁸ dans son ouvrage sur *Les nouvelles pratiques de santé*, la réforme des mœurs et des comportements est toujours à l'arrière-plan des actions entreprises par les hygiénistes partout en Europe. Les hygiénistes ont toujours eu à l'esprit de convaincre la population d'abandonner ses anciennes pratiques et de se rallier aux vérités de la science nouvelle. Les congrès de l'AHS et plus généralement les activités et les initiatives menées par ses membres participent à cette diffusion. Comme l'indiqua Petre Trisca dans son ouvrage *Les Médecins sociologues*, le médecin moderne avait un magnifique rôle d'apostolat social à jouer : « *Ce rôle a été puissamment décrit par Honoré de Balzac. Dans le Médecin de campagne, il nous montre le docteur Benassis*

187 Voir « Procès-verbal de la réunion du 12 novembre 1909 », *Annales* 1910, n° 19-20.

188 Voir BOURDELAIS P., 2005, *Les nouvelles pratiques de santé XVIII^e-XX^e siècles*, Paris, Belin, p. 276.

répandant les lumières, l'instruction et le bien-être dans un village arriéré qui croupissait avant lui, dans la misère, la paresse et l'ignorance... »¹⁸⁹.

L'ignorance de l'indigent était d'ailleurs, assez souvent évoquée pour rendre compte des inégalités sociales en matière de mortalité :

« C'est toujours à la lutte contre le taudis, contre le logement insalubre qu'il faut revenir. La mortalité tuberculeuse varie à Paris de 10 à 105 par 10000 habitants selon qu'on envisage les Champs-Élysées ou le quartier de Plaisance. Et même dans les quartiers les plus atteints, ce n'est pas tout le quartier qui est pris, ce sont certaines maisons, des maisons maudites, que l'on connaît bien, mais que nous ne pouvons pas dévoiler, parce qu'en France le respect de la propriété est encore très supérieur au respect de la santé humaine. (...) Presque tous sont au rez-de-chaussée ou au premier, quelques-uns au second, très peu au troisième et au quatrième; là où le soleil pénètre, l'insalubrité de la maison disparaît. (...) il y a donc des maisons insalubres, mais pourquoi sont-elles insalubres ? Le plus souvent c'est parce que la ménagère ne sait pas comment il faut tenir son domicile »¹⁹⁰.

Ce discours renouant avec le raisonnement moraliste dominant chez la plus grande partie du « corps » des hygiénistes depuis l'époque de Villermé, jette l'anathème sur la ménagère. Ce personnage devient le bouc émissaire de toute une campagne conservatrice visant à « embourgeoiser » la femme du début du xx^e siècle. Fuster toujours, déclare dans le deuxième numéro des *Annales* de l'AHS que « *l'état sanitaire d'un peuple dépend en grande partie de la qualité de ses*

189 TRISCA P., 1923, *Les médecins sociologues et hommes d'état*, Paris, p. 95.

190 Voir « Discours de M. le professeur Brouardel » *Annales*, 1905, n° 1, p. 24.

ménagères (...) »¹⁹¹. En faisant appel à Léon Bourgeois, à Paul Strauss, à la grande compétence du dévoué Muret et d'Edouard Petit, enfin à toutes les directrices d'écoles parisiennes qui fondèrent l'enseignement ménager, l'Alliance a voulu comme nous en informe Fuster, « *témoigner qu'elle considèrerait comme son devoir d'apporter son concours dans l'intérêt général* »¹⁹². Et il continue en rappelant que l'AHS et plus particulièrement Émile Cheysson, cet ancien leplaysien qui a si profondément influencé les orientations idéologiques de cette association, avaient inscrit « *la question de l'organisation de l'éducation domestique à son ordre du jour* ». L'intérêt accordé à cette question de la part de l'Alliance devient facilement visible et lisible puisqu'un numéro entier¹⁹³ des *Annales* est consacré à ce sujet. C'est d'ailleurs Mlle Roulinat, une des rares femmes collaboratrices des *Annales* et institutrice elle-même, qui se charge de présenter et de mettre en évidence les régimes relatifs à l'éducation ménagère dans divers pays, se forçant de mettre en évidence les vertus de cette éducation dans des pays pionniers en la matière, à l'instar de la Suisse, de l'Allemagne ou des pays nordiques.

Mise à part l'emphase donnée à ce genre spécifique d'éducation, Edmond Gauthier auteur d'un essai sur l'hygiène sociale pense que la contribution de l'AHS dans le domaine d'instruction publique est infiniment plus large, car :

« "l'AHS (...) est la plus haute émanation de cette science nouvelle qui a pour but unique l'Éducation sociale" et le mot éducation doit être pris ici dans son sens le plus haut et le plus large, car il s'agit de cette action plus diverse, plus difficile à saisir, mais aussi plus intime et plus pénétrante qui met en éveil et en œuvre toutes

191 FUSTER É, « Notes et documents sur l'éducation ménagère », *Annales* 1905, n° 2, p. 1.

192 *Idem.*

193 Il s'agit en effet du deuxième bulletin de l'Alliance.

les bonnes volontés agissantes et qui s'exerce non seulement sur l'esprit, mais sur le caractère sur les habitudes et sur les mœurs »¹⁹⁴.

Sans doute, les responsables de l'AHS insistent sur l'importance de l'enseignement comme moyen de véhiculer les principes de l'hygiène parmi les différents groupes sociaux et d'inculquer à l'individu la valeur de la santé. Le premier président de l'Alliance est assez éloquent à ce sujet quand il s'interroge :

« L'Alliance ne doit-elle pas chercher dans les écoles normales d'instituteurs ou d'institutrices à faire mieux pénétrer les notions d'hygiène pour que nos institutions propagent dans le public tout ce qui peut servir au développement du bien-être. (...) il ne s'agit pas tant de diminuer directement la mortalité ou d'améliorer les conditions de vie. Par un autre moyen, l'enseignement concourra à ce résultat : en fortifiant les volontés, en développant le sentiment du devoir et de la responsabilité »¹⁹⁵.

Sur la même longueur d'onde et accordant son violon à celui de son prédécesseur, Léon Bourgeois affirme dans son discours qui clôt les travaux du congrès de l'Alliance à Lyon que :

« pour que l'être humain se donne vraiment à l'action sociale, il faut que tout l'être humain ait, dès ses premières années, été préparé à connaître, à redouter le mal social, à réagir contre lui, à diriger contre lui le meilleur de son vouloir. Faire participer l'enfant dès l'école (...) aux œuvres de mutualités et de prévoyances, lui faire jouer son rôle quelle que soit sa situation sociale, dans cette vaste mutualité qu'est la société humaine, c'est le préparer à son véritable rôle d'homme (...) aidez notre Alliance dans la grande

194 GAUTHIER E., 1909, *De l'Hygiène sociale*, Paris, p. 3.

195 Voir « Discours de M. Casimir-Perier », *Annales*, 1905, n° 1, p. 19.

tâche qu'elle a entreprise. Quelle révolution pacifique et définitive si nous pouvions créer chez l'homme de demain de nouvelles habitudes de pensée, d'action, de vie, former en lui l'être conscient qui sait que sa santé est la santé des autres... »¹⁹⁶.

Parallèlement à ces éloges de l'enseignement et de l'éducation en général comme instruments d'une conversion de l'individu au dogme de l'hygiène professé par les savants, les membres de l'Alliance ne se contentent pas d'égrener en litanie les vertus de ce processus, mais ils décident d'en être partie prenante en inaugurant un programme d'enseignement social ou tout au moins d'enseignement d'hygiène sociale. Pour ce faire, le conseil de l'Alliance nomma une commission qui fut chargée de rechercher dans quelles conditions il serait possible de réaliser un tel projet¹⁹⁷. Cette commission présidée par Jules Siegfried et composée de Fuster, Gide, Letulle, Mabileau, Risler, après s'être entendue avec des délégués du Conseil national des femmes françaises, de l'Institut Lannelongue de la Ligue française de l'enseignement et de la revue *Foi et Vie*, demanda à Paul Doumergue de vouloir bien se charger de la direction de ce cours, qui à titre d'essai devait se répartir sur deux années comprenant chacune une vingtaine de leçons. Des visites d'établissements et d'œuvres étaient destinées à compléter l'enseignement du cours¹⁹⁸.

En dehors de ces activités, les moyens principaux à travers lesquels les membres de l'Alliance essayèrent de « prosélytiser » dans leurs théories et pratiques leurs concitoyens, c'était les brochures, les conférences et les congrès. Afin de remplir un de ses buts essentiels, à savoir la propagande, l'Alliance

196 Voir « Discours de Bourgeois à la fin du congrès de Lyon », *Annales* 1914, n° 35, p. 31.

197 Voir « Procès-verbal de la séance du 9 mars 1917 », *Annales* 1917, n° 38, p. 3.

198 Voir « Organisation d'un cours d'enseignement d'Hygiène sociale », *Annales* 1918, n° 39, p. 17.

organisait chaque année un congrès en province invitant toutes les institutions d'une région à participer à des séances d'étude et à présenter une vue d'ensemble sur la situation sanitaire de leur circonscription. Ces séances étaient complétées par la visite des institutions les plus dignes de retenir l'attention et qui faisaient le plus d'honneur soit à des initiatives privées soit à des initiatives publiques. Ces visites étaient particulièrement instructives par les exemples qu'elles donnaient, par les conseils que les uns et les autres pouvaient en retirer. Prenons par exemple le congrès tenu à Reims en 1927. On lit dans le rapport du 18 juin 1927 que :

« le congrès de Reims a été particulièrement brillant (...) l'armement social du département de la Marne, la question des infirmières visiteuses, celle de l'organisation de la lutte contre la tub, ont fait l'objet des communications (...) une exposition d'HS était organisée dans les salles voisines du congrès et par des graphiques, des maquettes et des tableaux, nous avons présenté des œuvres modèles et des résultats qui en frappant directement l'œil du visiteur étaient susceptibles de retenir davantage son attention et de mieux se graver dans sa mémoire »¹⁹⁹.

Pourtant, les congrès attirant le plus souvent des gens déjà acquis aux impératives et aux prérogatives du discours hygiéniste, leur capacité de toucher les individus provenant de tout le kaléidoscope social était plutôt réduite. Pour pallier cet effet de sélection, les membres de l'Alliance recouraient à la solution des conférences publiques²⁰⁰. Ces manifestations constituaient un instrument supplémentaire pour l'Alliance en vue d'atteindre un public profane large et non spécialisé. Elles étaient organisées soit en marge des congrès, soit au

199 Rapport du 18 juin 1927, p. 6.

200 Inaugurée par Paul de Rousiers en janvier 1896, la série des conférences publiques du Musée social s'adressait aux ouvriers et aux étudiants aussi bien qu'à des spécialistes.

cours des activités régulières des membres de l'Alliance. C'est ainsi que pendant le congrès tenu à Lyon en 1907, on apprend que les professeurs Saturnin Arloing et Jules Courmont : « *tiennent à donner à nos travaux un caractère de propagande pratique et efficace. À cet effet, plusieurs soirées seront réservées à des conférences populaires* »²⁰¹. Selon les dires des organisateurs de ce congrès, il importe en effet « *que les délibérations sur les principes d'hygiène sociale ne demeurent pas restreintes dans les petits cénacles d'une élite savante, mais qu'elles s'efforcent d'intéresser de plus en plus les couches profondes de la démocratie laborieuse* »²⁰². Le rapporteur du congrès de Lyon disait dans son compte rendu que ce qu'aucune description textuelle ne pourrait rendre c'est « *l'aspect de ces conférences du soir, où la parole éloquente des orateurs soulevait l'enthousiasme d'un auditoire serré à s'étouffer* »²⁰³. Le succès de cette manifestation poussa le professeur Jules Gourmont à souligner que la caractéristique de ce congrès eut été la création de séances populaires du soir avant d'ajouter qu' :

« Il y a, je crois tout intérêt à persévérer dans cette voie. L'AHS est vouée à la stérilité si elle reste confinée à une classe sociale toujours la même. Ce ne sont pas les professeurs qu'il faut convaincre, c'est la grande masse populaire. En France, nous ne manquons ni des lois, ni de décrets réglementant l'hygiène : nous manquons par contre, totalement de la foi des masses dans les effets bienfaisants de ces lois (...) c'est l'esprit sceptique français qu'il faut réformer. Pour cela, il faut des séances populaires et entièrement gratuites. Je suis persuadé qu'à Lyon le millier d'auditeurs qui a entendu traiter l'absinthe, le lait, la mutualité, fera plus pour cette propagande que les trois cents intellectuels adhérant au congrès »²⁰⁴.

201 Voir « Le congrès de Lyon », *Annales* 1907, n° 7.

202 *Idem.*

203 *Idem.*

204 Voir « Congrès de Lyon », *Annales* 1907, n° 9, p. 10.

Ces conférences sont également données en dehors du cadre des congrès. Elles sont dans la plupart des cas organisées par les comités locaux de l'Alliance à l'instar de celle préparée par la section d'hygiène de l'alimentation du comité girondin et plus concrètement par son fondateur et actif président, le docteur Sellier qui :

« Imbu de cette pensée que l'AHS est surtout une œuvre de vulgarisation populaire, il porte partout au nom de l'hygiène, la bonne parole (...) tout récemment il a fait, dans une commune ouvrière des environs de Bordeaux à Bègles, une conférence sur l'alimentation rationnelle de l'ouvrier. Il a démontré aux ouvriers comment leurs aliments devaient être associés pour constituer la meilleure ration de travail, les proportions des diverses substances alimentaires devant varier avec l'âge et la nature des professions »²⁰⁵.

Par ailleurs, sur l'idée du docteur Chavernac, vice-président du comité des Bouches-du-Rhône, se constitua un groupe de délégués régionaux chargés d'aider à la propagation des idées et des œuvres d'hygiène sociale. Leur principal outil de travail fut les conférences populaires inscrites dans une logique d'interaction participative :

« Le but que nous poursuivons dans le département, et surtout à Marseille, n'est pas tant de faire de grandes conférences, dans lesquelles la plupart du temps, on prêche à des convertis, c'est de pénétrer dans les milieux ouvriers, dans les cercles ouvriers, dans les quartiers populeux et de faire de simples causeries où les auditeurs puissent poser des questions et demander des explications sur les sujets qu'ils ne comprennent pas »²⁰⁶.

205 *Annales* 1906, n° 4.

206 Voir « Rapport du Comité des Bouches-du-Rhône », *Annales* 1911, n° 21, p. 20.

Les membres de ce comité, désirant toujours se mettre en contact avec le grand public, celui qui d'après eux « *ne s'intéresse guère aux questions d'hygiène parce qu'il n'en soupçonne pas l'importance vitale* »²⁰⁷, ont également voulu décliner leur prédication selon les sensibilités politiques de leurs publics afin qu'ils puissent toucher des auditoires idéologiquement divers : « *C'est pour répondre à cette tendance que M. Livon et Caillol de Poncy se sont rendus un beau dimanche de mars à Allauch; ils savaient y trouver en deux cercles d'opinions politiques opposées un double public très disposé à s'instruire...* »²⁰⁸.

Pour sa part, le comité de Lot-et-Garonne décida de conjuguer ses conférences-concerts qu'il avait organisées à la salle des Illustres pour la vulgarisation des idées qui lui étaient chères, avec des conférences à la Bourse du Travail. À l'origine de cette initiative, on trouve le docteur Fourestié qui se demanda : « *puisque les ouvriers ne se rendent pas à la salle des Illustres pourquoi dit-il n'irions-nous pas leur parler dans une salle où ils ont l'habitude de se réunir?* »²⁰⁹. Mais les salles de conférences ayant leurs propres limites, les comités de l'AHS ont voulu les franchir. L'exemple fut d'abord donné par le comité girondin qui chargea le docteur Durand, secrétaire de la section de la tuberculose, de rédiger une brochure²¹⁰ sur les œuvres de défense contre la tuberculose dans le département de la

207 *Idem.*

208 Voir « Rapport du comité des Bouches-du-Rhône », *Annales* 1913, n° 30, p. 10.

209 Voir « Rapport du comité de Lot-et-Garonne », *Annales* 1912, n° 25, p. 15.

210 Jules Verne prophétisant non seulement les inventions mécaniques mais également les mentalités hygiénistes des sociétés futures, décrit dans son roman *Les cinq cents millions de la Béguine*, les vertus de la France-Ville fondée par son héros, le docteur Sarrasin, suite à la fortune dont il a hérité : « *on ne finirait pas si l'on voulait énumérer tous les perfectionnements hygiéniques que les fondateurs de la ville nouvelle ont inaugurés. Chaque citoyen reçoit à son arrivée une petite brochure, où les principes les plus importants d'une vie réglée selon la science sont exposés dans un langage simple et clair* », p. 158.

Gironde. Mettant à contribution le zèle de ce docteur, le comité le pria d'écrire un petit guide antituberculeux destiné à être largement distribué et qui sous une forme très simple renfermait tous les principes d'hygiène reconnus efficaces dans la lutte contre la tuberculose²¹¹. Émulant l'effort déployé par le comité girondin, le comité du Rhône participa lui aussi à cette campagne de propagande. Son secrétaire général et inspecteur d'hygiène publique dans le Rhône, le professeur Jules Courmont, se mit à développer par l'intermédiaire de ses chefs de poste, l'enseignement hygiénique à la population rurale. D'après lui, « *les chefs de poste sont eux-mêmes de véritables moniteurs d'hygiène et distribuent en outre, nos brochures de propagande* »²¹².

Alors que les conférences publiques et les brochures réunissaient l'approbation et avaient la faveur d'une grande partie des membres de l'Alliance, d'autres considéraient quant à eux qu'il faudrait mobiliser des moyens supplémentaires pour faire parvenir le message d'hygiène au plus grand nombre de leurs concitoyens. Ils proposaient même l'enrichissement de la palette propagandiste de l'Alliance avec l'usage des affiches :

« Nous dépensons beaucoup pour la publicité, pour l'impression d'ouvrages et de magnifiques rapports, comme ceux que vous venez d'entendre. Malheureusement le nombre de ceux qui profitent de ces lectures est fort restreint. Il y a pour cela un moyen fort connu M. le président et M. E. Petit savent qu'à la Ligue française de l'enseignement nous employons ce moyen qui a réussi (...) nous avons remplacé la publicité des bulletins mensuels qui coûtaient fort cher, par la publicité par affiches. Je ne vous demande pas de supprimer les nôtres, je vous demande d'ajouter (...) une publicité

211 Voir « Rapport du comité girondin », *Annales* 1906, n° 4, p. 100.

212 Voir « Rapport du comité du Rhône par M. le professeur Jules Courmont à l'assemblée générale du 11 mars 1911 », *Annales* 1911, n° 21, p. 41.

par les placards. (...) faisons des placards. Plaçons-les à la porte des mairies, des écoles, des édifices publics. Il faut qu'on puisse lire partout l'essentiel de toutes les choses utiles qui ont été dites aujourd'hui. Et ce n'est pas un seul placard qu'il faut apposer, mais des placards successifs. Tous les ouvriers ne peuvent se rendre aux conférences, après une journée de travail d'où ils ont rapporté beaucoup de fatigue, mais ils s'arrêtent volontiers devant des placards qui s'occupent de leurs intérêts, de leur santé physique et morale »²¹³.

Dans une époque d'« affichomanie », vivant aux rythmes des affiches ayant colonisé les murs des villes, l'idée d'un message véhiculé par l'intermédiaire de ce support publicitaire ne saurait être que particulièrement attractive et fortement prometteuse. Alors que l'affiche²¹⁴ connaissait ses heures de gloire et d'apothéose à cette fin du XIX^e et au début du XX^e siècle, une autre méthode éducative allait bientôt sinon la supplanter, au moins la concurrencer comme moyen de propagande. Il s'agit de la méthode cinématographique²¹⁵ qui met au service de l'éducation de santé, le film pédagogique. Ce nouveau support, utilisé à titre de prévention des maladies transmissibles ou des risques sanitaires, même s'il est légèrement contesté dans son efficacité, est toutefois reconnu comme moyen privilégié pour mener des campagnes éducatives :

« (...) les conférences peuvent être avec grand profit pour l'assistance illustrées par un film ; le film est à la fois une attraction

213 Voir « Procès-verbal de l'assemblée générale du 26 novembre 1908 », *Annales* 1909, n° 14, p. 88.

214 Pour l'affiche dans la santé publique voir ROBERT-STERKENDRIES M., 2003 (1996), *La Santé s'affiche*, Bruxelles, Therabel pharma.

215 Voir l'exposition à la Villette organisée en 2004 autour de la thématique de l'utilisation du film cinématographique dans la propagande de l'hygiène et de la santé publique.

et un excellent moyen d'éducation et de propagande bien qu'à mon sens il laisse dans la mémoire une impression moins profonde et moins durable que la projection à l'aide de plaques. Il est deux sortes de films : le film scientifique et le film documentaire (...) une autre variété est celle qui représente la syphilis vécue au point de vue familial et social avec à-côtés si souvent dramatiques. C'est un film de ce genre qui a été réalisé par M. Levaditi avec le titre "Misère humaine" »²¹⁶.

L'AHS embrasse et assimile cette nouvelle méthode propagandiste dans ses pratiques. À l'occasion du congrès de Quimper en 1931, elle organise une conférence au théâtre municipal portant sur les fléaux sociaux, suivie de la projection du grand film social « Âmes d'enfants »²¹⁷. Deux ans plus tard, au congrès de Caen, une conférence publique sur l'infirmière visiteuse, son rôle à la ville et à la campagne, fut animée dans la grande salle de l'Office d'Hygiène sociale par le docteur Louis Devraigne, président de la mutualité maternelle de Paris. La conférence a été suivie de la présentation du film social « Le voile sacré » et de la projection d'un film sonore sur les maladies vénériennes²¹⁸.

Si l'Alliance se sert de tous ces moyens et de toutes ses méthodes dans son œuvre de transmission des concepts d'hygiène, elle seconde également les efforts entrepris au niveau institutionnel pour l'organisation de la propagande. Ainsi, l'ordre du jour de la réunion du 2 juillet 1912, appelle-t-il à la création d'un Institut d'hygiène²¹⁹. Édouard Fuster fit connaître à ses camarades de l'Alliance que l'idée de créer en France un institut d'hygiène provenait de constatations

216 QUEYRAT L., « La lutte sociale contre la syphilis en France », *Les Cahiers du redressement français*, n° 17, p. 64.

217 Rapport de l'Alliance du 8 juillet 1931, p. 6.

218 Rapport du 29 juin 1933

219 Voir « Procès-verbal de la réunion du 2 juillet 1912 », *Annales* 1912, n° 27, p. 6.

effectuées à l'exposition de Dresde « où tout le monde a admiré le pavillon de Mensch pour lequel la ville de Dresde a consenti un sacrifice de plusieurs millions. Il est nécessaire, ajoutait-il, d'informer les savants autant que de coordonner et d'organiser l'action populaire pour l'Hygiène sociale »²²⁰. Un institut qui centraliserait les informations en fortifiant la propagande rendrait selon lui de grands services à la cause de la promotion des principes de la santé publique. Quelques mois plus tard, le président de l'Alliance, Léon Bourgeois dans son discours à l'inauguration du Musée d'hygiène de la ville de Paris faisait la déclaration suivante :

« (...) l'AHS que j'ai l'honneur de présider, avait émis le vœu à sa dernière Assemblée générale, qu'un musée d'hygiène fût organisé à l'image de ce grand musée de Dresde (...) il constituera comme un dispensaire modèle où les particuliers, les Associations, les villes, l'État même, pourront puiser les renseignements nécessaires à l'hygiène personnelle et à l'hygiène collective. À l'action indispensable de la loi il ajoutera pour sa part, l'action de l'éducation sans laquelle lois et règlements risquent de rester lettre morte. Il faut bien le dire, tous les efforts que nous tentons pour assurer aux habitants des villes et des campagnes plus de bien-être et plus de santé resteraient sans effet si chaque individu n'adhérait pleinement à ces efforts et ne les secondait »²²¹.

Mais si cette institution affichait dans son programme des objectifs très proches à ceux de l'Alliance, elle est davantage éclipsée suite à la création en 1924, de l'Office national d'hygiène sociale (ONHS). Cette institution plaça au premier plan de ses préoccupations la propagande éducative d'hygiène. On lit dans la revue *L'Hygiène sociale* que :

220 *Idem.*

221 *Annales* 1912, n° 28, p. 26.

« parallèlement aux efforts d'organisation des services d'hygiène, il était nécessaire d'instruire et d'éduquer le grand public et en même temps d'informer les éducateurs et les médecins de l'importance de ces services en matière d'Hygiène sociale. Aussi, en tant que service de propagande, (...) l'ONHS publie et diffuse à profusion des brochures, des tracts, des affiches. Pour accomplir sa tâche d'éducation hygiénique et répandre les notions essentielles de prophylaxie contre les maladies sociales, il ne néglige aucun moyen d'information et de diffusion. Il a recours entre autres à la presse, au cinématographe, à la radiophonie, aux expositions et même au théâtre »²²².

Influencer le législateur-administrateur

En dehors de son œuvre de coordination et de propagande, l'Alliance visait aussi à influencer le législateur et à conseiller l'administrateur dans la prise des décisions ayant un impact sur les questions d'hygiène. L'image de l'hygiéniste-nomothète remonte aux débuts du mouvement hygiéniste. On retrouve cette association dans le prospectus des *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, en 1829 où on lit que :

« La médecine n'a pas seulement pour objet d'étudier et de guérir les maladies, elle a des rapports intimes avec l'organisation sociale ; quelquefois elle aide le législateur dans la confection des lois, souvent elle aide le magistrat dans leur application et toujours elle veille avec l'administration au maintien de la santé publique »²²³.

Le docteur Réveillé, écrivant dans la *Gazette médicale de Paris* en 1851 prophétise quant à lui qu' :

222 Voir *L'Hygiène sociale*, 1929, n° 11.

223 Voir « Préface », *Annales d'Hygiène publique et de Médecine légale*, 1829, t. I.

« (...) en consultant bien le cours des idées et l'action continue de la perfectibilité humaine, il arrivera une époque où la médecine, cette grande nécessité sociale, exercera une haute magistrature sur les hommes : les médecins seront comptés parmi les docteurs de la loi, comme ils le sont aujourd'hui comme docteurs de la médecine et de la santé. La profession prendra un caractère sacré de providence sociale universelle; elle atteindra un but immense que nous pouvons à peine entrevoir. Notre profession par ses larges et fécondes applications est appelée dans l'avenir à une suprématie non seulement possible, mais certaine »²²⁴.

Peter Trisca, dans son ouvrage *Les Médecins sociologues*, constate que le champ des obligations professionnelles du médecin s'est élargi : « *Il a une voix à faire entendre celle de l'hygiène qui prévient les maladies en combattant les causes. Que de questions législatives touchent à l'hygiène : construction, assistance, armée, logement, voirie (...) le médecin plus compétent que quiconque a le devoir de parler pour éclairer l'opinion et le législateur (...)* »²²⁵. À l'aube du xx^e siècle et avant la création de l'AHS en 1904, l'arsenal législatif en France relatif aux questions d'hygiène publique et sociale se trouvait à un stade plutôt embryonnaire. On pourrait citer la loi de 1874 dite loi Roussel, loi de police et d'hygiène, les lois désuètes et confuses concernant les enfants assistés, la loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite et les lois de 1898 sur les accidents du travail et de secours mutuels. C'étaient avant tout des lois

224 DR. REVELLE, 1851, *Gazette médicale de Paris*, p. 814. Pourtant le docteur Ernest Monin tourne en dérision cette approche et conviction de son collègue en affirmant dans son ouvrage *Actualités d'hygiène et de médecine sociale. La lutte pour la santé*, 1892, p. 2 : « *l'hygiène a le tort de ne point toujours rester dans son rôle de conseillère et de vouloir actuellement imposer sa souveraineté aux lieu et place d'une simple dictature de persuasion. Lorsque les hygiénistes seront les maîtres, l'État prendra tellement de soin pour les gouvernés, qu'il finira sûrement par les empêcher de vivre.* ».

225 TRISCA P., *Les médecins sociologues...*, *op. cit.*, p. 15.

d'assistance et accessoirement des lois d'hygiène sociale. D'un point de vue administratif, les services d'hygiène ne constituaient qu'un rouage modeste de la Direction centrale rattachée au ministère de l'Intérieur. Le 15 février 1902 est promulguée la loi sur la Santé publique qui devint la véritable charte d'hygiène en France. Cette loi-phare, véritable pierre angulaire du système de la Santé publique, votée comme le souligne Christian Topalov²²⁶, après plus de quinze années de discussions parlementaires et de tergiversations, innove sur bien des points, introduisant l'obligation de règlements sanitaires dans les villes, notamment en ce qui concerne les logements insalubres, et une territorialisation de la protection sanitaire sous l'autorité des municipalités : les fameux bureaux d'hygiène. Ce cadre législatif qui détermina ensuite toute une organisation administrative, laisse indifférents les politiques et déçoit les hygiénistes et les techniciens car il n'est pas accompagné de mesures répressives, de moyens de contrôle, ni de moyens financiers assurant la construction des infrastructures sanitaires dans les communes. Ces sentiments d'insatisfaction et de dysphorie sont également partagés par les membres de l'AHS. Le rapport du comité de l'Hérault est caractéristique à cet égard et communique au conseil d'administration de l'Alliance le malaise ressenti par ses antennes locales vis-à-vis de l'inertie des pouvoirs publics :

« Nous nous sommes demandés au comité, si nous ne pourrions pas prendre l'initiative de la mise en mouvement des pouvoirs publics en ce qui concerne cette question des logements insalubres. Nous avons fait étudier très sérieusement le point de savoir si nous ne pourrions pas dénoncer les logements insalubres à l'autorité municipale et mettre celle-ci en demeure d'appliquer la loi (...) le comité a été frappé de l'inobservation de la loi du 15 février 1902 en ce qui concerne la déclaration des maladies contagieuses. M.

226 Voir aussi MURARD L., *op. cit.*, p. 272.

le professeur Planchon, au nom d'une commission spécialement nommée à l'effet d'étudier cette question importante a nettement démontré que ces déclarations ne sont pas faites et suggéré certaines mesures propres à faciliter l'application de la loi (...) »²²⁷.

Déplorant l'application insuffisante des lois de Santé publique en France, Léon Bourgeois, Paul Strauss, Victor Lourties, tous membres de l'Alliance, ainsi que Ferdinand Dreyfus et Jean Peyrot, soulignent dans le texte de proposition de loi tendant à instituer des dispensaires d'Hygiène sociale et de préservation antituberculeuse, qu'ils déposent au Sénat le 25 juillet 1913 que :

« la situation de la santé publique dans notre pays est de plus inquiétantes (...) les lois qui touchent le plus directement à la conservation de la santé publique, la loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite et la loi du 15 février 1902 sur la protection de la santé publique n'ont produit que des résultats tout à fait insuffisants en effet, la statistique sanitaire établie par M. Mirman, directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques prouve que si le nombre absolu des décès a une tendance à diminuer la mortalité générale n'est pas cependant ce qu'elle devrait être »²²⁸.

En même temps, Léon Bourgeois, le président de l'Alliance, remarque dans son discours au congrès de Paris en 1913 que le cadre législatif en vigueur en France à cette date s'est d'une part constitué tardivement par rapport à d'autres pays, ses dispositifs étant toujours d'ailleurs selon le grand « solidariste » en retard par comparaison aux autres nations européennes : « *Nous sommes loin d'être à cet égard au rang où devraient nous mettre parmi les nations, le développement*

227 Voir « Rapport du comité de l'Hérault », *Annales* 1906, n° 4, p. 106.

228 *Annales* 1913, n° 32, p. 37.

intellectuel, la puissance financière, et l'ensemble des idées morales et sociales de notre pays »²²⁹. Le palmarès des progrès réalisés dans le domaine des politiques sociales relevant du domaine de la Santé publique dans les pays voisins de la France était, à croire Léon Bourgeois, plutôt impressionnant. Il rappela à son auditoire qu'en Allemagne il y avait près de trente ans que l'organisme de la prévoyance contre tous les risques de la vie a été créé par l'État et accepté avec une discipline admirable par l'ensemble de la population laborieuse. Ensuite en Angleterre, dans le pays traditionnel de la liberté de l'individu, il constata que les lois sur l'assainissement des villes avaient permis aux grandes cités ouvrières de se transformer depuis un quart de siècle alors que tout récemment une série de dispositions législatives organisant la retraite de la vieillesse, la retraite invalidité, l'assurance contre la maladie et contre les accidents du travail, venait de donner presque d'un seul coup au peuple britannique tout un code de la prévoyance sociale. Enfin l'Italie offrait également avec son Risparmio de Milan et ses grandes institutions d'épargne et de prévoyance tout un système d'assurances qui avait déjà contribué à transformer la figure du pays. Au contraire le tableau brossé pour le régime législatif de la santé publique en France était plutôt lugubre, car :

« (...) l'œuvre reste partielle, peu cohérente, inachevée et sur certains points mêmes à peine commencés. Nous avons bien une loi sur la santé publique, la grande loi de 1902, due à l'admirable labeur de notre ancien collègue Henri Monod, mais son successeur à la Direction de l'Assistance publique, notre excellent ami Mirman, qui le constatait récemment avec trop de vérité, cette loi n'est encore en dehors de quelques grandes villes de France que bien peu connue, peu comprise et peu appliquée. Notre

229 Voir « Discours de Bourgeois au congrès de Paris », *Annales* 1913, n° 31, p. 4.

législation d'assurance contre les accidents est déjà ancienne (...), mais la législation des retraites ouvrières et paysannes, récemment améliorée, n'en est encore qu'à sa première année de véritable application. (...) l'assurance invalidité est à l'étude et j'ai confiance que mon excellent successeur au ministère du Travail, mon ami Henry Chéron ne tardera pas à déposer le projet dont nous avons commencé la préparation l'année dernière (...) tout cela je le répète est incomplet et les résultats sont malheureusement tristes à constater »²³⁰.

Cette impression que la loi de 1902 était restée lettre morte, tombée en désuétude et confrontée à la méfiance du public, incitait les membres de l'Alliance à agir. Le comité de l'Hérault par exemple se mobilisa dans ce sens, en essayant d'initier la population locale aux lois concernant la santé publique. D'après :

« le commentaire explicatif de M. le professeur Moye, le comité vient de prendre une initiative sur laquelle on ne saurait trop appeler l'attention des comités de l'Alliance. Il a pensé qu'il lui appartenait de répandre et de faire connaître les prescriptions du règlement sanitaire applicable aux villes de Montpellier, Cette et Béziers. Il a voulu surtout le faire comprendre, le faire accepter, en faire saisir l'utilité sociale. Dans ce but, il ne s'est pas borné à publier ce règlement dans sa sécheresse administrative, mais il l'accompagne d'un commentaire destiné à mettre en lumière les points les plus importants, à expliquer les paragraphes... à faire ressortir les devoirs de chacun en matière d'hygiène urbaine aussi bien que l'utilité personnelle et publique de ces prescriptions »²³¹.

L'AHS s'apprêta à jouer le rôle d'intermédiaire entre les autorités locales et l'administration centrale,

230 *Idem.*

231 Voir « Rapport du comité de l'Hérault », *Annales* 1908, n° 10, p. 4.

essayant d'accorder les différents rouages du mécanisme bureaucratique. Elle s'assigna le rôle d'un récepteur des demandes, des plaintes ou des inquiétudes des collectivités, se chargeant de les transmettre aux responsables du pouvoir législatif. Ses adhérents, beaucoup d'entre eux ayant une double identité, en tant que membres de l'Alliance et en tant que protagonistes présents aux coulisses des comités chargés d'étudier des réformes législatives ou d'élaborer des propositions de loi, assuraient la liaison entre la réalité du terrain et les formalités des pouvoirs publics. Au lendemain du Congrès de Montpellier par exemple, le comité de l'Hérault²³² faisait connaître par la voie de la presse, aux maires et aux habitants du département, l'objet précis de son activité, s'offrant à seconder tous les efforts tentés en faveur de l'hygiène sociale. Il se mettait notamment à la disposition des Conseils municipaux pour étudier les questions de salubrité communale et pour appuyer auprès des pouvoirs publics leurs projets d'améliorations sanitaires. Conformément à ces confirmations, la municipalité de Montpellier et son maire édictaient quelque temps plus tard des règlements sanitaires indispensables²³³. Néanmoins, le Conseil d'État déclara illégales les mesures prises par la municipalité. Jules Siegfried²³⁴, vice-président de l'Alliance et personnalité clé des réformes sociales en France au début du xx^e siècle, regrettant cette décision, demanda à Nestor de Casamajor, d'indiquer dans un rapport d'où venait le conflit entre la municipalité de Montpellier et le Conseil d'État, l'Alliance pouvant s'appuyer ainsi sur ce rapport pour demander des modifications à la loi de 1902. Dans une telle perspective, les expériences des

232 Voir « Rapport du comité de l'Hérault », *Annales* 1906, n° 4, p. 104.

233 Voir « Rapport du comité de l'Hérault par M. Casamajor, à l'Assemblée générale du 26 novembre 1908 », *Annales* 1909, n° 14, p. 8.

234 *Idem*.

comités départementaux de l'Alliance lui servent de leviers de pression à l'égard du pouvoir législatif.

L'Alliance veille également au respect des lois et contribue à leur application efficace. Dans cette direction, le professeur Grasset, remarqua à l'assemblée générale de l'Alliance du 27 décembre 1906, que :

« nous nous sommes demandés au comité, si nous ne pourrions pas prendre l'initiative de la mise en mouvement des pouvoirs publics en ce qui concerne cette question des logements insalubres. Nous avons fait étudier très sérieusement le point de savoir si nous ne pourrions pas dénoncer les logements insalubres à l'autorité municipale et mettre celle-ci en demeure d'appliquer la loi (...) »²³⁵.

Son rôle dans l'élaboration des projets de loi est parfois plus que consultatif et sa contribution plus directe, comme dans le cas du dossier concernant l'enseignement à des enfants avec des difficultés d'apprentissage. Cette question avait fait, à diverses reprises, l'objet des travaux de l'Alliance : « *elle a donné lieu, notamment à une belle enquête de notre comité girondin et à une communication de M. le professeur Beauvisage au congrès de Lyon. Le projet de loi est d'ailleurs le résultat des délibérations de la commission constituée en 1904 sous la présidence de M. Bourgeois* »²³⁶. Lors d'une autre occasion, l'Alliance se contente encore d'émettre des vœux concernant le chemin qui doit être parcouru ou d'indiquer les réformes législatives qui sont nécessaires en matière de la santé publique. Ainsi clôturant les travaux du congrès de Roubaix en 1911, Léon Bourgeois proposa à l'approbation des congressistes le vœu suivant :

235 Voir « Rapport du comité de l'Hérault à l'assemblée générale du 27 décembre 1906 », *Annales* 1906, n° 4, p. 106.

236 Voir « Variétés et informations », *Annales* 1907, n° 9, p. 28.

« le congrès de l'AHS préoccupé de l'état de la santé publique en France et considérant que les efforts faits jusqu'à présent ont été insuffisants pour la transformation de nos cités dans le sens nécessaire à la santé publique, émet le vœu que la législation française soit rendue plus nette et plus libérale et permette aux municipalités de s'associer à l'œuvre de transformation des cités »²³⁷.

Les membres de l'Alliance s'adonnent également à un travail d'expertise. Afin de remplir cet objectif, le comité de l'Hérault constitua une commission de trois membres à la demande du maire de Fabrègues, chargée d'effectuer une enquête sur place en vue d'étudier les moyens d'assainir cette commune du département²³⁸.

L'Alliance organisa également des campagnes ou participa à des pétitions comme dans le cadre de la lutte contre l'alcoolisme²³⁹. Au mois d'octobre 1910, l'AHS, la Fédération nationale de la mutualité française, le Groupe antialcoolique au Sénat et de la Chambre des députés et la Ligue nationale contre l'alcoolisme adressaient aux présidents des Sociétés de secours mutuels une circulaire les engageant à s'occuper de la lutte contre l'alcool en vue de l'obtention d'une loi interdisant la commercialisation d'absinthe²⁴⁰. Des initiatives identiques étaient également entreprises contre la dépopulation,

237 Voir « Procès-verbal du congrès Roubaix », *Annales* 1911, n° 24, p. 6.

238 *Annales* 1906, n° 4, p. 106.

239 Voir « Notes et lectures », *Annales* 1910, n° 19-20, p. 50.

240 Les théories « antialcoolistes » du suédois Huss, sont reprises en France par Morel. Elles sont très entendues pendant le dernier tiers du XIX^e siècle. C'est en 1872 que se constitue sous le patronage de l'Académie de médecine, la Société française de tempérance. En 1895, se crée l'Union française antialcoolique à l'initiative des docteurs Magnan et Legrain. Émile Cheysson en devient président en 1899. En 1905, les deux associations fusionnent au sein de la Ligue Nationale contre l'alcoolisme, qui adhère comme on l'a vu à l'AHS.

notamment à partir de la présidence de Risler. Adepte fervent du mouvement nataliste, il multiplie les efforts de l'AHS en vue de la préparation de lois favorables à l'accroissement démographique de la France. Dans la séance de l'Alliance du 14 décembre 1917, il soutient que la question de la dépopulation était prioritaire. Sans sous-estimer l'impact et l'utilité d'une campagne d'ordre moral, il pense que certaines mesures législatives ayant pour but, les unes de châtier plus sévèrement certaines manœuvres criminelles aboutissant à une réduction du nombre des naissances, les autres de favoriser plus efficacement les familles nombreuses, parviendraient à assurer une augmentation sensible de la population. Hébrard de Villeneuve partage complètement l'avis de Risler. Il estime comme lui, que les conférences sont un excellent moyen pour répandre dans le public l'esprit des réformes sur lesquelles il est nécessaire d'appeler constamment son attention. Pourtant en jugeant qu'elles ne parviennent que rarement à amener la réalisation même de ces réformes, il s'interroge :

« L'Alliance ne devrait-elle pas, tout en continuant, bien entendu, sa propagande pour agir sur l'esprit du public et pour modifier la mentalité de bien des personnes, établir un travail profondément étudié qui pourrait servir de base à un certain nombre de projets de loi relatifs aux réformes soit d'ordre fiscal, soit d'ordre social, destinées à aider à la repopulation de la France. On établirait tout d'abord un programme comprenant les diverses catégories des réformes ayant trait au problème à résoudre. L'étude de chacune des parties de ce programme serait confiée à un rapporteur spécial qui réunirait tous les documents et renseignements pouvant lui permettre de se faire une conviction d'établir des conclusions sur les questions qu'il aurait étudiées et s'il y a lieu de formuler les projets des lois dont le vote devrait être demandé au Parlement »²⁴¹.

241 Voir « Procès-verbal de la séance du 14 décembre 1917 », *Annales* 1917, n° 38, p. 4.

Toujours dans le même esprit de vouloir convaincre le pouvoir législatif et exécutif du caractère imminent et absolument urgent de l'action, l'Alliance fut partie prenante de la campagne pour la sauvegarde des espaces libres à la capitale²⁴², suite à l'abolition de ses fortifications. En joignant ses efforts à ceux du Touring Club de France, de la section d'hygiène urbaine et rurale du Musée social, de la société des espaces libres et des terrains de jeux, de la société pour la protection des paysans en France, des Amis de Paris, des Parisiens de Paris et de l'Association des cités-jardins de France, fit apposer sur les murs de Paris un très grand nombre d'exemplaires de l'affiche où l'on peut lire le texte suivant :

« Des espaces libres et des terrains de jeux. Sauvons nos dernières réserves d'air. Pourquoi? Parce que vous ne pouvez pas vivre dans des prisons de pierre. Parce qu'à vos enfants il faut autre chose que la rue. Parce qu'il nous faut à tous : de la lumière, de l'espace et des terrains de sport. Parce que, depuis un demi-siècle, la population de Paris a triplé et ses jardins et espaces libres ont diminué. Parce que toutes les capitales ont plus d'air, de lumière et d'espaces libres que Paris (Londres avec 15 %, Berlin avec 10 %, Paris avec 4,25 %) en défendant notre dernière réserve de terrains publics non bâtis, en arrachant à la convoitise de spéculateurs nos fortifications, en exigeant de la ville une ceinture de grands parcs et d'espaces réservés au sport, en invitant le Parlement à voter d'urgence les projets et propositions de lois sur les fortifications,

242 La création de parcs publics, de terrains de sports et d'espaces verts devint le cheval de bataille de la section d'une série d'associations pendant la campagne des élections municipales de 1908. Regroupées autour du plan d'Hénard qui prévoyait neuf grands publics et treize terrains de sport le long de la périphérie urbaine, ainsi qu'un boulevard, la Grande ceinture, qui ferait le tour de la ville, ces associations se mirent à financer la diffusion de 12 000 affiches électorales apposées dans le métro de Paris et à travers toute la ville. Pour plus de détails, voir HOME J., *Le Musée social...*, *op. cit.*, p. 292.

les réserves boisées, les plans d'extension, électeurs parisiens ne votez que pour les candidats acceptant ce programme »²⁴³.

Un des écueils principaux auxquels se heurtait l'application efficace des lois, voire qui bloquait tout simplement leur votation, c'était le conflit entre l'intérêt privé et l'intérêt public. L'intrusion dans le domaine de la propriété privée et des dossiers médicaux était-elle légitime ? Et si tel était le cas, dans quelle mesure et sous quelles formes ? Dans chaque cas, la ligne de partage entre les intérêts publics et privés était hautement conflictuelle. Cette question épineuse puisant ses origines dans la confrontation entre une orientation libérale et une orientation sociale de la législation resta d'actualité pendant presque toute la période qui nous concerne. Dans ce débat, l'Alliance pencha en faveur d'une troisième voie qui réfutait l'incompatibilité supposée entre ces deux sensibilités, ces deux nuances de la pensée politico-philosophique et qui en optant pour leur réconciliation contribuait au dépassement de leur opposition stérile. Une des figures les plus emblématiques de l'Alliance, son président Léon Bourgeois, soutenait que la loi de 1902 qui établissait le principe de l'ingérence étatique en matière de salubrité publique, était tout d'abord, une loi de solidarité. À la question qui se posa suite à son application, à savoir si la collectivité était-elle en droit d'intervenir, c'est-à-dire de limiter la liberté individuelle en vue de préserver la santé publique, Léon Bourgeois répondait :

« Nous admettons que l'État ne doit jamais entreprendre sur la libre action des particuliers que pour servir des intérêts généraux importants, certains et qui ne peuvent être servis que par lui. Notre prétention est que la santé publique est un de ces intérêts généraux et qu'il réunit les conditions exigées pour justifier, pour nécessiter l'intervention de l'État. Depuis environ un demi-siècle, surtout

243 Voir « Notes et lectures », *Annales* 1912, n° 26, p. 91.

depuis les découvertes de Pasteur, les pays civilisés ont multiplié les lois protectrices de la santé publique. Ces lois sont plus ou moins centralisatrices plus ou moins rigoureuses, mais partout, l'on tend vers une plus grande rigueur et dans ce mouvement de défense sociale, se produit ce fait à première vue inattendu, que les pays qui ont le plus le sens et la pratique de la liberté individuelle sont ceux où l'on se montre le plus disposé à la limiter en cette matière au nom de l'intérêt collectif »²⁴⁴.

Sous la menace microbienne qui planait comme l'épée de Damoclès au-dessus de la société humaine et qui venait d'être si clairement illustrée par les travaux de Pasteur, la considération des frontières entre ce qui relevait de la sphère publique et ce qui appartenait à l'univers privé changeait de nature. La mise en évidence de leur interdépendance venait renforcer les principes de solidarité défendus et promus par Léon Bourgeois. Loin de s'exclure, de se limiter ou de se gêner réciproquement, l'individu et l'État devaient se superposer, se soutenir et se compléter. Le droit individuel trouvait sa garantie dans le droit social. Le droit social n'avait d'autre objet que le respect et le développement du droit individuel. Cette imbrication dialectique des intérêts individuels-privés et sociaux-publics était particulièrement manifeste et pertinente dans les questions de santé publique. Le collaborateur à l'Alliance de Léon Bourgeois, Henri Monod, se montra quant à lui beaucoup plus catégorique, en affirmant que la subordination des intérêts individuels et des intérêts locaux à l'intérêt général de la santé publique était une condition essentielle de l'application des principes de l'hygiène publique²⁴⁵. La radicalité de sa thèse se rapproche de celle exprimée par le docteur Julien Pioger dans son article

244 BOURGEOIS L., 1904, *Les Applications sociales de la solidarité*, Paris, p. 84.

245 MONOD H., 1903, « Discours de M. Henri Monod à la séance d'ouverture du congrès d'hygiène de Bruxelles, 1903 », *La Revue philanthropique*, p. 37.

intitulé « Économisme, socialisme et solidarisme » et publié dans la *Revue socialiste* :

« L'État forcera par des lois les propriétaires rapaces à aménager dans l'intérêt de la Santé publique, ou les patrons à se préoccuper de la santé de leurs ouvriers, ou les boutiquiers récalcitrants à fermer leurs magasins le dimanche pour ménager la santé de leurs employés, ou quand il soumettra à des règlements draconiens les débitants d'alcool ou les kiosques qui vendent des feuilles obscènes. La loi a-t-on dit doit être la conscience de ceux qui n'en ont pas : c'est très bien dit, mais il faut dire de même lorsque le sentiment de la solidarité sociale fait défaut aussi bien que la conscience à beaucoup de gens, la loi doit l'imposer. (...) quand nous aurons compris que la loi, c'est-à-dire la mesure qui doit régler nos rapports et dépendances réciproques est la solidarité, la réciprocité et non une prétendue liberté irréalisable et contraire à la socialisation, nous saurons envisager sous son véritable jour et le moyen de réaliser cette solidarisation et les avantages collectifs et individuels que nous en retirerons. C'est une erreur en effet de croire que l'individu perd ce qu'il accorde à la société et réciproquement que la collectivité se diminue de ce qu'elle abandonne à l'individu. Notre solidarité est tellement intégrale que nous retrouvons directement ou indirectement, médiatement ou immédiatement, le contrecoup, la répercussion personnelle de ce que nous faisons pour la collectivité (...) »²⁴⁶.

La Grande Guerre avec le choc violent et les bouleversements qu'elle entraîna contribua à l'évolution de la législation en matière de santé publique. Ce conflit modifia profondément les rapports des médecins et de la société²⁴⁷,

246 Dr. Julien Pioger, « Économisme, socialisme et solidarisme », *La Revue socialiste*, 1894, janvier-juin, p. 23.

247 GUILLAUME P., 1996, *Le rôle social du médecin depuis deux siècles, 1800-1945*, Paris, Association pour l'étude de l'histoire de la sécurité sociale, p. 143.

comme le remarque Pierre Guillaume, dans son ouvrage *Le Rôle social du médecin*. La Première Guerre mondiale a été dans tous les domaines un temps d'intervention accrue de l'État. Les deux grandes lois antituberculeuses, la loi Bourgeois de 1916²⁴⁸ et la loi de Honnorat de 1919, qui rendaient obligatoire l'ouverture d'une part des dispensaires antituberculeuses, d'autre part des sanatoriums départementaux, ainsi que la loi du 16 mars 1915 relative à l'interdiction de la fabrication, de la vente et de la circulation de l'absinthe et des liqueurs similaires²⁴⁹, ont ainsi été votées dans le contexte de la guerre en élargissant à l'ensemble de la population des mesures initialement prévues en faveur des soldats touchés par la maladie alors qu'ils étaient sous les armes.

Prononçant son discours le jour de l'inauguration des conférences organisées par l'Alliance pendant la période belliqueuse, Léon Bourgeois constatait que la guerre en même temps qu'elle était une cause de ruines innombrables, pouvait devenir par l'excès même de la souffrance, la source de nouvelles et fécondes énergies :

« (...) ce grand péril commun pose des problèmes. Il suscite des réformes. Il crée des institutions et des œuvres. Une seule pensée, celle de la Nation en danger, rejette au second plan, les intérêts particuliers, triomphe des égoïsmes, fait surgir les volontés, les dévouements, arme de vertus nouvelles de l'âme commune... combien de mesures ont été prises déjà que la guerre a rendues indispensables et qu'elle a en même temps rendues possibles ! il est deux exemples que vous connaissez tous. Dès les premiers jours de la guerre, un décret a rendu plus rigoureuse l'application des mesures prescrites par la loi de 1902 pour la défense de la santé publique. Grâce à l'état de guerre, des pouvoirs ont été créés pour permettre à des délégués sanitaires de prendre d'urgence

248 *Annales* 1916, n° 37.

249 *Annales* 1915, n° 36.

et d'autorité les dispositions qui permettent de combattre les contagions et les épidémies. L'état de guerre a permis également d'interdire la vente de l'absinthe et de supprimer ainsi d'un seul coup l'une des causes les plus redoutables de l'alcoolisme. En temps de paix, jamais l'accord nécessaire n'avait pu se faire sur de telles mesures. Ce qu'il faut, c'est que les réformes, les œuvres sociales qui sont ainsi nées comme par la force même des choses de l'état de guerre, auxquelles l'opinion publique a donné son approbation immédiate, auxquelles peu à peu s'accoutument les esprits et s'habituent les mœurs, ne disparaissent pas au lendemain du péril et soient définitivement incorporées dans l'organisation sociale de la France (...) »²⁵⁰.

Il fallait obtenir selon Léon Bourgeois que d'une façon durable les intérêts particuliers qui s'étaient sacrifiés aux nécessités patriotiques acceptent de se subordonner encore et d'une façon permanente à l'intérêt social ; il fallait que le lien de la solidarité nationale, si fortement serré pendant la guerre, ne se desserrât plus dans l'avenir. Dans la préparation de cet avenir, l'Alliance ne sera toutefois pas activement présente en tant qu'association, ni en 1930, date de promulgation de la loi sur les assurances sociales qui est selon Édouard Proust « *par son assurance maladie, et son assurance maternité, une loi de prévention et de défense sanitaire* »²⁵¹, ni encore moins en 1945, date de la mise en place de la Sécurité sociale. L'essentiel de ses activités dans le domaine de la réflexion législative fut en effet déployé jusqu'au lendemain de la Grande Guerre, période suite à laquelle son rôle dans l'arène de l'élaboration des lois sociales fut plutôt marginal.

250 Voir « Discours prononcé par Bourgeois, le jour de l'inauguration des conférences organisées par l'AHS », *Annales*, 1914, n° 35, p. 50.

251 PROUST É., 1933, *Essai sur la politique d'Hygiène sociale de la France*, Paris, p. 17.

Prévenir les maladies sociales : l'importance de l'institution du dispensaire d'Hygiène sociale

L'Alliance, en dehors de sa mission coordinatrice, pédagogique et nomothétique, revendiqua également un rôle actif dans la promotion des institutions permettant la mise en œuvre des principes de prévention. Dans cette perspective, le président de cette association ouvrant les travaux du Congrès de Lyon en 1907 s'exprimait ainsi : « *l'Alliance ne veut pas être seulement un instrument de recherches scientifiques et de propagande théorique, mais bien un instrument actif de réalisation* »²⁵². Sous l'énergique impulsion de Léon Bourgeois, son président, le conseil central s'engagea dans cette voie. Divisé en commissions d'études qui chacune pouvait faire appel à toutes les compétences, il chercha à fixer les étapes prochaines pour approcher de l'idéal entrevu.

L'AHS manifestant surtout un intérêt particulier pour le dépistage et la prévention, participa au développement de toutes les institutions qui pouvaient les assurer. Édouard Petit écrit à ce sujet :

« C'est un dépistage général que je désirerais proposer comme objet à vos constants efforts, dépistage de la misère physiologique qui tient par tant de liens étroits à la misère sociale. Le dépistage général, c'est au vrai, le but même que s'efforce d'atteindre l'AHS qui concentre en solide faisceau toutes les forces de la science et de l'assistance contre toutes les formes de résistance qu'opposent la maladie, l'indigence aux grandes agglomérations urbaines »²⁵³.

L'institution qui correspondait le mieux à cet objectif de dépistage était, selon les membres de l'Alliance, le dispensaire.

252 *Annales* 1907, n° 9.

253 Voir PETIT E., 1906, « Le rôle de l'institutrice dans l'Hygiène sociale », *Annales*, n° 4, p. 58.

Depuis qu'Albert Calmette avait créé le dispensaire de Lille, on s'était rendu compte de ce que son rôle, malgré son apparence bien modeste, pouvait être décisif dans la lutte contre les fléaux qui menaçaient la santé publique et particulièrement contre le mal aux mille formes dont rien jusqu'alors n'avait pu arrêter les mortelles attaques et les ravages sociaux lui étant associés, à savoir la tuberculose.

Le dispensaire, tel que préconisé par l'Alliance, correspondait à un établissement où étaient donnés des conseils de prophylaxie et d'hygiène, où l'on assurait ou facilitait aux malades atteints de maladies transmissibles l'admission dans les hospices, sanatoria, maisons de cure ou de convalescence et où le cas échéant, étaient mis à la disposition du public des services de désinfection du linge, du matériel, des locaux et des habitations rendus insalubres. Le secrétaire de l'Alliance, après avoir proposé que le congrès de Lyon traitât du rôle et de l'action de cet établissement dans la mise en place des politiques d'hygiène sociale, déclarait enthousiasmé :

« Rien de plus conforme à notre méthode, à notre but, l'Hygiène sociale! s'occuper du dispensaire c'est se placer en effet d'emblée au centre de la lutte sanitaire. Au dispensaire, tel que nous le concevons, tout aboutit, tout en repart. Il est le lieu géométrique de tous nos efforts, lui qui reconnaît le mal, classe les cas à traiter et les milieux à préserver et répartit ensuite les protégés »²⁵⁴.

Le dispensaire n'était pas seulement l'intermédiaire naturel des malades auprès des établissements médicaux payants ou gratuits. Il cherchait également à conclure au profit des indigents, des accords avec les services locaux ou régionaux d'assistance, commissions d'hospices et bureaux de bienfaisance, services de l'assistance médicale gratuite. Grâce

254 Voir « Discours de Fuster », *Annales*, 1914, n° 34, p. 2.

à ces accords, pouvaient être organisées des consultations gratuites et des distributions de médicaments. Ces moyens d'action permettaient au dispensaire de se charger en particulier, de l'éducation antituberculeuse des malades et de leur famille. Cela impliquait que le dispensaire ne se bornât pas à une action sur place, mais qu'il devait dépister dans la circonscription où il avait été fondé, les maladies dont il devait s'occuper et dont la propagation pouvait devenir un péril pour la population : « *De cette façon, le dispensaire n'est pas seulement un instrument médical populaire de premier ordre, il est encore un instrument social de préservation et d'éducation, tout nouveau dans notre organisation hygiénique* »²⁵⁵. Léon Bourgeois, dans son discours à la fin du congrès de Lyon en 1914, résume de manière éloquente les rôles multiples de cette institution sanitaire polyvalente :

« le dispensaire c'est d'abord le veilleur, sur la muraille de la cité menacée, qui signale au loin l'approche de l'ennemi; c'est le soldat d'avant-garde qui engage le combat à la première heure et tient bon devant l'adversaire jusqu'à l'arrivée des troupes de défense; c'est le guide qui porte au corps de place les avis nécessaires au salut commun, c'est l'officier d'ordonnance, l'aide de camp, qui fait communiquer ensemble les forces dispersées et les appelle là où est le cœur du combat (...) son action bienfaisante s'étend sur la famille tout entière, grâce à l'intervention de l'un de ses agents les plus précieux : l'infirmière visiteuse. Auxiliaire du médecin, c'est elle qui s'attache au malade, le conseille, le guide. C'est elle aussi qui se rend au sein du foyer familial et fait prendre, s'il y a lieu, les précautions hygiéniques qui s'imposent. Son rôle d'infirmière se complète alors de celui d'enquêtrice et d'assistante sociale »²⁵⁶.

255 Voir « Proposition de loi tendant à instituer des dispensaires d'HS et de préservation anti-tuberculose, déposée au Sénat le 25 juillet 1913, par Léon Bourgeois, A. Ribot, Paul Strauss, Ferdinand Dreyfus, J.-J. Peyrot, Victor Lourties », *Annales* 1913, n° 32, p. 40.

256 Voir « Discours de Bourgeois à la fin du congrès de Lyon », *Annales*

Les membres de l'Alliance ne se contentaient pas de mettre en exergue les vertus de cette institution d'hygiène sociale. Ils œuvraient également à la fondation de dispensaires partout en France à travers surtout les efforts de leurs comités locaux. Dans le rapport du comité du nord datant de 1911, on apprend que « *sous l'inspiration de M. Victor Dutron (son président) et de M. le prof. Calmette sont nées des œuvres déjà fécondes au premier rang desquelles nous devons citer les dispensaires d'HS en particulier ceux de Douai et de Cambrai...* »²⁵⁷. À l'échelle nationale cette fois-ci, Léon Bourgeois, Alexandre Ribot, Paul Strauss, Ferdinand Dreyfus, Jean Peyrot, et Victor Lourties déposèrent une proposition de loi au Sénat, le 25 juillet 1913, visant à instituer des dispensaires d'Hygiène sociale et de préservation antituberculeuse sur l'ensemble du territoire français. Enfin, dans le numéro des *Annales* de 1914, fut publiée l'annonce de la création du dispensaire « Léon Bourgeois », inauguré le 12 décembre 1913 sur les terrains de l'hôpital Laennec, en bordure de la rue Vaneau²⁵⁸.

Outre leur intérêt explicite pour l'institution du dispensaire, les membres de l'Alliance se montrèrent également sensibles à la diffusion d'autres services d'hygiène sociale. La section d'hygiène scolaire du comité girondin s'intéresse par exemple à la question des enfants avec difficultés d'apprentissage dans les écoles. « *À ces débilités de la nature, à ces petits parias de la classe (...)* » le comité décida de créer « *dans ces propres locaux un service de consultation* »²⁵⁹.

Une autre institution qui attire les soins particuliers de l'Alliance, c'est la Goutte de lait. Il s'agit d'une œuvre qui, selon la définition du Premier congrès international des Gouttes de

1914, n° 35.

257 Voir « Rapport du comité du Nord, par M. le docteur Oui », *Annales* 1911, n° 21, p. 14.

258 Voir « Le dispensaire Léon Bourgeois », *Annales* 1914, 34, p. 25.

259 Voir « Rapport de la section d'hygiène scolaire du comité girondin », *Annales* 1906, n° 4, p. 100.

lait, « lutte contre la mortalité infantile par tous les moyens possibles : elle donne des conseils aux mères, elle encourage l'allaitement maternel, elle distribue du lait quand le sein fait défaut ou est insuffisant »²⁶⁰. Le cinquième numéro des *Annales* est d'ailleurs entièrement consacré à la question du lait, sujet qui occupe une place importante dans les préoccupations des hygiénistes au début du xx^e siècle. L'action du comité du Rhône de l'Alliance en faveur de l'hygiène de la mère et de l'enfant fut concrétisée et manifestée par leur appui à une foule de créations hygiéniques « (...) c'est ainsi que nous pouvons nous signaler à Lyon, la création municipale du "Restaurant des mères nourrices" où toute femme qui allaite un enfant peut prendre ses repas, sans qu'on lui demande même son nom »²⁶¹.

En même temps, la commission de l'hygiène à l'école de l'Alliance se mobilisait pour la diffusion des écoles en plein air et des colonies de vacances. Édouard Petit, son président, faisait connaître à la réunion du 4 juin 1908 les résultats d'une tournée d'inspection qu'il avait entreprise dans une grande partie de la France. Partout il avait profité de son passage pour parler des écoles de plein air, de l'amélioration des cantines, de la gymnastique respiratoire. Partout il avait trouvé en notable progrès les idées d'hygiène sociale appliquée à l'école. Pourtant selon lui, « (...) l'Alliance ne doit pas disperser ses efforts. L'hygiène scolaire tout entière serait un domaine trop vaste. Attachons-nous plutôt à la question des écoles de plein air... »²⁶². L'investissement de l'Alliance dans le domaine de l'hygiène scolaire fut également prouvé et confirmé au niveau local. Lors de la lecture du rapport du comité de la Loire inférieure, par Gabriel Guist'hau, maire de Nantes, à l'assemblée générale du 26 novembre 1908, on apprend que :

260 Voir « Vœux du 1^{er} congrès international des gouttes de lait, tenu à Paris les 20 et 21 octobre », *Annales* 1906, n° 4, p. 173.

261 Voir « Rapport du comité du Rhône par M. le professeur Jules Courmont à l'assemblée générale du 11 mars 1911 », *Annales* 1911, n° 21, p. 41.

262 *Annales* 1908, n° 12, p. 23.

« L'AHS a créé les cantines scolaires et les a installées avec une préoccupation spéciale de la santé des enfants. Elle a assuré d'abord un repas aux enfants un repas composé d'un potage, d'un plat de viande et d'un légume. Pour chaque école on a constitué un comité de patronage qui dans une zone déterminée recueille des souscriptions sous forme anonyme. Tous ces conseils sont fédérés et si l'un des quartiers manque d'argent, les quartiers les plus riches pourvoient à l'insuffisance du plus pauvre »²⁶³.

La plupart de ces initiatives et de ses réalisations pratiques de l'AHS concernent la période avant la Grande Guerre, pendant l'entre-deux-guerres, les activités de l'Alliance eurent surtout un caractère théorique et symbolique et son engagement dans le renforcement de l'appareil préventif ou de l'armement de l'hygiène sociale plus généralement, ne connut pas de suite.

L'Alliance d'Hygiène sociale assista, tantôt en tant que protagoniste, tantôt en tant que « fantôme », aux évolutions marquant le mouvement hygiéniste en France pendant un demi-siècle. En dépit des différenciations générationnelles, l'Alliance était avant tout une association visant à s'ériger en modèle pour la conception, la planification et l'organisation d'un système de santé publique en France. L'AHS s'inscrivant dans la nébuleuse hygiéniste au début du xx^e siècle, son étude nous permet d'établir la généalogie de la naissance de la santé publique en France sous sa forme actuelle, tout en s'interrogeant également sur l'interaction de ces associations avec les pouvoirs publics et les institutions étatiques de l'hygiène. Dans une perspective d'étude sociohistorique

263 Voir « Rapport du comité de la Loire-inférieure, par M. Guist'hau, maire de Nantes, à l'Assemblée générale du 26 novembre 1908 », *Annales* 1909, n° 14, p. 6.

des institutions, la prise de connaissance avec les acteurs de l'Alliance d'hygiène sociale, assurant le va-et-vient, l'articulation entre la multitude d'associations privées tout en contribuant en même temps au façonnement d'une certaine idée de l'hygiène, nous permet de nous familiariser avec la mise en place d'un appareil médicosocial.

L'étude de cette association nous initie aussi aux pratiques mobilisées par le mouvement hygiéniste pendant son apogée aux alentours de la fin du XIX^e et du début du XX^e siècle et surtout son engagement dans la propagande des principes qui guidaient son action. Le contenu de ces campagnes nous renseignant sur les normes véhiculées, leurs canaux de diffusion ainsi que les moyens utilisés en vue d'atteindre la plus grande audience possible, constituent des approches privilégiées pour un approfondissement de nos connaissances concernant l'histoire sociale et culturelle de l'hygiénisme et plus particulièrement les méthodes dont il s'est approprié afin de répandre ses concepts et ses représentations de la santé au sein de la société française.

Chapitre III.

Pour une révolution de la pensée épidémiologique au tournant du XXI^e siècle : le concept du capital social dans le domaine de la Santé publique

Le concept du capital social a connu une diffusion fulgurante au tournant du XXI^e siècle dans le domaine de la santé publique¹. Il y apparaît comme un potentiel élément herméneutique des variations constatées dans les indicateurs de santé au sein des groupes de population distincts. Emprunté par la santé publique au champ des études sociologiques et au domaine des sciences politiques, le capital social figure tantôt comme un déterminant social de la santé au niveau individuel, tantôt comme un ensemble théorique susceptible de rendre compte de profils sanitaires divers auprès de différentes entités collectives. En plus, loin d'avoir

1 Avant 1995, il n'y avait qu'une seule référence avec le terme capital social dans la base de données Medline et elle concernait le capital social familial.

été seulement présenté comme un bagage conceptuel censé faciliter la compréhension des différenciations en matière d'indicateurs de santé entre plusieurs populations, il est davantage investi d'un sens pratique dans la mesure où son renforcement aurait des retombées positives et favorables à l'égard de ces mêmes indicateurs de santé. Cette étude s'intéresse aussi bien à l'étendue théorique du capital social qu'à ses aspects pratiques dans le domaine de l'épidémiologie sociale.

Dans une première partie, sont abordés les débats théoriques autour de la notion du capital social, depuis les raisonnements des penseurs des Lumières écossaises tels que David Hume sur l'importance de la confiance et de la coopération civique, jusqu'aux approches plus récentes. Ces approches formulées par des sociologues à l'instar de Pierre Bourdieu, dans sa théorie sur les différents types du capital, ou par le politologue Robert Putnam, dans ses études sur le déclin du capital social aux États-Unis et sur sa présence dans l'esprit civique des communautés en Italie centrale, ont suscité des polémiques considérables autour de cette thématique dans les années 1990.

La deuxième partie de cette étude vise à répertorier des enquêtes étudiant l'association entre le capital social et la santé à la fin du xx^e siècle. Dans le cadre de cet inventaire, on retrouve des travaux mettant en relief l'association entre le niveau de confiance civique et les taux de mortalité, des études réalisées dans le cadre de l'Initiative pour le capital social sous l'égide de la Banque Mondiale, ou encore des enquêtes retraçant l'évolution sociohistorique du capital social, comme celle consacrée à la communauté italo-américaine de la ville de Roseto, en Pennsylvanie.

Enfin, dans un troisième temps, sont discutés les résultats et plus particulièrement les limites de ces enquêtes en relation avec des questions de spécificité culturelle, des questions d'échelle géographique retenues, les biais de la méthodologie

(par exemple, agrégation des réponses à des questionnaires individualisés et comparaison avec des indicateurs de santé concernant des collectivités) et des « facteurs de confusion » dans l'interprétation des résultats, tels que le niveau d'éducation ou le revenu.

III.1. Pour une généalogie intellectuelle du concept du capital social

La notion de capital social est assez ancienne. Hobbes déclarait déjà dans le *Léviathan* (1651) que « avoir des amis c'est avoir du pouvoir ». Ce faisant, il posait une relation entre deux types de ressources individuelles, l'une sociale, l'autre politique et il sous-entendait que les conditions d'existence d'un individu dépendaient des ressources relationnelles dont il disposait. Dans cette perspective, le capital social est constitué par le réseau personnel d'un individu et correspond aux chances d'accès à ce que véhicule ce réseau. La notion du capital social, sous sa conception d'entraide, motivée par des calculs personnels et inscrite dans un plan stratégique de bénéfice mutuel, est aussi présente dans la pensée des représentants des Lumières écossaises. David Hume, le philosophe du xviii^{e} siècle et un des théoriciens les plus célèbres du *Scottish Enlightenment*, nous a légué une parabole didactique mettant en relief le contenu essentiel du capital social :

“Your corn is ripe today; mine will be so tomorrow. 'Tis profitable for us both, that I should labour with you today, and that you should aid me tomorrow. I have no kindness for you, and know you have as little for me. I will not, therefore, take any pains upon your account; and should I labour with you upon my own account, in expectation of a return, I know I should be disappointed, and that I should in vain depend upon your gratitude. Here then I leave you to labour alone; You treat me in the same manner. The

seasons change; and both of us lose our harvests for want of mutual confidence and security”².

Au dilemme posé par Hume, Hobbes avance comme solution son concept de Léviathan. Ce concept représente une force coercitive, incarnée le plus souvent par l’autorité publique qui est en mesure de punir le non-respect des contrats par les contractants et de le faire sans que personne puisse espérer lui échapper. Il s’agit d’une institution supra-individuelle, censée être objective et neutre, veillant au déroulement légal des transactions interindividuelles. La lourde main de Léviathan brandissant son épée de Damoclès impose aux membres d’une société un sentiment de confiance réciproque. Seule la présence du Léviathan peut établir l’ordre social et œuvrer pour la coopération interpersonnelle. Cette dernière s’établit de haut en bas, verticalement et non par les règles que les individus observent les uns par rapport aux autres horizontalement au sein de la société civile.

David Hume (1711-1776), développe quant à lui, un raisonnement différent de celui de Hobbes. Si l’homme est la plus démunie des créatures et qu’à l’état de nature il fait preuve de faiblesse, étant écrasé par le besoin, c’est par la société seule qu’il peut résoudre les problèmes vitaux qui se posent à lui. En effet, la société, entendue comme association d’individus et de groupes, permet l’union des forces, la division du travail et l’aide mutuelle³. Si l’individu se met en contact avec ses voisins et ses concitoyens, il résultera de cette union de forces une accumulation de capital social susceptible d’être mobilisé en vue de la satisfaction de besoins individuels ou d’objectifs communautaires. La communauté-société dans sa totalité peut profiter de la coopération de ses membres,

2 Cité dans OSTROM E., 2003, *Foundations of social capital*, Cheltenham, p. 220.

3 Voir HUME D., 1968, *Traité de la nature humaine*, Paris, Aubier, p. 602.

alors qu'en même temps l'individu peut compter sur ce filet d'alliances virtuelles. Adam Ferguson (1723-1816) reprend le fil intellectuel de son prédécesseur et en rédigeant un essai sur l'histoire de la société civile, il souhaite s'inscrire dans le sillage de la pensée de Hume. On retrouve cette idée centrale de la théorie de l'École écossaise, à savoir l'importance des liens sociaux à la fois pour la vie des individus que pour la pérennité des collectivités, exprimée dans l'œuvre de Alexis de Tocqueville. Dans son enquête sur la démocratie en Amérique, il fait remarquer que :

« L'Amérique est le pays du monde où l'on a tiré le plus de parti de l'association, et où l'on a appliqué ce puissant moyen d'action à une plus grande diversité d'objets (...) Indépendamment, des associations permanentes créées par la loi sous le nom de communes, de villes et de comtés, il y en a une multitude d'autres qui ne doivent leur naissance et leur développement qu'à des volontés individuelles (...) L'habitant des États-Unis apprend dès sa naissance qu'il faut s'appuyer sur soi-même pour lutter contre les maux et les embarras de la vie ; il ne jette sur l'autorité sociale qu'un regard défiant et inquiet, et n'en appelle à son pouvoir que quand il ne peut s'en passer. Ceci commence à s'apercevoir dès l'école, où les enfants se soumettent, jusque dans leurs jeux, à des règles qu'ils ont établies, et punissent entre eux des délits par eux-mêmes définis. Le même esprit se retrouve dans tous les actes de la vie sociale. Un embarras survient sur la voie publique, le passage est interrompu, la circulation arrêtée ; les voisins s'établissent aussitôt en corps délibérant ; de cette assemblée improvisée sortira un pouvoir exécutif qui remédiera au mal, avant que l'idée d'une autorité préexistante à celle des intéressés se soit présentée à l'imagination de personne. S'agit-il de plaisir, on s'associera pour donner plus de splendeur et de régularité à la fête. On s'unit enfin pour résister à des ennemis tout intellectuels : on combat en commun l'intempérance. Aux États-Unis, on s'associe dans des buts de sécurité publique, de commerce et d'industrie,

de morale et de religion. Il n'y a rien que la volonté humaine désespère d'atteindre par l'action libre de la puissance collective des individus »⁴.

Tocqueville qui avait vécu la chute de l'Ancien Régime lors de la Révolution française, pense que la démocratie détruit les liens traditionnels et atomise la société. Suite à la loi de Le Chapelier⁵, il ne reste plus face aux gouvernements que des individus. Or, il faut, selon lui, que des instances indépendantes des gouvernements promeuvent des concepts ou des sentiments nouveaux. Si c'est le gouvernement qui se charge de cette tâche d'innovation, il imposera au lieu de proposer et il sera tyrannique. Il faut donc dans la société démocratique des entités nouvelles capables de jouer le rôle qu'assumaient jadis les corps intermédiaires. La voie à suivre est, selon lui, le modèle d'organisation socio-politique animée par une forte présence et prégnance de l'esprit communal, comme dans le cas de la Nouvelle-Angleterre :

« Voyez avec quel art, dans la commune américaine, on a eu soin, si je puis m'exprimer ainsi, d'éparpiller la puissance, afin d'intéresser plus de monde à la chose publique. Indépendamment des électeurs appelés de temps en temps à faire des actes de gouvernement, que de fonctions diverses, que de magistrats différents, qui tous, dans le cercle de leurs attributions, représentent la corporation puissante au nom de laquelle ils agissent ! Combien d'hommes exploitent ainsi à leur profit la puissance communale et s'y intéressent pour eux-mêmes ! (...) Le système américain, en même temps qu'il partage le pouvoir municipal entre un grand nombre de citoyens, ne craint pas non plus de multiplier les devoirs communaux. Aux États-Unis on pense avec raison que l'amour de la patrie est une

4 Voir TOCQUEVILLE A., *De la démocratie en Amérique*, vol. I, Paris, Gallimard, 1986.

5 Loi votée en 1796, interdisant et supprimant les ordres et les corporations professionnels.

espèce de culte auquel les hommes s'attachent par les pratiques (...) De cette manière, la vie communale se fait en quelque sorte sentir à chaque instant; elle se manifeste chaque jour par l'accomplissement d'un devoir ou par l'exercice d'un droit. Cette existence politique imprime à la société un mouvement continu, mais en même temps paisible, qui l'agite sans la troubler »⁶.

Enfin, pour une définition de la notion du capital social déduite de son absence, on doit rendre hommage à Durkheim et à son concept d'anomie. Dans son étude pionnière sur le suicide⁷, dans laquelle il étudie les statistiques du suicide dans plusieurs pays européens, il constate que les variations des taux observés peuvent être interprétées comme la conséquence des différences d'intégration sociale.

III.2. Les trois versions contemporaines

Pierre Bourdieu : l'approche structuraliste-marxiste

Pierre Bourdieu a introduit dans la pensée sociologique contemporaine la notion de l'habitus. Selon lui, une grande partie des pratiques et des perceptions des individus se fait en fonction de ce qu'il appelle leur habitus. L'habitus est un concept psychosocial qui désigne un ensemble de dispositions. Ces dispositions sont le résultat de l'incorporation personnelle dans diverses structures sociales. En effet, Bourdieu développe sa théorie d'habitus dans sa volonté de résoudre de manière dialectique le conflit entre d'une part, une approche structuraliste de l'action humaine, qui la réduit à son conditionnement par les structures sociales et d'autre part, le discours véhiculé par l'individualisme méthodologique, qui aborde cette action en termes de choix

6 Voir TOCQUEVILLE A., *op. cit.*

7 Voir DURKHEIM É., 1999, *Le Suicide : étude de sociologie*, Paris, PUF.

rationnels effectués par l'agent lui-même. Le concept d'*habitus* de Bourdieu est dans ce cas un instrument intellectuel visant à rendre compte de la manière dont l'ordre social est inscrit dans la personnalité de l'individu, influençant voire lui imposant ses choix. Pour expliquer par exemple, le fait que dans les milieux populaires la nourriture consommée soit assez souvent lourde et grasse, il ne se contente pas seulement d'une explication économiste qui ferait de cette habitude le résultat de contraintes financières. Il recourt également à la notion de préférence socialement déterminée⁸. Il essaie de cette manière de construire un pont interprétatif entre les conditions d'existence et les modes de vie pour employer des termes épidémiologiques, ou entre structures et pratiques pour parler comme les sociologues. On pourrait dire qu'il penche finalement lui aussi du côté d'un déterminisme social indirect, s'exprimant à travers la transmission de codes comportementaux associés à une culture reçue et vécue.

Le façonnement de l'*habitus* se fait en fonction des capitaux. Bourdieu en distingue trois. Premièrement, le capital économique : il est composé de l'ensemble des ressources financières d'un individu, directes ou indirectes. En deuxième lieu, il s'agit du capital culturel revêtant trois formes : le capital incorporé constitué de connaissances, de capacités cognitives qu'une personne a acquises ; le capital « objectivé » correspondant à des objets culturels (par exemple un tableau de peinture) qu'on peut posséder ; et le capital culturel institutionnalisé, ou capital scolaire, identifié par la possession de titres censés garantir des compétences scientifiques. Enfin, il distingue le capital social, c'est-à-dire l'ensemble des ressources actuelles ou potentielles qui sont liées à la possession d'un réseau durable de relations plus ou moins institutionnalisées d'interconnaissance et

8 Voir BOURDIEU P., 2002, *La Distinction : critique sociale du jugement*, Paris, Les Éditions de Minuit.

d'interreconnaissance. En d'autres termes, il s'agit d'un ensemble de ressources qui sont liées à l'appartenance à un groupe. Le terme « groupe » a ici le sens d'un ensemble d'agents qui ne sont pas seulement dotés de propriétés communes, mais sont aussi unis par des liens permanents et utiles⁹. Ces trois types de capitaux participent selon Bourdieu d'une stratégie de distinction sociale. En ce qui concerne plus particulièrement le concept du capital social, il s'apparente à un patrimoine immatériel. Il permet d'élargir la notion de capital habituellement réduite à sa seule dimension économique. Tout comme le capital économique, le capital social fonctionne selon un principe d'échanges de biens dont le rendement peut se mesurer en termes de privilèges, de droits, de pouvoirs, qui sont du reste convertibles à leur tour en d'autres formes de capital. Le capital social est conçu comme « (...) *un capital de relations mondaines qui peuvent, le cas échéant, fournir d'utiles appuis* »¹⁰. Sous sa forme de relations familiales ou d'amitié, il représente « (...) *une assurance contre le malheur et la calamité, contre la solitude et la misère, un réseau de soutiens et de protections dont on recevra au besoin un coup de main, un prêt ou une place (...) elles ne sont pas encore ce qu'on appelle des relations, c'est-à-dire un capital social indispensable pour obtenir le meilleur rendement du capital économique et culturel* »¹¹.

Son concept se situant dans un cadre analytique marxiste, privilégiant une lecture de la praxis en termes de classes, définit le capital social comme une caractéristique des classes dominantes, à savoir la capacité de leurs membres à profiter de leur intégration dans les réseaux sociaux de classe. Selon Bourdieu, le recours au capital social assure la reproduction des classes. L'accumulation du capital social

9 Voir BOURDIEU P., « Le capital social, notes provisoires », dans *Actes de la Recherche en sciences sociales*, n° 31, 1980, p. 2.

10 Voir BOURDIEU P., *La Distinction...*, *op. cit.*, p. 133.

11 *Ibid.*, p. 389.

renvoie à un comportement individuel de construction d'un réseau de relations à travers d'investissements sociaux tels que l'organisation de réceptions, l'adhésion à des clubs, les stratégies matrimoniales. Le capital social a beau s'apparenter à un actif individuel, il est toutefois socialement contingent. Son ampleur et son étendue dépendent des origines socioéconomiques de l'individu. L'approche de Bourdieu nous rappelle la formule de Hobbes, en ce qu'il aborde le capital social comme un outil permettant l'expression, voire étant à l'origine des rapports de force comme moteur de la praxis sociale.

James Coleman : l'approche normative

La pensée de Coleman est influencée par l'élaboration conceptuelle du concept de capital social par l'économiste Glenn Loury. Dans la définition fournie par Loury, le capital social figure comme l'ensemble des ressources inhérentes aux relations familiales et à l'organisation sociale de la communauté, utiles pour le développement cognitif et social d'un enfant. Cette approche théorique du capital social est mise en lumière par l'étude que Coleman mène sur les taux d'échec scolaire aux États-Unis. Les résultats indiquent que la probabilité pour un adolescent de quitter l'école est d'autant plus faible que le capital social de sa famille et de sa communauté est élevé (aide des parents pour faire les devoirs, temps passé avec les enfants), en d'autres termes le capital social peut être converti en capital humain¹². Mais Coleman se hâte de préciser que le concept qu'il développe réside exclusivement dans les interactions sociales des agents, c'est-à-dire qu'il est essentiellement relationnel.

12 Voir COLEMAN J., 1990, *Foundations of Social Theory*, Harvard University Press.

Pour Coleman les normes dictées au sein d'un groupe social ainsi que le principe de confiance interindividuelle font également partie de la notion du capital social. Il met en exergue la contribution fondamentale à la création du capital social, des obligations mutuelles et des relations basées sur la confiance : si A fait quelque chose pour B et a confiance dans une réciprocité future, ce geste produit une attente de la part de A et une obligation pour B, le lien ainsi constitué opérant comme un crédit. On décèle dans ce raisonnement les traces de la parabole de David Hume qui posait elle aussi comme condition *sine qua non* et comme élément constitutif du capital social la valeur de la confiance mutuelle. Dans la construction de sa théorie autour du capital social, le concept de l'information se voit accorder une place exceptionnelle. L'information joue un rôle essentiel dans l'action, multipliant l'éventail des choix de l'acteur social¹³. Néanmoins, l'accès à l'information n'est pas évident. Un des moyens susceptibles de la rendre accessible à l'individu-agent est l'utilisation des relations sociales. En somme, le capital social est défini suite à sa fonction : « *It is not a single entity but a variety of different entities having two characteristics in common: they all consist of some aspect of social structure and they facilitate certain actions of individuals who are within the structure* »¹⁴. La conceptualisation du capital social en termes de ressources censées en faciliter l'action constitue un moyen d'intégrer la structure sociale dans le paradigme de l'action rationnelle prônée par le dogme sociologique de l'individualisme méthodologique, sans pour autant sombrer dans une interprétation marquée par les principes du déterminisme social.

13 Voir COLEMAN J., *op. cit.*, p. 302.

14 *Ibid.*, p. 310.

Robert Putnam : l'approche communautarienne

Quelques années après l'intervention de Coleman dans l'aventure intellectuelle entamée par le débat tissé autour de la notion du capital social, c'est à un politologue américain Robert Putnam de se positionner à son tour, tout en apportant sa propre vision théorique. Il le fait avec la publication de son ouvrage en 1993¹⁵, sur les performances des gouvernements locaux en Italie, suivi en 1995 par un article extrapolant ces résultats aux États-Unis¹⁶. Le point de départ de son investigation était l'exploration des raisons susceptibles de rendre compte des inégalités de développement des régions italiennes, mesurées en termes d'efficacité économique ou de performance politique. L'analyse empirique de Putnam porte sur le processus de développement institutionnel en Italie durant la période 1860-1987. L'auteur a constitué pour chaque région une série d'indicateurs synthétiques et en particulier un indice de communauté civique mesuré par la participation aux référendums ainsi que dans d'autres scrutins et procédures électorales, par la lecture de journaux, l'appartenance à des associations locales et un indice de performance institutionnelle évalué à partir de la stabilité du gouvernement territorial, la production de lois et de statistiques, le développement de l'industrie et de l'agriculture, la mise en place de politiques de santé et de logement. Finalement, il apparaît que, bien plus que les déterminants traditionnellement évoqués pour rendre compte de la réussite des uns et de l'échec des autres, qu'ils soient démographiques ou économiques, c'est le contexte civique qui importe le plus. S'appuyant sur l'histoire de l'Italie, il remonte à la période médiévale, pour retrouver les raisons de la réussite des régions

15 Voir PUTNAM R., 1993, *Making Democracy Work: Civic Traditions in Modern Italy*, Princeton University Press.

16 Voir PUTNAM R., "Bowling alone: America's declining social capital", *Journal of Democracy*, 1995, vol. 6, p. 65-78.

de l'Italie centrale et de l'Italie du Nord, ainsi que celles du sous-développement des régions de l'Italie méridionale. Son étude montre comment le capital social fondé sur des normes de réciprocité ou encore des relations d'obligation mutuelle, et des réseaux d'engagement civique, particulièrement et diachroniquement présents dans les régions de l'Italie centrale et septentrionale, dès l'époque de la constitution des communes (*signorie*) et des républiques maritimes, est le facteur déterminant de l'efficacité de leurs institutions, susceptible aussi d'expliquer leur robustesse économique. Putnam met en évidence que les régions à forte tradition d'engagement civique, traduite par une forte participation au vote, par un engagement élevé dans les associations (p. ex, chorale, club de football) et par un taux élevé de lecture des journaux, c'est-à-dire les régions dotées d'un « stock » riche en capital social, jouissent d'une meilleure performance politique et d'une plus forte croissance économique. Il en déduit que « *le capital social existant dans les normes et les réseaux d'engagement civique semble être une condition préalable au développement économique ainsi qu'à l'efficacité des gouvernements* »¹⁷. Constituer un capital social est donc la clé pour faire fonctionner la démocratie et tracer la voie vers le développement économique. À travers ces corrélations, on entrevoit un glissement sémantique dans la définition du capital social d'une propriété individuelle ou relationnelle à une caractéristique appartenant à un groupe social et émanant d'une communauté.

III.3. Le capital social dans les champs des sciences humaines et sociales

Dans le domaine de la psychologie sociale, le capital social renvoie à la littérature liée au « *sense of community* »¹⁸.

17 Voir PUTNAM R., *Making Democracy Work...*, *op. cit.*, p. 37.

18 À ce propos, voir, LOCHNER K., KAWACHI I., KENNEDY B., 1999, “So-

Cette notion est associée au sentiment d'appartenance à un groupe, à une communauté au sein desquels les individus partagent des émotions et des histoires communes. Son pilier conceptuel c'est le quartier. C'est l'ensemble des itinéraires parcourus et des interactions dialogiques effectuées au sein du quartier¹⁹, qui forgent cette entité spatiale la dotant en même temps d'une dimension temporelle qui souligne son enracinement dans la mémoire collective. Cet espace est le lieu d'une interconnaissance où chacun est reconnu pour un certain nombre de particularités de sa vie privée par ses voisins. La proximité dans l'espace, mais aussi la conscience d'un parcours commun dans le temps créent les conditions favorables pour que des échanges sociaux aient lieu et pour qu'ils évoluent vers des expressions d'une empathie généralisée unissant les individus les uns avec les autres à travers les fils invisibles de l'imaginaire. La notion de capital social intervient dans la rhétorique de cette science comme une exigence psychologique d'appartenance satisfaite par la communauté définie plutôt en termes de vécus communs qu'en termes ethnologiques. Le capital social dans cette perspective prend la forme de gratifications quotidiennes telles que les sourires, les bonjours, les saluts, les paroles de rencontre qui donnent le sentiment d'exister, d'être apprécié et estimé, quitte à devoir se soumettre au regard panoptique du quartier qui commente tout écart. Dans ce sens le capital social s'oppose à l'anonymat engendré par les expérimentations architecturales et urbaines d'une certaine

cial Capital: a Guide to its Measurement", *Health and Place*, vol. 5, p. 259-70, SARASON S., 1974, *The Psychological Sense of Community*, San Francisco, HILL J., 1996, "Psychological sense of community: suggestions for future research", *Journal of Community Psychology*, vol. 24, p. 431-8.

19 Pour l'importance de la physionomie du quartier dans l'expression du capital social, voir LEYDEN K., 2003, "Social Capital and the Built Environment: the Importance of Walkable Neighbourhoods", *American Journal of Public Health*, vol. 93 p. 9.

modernité, qui rendent difficile l'articulation du privé et du public dans l'espace du quartier, car elles le déstructurent à travers la « sérialité » de l'habitat et la disparition des lieux de rencontre, tout en brisant en même temps le tissu sociétal qui canalisait autrefois la sociabilité.

Comme nous l'avons déjà évoqué, on trouve un politologue parmi les trois « parrains » contemporains du capital social. Autant dire la place importante que cette notion a désormais occupée dans l'arène des idées et des débats des sciences politiques. Ces dernières ont aussi contribué à l'évolution de la notion en mettant à la disposition de la communauté scientifique leurs outils conceptuels. Pour les sciences politiques, le capital social a un double visage : le capital social civil et le capital gouvernemental. Si Putnam lors de son enquête sur les régions italiennes n'avait recelé que l'un de deux aspects de ce capital, celui concernant le caractère civil d'une société, Narayan²⁰ quelques années plus tard, vient prolonger et enrichir la réflexion de son prédécesseur, en proposant une définition dichotomique du capital social comprenant d'une part, le type de relations entre les différents groupes de la société civile et d'autre part, la performance du gouvernement. Les deux termes de l'équation, les institutions formelles et informelles, fonctionnant comme variables dépendantes l'une de l'autre dans le modèle de Putnam et en relation de quasi-causalité (les deuxièmes expliquant le succès des premières), deviennent dans le schéma proposé par Narayan des variables autonomes, en osmose continue, ayant une relation dialectique mutuellement enrichissante.

Dans les chemins historiographiques, l'ombre du capital social plane au-dessus d'études consacrées au phénomène

20 Voir NARAYAN D., 1999, *Bonds and Bridges: Social Capital and Poverty*, Washington, The World Bank.

de la sociabilité ainsi qu'à celui de l'esprit associatif²¹. Ce dernier le plus souvent lié aux corporations professionnelles, sous la forme de compagnonnage en France, d'« *esnafs* » dans l'Empire ottoman, des « *guilds* » en Angleterre, et à des congrégations religieuses, telles que les confréries en France ou les « *cofradías* » dans la péninsule ibérique, connaît aussi une éclosion particulière d'une part, dans les cercles de sociabilité intellectuelle, comme les cénacles ou les salons des xvii^e-xix^e siècles et les « *tertulias* » espagnoles, résonances lointaines des banquets philosophiques de l'antiquité gréco-romaine, et d'autre part, dans les lieux de sociabilité populaires tels que le café, *le parlement du peuple* selon Balzac, et le cabaret.

Parmi ces études, on peut distinguer les travaux de Maurice Agulhon s'intéressant à la sociabilité méridionale. Il y étudie les loges et les confréries provençales pendant les xvii^e-xviii^e siècles²². Ayant vite constaté que le fait même du regroupement, l'intérêt et la joie d'être ensemble en venaient parfois à séduire les confrères autant et plus que le but du groupement, il a songé à rattacher les confréries elles-mêmes au fait plus vaste de l'association. Il déduit de son étude que le succès des loges et des confréries ont en commun une chose, les uns et les autres sont des indices d'un goût prononcé pour l'association. En même temps, il fait remarquer à travers les documents qu'il consulte que les citoyens du xix^e siècle avaient déjà conscience des différentes formes de la sociabilité ainsi que des métamorphoses du capital social, tout en partageant avec nos contemporains les mêmes préoccupations pour la

21 Voir KEEN S., 1999, "Associations in Australian History, their Contribution to Social Capital", *Journal of Interdisciplinary History*, vol. 4, p. 639-59, MCINTOSH M., 1999, "The Diversity of Social Capital in English Communities, 1300-1640", *Journal of Interdisciplinary History*, vol. 3, p. 459-90, ROSENBAUD L., 1999, "Social Capital in the Early Industrial Revolution", *Journal of Interdisciplinary History*, 3, p. 435-57.

22 Voir AGULHON M., 1984, *Pénitents et francs-maçons de l'ancienne Provence : essai sur la sociabilité méridionale*, Paris, Fayard.

diminution de son « stock ». Comme en témoigne la lettre que le maire de La Ciotat envoie en 1824, au préfet des Bouches du Rhône pour comparer son époque à celle d'avant 1789 :

« (...) l'on se plaint en général qu'il y a moins de sociabilité qu'autrefois. On voit beaucoup moins dans les petites villes les assemblées journalières et nombreuses de personnes auxquelles leur aisance et leur genre de vie permettaient de se réunir pour consacrer un honnête loisir aux agréments de la société. La diminution des fortunes et la transplantation de plusieurs familles en sont cause en partie. Il faut ajouter que de tristes souvenirs, la méfiance et l'animosité qui en sont la suite, y contribuent beaucoup aussi, mais l'on a peut-être gagné d'un côté ce que l'on a perdu de l'autre. Si les liaisons de sociétés sont moins nombreuses elles sont plus intimes. Les liens de famille se sont resserrés, la ressemblance des opinions en a formé de nouveaux »²³.

D'autres historiens, comme André Gueslin²⁴, s'intéressent au véritable culte de l'association exprimé par les classes ouvrières et les socialistes du xix^{e} siècle. Le règne des producteurs associés, étant le rêve de certains penseurs socialistes, les historiens ne manquent pas l'occasion de souligner que toutes les organisations clés de la démocratie moderne, à savoir les syndicats, les mutuelles, les coopératives, les partis politiques, ou les institutions phares de l'État-providence, telles les caisses d'assurance maladie²⁵, sont issues du creuset associatif du xix^{e} siècle.

23 *Ibid*, p. 8.

24 Voir GUESLIN A., 1998, *L'Invention de l'économie sociale : Idées, pratiques et imaginaires coopératifs et mutualistes dans la France du xix^{e} siècle*, Paris, Economica.

25 En France on rencontre leurs précurseurs dans les sociétés de secours mutuel alors qu' en Angleterre ce sont les « friendly societies » qui véhiculent cet esprit de solidarité ouvrière.

L'anthropologie s'intéresse quant à elle au capital social en guise de lien social et d'échanges des dons²⁶. Inspirés des travaux de Marcel Mauss, les anthropologues privilégient la place du don dans la dynamique des rapports sociaux. Sur une échelle de valeurs rejetant l'idée de la prééminence totale de la logique d'intérêt, prise au sens le plus utilitariste, les chercheurs qui se réclament du Mouvement anti-utilitariste dans les sciences sociales (MAUSS), soulignent la permanence des rapports dialectiques entre intérêt et gratuité dans la logique des relations sociales²⁷. Ils insistent sur l'importance des activités informelles pour l'emploi et la redistribution des revenus. Dans la sphère des études anthropologiques, les circuits de l'économie solidaire sont un paradigme dont les contours dépassent les limites de la sphère marchande. Le bénévolat et le troc en font partie au même titre que les solidarités observées dans plusieurs pays africains qui, par exemple en temps de crise, assurent aux populations mises à rude épreuve, la protection sociale que l'État n'est pas en mesure de leur procurer.

Dans le domaine de la sociologie, les études sur le capital social se font l'écho de l'intérêt des chercheurs pour des notions telles que l'intégration ou la cohésion sociale. Les analyses portant sur ces thématiques peuvent être considérées comme les présages²⁸ d'une invention du terme de capital

26 Voir GODBOUT J., 1992, *L'Esprit du don*, Paris, La Découverte.

27 Voir LEVESQUE B., BOURQUE G., 2001, *La Nouvelle Sociologie économique. Originalité et diversité des approches*, Paris, DDB.

28 Elias dans son ouvrage *La Société des individus*, Paris, (éd. Française 1991), considère par exemple, les individus comme liés les uns les autres par des liens de dépendance réciproque qui constituent la société même. La société n'existe pas sans les interactions entre individus. Il reprend afin d'illustrer sa théorie l'exemple fourni par Aristote et qui se réfère au rapport de la pierre à la maison. C'est une image parlante qui montre que de nombreux éléments isolés forment par leur réunion une unité dont la structure ne s'explique pas par la simple juxtaposition des différents

social. Aujourd'hui, cette notion, forte de ses appuis dans l'outillage conceptuel de la sociologie traditionnelle, réclame sa place dans de nouvelles théories telle que celle élaborée par Anthony Giddens²⁹. Dans sa théorie de la structuration, le véritable objet de ses interrogations et préoccupations intellectuelles ne sont ni les totalités sociétales, ni l'expérience individuelle des acteurs, mais l'ensemble des pratiques sociales accomplies et ordonnées dans l'espace et dans le temps. Selon lui, l'affaiblissement de la sécurité ontologique, suite à l'avènement de la société du risque, entraîne le besoin des liens personnels avec les autres. Par le biais des relations et de l'ouverture réciproque et bien intentionnée, l'individu cherche à préserver son bien-être émotionnel : « *les relations personnelles, dont le principal objectif est la sociabilité, déterminée par la loyauté et l'authenticité, deviennent un élément social de la modernité* »³⁰.

Quant à la théorie des réseaux³¹, qui base sa lecture du phénomène social sur l'importance des liaisons aussi bien verticales qu'horizontales entre les individus, elle tisse avec le concept de capital social des liens de consubstantialité, dans la mesure où elle l'intègre dans ses paramètres interprétatifs en même temps qu'elle l'imprègne de sa logique.

éléments. Selon lui, ce sont les interactions entre les individus qu'il faut étudier afin de se rendre compte de leurs actions et de conséquences de ces actions sur eux-mêmes. C'est la situation de l'interaction qui compte et dans laquelle chaque élément de la rencontre n'est ni plus ni moins déterminant que l'autre.

29 Voir GIDDENS A., 1987, *Social Theory and Modern Sociology*, Cambridge, Cambridge University Press.

30 Voir GIDDENS A., 1994, *Les Conséquences de la modernité*, Paris, L'Harmattan, p. 127.

31 Selon le sociologue Manuel Castells (*L'Ère de l'information*, 1998) l'organisation pyramidale de la société- autour de l'Etat et des institutions- fait place à une organisation en réseaux : réseaux de télécommunications, réseaux d'entreprises, réseaux interpersonnels, etc.

Le terme capital permet enfin et surtout une plus grande proximité entre des analyses sociologiques et économiques. Le capital social sert de pont communicationnel entre les sciences économiques et sociales. En opérant une alchimie subtile, le concept de capital social rapproche des éléments théoriques provenant de l'univers sociologique avec des modèles d'analyse émanant de la sphère économique. Afin de retrouver les premiers signes annonçant la naissance de cette notion hybride, on doit remonter un peu dans le temps. Ainsi, c'est dans les années 1970 que l'étude de Granovetter sur la force des liens faibles « the strength of weak ties », publié en 1973, a eu un impact sur la réflexion théorique. Cette étude sur les paramètres facilitant la recherche d'emploi et l'embauche a été réalisée dans Newton, une petite ville du Massachusetts, faubourg de Boston d'environ 100 000 habitants. Pendant l'enquête, des personnes ayant changé d'employeur entre les deux derniers recensements ont été interrogées. 266 questionnaires ont ainsi été distribués et les cas les plus intéressants ont été approfondis par des entretiens. Il s'agissait essentiellement de savoir par quelle voie l'emploi avait été obtenu. Trois possibilités étaient envisagées : les contrats personnels, les moyens formels, les démarches directes de la personne intéressée. Les résultats ont montré que 56 % des personnes interrogées avaient obtenu leur emploi par contact personnel, tout en soulignant que ceux qui réussissaient le mieux étaient ceux qui utilisaient des contrats professionnels plutôt que des liens familiaux ou d'amitié, autrement dit ceux qui se servaient de liens faibles au lieu de liens forts. Cette conclusion a ranimé les débats et a lancé les polémiques sur l'impact potentiel des liens interpersonnels par rapport au développement économique individuel ainsi que sur la place de ces liens dans le développement économique d'une société entière.

Dès octobre 1996, la Banque mondiale lance le projet social Capital Initiative³² qui a pour but d'orchestrer les recherches s'intéressant à la notion de capital social tout en encourageant les études portant sur ses effets au sujet du développement économique. En 1998, la Banque Mondiale propose la définition suivante pour le capital social : « *defined broadly, Social Capital encompasses the formal and informal rules that enable coordinated action and goal achievement* »³³. Cette définition fait en premier lieu allusion à une idée d'obligations engendrées par un ensemble de règles ou de normes, ce qui nous renvoie à la définition de Coleman, deuxièmement, elle s'appuie sur une inclination affective envers les autres, basée sur la confiance, et elle recouvre l'ensemble des relations entre individus et leurs combinaisons sous forme de réseaux.

Le capital social apparaît en même temps, comme un maillon essentiel et critique des stratégies de lutte contre la pauvreté et en vue d'un développement économique durable³⁴. Il s'agit de transferts sociaux intra et intergénérationnels entre ménages ou intraménages. Le capital social, « représenté » par les associations villageoises et de quartier, les associations de développement et les réseaux financiers, les caisses de crédit solidaire, les mutuelles d'épargne et de crédit, les réseaux familiaux, les obligations communautaires, il est censé générer des flux d'argent œuvrant comme un palliatif et un substitut au manque de capital économique, dans des pays confrontés

32 Tous les travaux issus de cette initiative ainsi qu'une large base de données concernant la littérature sur le capital social sont disponibles sur le serveur de la Banque : <http://www.worldbank.org/poverty/scapital>

33 Dans une autre définition les économistes FAFCHAMP M., MINTEN B., 2002, « Returns to social capital among traders », *Oxford Economic Papers*, vol. 54, n° 2, p. 173-206, voient le capital social comme un stock d'attachement social envers un groupe ou une communauté, aussi bien que comme un « social network capital » détenu par les individus.

34 Voir BALLET J., 2003, *Regards croisés sur le capital social*, Paris, L'Harmattan.

à de crises économiques et où les mécanismes de régulation politique font défaut. L'étude menée par Deepa Narayan et Lant Pritchett, dans le cadre du projet de la Banque mondiale, témoigne, par exemple, des relations entre le capital social et l'innovation agricole dans un village tanzanien³⁵.

III.4. Les grands débats théoriques autour de la notion de capital social

La notion de la communauté de Ferdinand Tönnies, et le conflit libéraux-communautariens

La littérature sur le capital social tourne de manière plus ou moins implicite et consciente autour de la notion de « *gemeinschaft* » (communauté) de Tönnies et de son raisonnement « communautaire » évoquant un rétablissement des structures intermédiaires sous forme d'associations civiques locales afin de combattre les dysfonctionnements sociaux. Tönnies dans son analyse de l'organisation sociale³⁶ entrevoit deux catégories de société : en premier lieu, la communauté résultant des rapports entre les membres d'une famille, à laquelle s'ajoute la communauté de la localité s'exprimant dans les relations de voisinage et d'amitié. La communauté se développe à partir de la famille et trouve son expression la plus parfaite dans le village. En deuxième lieu, il y a la société (*gesellschaft*), réunissant un certain nombre d'individus qui, comme dans la communauté, vivent les uns à côté des autres, mais n'ont entre eux aucun lien réel. La société est un groupement où les individus gardent une place marquée et où le jeu des relations sociales reste d'ordre mécanique, inorganique, artificiel comme l'échange

35 Voir NARAYAN D., PRITCHETT L., 1997, *Cents and Sociability: Household Income and Social Capital in Rural Tanzania*, World Bank.

36 Voir TÖNNIES F., 2001, *Community and Civil Society*, Cambridge, Cambridge University Press (éd. anglaise).

des produits. La communauté est la forme de vie ancienne, primitive où les rapports entre individus sont vécus, sentis. L'évolution de la communauté vers la société est jugée comme un processus de mécanisation des rapports sociaux.

À l'aide des mêmes termes, mais dans un sens différent et presque opposé, Durkheim distingue dans la *Division du travail social*, la solidarité mécanique et la solidarité organique. La première est à son apogée quand la conscience collective régit notre présence totale, effaçant la personnalité de chaque individu. La solidarité organique, au contraire, est le produit de la division du travail. À l'opposé de la solidarité mécanique, elle n'est possible que si chacun a une sphère d'action qui lui est propre. Or, plus la personnalité et l'individualité sont évidentes, plus est forte la cohésion qui résulte de cette solidarité.

Benjamin Constant ne se contente pas, quant à lui, de reprocher au modèle de la société primitive regroupée autour d'une communauté, l'étouffement de toute émancipation individuelle. D'après l'intellectuel vaudois, chef de file de la pensée libérale sous la Restauration, la vie privée constitue un des traits caractéristiques de ce qu'il nomme la liberté des Modernes. Les Anciens étaient tout entiers absorbés par et dans la vie de la communauté-cité. La liberté des Modernes consiste, en revanche, à pouvoir s'en détacher et même s'en désintéresser pour pouvoir se consacrer aux affaires privées. La vie privée est la clé du bonheur de l'homme moderne, une sorte de refuge en marge de la vie publique.

On voit donc se défilier tout au long de la pensée moderne, deux courants différents défendant l'un, la trajectoire autonome et personnalisée de l'individu dans la société, l'autre prônant l'insertion de cette trajectoire dans un parcours communautaire et dans un tissu d'interactions sociales. De là, un conflit se profile entre d'une part, les libéraux et d'autre

part, les « communautariens »³⁷. Les premiers, héritiers de Locke, de Kant, de Stuart Mill, expriment leur méfiance vis-à-vis des structures sociales encombrantes et parfois même restrictives des droits de l'individu (p. ex. : associations) ou des institutions politiques paternalistes (p. ex. : l'État). Les autres puisant leurs racines intellectuelles dans la formule d'Aristote affirmant que la *polis* est antérieure à l'individu, et s'inspirant de la tradition républicaine des communes italiennes de la Renaissance et du romantisme allemand, voient dans le capital social une voie pour la sortie de l'individualisme de la modernité. On retrouve dans cette approche « communautarienne » du capital social les échos d'une nostalgie pour les « solidarités classiques » et la plénitude de sens qui auraient caractérisé les sociétés traditionnelles. L'approche « communautarienne » soutient de manière fervente l'augmentation et la diffusion du capital social d'une société sous forme de multiplication et d'intensification des relations liant les membres d'une communauté les uns avec les autres et tous avec la communauté elle-même. Selon les partisans de cette approche, la notion du capital social est intrinsèquement positive, vision qui n'est pas pour autant partagée par les détenteurs d'une approche libérale de la société qui quant à eux voient dans le capital social, entendu sous sa version « communautarienne », le danger d'une subordination de l'initiative individuelle aux prérogatives de la collectivité³⁸.

37 À ce propos voir BERTEN A., 1997, *Libéraux et communautariens*, Paris, PUF.

38 On pourrait retracer les premières séquences de ce débat, dans le conflit qui opposa dans l'antiquité gréco-romaine, les épicuriens, adeptes d'individualisme, aux stoïciens défenseurs de la responsabilité sociale de l'individu et partisans de son engagement actif dans les activités civiles. Selon Albert Hirschmann dans son ouvrage, *Bonheur privé, action publique*, Fayard, 1982, il y a des périodes au cours desquelles l'action politique et l'engagement social sont fortement mobilisatrices, d'autres au contraire où elles sont délaissées, les individus préférant se replier sur les valeurs de

La notion de la solidarité des associations ouvrières
– Pierre Leroux – solidaristes – *Third Way*

La solidarité, paramètre constitutif du capital social, est une notion polysémique. D'une part, elle est liée aux actions philanthropiques qui cultivent des liens de dépendance, tout en se basant sur une idée de don asymétrique, processus dans lequel il n'y a pas d'échange mutuel. À cette version s'oppose la solidarité comme principe de démocratisation de la société, résultant d'actions collectives supposant une égalité de droit entre les personnes qui s'y engagent volontairement, au sein d'associations ou d'autres organisations à vocation sociale. Les associations représentent pour beaucoup d'individus des formes renouvelées de solidarité déjà présentes sous l'Ancien Régime. Juste après la Révolution de 1789, et suite à la loi Le Chapelier, toute corporation avait été interdite en France et les corps intermédiaires dénoncés sous motif qu'ils risquaient d'interférer dans la relation entre le citoyen et l'État. Mais la conviction que l'instauration de la liberté civile pourrait suffire à générer une tendance à l'égalisation des conditions ayant été démentie, c'est au nom de la solidarité que se multiplient les associations ouvrières entre 1830 et 1848³⁹. Si les grandes révolutions du xviii^{e} siècle ont bien brisé l'ancienne architecture sociale, ses ordres hiérarchiques, ses corps privilégiés, les individus-ouvriers n'ont pas toutefois tardé à redécouvrir le sens de l'entraide et de la solidarité professionnelle. Dans leur prise de conscience concernant

la vie privée. Il y a donc des cycles qui voient la frontière vie privée/vie publique tantôt se déplacer en faveur de la vie privée, tantôt en faveur de la vie publique. Dans une telle perspective les « stocks » de capital social suivraient le flux de ces évolutions.

39 André Gueslin dans son ouvrage *L'Invention de l'économie sociale*, Paris, 1989, p. 147, fait remarquer que dans sa thèse sur Toulon, Maurice Agulhon a confirmé l'hypothèse de la continuité associative en se référant à l'osmose entre compagnonnage et sociétés de secours mutuels.

L'utilité de l'esprit associatif, ils ont bel et bien été secondés par les partisans du libéralisme économique, qui voyaient dans cette tendance une occasion unique pour faire l'économie de l'intervention étatique. Les libéraux en plébiscitant et en encourageant les initiatives des regroupements ouvriers dans des associations telles que les caisses de prévoyance ou les sociétés de secours mutuels, ont voulu remplacer la responsabilité étatique dans le financement des politiques sociales par la prise en charge des ouvriers par eux-mêmes.

Parallèlement à ces arrière-pensées des économistes libéraux, deux conceptions de la solidarité vont s'affirmer au XIX^e siècle. La solidarité comme lien social de Pierre Leroux et la solidarité comme dette sociale des solidaristes. Pierre Leroux (1797-1871) affirme que « *la nature n'a pas créé un seul être pour lui-même (...) elle les a créés les uns pour les autres, et a mis entre eux une solidarité réciproque* »⁴⁰. Inventeur du terme « socialisme », il souhaite échapper tant à un individualisme concurrentiel, qu'à un étatismes autoritaire. Il insiste sur l'établissement entre l'État et la société d'une communication qui suppose des groupes intermédiaires (réseaux de solidarité, associations). Sa pensée entre en résonance avec les mouvements de son époque et se fait l'écho d'un associationnisme ouvrier. Mais les expérimentations politiques dans le laboratoire d'idées qu'est la France post-révolutionnaire connaissent une coupure abrupte. Suite à l'expérience traumatisante de la fin tragique de la Révolution de 1848, et l'établissement d'un régime autoritaire, c'est à la fin du XIX^e siècle que le concept de solidarité regagne du terrain et les principes qui lui sont rattachés se voient exprimés à travers le mouvement du solidarisme. Ce courant de pensée et d'action politique

40 LEROUX P., *Aux philosophes*, Paris, 1841, cité par LE BRAS, « Les métamorphoses d'une notion : la solidarité chez Leroux », dans CHEVALLIER J., 1992, *La solidarité, un sentiment républicain*, Paris, PUF. Avec cette affirmation Leroux rejoint le point de vue d'Aristote selon lequel, l'être humain est un animal social « *zoon politicon* ».

apparaît comme le moyen pour les républicains de mettre en place une troisième voie entre libéralisme et socialisme, réconciliant les droits individuels avec la responsabilité de l'État. Ses thèses sont défendues par des intellectuels comme Émile Durkheim et des personnalités politiques comme Léon Bourgeois. La notion de la solidarité prend alors un sens nouveau. Les solidaristes parlent de double dette sociale à l'égard des générations suivantes et vis-à-vis de nos semblables. Cette référence ne peut que nous étonner par sa modernité et son allusion précoce aux idées de développement durable. En même temps, les solidaristes entendent leur théorie comme une ambition d'équilibre entre liberté et égalité. Leur préoccupation majeure est d'éviter le basculement de la société soit vers un gouffre individualiste soit vers une dérive collectiviste. Ils érigent leurs voix en tant que force alternative entre les deux pôles de la pensée politique de leurs temps représentés par le libéralisme et le socialisme. En voulant s'opposer à la logique du marché véhiculée par les libéraux aussi bien qu'aux pratiques collectivistes revendiquées par les socialistes, ils exaltent l'utilité sociale de l'esprit associatif. Ils voient dans les associations le moyen d'une maîtrise collective de la vie quotidienne qui puisse faire face aux maux sociaux.

Les principes prônés par les solidaristes resurgissent à la fin du xx ^e siècle, déguisés en doctrine de la Troisième Voie (*Third Way*). Selon Anthony Giddens, l'un des ténors de cette théorie, si la lutte des classes s'achève ainsi sur un happy end, c'est avant tout parce qu'il n'y aurait plus de classes, mais des associés, des partenaires, mutuellement satisfaits, les rapports de force ne sont pas niés, occultés, mais la violence est conjurée, dans une société angélique, qui est construite sur la valeur de la solidarité assurée au sein de la société civile et incarnée par la notion du capital social.

Un exemple de capital social est celui qui nous est offert par les sociétés civiles dans les pays de la région méditerranéenne⁴¹. Dans ces sociétés, on constate l'existence de réseaux d'amitié ou d'un système complexe de liaisons familiales. Il s'agit de structures relationnelles qui sont mobilisées soit afin que des obstacles bureaucratiques soient surmontés, soit dans des conditions des contrariétés sociales. Ces réseaux sont utilisés comme une sorte de bouclier contre l'exclusion sociale, une espèce de remède au manque ou à l'insuffisance des systèmes de protection sociale. Ils facilitent la circulation des biens et des services au sein de leurs circuits, de manière à assurer la durabilité de la vie, tout en aidant leurs membres les plus faibles ou en état de précarité à se prémunir contre les vicissitudes de l'économie du marché, œuvrant en quelque sorte comme un mécanisme de correction et de compensation de ses imperfections.

Une autre source de capital social sont les « rotating credit associations »⁴². Ces associations sont présentes un peu partout dans le monde, du Nigeria à l'Écosse, du Pérou au Vietnam, du Japon à l'Égypte. Elles consistent en un groupement d'individus se mettant d'accord pour apporter des contributions régulières à un fond commun, dont la somme totale revient périodiquement, et cela dans une logique de rotation, à chacun des membres participants. Ces systèmes de financement qui contournent les circuits financiers officiels ne peuvent réussir que dans des sociétés caractérisées par un taux élevé de confiance interindividuelle. En Mauritanie⁴³ cette pratique de financement est assimilée

41 Voir SAPELLI G., "South European modernity, alternatives to marginalisation: new forms of social action in mediterranean towns", *Journal of Southern Europe and Balkans*, 2000, 2 (2), p 183.

42 En ce qui concerne la relation entre les rotating credit associations et leur rapport au capital social, voir OSTROM E., AHN T. K. (dir.), 2003, *Foundations of Social capital*, Edward Elgar Publishing, p. 224.

43 Voir *Regards croisés sur le capital social*, *op. cit.*.

à la tradition des *tontines*. Il s'agit d'une cotisation monétaire que donne chaque membre d'un groupe socioprofessionnel, d'une tranche d'âge et parfois de voisins qui jouissent d'une confiance mutuelle. Cette cotisation est rassemblée et elle est empochée par chacun des membres à tour de rôle. Une autre version de ce mécanisme financier, basé sur les idées de solidarité et d'entraide sociale, est le *piyé*. Cette pratique consiste à rassembler une somme d'argent à partir d'une cotisation que font les membres d'un clan ou d'une tranche d'âge et dont bénéficient certains des membres du groupe à l'occasion d'événements particuliers tels un mariage ou un baptême. Enfin et toujours en Mauritanie, on retrouve dans la tradition de la *touizga* une autre expression de solidarité sociale, celle-ci prenant la forme de travail collectif, de don au groupe non quantifiable. Il s'agit en effet d'un travail collectif qu'effectuent les membres d'un groupe, d'une tranche d'âge ou d'un clan pour répondre à un impératif de production dont pourrait bénéficier un ou plusieurs individus.

III.5. Le capital social et la Santé publique

Le capital social dans le cadre de l'épidémiologie sociale

La question du lien entre santé et facteurs sociaux⁴⁴ a été abordée dès le xix^{e} siècle. Le mouvement des hygiénistes en France, Villermé⁴⁵ en tête, s'interroge sur l'étiologie sociale de la pathologie. Selon Villermé, les conditions de vie misérables auxquelles est contrainte à vivre une certaine partie de la population rendent l'individu plus vulnérable aux différentes

44 Voir HERZLICH C., 2003, « La santé et le social », *Revue de l'épidémiologie et de la Santé publique*, 51, p. 377-80.

45 Louis René Villermé, médecin hygiéniste du xix^{e} siècle, en France. Son ouvrage *Tableau de l'état physique et moral des ouvriers dans les manufactures de coton, de laine et de soie*, publié en 1840, a marqué la pensée épidémiologique de son siècle.

expressions de la maladie. Alors qu'en France les hygiénistes se confrontaient à l'interprétation sociale des symptômes des pathologies humaines, en Angleterre, Edwin Chadwick⁴⁶ proposait la mise en place de dispositifs techniques à l'échelle urbaine pour améliorer les conditions sanitaires. Dans une telle perspective, il proposa l'assainissement de la ville par l'intermédiaire d'une amélioration du réseau hydraulique afin que les foyers de contamination épidémique soient maîtrisés. Ce faisant, il plaça lui aussi la santé dans un cadre d'action collective en la dissociant de la seule responsabilité individuelle. Héritière de ces traditions, l'épidémiologie sociale essaie de réinsérer le social dans la réflexion sur le champ de la Santé publique. Cette nouvelle version et lecture de l'épidémiologie visent à poser les fondements théoriques pour une étude du phénomène de la Santé en tant que fait social, en dialogue constant avec les structures sociales et non plus exclusivement réduites à la sphère de l'activité individuelle.

Les pratiques de la Santé publique et la pensée épidémiologique étaient pendant longtemps « colonisées » par l'approche mécanistique-positiviste et la réflexion unidimensionnelle de la médecine ainsi que par l'éthique individualiste d'une certaine école de pensée économique⁴⁷. Les comportements des individus et notamment ceux considérés à risque, étaient montrés du doigt comme seuls ou pour le moins principaux responsables de la dégradation de la santé de l'individu. Ces comportements (p. ex., tabagisme, alcoolisme) observés plus souvent chez les individus peuplant les catégories les plus défavorisées de la hiérarchie socioéconomique, cette différenciation et stratification

46 Voir HAMLIN C., 1997, *Public Health and Social Justice in the Age of Chadwick: Britain 1800-54*, Cambridge University Press.

47 Voir LOMAS J., "Social Capital and Health: Implications for Public Health and Epidemiology", *Social Science and Medicine*, 1998, 47 (9), p. 1181-88.

sociale des comportements rendait en même temps compte des inégalités sociales de santé. Ce raisonnement amenait automatiquement les responsables des politiques de Santé publique à planifier des campagnes en vue d'éliminer ou de contenir la diffusion de ces comportements jugés être à l'origine des maladies.

Dans les débats en épidémiologie, il y a toujours opposition entre « circonstances » et « behaviour », entre « structure » et « agency », autrement dit, entre conditions d'existence et modes de vie. La question du conditionnement des pratiques par le milieu auquel on appartient est en effet centrale dans la réflexion des sciences sociales et influence également les orientations de l'épidémiologie sociale. Par ailleurs, le modèle individualiste, dominé par la logique selon laquelle chaque individu est considéré comme agent/acteur rationnel et pour cela responsable de ses actions, est caractéristique de l'épidémiologie classique. Cette dernière approche a tendance à culpabiliser l'individu pour son état de santé, en incriminant ses habitudes et modes de vie (en matière par exemple, de nourriture, d'exercice physique ou de consommation de substances toxiques).

L'épidémiologie sociale essaie d'effectuer une approche globale de la santé et de la maladie ainsi que de proposer une interprétation holiste de leurs manifestations. Cette approche favorise une analyse structurale⁴⁸ de ces deux phénomènes, intégrant dans ses modèles, des paramètres tels que la distribution des ressources économiques au sein d'une population ou le degré de sa cohésion et l'ampleur des interactions entre ses membres. Dans cette optique, on retrouve la nature et l'utilisation plurielle du capital social dans le domaine de la Santé publique, où il sert à la fois de concept étiologique et de moyen thérapeutique. Plus

48 Voir WILLIAMS G. H., 2003, "The Determinants of Health: Structure, Context and Agency", *Sociology of Health and Illness*, vol. 25, p. 131-154.

particulièrement, dans ses migrations transdisciplinaires, le capital social représente pour les études épidémiologiques, un chemin d'interprétation des indicateurs de la santé d'un individu ou d'une collectivité, agissant soit comme facteur indépendant dans le cadre de ses déterminants sociaux, soit comme facteur intermédiaire dans les schémas explicatifs des inégalités sociales de la santé, alors qu'en même temps, il offre une voie alternative pour la promotion de la santé⁴⁹.

Le capital social dans le chemin interprétatif des inégalités sociales de santé

L'importation du concept de capital social en épidémiologie⁵⁰ advient alors qu'une série d'études établit dans les années 1990 une association statistique entre la distribution inégalitaire de revenus et l'espérance de vie, mettant en question le rôle prépondérant du développement économique sur les indicateurs de santé au moins pour les pays de l'OCDE.

L'amélioration des conditions de vie est à la base du déclin historique de la mortalité dans les pays caractérisés comme économiquement développés. Une meilleure qualité de nutrition, l'assainissement des infrastructures publiques, le développement du système des égouts, les procédures d'épuration d'eau, ont éventuellement contribué à la réduction des taux de mortalité. Il est difficile de nier ou de ne pas constater la présence du développement économique derrière cette évolution positive en matière de mortalité ou d'espérance de vie. En effet, la croissance

49 Voir ROSE R., 2001, *The Impact of Social Capital on Health*, Glasgow, Center for the Study of Public Policy et HYYPPA M. T., 2010, *Healthy Ties: Social Capital, Population Health and Survival*, Dordrecht, Springer.

50 Voir FASSIN D., 2003, « Le capital social, de la sociologie à l'épidémiologie : analyse critique d'une migration transdisciplinaire », *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, vol. 51, p. 403-13.

économique a facilité et a favorisé les procédures nécessaires pour l'amélioration des conditions matérielles. D'autre part, le fait d'observer des relations positives entre la croissance économique et les états de santé des populations dans les pays en voie de développement, ne fait que confirmer et renforcer l'hypothèse selon laquelle, la valeur de l'association entre le développement économique et les indicateurs de santé, est presque universelle.

Néanmoins, une polémique concernant la validité de cette relation, ou plutôt ses limitations par rapport à son application et sa pertinence au sein des sociétés des pays économiquement développés vient d'être déclenchée à partir des années 1990. Des chercheurs, tout en ne rejetant pas l'existence d'une certaine interaction entre les indicateurs de performance économique d'un pays tels que le PIB/pc et ses indicateurs de santé, ils contestent en revanche la suprématie du facteur économique dans l'explication de l'état de santé d'une population donnée. Ils proposent ainsi d'autres chemins d'interprétation ou d'autres approches explicatives, considérant que des paramètres sociopolitiques (comme la distribution de revenus) ou encore sociétaux (comme la cohésion sociale et le stock de capital social qui lui est attaché) sont ceux qui permettent de mieux apprécier la subtilité et en même temps la complexité des raisons qui sont à l'origine de la variabilité des états de santé parmi des pays pourtant parfaitement comparables au demeurant dans leurs performances économiques.

En même temps, d'autres études remettent sur la scène scientifique la question des inégalités sociales de santé et de leur interprétation⁵¹. Deux études britanniques ont déclenché le débat actuel autour de la nature des inégalités sociales en matière de santé à l'époque contemporaine. Il s'agit d'une

51 Voir ROSTILA M., 2013, *Social Capital and Health Inequality in European Welfare States*, Basingstoke, Palgrave Macmillan.

part du « Black Report » publié au début des années 1980 (et dont les résultats ont été confirmés par un autre rapport publié à la fin du xx^e siècle, « The Independent Inquiry on Inequalities in Health ») et d'autre part, de l'étude Whitehall publiée au milieu des années 1980. Le « Black Report » et « The Independent Inquiry on Inequalities in Health » ont mis en évidence des taux différentiels de mortalité entre les différentes catégories socioprofessionnelles, tandis que le « Whitehall study », effectué auprès des fonctionnaires du gouvernement britannique, a démontré l'existence d'un « social gradient » par rapport aux taux de mortalité. Cette fois-ci, ce « gradient » était observé non plus dans une échelle interprofessionnelle, mais intraprofessionnelle. Plus concrètement, les participants du « Whitehall study » appartenaient à une population relativement homogène en termes socioéconomiques au sein de laquelle des variations en taux de mortalité ont toutefois été constatées selon la position dans la hiérarchie professionnelle.

Suite à des rapports de ce type⁵² démontrant une relation plus ou moins subtile entre les inégalités sociales et les inégalités en santé, plusieurs schémas d'interprétation ont été proposés. Selon la thèse du négationnisme méthodologique, cette relation n'était que le simple effet d'un artefact dû surtout aux moyens de mesure, soit des indicateurs des inégalités sociales, soit des indicateurs de santé. Pour le schéma explicatif conforme aux principes de la théorie du darwinisme social, c'est l'état de santé qui détermine le statut socioprofessionnel. Ce schéma d'interprétation suit la logique d'un modèle de sélection naturelle. Dans un tel

52 Au niveau européen, un programme scientifique intitulé « Social variations in health expectancy in Europe », a permis dès 1999 une meilleure étude du phénomène des inégalités sociales de santé à l'échelle européenne. A ce propos voir, l'ouvrage collectif, GRANJEAN H., LECLERC A., KAMINSKI M., FASSIN D., LANG T., 2000, *Les Inégalités sociales de santé*, Paris, La Découverte.

contexte, l'utilisation de la notion « naturelle » porte au moins deux connotations : une connotation allant dans le sens où les inégalités sociales reflètent une réalité biologique et une autre connotation signifiant que les inégalités sociales ne comportent rien d'injuste ou d'inéquitable.

Un autre groupe de chercheurs a emprunté le chemin des événements précoces afin de rendre compte des inégalités sociales de santé. D'après ces spécialistes, si l'on connaît déjà l'existence d'effets à très long terme d'événements précoces de la vie in utero et de la petite enfance, susceptibles de se traduire par l'occurrence de maladies tout au long de la vie⁵³ dans la mesure où certains de ces événements sont socialement stratifiés (comme la taille ou le poids de naissance), on pourrait rechercher dans cette direction l'explication des inégalités sociales de santé.

En revanche, selon les ténors de l'épidémiologie classique, les inégalités en santé doivent être attribuées aux modes de vie. Pour une partie des scientifiques, les modes de vie sont volontairement et librement choisis par les individus qui sont par conséquent les seuls responsables des conséquences de leurs choix. Par contre, pour d'autres chercheurs, ce sont les structures sociales (ex. : la catégorie socioéconomique) qui imposent aux individus leurs modes de vie ou qui au moins les leur dictent. Entre ces deux catégories d'opinions extrêmes, certains pensent que l'individu est un acteur-stratège qui est en recherche d'une décision rationnelle, c'est-à-dire d'une décision qui prend en compte les contraintes contextuelles tout en agissant en connaissance de cause. Une antithèse des approches précédentes est formulée par la théorie des agents sociaux. Dans ce cas, l'action n'est pas la simple exécution d'une règle conforme à une structure. Mais il n'y a pas non plus liberté d'action car les agents sociaux engagent dans leurs

53 Voir BARKER D., "Mothers, Babies and Disease in Later Life", *Journal of the Royal Society of Medicine*, 1995, 88 (8).

stratégies les principes incorporés d'un habitus. Par exemple, comme l'explique Pierre Bourdieu, les pratiques rencontrées dans les milieux populaires ne résultent pas seulement de contraintes financières, mais de façon plus subtile d'une préférence socialement déterminée. Une reproduction du goût est constatée au sein de chaque stratus socioéconomique. On trouve là, la question du conditionnement des pratiques par le milieu culturel auquel on appartient qui à son tour est conditionné par la structuration socioéconomique. L'habitus devient ainsi un facteur intermédiaire entre la structure et l'individu-agent.

Un exemple susceptible d'illustrer l'opposition entre la théorie comportementaliste et celle qui se veut contextualiste et qui intègre dans son raisonnement le rôle des structures sociales est celui fourni par le tabagisme. Le tabagisme est-il une décision individuelle ou une pratique liée au contexte social? Relève-t-il du seul choix personnel ou répond-il plutôt à des besoins émotionnels et sociaux? Est-il le produit d'une appartenance sociale et des conditions de vie respectives ou représente-t-il le résultat d'une décision librement prise? Fumer est-il un choix individuel ou joue-t-il un rôle social soit en facilitant l'échange soit en répondant aux situations stressantes issues de difficultés économiques ou autres?

Une autre approche conceptuelle des inégalités sociales de santé s'inspire des théories psychosociales, soulignant le rôle des phénomènes tels que les représentations cognitives ou la cohésion sociale dans l'avènement et l'expression des inégalités sociales de santé. Ces théories s'attaquent surtout au discours de l'épidémiologie classique⁵⁴. L'approche

54 Voir ELSTAD J., 1998, "The Psychosocial Perspective on Social Inequalities in Health", *Sociology of Health and Illness*, 20(5), p. 598-618. La mise en cause des thèses et des modèles de l'épidémiologie classique par

traditionnelle pour les épidémiologistes consiste, comme on l'a déjà évoqué, à expliquer la différenciation sociale des pathologies, par la distribution socialement inégalitaire au sein des populations des facteurs de risque établis. Cette approche s'étant cependant révélée infructueuse car les facteurs de risque dits classiques (tabac, alcool, alimentation, conditions de travail), n'expliquent pas entièrement l'existence d'inégalités sociales de santé, d'autres facteurs ou déterminants d'ordre social ont été recherchés⁵⁵. Dans une telle lecture alternative des inégalités sociales de santé, les théories psychosociales se focalisent sur le rôle des sentiments d'infériorité, de frustration, sur les notions de la cohésion sociale, du capital social, afin d'interpréter les variations des états de santé rencontrées, soit au sein d'un pays, soit entre des sociétés certainement distinctes, mais caractérisées par des performances économiques comparables et ayant connu ou déjà effectué leur transition épidémiologique⁵⁶. Leur point commun est leur conviction que le caractère de la structuration inégalitaire de la société se reflète dans les inégalités sociales de santé.

Pour les uns, l'influence a lieu au niveau cognitif, au niveau des représentations que les gens se font de la manière dont les revenus sont distribués. Dans une société socio-économiquement inégalitaire, dans laquelle la valorisation des individus s'effectue à travers de critères socioéconomiques

rapport à l'interprétation du phénomène de la santé, s'apparentent selon l'auteur, à un changement de paradigme « paradigm shift » ressemblant aux révolutions scientifiques de Kuhn

55 Voir GOLDBERG M., MELCHIOR M., LECLERC A., LERT F., 2003, « Épidémiologie et déterminants sociaux des inégalités de santé », *Revue d'Épidémiologie et de Santé publique*, 2003, vol. 51.

56 Il s'agit d'une situation qui désigne le passage d'un profil nosologique caractérisé en majeure partie par des maladies infectieuses à un autre caractérisé plutôt par des maladies telles que les pathologies cardiovasculaires, l'hypertension ou l'obésité.

et où l'ascension, la réussite sociale et économique, figure comme la quintessence de l'existence, les individus associent leur auto-estimation à leur positionnement dans la hiérarchie socioéconomique. On pourrait qualifier ce processus comme issu des chemins de la psychologie cognitive, selon laquelle une réalité est soumise à l'élaboration mentale qui, elle, à son tour, est conditionnée par les valeurs et les représentations de l'individu. Les membres d'une communauté ou les citoyens d'un pays qui ont intériorisé en termes de normalité l'existence des inégalités socioéconomiques seront davantage protégés que les gens qui y voient une situation injuste ou une situation qui même si elle ne les préoccupe pas moralement, constitue pour eux un point de référence auquel ils doivent parvenir.

Cette approche établit sa légitimité sur la notion de revenu relatif et de privation relative. La santé semble davantage être affectée par les écarts entre les revenus que par le niveau moyen du revenu. Ce constat suggère l'implication de processus cognitifs qui donnent lieu à des comparaisons sociales. D'où l'importance de la notion du « revenu relatif » qui est assignée à la perception de l'individu par rapport à son classement et son positionnement dans l'échelle socioéconomique. Selon cette théorie, les individus ne sont pas tant préoccupés et affectés par les effets immédiats de leurs conditions matérielles que par les significations sociales accordées à ces conditions et par la manière dont elles sont vécues et ressenties. L'état de santé d'un individu ou d'une population est le résultat de ses propres perceptions par rapport à ses positions/revenus relatifs. La position ou le revenu relatif est la position ou le revenu dont un individu dispose par rapport au reste de la société dont il fait partie. Ces perceptions sont d'autant plus intenses et chargées d'émotions négatives, au sein de sociétés strictement hiérarchisées et manifestement inégalitaires, ou des sociétés connaissant un

développement économique fort et soudain inégalement réparti⁵⁷. Au sein de telles sociétés, où des grandes disparités socioéconomiques sévissent et où l'évaluation des individus se fait à partir de leur positionnement dans l'échelle hiérarchique, tous ceux qui n'ont pas la chance d'appartenir aux catégories les plus aisées se trouvent constamment confrontés à une réalité qui les accable ou les afflige. Leurs sentiments de frustration, de méfiance ou d'amertume pour la structuration inégalitaire de la société dont ils sont membres, se traduisent par une dégradation de leur état de santé qui s'effectue par l'intermédiaire de mécanismes psycho-neuro-endocrinologiques⁵⁸ et l'adoption de comportements et modes de vie néfastes en vue de défense ou de réaction contre une réalité considérée comme injuste. Selon l'approche de la « privation relative », ce n'est pas l'augmentation des revenus de ses membres qui est la plus importante pour l'état de santé d'une population,

57 Suite à une amélioration des conditions politico-économiques, comme c'est le cas quand le PIB/pc augmente, l'individu espère être plus à l'aise. Cependant, il peut survenir qu'un décalage s'opère entre les espérances de l'individu et la réalité, ce qui fait naître chez lui une frustration. Celle-ci est la généralisation de l'explication du suicide anémique conçue par Durkheim. L'anomie représente une situation dans laquelle les représentations, les normes qui régissaient autrefois la vie de l'individu, le capital social d'une communauté selon Coleman, n'existent plus. Ce contexte est propice au désespoir et à la désorientation qui peuvent emmener jusqu'au suicide ou généralement à la perturbation des états de santé. Inspirés par une théorie initialement formulée par Durkheim, les chercheurs ont émis l'hypothèse que l'écart entre les aspirations (les désirs) d'un individu et ses récompenses (ou ses moyens matériels) engendre du stress et ce faisant entraîne des conséquences indésirables pour sa santé. Ces aspirations frustrées provoquent une hausse de la tension artérielle ou une augmentation de la susceptibilité de l'organisme vis-à-vis des maladies, à travers des procédures de nature neuro-endocrino-immunologique.

58 À ce propos, voir Hans Seyle et ses études pionnières sur l'impact du stress sur la santé humaine

mais plutôt les écarts dans les revenus de ses membres. Afin de comprendre la notion de la privation relative, prenons pour exemple les citoyens pauvres des États-Unis : la plupart d'entre eux ont accès à l'électricité, disposent d'une télévision, et peut-être aussi d'une vieille voiture. Dans de nombreux pays en voie de développement, les pauvres des États-Unis seraient considérés comme riches. Néanmoins, les citoyens « pauvres » des États-Unis ressentent une certaine frustration, une infériorité, ils sont confrontés à une réalité stressante non seulement à cause de leurs propres conditions de vie, mais aussi à cause de leurs groupes de référence (et leurs valeurs de référence) plus aisés, qui vivent autour et auprès d'eux.

Ensuite, il y a les chercheurs qui utilisent les théories psychosociales afin d'affirmer que la distribution inégalitaire des revenus ou du « pouvoir »⁵⁹ a comme résonance sur la sphère sociale : la dissociation des tissus et des liens entre les individus qui se sentent en quelque sorte désillusionnés par rapport à la réalité sociale. Alors ils se retirent des activités sociales et renoncent à leurs droits-obligations civiques tout en développant une certaine méfiance vis-à-vis de leurs concitoyens dont l'aisance conditionnelle ou réelle incarne à

59 Ce n'est pas seulement la distribution inégalitaire des revenus qui importe mais aussi la distribution inégalitaire du pouvoir dans les relations interindividuelles comme par exemple dans le cas des hiérarchies autoritaires, ou dans les cas de discriminations contre le sexe ou la nationalité d'un individu. De plus, le seul fait d'être situé plus bas dans la hiérarchie sociale ou encore pire d'être relégué à une position inférieure à celle détenue jusqu'à présent, est à l'origine d'un stress mal supporté par l'organisme humain. Des études effectuées sur des animaux dont le statut social était manipulé par leur déplacement de leur environnement vers un autre, où ils étaient obligés de fréquenter d'animaux plus dominants, ont démontré que ce changement de statut social était associé à une multiplication par cinq de l'incidence des cas d'athérosclérose de l'artère coronaire.

leurs yeux la cause de leurs maux. Le résultat est un capital social en régression constante.

Selon des études quantitatives et qualitatives, les sociétés qui sont caractérisées par un esprit plus égalitaire en fonction de leur organisation sont en général plus cohérentes. Dans son étude sur l'Italie⁶⁰, le sociologue Robert Putnam a constaté une corrélation forte ($r = 0,81$) entre l'inégalité des revenus et les performances civiques de chaque région. Autrement dit, les régions italiennes dans lesquelles les citoyens faisaient preuve de moins de vertus civiques (telles que la participation à des associations, organisations, la lecture de presse, la participation aux votations, la confiance interindividuelle) étaient aussi celles où les inégalités socioéconomiques étaient les plus accentuées. Toujours dans le même sens, une étude américaine a démontré que les indicateurs, tels que la participation civique ou la confiance civique, étaient statistiquement liés tant par la façon dont les revenus ont été distribués, que par les taux de mortalité enregistrés dans les différentes régions où l'étude a eu lieu (schéma 1). Cette association était même plus forte entre les indicateurs du civisme et la mortalité, qu'entre cette dernière et la distribution des revenus.

60 Voir PUTNAM R., *Making Democracy Work...*, *op. cit.*

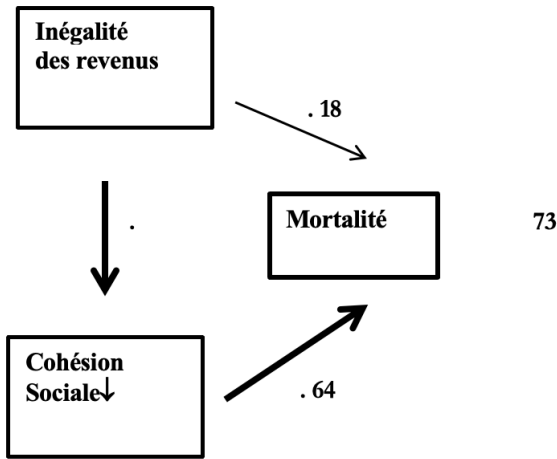


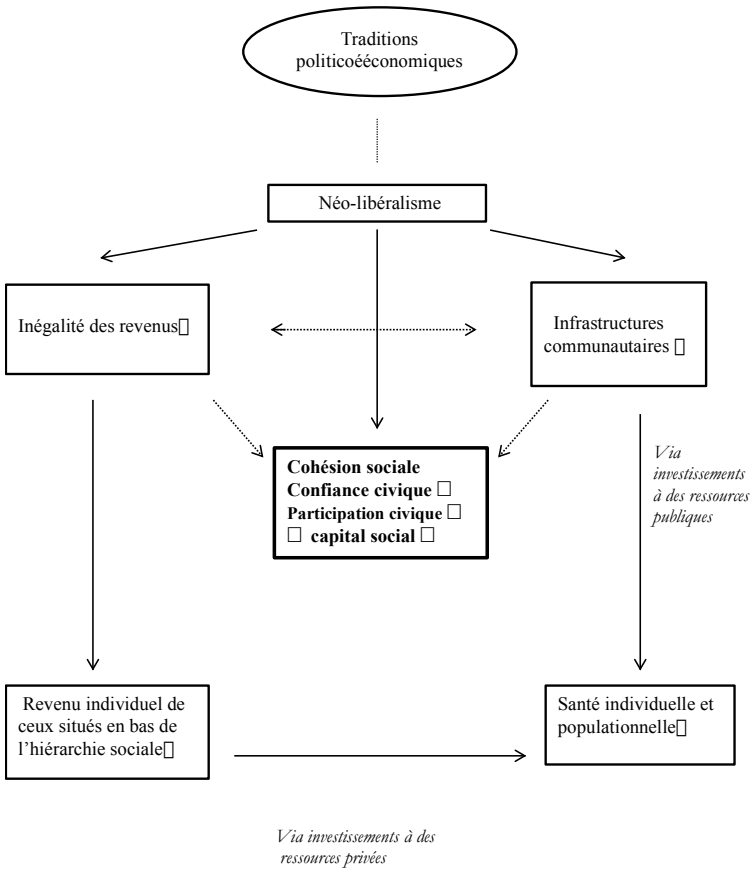
Schéma : Corrélations entre l'inégalité des revenus, la cohésion sociale et la mortalité, d'après une étude écologique menée aux États-Unis d'Amérique et publiée dans l'*American Journal of Public Health*, 1997, 87, p. 1491-1498.

Enfin, d'autres chercheurs s'inscrivant dans une lecture des inégalités sociales de santé, en termes plus directement politiques, qu'on pourrait appeler néo-matérielle (voir schéma 2), pensent que la structuration inégalitaire d'une société nuit à la santé à cause d'un désinvestissement dans les ressources humaines⁶¹. Pour les partisans de cette théorie, l'effet sur la santé de la distribution inégalitaire des revenus s'exerce d'une part, à travers le manque de ressources au niveau individuel et d'autre part, à travers un sous-investissement dans les infrastructures publiques au niveau collectif. Les inégalités socioéconomiques sont les produits des politiques qui sont hostiles à la pratique de la redistribution et qui ne consacrent pas de fonds publics aux

61 NAVARRO V., 2002, "A critique of Social Capital", *International Journal of Health Services*, 32 (3), p. 423-32.

dépenses sociales (par exemple dépenses publiques destinées à l'éducation, la santé). Ces choix politiques façonnent l'image d'un État qui ne respecte pas les principes du contrat social, qui encourage les démarches individualistes (les individus aisés ne souhaitent pas s'engager dans des dépenses sociales, ils se replient dans la sphère privée de leurs propres intérêts), formant donc, un cadre social dans lequel il n'y a plus de place ou de volonté pour l'engagement socialement actif du citoyen. Ainsi, c'est la politique issue des pratiques néo-libérales qui rendrait compte, soit de manière explicite (dépenses sociales limitées, pas d'appui financier aux plus démunis), soit de manière implicite par l'intermédiaire de la désintégration de la cohésion sociale et de l'atteinte portée au capital social d'une collectivité, de l'ampleur des inégalités sociales de santé.

Schéma : Représentation schématique de l'approche néomatérielle



Capital social comme déterminant de la santé

La notion de capital social est ambivalente. Elle peut s'appliquer à des individus et dans ce cas, disposer d'un fort capital social signifie maîtriser un ensemble de relations personnelles qui sont autant de ressources positives⁶², mais

62 Voir HERZLICH C., 2003, « La santé et le social », *Revue de l'Epidémiologie et de la Santé Publique*, 51, p. 377-80.

on l'a aussi appliqué à des collectivités, un quartier, une ville, voire un pays. Dans ce cas-là, il signifie l'existence de liens sociaux au sein de structures et de réseaux entre des individus dotés d'un esprit civique.

Le capital social se traduit dans les études épidémiologiques par deux variables : la première concerne le niveau de confiance civique (mesuré par les réponses à la question : peut-on faire confiance à la plupart des gens ou est-ce que la plupart des gens essaient de profiter de nous dès qu'ils en ont l'occasion), la seconde indique la densité d'appartenance associative (évalué à partir du nombre de groupes religieux, clubs sportifs, organisations amicales, syndicats par habitat). La Banque mondiale, activement impliquée dans les études sur le capital social a développé un outil pour le mesurer⁶³. Il s'agit du SCAT (Social Capital Assessment Tool). Cette méthode en forme de questionnaire fournit des renseignements utiles sur le profil de la communauté ainsi que sur le capital social à l'échelle individuelle, permettant de faire la distinction entre les propriétés structurelles et les propriétés cognitives de ce concept (voir tableau ci-dessous).

63 Voir HARPHAM T., GRANT E., "Measuring SC within health surveys: key issues", *Health Policy and Planning*, 17(1), p. 106-111.

Tableau : Les indices des caractéristiques structurelles et cognitives du capital social selon le SCAT

PROPRIÉTÉS STRUCTURELLES DU CAPITAL SOCIAL	PROPRIÉTÉS COGNITIVES DU CAPITAL SOCIAL
Participation à des associations- organisations	Soutien social général
Rapports aux institutions (avec des services, des organisations, ...)	Soutien affectif
Fréquence de participation à des actions à caractère collectif	Soutien matériel (facilitant l'accès à la réalisation des projets)
Degré d'esprit civique (participation aux procédures électorales, aux campagnes politiques, autres activités civiques)	Soutien informationnel (facilitant l'accès à l'information)
Liens avec des groupes disposant de ressources (gouvernement local, bureaux d'aide sociale)	Confiance
Liens avec d'autres communautés	Réciprocité et coopération
	Sentiment d'appartenance
	Perception individuelle de l'impartialité (abus de certains membres de la communauté sur d'autres)
	Perception de la responsabilité sociale (retour d'objets perdus par des membres de la communauté)

De nombreuses études épidémiologiques avaient démontré dans le passé l'impact positif des relations sociales sur la santé des individus⁶⁴. L'intérêt apporté au rôle joué par le stress et

64 Voir BERKMAN L., SYME S., 1979, "Social networks, host resistance and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda county residents", *American Journal of Epidemiology*, 109, p. 186-204, SCHOENBACH V., KAPLAN B., 1986, "Social ties and mortality in Evans county, Georgia", *American Journal of Epidemiology*, 123 (4), p. 577-91, KAPLAN G. *et al*, 1988, "Social connections and mortality from all causes and from cardiovascular disease: prospective evidence from eastern Finland", *American Journal of Epidemiology*, 128 (2) p. 370-80, KAWACHI I. *et al*, 1996, "A prospective study of social networks in relation to total mortality and cardiovascular disease in men in the USA", *Journal of Epidemiology and Community Health*, 50,

les facteurs psychosociaux⁶⁵ en général sur la santé était à l'origine de cette littérature foisonnante. Étape emblématique de ces interrogations et questionnements épidémiologiques, l'étude effectuée sur la communauté d'Alameda en Californie a mis en évidence la corrélation entre la participation à la vie associative, l'appartenance à des réseaux sociaux, la confiance civique et l'état de santé. Pendant les dernières années du *xx*^e siècle et après l'acclimatation du concept du capital social dans les champs épidémiologiques, ce dernier succède aux termes précédents de connexions et de relations sociales, de réseaux sociaux, en les regroupant sous sa tutelle hégémonique au sein des études menées dans le domaine de la Santé publique. Les résultats de certaines études remontant au tournant du *xx*^e siècle⁶⁶ montrent que les chercheurs s'intéressant à la dimension relationnelle et participative du capital social à l'échelle individuelle s'efforcent de calculer la robustesse de sa corrélation statistique avec les indicateurs de santé. Parmi ceux-ci, l'indicateur concernant la santé perçue s'avère être le plus étroitement lié à la présence du capital social ainsi que le plus efficace pour des études comparatives. En même temps, il est intéressant de remarquer la relation différenciée entre le capital social et les indicateurs de santé selon le sexe, l'âge ou la catégorie socioprofessionnelle.

p. 245-51.

65 Voir CASSEL J., 1976, "The contribution of the social environment to the host resistance", *American Journal of Epidemiology*, 104, p. 107-23.

66 Voir ZUNZUNEGUI M., KONÉ A., JOHRI M., 2004, « Social networks and self-rated health in two French speaking Canadian community dwelling populations over 65 », *Social Science and Medicine*, 58, p. 2069-81, BAUM F., 2000, "Epidemiology of participation: an Australian community study", *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54, p. 414-23, VEENSTRA G., 2000, "Social capital, Socioeconomic status and health: an individual-level analysis", *Social Science and Medicine*, 50, p. 619-29.

Il y a un peu plus d'un siècle, Durkheim faisait une découverte majeure : le niveau d'intégration sociale était susceptible d'expliquer les variations du taux de suicide entre différentes sociétés. En comparant dans le temps et l'espace les statistiques de suicide dans plusieurs pays européens, il concluait que les taux les plus forts étaient constatés dans des sociétés en proie à diverses formes d'anomie que l'on appellerait aujourd'hui, fragilisation des liens sociaux. Dans les années 1950-60, la ville de Roseto⁶⁷ confirme la théorie de Durkheim. Abrisant une communauté italo-américaine en Pennsylvanie, elle attire l'attention de Wolf Stewart, cardiologue qui en y menant une étude, constate que son taux de mortalité cardiovasculaire est inférieur de 50 % à celui des villes avoisinantes et cela en dépit de régimes alimentaires et de modes de vie (tabagisme ou exercice physique) comparables. En revanche, ce qui fait la singularité de la ville de Roseto, c'est sa forte cohésion sociale reflétée dans la célébration massive de ses traditions familiales et religieuses aussi bien que dans l'esprit de solidarité et d'entraide unissant les membres de sa population.

Le concept de cohésion sociale, l'idée selon laquelle une communauté, un quartier, une entité géopolitique disposent d'un capital social qui n'est pas le simple agrégat des capitaux sociaux de ses membres, a été expérimentée dans le domaine de la Santé publique⁶⁸. Cette idée renouant avec la définition

67 Voir KAWACHI I., KENNEDY B., 1997, "Long live community, Social Capital as public health", *American Prospect*, 35.

68 Voir LOCHNER K., KAWACHI I., 2003, "Social capital and neighbourhood mortality rate in Chicago", *Social Science and Medicine*, 56, p. 1797-1805, ELLAWAY A., MACINTYRE S., 2000, "Social capital and self-rated health: support for a contextual mechanism", *American Journal of Public Health*, 90, p. 988, AYÉ M., 2002, "Economic role of solidarity and social capital in accessing modern health care services in the Ivory Coast", *Social Science and Medicine*, 55, p. 1929-46, SUBRAMANIAN S., 2002, "Social trust and self-rated health in US communities : a multi-level analysis", *Journal of Urban Health*, 79 (4), p. 21-34, HYYPPÄ M., MÄKI J., 2001, "Individual-level

du capital social dans les études de Putnam sur les régions italiennes⁶⁹, intègre également dans son raisonnement et ses orientations théoriques les questionnements autour de la place de l'environnement urbain dans les débats des déterminants sociaux de la santé. Les lieux où l'on habite, à l'échelle des quartiers, semblent exercer une influence sur notre état de santé soit à travers les liens affectifs que nous entretenons avec eux, soit à travers leurs propriétés physiques et institutionnelles et les services qu'ils nous offrent.

En effet, à partir des années 2000, on remarque de plus en plus, un intérêt accru pour la place de l'environnement urbain dans la santé⁷⁰. Une série d'articles ont montré que les taux de mortalité prématurée sont plus élevés chez ceux qui habitent dans des quartiers économiquement défavorisés par rapport à leurs concitoyens habitant dans des quartiers plus aisés⁷¹.

relationships between social capital and self-rated health in a bilingual community”, *Preventive Medicine*, 32, p. 148-55.

69 Comme il le fait remarquer dans son article CÔTÉ L., 2002, « Le capital social dans les régions québécoises », *Recherches sociographiques*, 2, p. 353-68, Putnam dépeint le capital social collectif -ou l'esprit civique comme il le nomme- comme étant tout à la fois engagement dans la communauté, participation active aux affaires publiques, reconnaissance de l'égalité politique et valorisation de la solidarité, de la confiance, de la tolérance, de la réciprocité, de la coopération. Le capital social peut être saisi comme une valeur, la capacité et la volonté de coopérer, qui est mise en valeur (dans une pratique relationnelle), crée des liens de coopération et apporte une valeur additionnelle (une capacité et une volonté de coopérer accrues).

70 Voir MACINTYRE S., ELLAWAY A., 2000, “Ecological approaches: re-discovering the role of the physical and social environment”, dans BERKMAN L., 2000, *Social Epidemiology*, New York, Oxford University Press, MACINTYRE S., MACIVER S., 1993, “Area, class and health: should we be focusing on places or people?”, *Journal of social policy*, 22(2), 22 (2), p. 213-34.

71 Voir ANDERSON R., 1997, “Mortality effects of community socio-economic status”, *Epidemiology*, 8, p. 42-47, WAITZMAN N., 1998, “Phantom of the area: poverty-area residence and mortality in the United States”, *American Journal of Public Health*, 88 (6), p. 973-6, CUBBIN C., 2000,

De plus, le mauvais état de santé de la première catégorie d'individus ne peut pas être seulement et exclusivement expliqué par des facteurs de risque concernant les individus eux-mêmes⁷².

Autrement dit, des caractéristiques du quartier telles que la présence et la qualité des services publics ou des installations à utilité publique, comme par exemple les parcs publics, peuvent influencer les choix et les actions de l'individu, en facilitant ses comportements bénéfiques à la santé. Dans la même perspective, les caractéristiques sociétales des quartiers, telles que leur stock en capital social, interviennent également dans l'interprétation des indicateurs de santé. Ainsi, le capital social a-t-il son rôle aussi bien dans l'étiologie que dans l'amélioration de ces indicateurs.

Pendant assez longtemps l'attention de l'épidémiologie et de la Santé publique en général, était focalisée sur l'interprétation individuelle des indicateurs de santé faisant de la santé une affaire et une responsabilité strictement personnelle. Les programmes-campagnes visant à combattre les comportements à risque étaient conçus à l'échelle individuelle. Or, les résultats des études, commençant à

“Socioeconomic status and injury mortality : individual and neighbourhood determinants”, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54 (7), p. 517-24.

72 Voir MACINTYRE S., 1993, “Area, class and health: should we be focusing on places or people?”, *Journal of Social Policy*, 22 (2), p. 213-34, KAPLAN G., 1996, “People and places: contrasting perspectives on the association between social class and health”, *International Journal of Health Services*, 26 (3), p. 507-19. Les conclusions de ces études montrent que les caractéristiques socio- environnementales des quartiers sont liées aux taux de mortalité indépendamment des caractéristiques de leurs résidents. SIEGRIST J., 2000, « Place, social exchange and health: a proposed sociological framework », *Social Science and Medicine*, 51, p. 1283-9. Cet article montre comment les caractéristiques spatiales- l'identité socio- environnementale d'un quartier, influence les conditions physiques et psychosociales de ses résidents, qui par la suite se reflètent sur leurs états de santé.

être publiés dès les années 1990, ont remis en question une approche aussi réductrice du phénomène de la santé et de ses rapports avec la pathologie. Il apparaît que l'état de santé d'un individu ne relève pas seulement de ses propres modes de vie, mais qu'il fait également partie de la qualité de son contexte socio-environnemental. Dans le cadre de l'épidémiologie sociale, les comportements susceptibles de mettre l'individu à l'abri des menaces pour sa santé, tels qu'un régime alimentaire équilibré, un tabagisme modéré, l'exercice physique, ne sont pas censés être l'apanage de la volonté et de la responsabilité individuelle. De plus, la faillite irrévocable des campagnes de Santé publique contre les comportements à risque ainsi que la publication d'études contestatrices de la logique sous-jacente des idées qu'elles promouvaient ont fait surgir le paramètre du capital social d'un quartier ou d'une collectivité comme déterminant potentiel de santé tout en mettant en exergue son rôle dans les campagnes de promotion de la santé⁷³. Dans une telle perspective, l'emphase accordée par le « Health Cities Mouvement »⁷⁴ à la notion de participation des citoyens aux réseaux civiques locaux⁷⁵, reflète l'intérêt

73 De surcroît, un groupe de penseurs croit que les variations dans les résultats obtenus parmi les différents pays économiquement développés pourraient être interprétées par le recours à leur aménagement urbain. Il y a des pays, comme les Etats-Unis, où l'on assiste à des politiques et à des planifications urbanistiques qui incitent à la ségrégation des populations et à la formation des ghettos. Par contre, dans d'autres sociétés comme par exemple dans les pays scandinaves, il y a une tendance à la coexistence populationnelle de sorte que dans un quartier peuvent se côtoyer les individus les plus aisés et les plus défavorisés. Dans une telle ambiance de « cohabitation » les plus démunis ne se sentent pas exclus ou marginalisés et ils peuvent également tirer profit des avantages que la vie communautaire propose.

74 Ce mouvement fut lancé lors de la Conférence pour la promotion de la santé d'Ottawa en 1986. Son objectif était de faire des villes des hauts lieux pour la promotion des politiques publiques de santé.

75 Voir CAMPBELL C., 2001, "Social Capital and health : contextualising health promotion within local community networks", *Journal of Communi-*

suscité par les principes du capital social. La politique de la ville, la structuration même de l'espace et sa composition sociale émergent comme un déterminant décisif de l'état de santé d'une population. Par contre, si de nombreuses études démontrent la participation du capital social collectif en tant que facteur indépendant dans l'interprétation des indicateurs de santé, ses interactions avec le capital social individuel doivent toutefois être davantage étudiées, compte tenu de leurs résultats parfois contradictoires sur le phénomène de la santé.

Limites-critiques de la théorie du capital social

Les limites-critiques concernant les études sur le capital social et ses relations avec les indicateurs de santé relèvent de deux catégories générales : d'une part, il s'agit des confusions sémantiques, liées à la définition elle-même du concept ou à ses utilisations dans le champ de la Santé publique, et d'autre part, celles qui sont dues aux limites méthodologiques des études épidémiologiques. Une des premières limites de ces études concerne la définition du contenu du capital social et plus particulièrement sa nature polysémique. Pour s'en tenir aux indicateurs utilisés par les épidémiologistes dans leurs études, il est difficile de penser que l'inscription dans un club privé, élitiste, l'expression de la confiance en autrui ou la participation à un groupe religieux relèvent d'un seul concept. Cette hétérogénéité sémantique a conduit certains auteurs à se demander si le succès du capital social ne tenait pas plus à sa valeur métaphorique qu'à son propre apport conceptuel⁷⁶.

ty and Applied Social Psychology, 11, p. 329-46.

76 Voir HAWE P., 2000, "Social Capital and health promotion: a review", *Social Science and Medicine*, 51, p. 871-885.

De surcroît, il faut aussi commenter la nature complexe et la diversité culturelle du concept de capital social⁷⁷. Ces composantes interagissent avec les contextes sociaux afin de donner naissance à une série d'expressions hétéroclites. La solidarité sociale, par exemple, est différemment ressentie, interprétée et vécue suivant les différentes sensibilités culturelles. Les ethnologues nous apprennent que les formes de réciprocité ou les normes de confiance⁷⁸ interindividuelles sont extrêmement variables d'une civilisation à l'autre. Or, une des limites des études épidémiologiques consacrées à l'impact du capital social sur la santé est que dans la plupart d'entre elles le contenu du capital social n'est pas décliné en termes socioculturels, mais est plutôt considéré comme étant universellement applicable sous sa forme élaborée lors des enquêtes aux États-Unis ou en Italie.

En troisième lieu, dans la quasi-totalité des études épidémiologiques, le capital social est a priori défini comme étant une valeur intrinsèquement positive. Néanmoins, le capital social n'a pas nécessairement des retombées favorables⁷⁹. Des études réalisées dans des sociétés rurales montrent que les liens sociaux peuvent devenir des contraintes pour les individus dans leur promotion ou leur émancipation sociale et des obstacles pour les collectivités dans la production d'innovations ou l'effort de justice. Dans

77 Voir EDMONDSON R., 2003, "Social capital: a strategy for enhancing health?", *Social Science and Medicine*, 57, p. 1723.

78 VEENSTRA G., 2002, « Explicating Social capital : trust and participation in the civil space », *Canadian Journal of Sociology*, 27 (4), p. 547-571. Les individus interrogés lors d'un sondage mené en Saskatchewan (Canada) accordaient leur plus grande confiance aux gens des collectivités avoisinantes, mais avaient moins confiance en les experts et les professionnels et moins encore en les gouvernements, ce qui suggère une notion polyvalente de la confiance.

79 Voir KUNITZ S., 2001, "Accounts of Social Capital: the mixed effects of personal communities and voluntary groups", dans LEON D., 2001, *Poverty, inequality, and health*, Oxford, OUP, p. 159-74.

d'autres cas, le capital social bénéficie certes aux membres d'une communauté, mais il tend à exclure les nouveaux arrivants et à rejeter vers la périphérie les plus vulnérables ou les déviants en multipliant les différentes formes d'oppression et d'ostracisme⁸⁰. En dehors d'un capital social négativement coloré à cause de ses orientations sectaristes,⁸¹ le capital social collectif pèse parfois lourd sur les membres d'une communauté à travers les normes qui leur sont imposées et qui peuvent s'opposer à leur liberté ou être incompatibles avec leurs droits individuels⁸² ou leur autonomie, voire nuire à leur santé.

Par ailleurs, une autre limite-critique du capital social est que l'on tend à le définir par ses effets plutôt que par ses causes, avec le risque d'un raisonnement circulaire. Pour Coleman, qui fait du capital social un moyen de « facilitation », le constat qu'un individu a obtenu un bien grâce à l'aide d'un autre, témoigne de l'existence d'un capital social. Or, un autre individu peut ne pas accéder à ce bien non pas par défaut de relations, mais tout simplement par manque de moyens. Partageant les points de vue de son collègue, Alejandro Portes, fait également remarquer que le même raisonnement est pertinent en ce qui concerne le capital social d'une collectivité. Comme il l'affirme dans son article : « *Cities that are well governed and moving ahead economically do so because they have high Social capital, poorer cities lack in this civic virtue. In other words if your town is civic it does civic things, if it is uncivic it does not* ». On retrouve ce raisonnement tautologique dans le domaine de la Santé et dans l'affirmation que les individus ou les collectivités avec les meilleurs indicateurs de santé sont également, ceux ayant les stocks les plus élevés de capital social.

80 PAXTON P., 2002, "Social Capital and democracy: an interdependent relationship", *American Sociological Review*, 67, p. 254-77.

81 Comme dans le cas par exemple des groupes nationalistes.

82 Comme c'est le cas pour les organisations mafieuses.

Dans les études qui abordent le capital social comme un attribut collectif, on rencontre également un problème propre aux analyses écologiques⁸³. L'agrégation de réponses individuelles à l'échelle d'une entité géosociale soulève la question d'un amalgame difficile à être évalué. Est-il possible de déduire la corrélation individuelle de la corrélation collective, ou encore dans quel sens s'opère et fonctionne la relation entre le capital social d'une collectivité et ses indicateurs de santé, les indicateurs sont-ils le résultat d'un capital social collectif élevé ou s'agit-il plutôt de l'inverse?⁸⁴.

Un autre débat suscité par les enquêtes étudiant la relation entre le capital social au niveau individuel ou collectif et les indicateurs de santé aux échelles respectives, c'est de pouvoir préciser s'il s'agit d'une corrélation indépendante ou si le paramètre du capital social agit comme un facteur de confusion ou encore comme un facteur intermédiaire. Cette interrogation nous renvoie également à la conception méthodologique des enquêtes et pose le problème du choix des co-variables choisies et des paramètres socio-démographiques pris en compte lors de l'étude statistique.

Dans ce sens, on doit s'interroger aussi, sur l'interaction entre les inégalités sociales et le capital social à l'échelle individuelle ou collective. Est-ce que le capital social relationnel d'un individu économiquement défavorisé a la même valeur et la même influence sur l'état de santé, que

83 Voir BOUDON R., 1966, *L'Analyse empirique de la causalité*, Paris, Mouton et Co., p. 191, et DIEZ-ROUX A., 1998, « Bringing context back into epidemiology: variables and fallacies in multilevel analysis », *American Journal of Public Health*, 88, p. 216-22.

84 Dans des enquêtes cross-sectional on doit toujours tenir compte du phénomène de la causalité inverse. Notons que Putnam dans son ouvrage *Making Democracy work* sur les régions italiennes publié en 1993, affirme de manière claire que la santé ne devrait pas être considérée comme un résultat du capital social puisque c'est la santé qui produit le capital social, avant d'effectuer un changement radical dans son raisonnement dans son étude *Bowling Alone*, 2000.

le capital social relationnel d'un individu économiquement aisé? Et pour démontrer une plus grande complexité encore des enjeux : Est-ce que ce capital social relationnel a les mêmes effets bénéfiques pour la santé selon qu'il est détenu par un individu économiquement défavorisé habitant dans un quartier aisé et un de ses concitoyens ayant un statut socioéconomique similaire, mais habitant quant à lui dans un quartier stigmatisé? La question qui se pose est celle de savoir quelle est la relation et l'interaction entre la quantité et la qualité du capital social d'un individu. Dans ce cas la quantité relate le nombre et la densité de ses relations et l'intensité de ses activités civiques, alors que la qualité renvoie à l'identité socioéconomique de ses relations et au pouvoir des associations desquelles il est membre. Autrement dit, un réseau de relations comprenant des députés, des hommes d'affaires, a-t-il la même valeur qu'un réseau constitué d'amitiés, composé de gens sans influence politique ou sans pouvoir économique particulier? Appartenir à une association locale à capacité d'intervention et d'action politique limitée est-ce que cela représente la même influence sur l'état de santé d'un individu que s'il faisait partie d'un parti politique doté de moyens d'intervention efficaces (encore, faudrait-il s'interroger sur la place que l'individu occupe dans ces structures et sur sa capacité à se faire entendre auprès de ses camarades-associés).

Cette comparaison devient encore plus difficile puisque dans la démarche épidémiologique, les faits sociaux sont traités comme des variables explicatives dont on examine la corrélation ou l'association à des faits de santé. Le raisonnement porte sur des probabilités mathématiques, c'est-à-dire sur une éventualité mesurable que les relations constatées ne sont pas dues au seul hasard. Selon cette démarche, le monde social est représenté comme une collection d'individus, liés entre eux par des chaînes statistiques et interchangeables pour une qualité considérée. Quant aux variables qui leur sont

affectées et que l'on désigne généralement sous l'expression de facteurs sociaux, parfois représentés comme facteurs culturels ou facteurs structurels, ce sont des attributs qui leur sont simplement attachés de manière statique et univoque (le fait d'avoir des revenus au-dessous d'un certain seuil ou celui d'avoir des contacts avec un nombre donné de personnes, sont des représentations de la pauvreté absolue ou du capital social qui définissent des groupes de qualité identique indépendamment des significations différentes d'une même qualité pour des personnes distinctes ou des contextes variés). C'est une approche unidimensionnelle de la réalité qui n'arrive pas à reconstituer la complexité de l'action et de l'interaction humaine.

En ce qui concerne le capital social collectif, il faut noter que les individus contemporains ne restent pas enfermés ou limités dans la zone de leur quartier, ils se déplacent à l'occasion de leurs emplois ou de leurs loisirs en transgressant les frontières de la proximité, par conséquent, ils participent à plusieurs environnements urbains à la fois, réalité qui rend difficile sinon hasardeuse une quelconque comparaison. Les réseaux sociaux dans lesquels ils sont impliqués et engagés ne sont pas nécessairement de nature locale, comme il est assez souvent supposé dans les études du capital social.

À côté des critiques reprochant à la théorie du capital social sa prétention à trop vouloir expliquer de phénomènes dans le domaine de la santé, il y en a une dernière qui lui est adressée en termes politiques. Selon cette critique, faire du capital social un nouveau « Sésame, ouvre-toi » dans l'interprétation des inégalités sociales de santé ou une panacée pour la promotion de la santé suscitent des interrogations et soulève des questionnements quant aux motivations politiques de telles propositions. Dans un contexte international qui connaît l'aggravation des inégalités sociales de santé, déclarer qu'au lieu de la réalité des conditions socioéconomiques et de la redistribution des richesses, ce sont la participation

à la vie associative ou le degré de confiance dans son entourage, qui déterminent le niveau de disparité, c'est occulter une partie de l'explication. Un tel raisonnement conduit à déplacer la responsabilité du niveau structurel et de la sphère des politiques sociales, au niveau interactionnel ou plus simplement à faire reposer la réforme de la société avant tout sur les individus pour qu'ils développent leur vertu civique et une solidarité efficace, tout en sous-estimant les mécanismes de la reproduction de l'inégalité. En même temps, les théoriciens dénonçant ces raisonnements et ces croyances brandissent le danger de la dépolitisation⁸⁵ des politiques de santé. Ils redoutent en effet que la théorie du capital social n'agisse comme un substitut à la logique des structures de protection sociale⁸⁶ qui garantissent l'accès de tous les citoyens aux services de santé, œuvrant comme un alibi aux projets de désinstitutionnalisation du système de la santé. Selon eux, la théorie du capital social tout en accordant un intérêt démesuré au rôle des facteurs psychosociaux ou sociétaux dans la promotion de la santé, elle risque d'éclipser des propositions alternatives comme par exemple l'idée d'un revenu universel de base⁸⁷.

Le capital social, comme toute forme de capital, permet la réalisation d'un gain. Si tous les théoriciens accordent leurs violons sur cette affirmation, sa définition et même la

85 Voir NAVARRO V., 2002, "A critique of Social Capital", *International Journal of Health Services*, 32 (3), p. 423-32.

86 Voir MUNTANER C., LYNCH J., 2002, "Social capital, class gender and race conflict, and population health: an essay review of Bowling Alone's implications for social epidemiology", *International Journal of Epidemiology*, 31, p. 261-267.

87 Voir VAN PARIJS P., 2000, "A basic income for all", *Boston Review*, 25(5) p. 1-15.

sphère de son étendue pratique sèment la discorde dans la communauté scientifique. Depuis l'entrée du concept dans le domaine de la Santé publique, on retrouve les échos de ce débat dans les articles publiés.

En ce qui concerne les études s'intéressant à la relation entre le capital social et les indicateurs de santé, soit en tant qu'attribut collectif, soit en tant que propriété individuelle, il faudrait qu'elles intègrent de plus en plus dans leur conception et planification, l'esprit et les outils méthodologiques des sciences sociales. Ces dernières peuvent aider l'approche épidémiologique à mieux décliner la contribution du capital social dans l'expression du phénomène de la santé et à mieux étudier son rôle de bouclier contre la manifestation de la pathologie. Leur contribution dans la recherche des origines du capital social ou des facteurs facilitant son accumulation, tant au niveau individuel que collectif, saurait permettre à l'approche épidémiologique de trancher sur son intervention en tant que facteur indépendant ou intermédiaire sur les manifestations de la santé telle qu'elle est conçue sous sa définition de l'OMS comme un bien-être physique, mental⁸⁸ et social, et pas seulement comme l'absence de maladie.

L'épidémiologie sociale, privée de l'appui des sciences sociales, risque de reproduire à l'inverse les erreurs et les impasses auxquelles s'est confrontée l'épidémiologie classique. En traitant de facteurs de risque, les phénomènes et les réalités sociales telles que la distribution de revenus ou la cohésion sociale, elle les déleste de toute dynamique et de toute imprévisibilité. Elle passe de déterminismes et de moralismes exprimés et prononcés à partir des facteurs de risque individualisés (ex : tabagisme) à des déterminismes et moralismes socialisés du genre : les sociétés n'ont qu'à resserrer leur cohésion sociale ou les individus n'ont qu'à

88 En ce qui concerne la relation entre le capital social et la santé mentale voir, HENDERSON S., WHITEFORD H., « Social capital and mental health », *The Lancet*, 362, 2003.

multiplier leurs réseaux d'amitié, afin que leurs indicateurs de santé s'améliorent. Or, la réalité s'avère beaucoup plus complexe. Si avec l'épidémiologie sociale, on a pu se détacher de l'approche mécaniste de l'épidémiologie classique, en se rendant compte du rôle des déterminants socioécologiques de la santé, il faut à présent faire marche arrière vers l'individu ou plus concrètement vers l'interaction individu-société à travers laquelle le social s'inscrit dans l'individu. Mais il ne s'agira plus d'un individu défini comme une unité statistique, mais d'un individu multiple, imprévisible ou qui est plusieurs choses à la fois (ex : il est « pauvre » au niveau national et il ne l'est pas au niveau communal). Les individus aujourd'hui construisent leur identité en bricolant à partir de l'ensemble des identités qui leur sont imposées ou proposées dans leurs multiples rôles et appartenances. En accroissant la différenciation sociale ou plutôt en favorisant la diffusion des rôles sociaux multiples pour chaque individu, la modernité a aussi multiplié les registres des découpages sociaux. Par conséquent, le capital social d'un individu ne se réduit pas seulement à l'expression de sa sociabilité au sein de son quartier ou de sa communauté, mais on doit en plus prendre en compte son capital social dans ses autres lieux d'activités comme celui de son travail par exemple.

De surcroît, l'épidémiologie sociale a besoin d'intégrer dans son analyse le parcours historique des populations étudiées ; le parcours historique personnel de chaque individu et le parcours historique collectif d'une société. Des parcours qui sont définis par et qui façonnent à leur tour, des valeurs, des codes d'interaction et de communication, modifiant le vécu et la perception des situations, au moins phénoménalement identiques.

Afin de mieux saisir le caractère de la relation du capital social avec les indicateurs de santé, il faut faire des enquêtes inscrites dans la logique de l'école d'ethnologie urbaine, proposant des observations fines sur les conditions

d'existence, les modes de vie, les événements de la vie quotidienne et inspirées par la sociologie de la vie quotidienne selon laquelle il faut développer une certaine empathie avec son milieu de recherche, une « correspondance ». Ces études constitueront un éclairage de l'approche statistique en lui offrant la dimension qualitative dont elle est parfois démunie.

En ce qui concerne le rôle du capital social, son apport, dans les stratégies de la promotion de la santé, on pourrait entrevoir le capital social comme ressource alternative de financement des systèmes de santé dans des pays confrontés à des contraintes financières, ou dans des pays ayant décidé de libéraliser leur système de santé. Dans ce cas-là, le capital social sous forme de solidarité intracommunautaire, faciliterait l'accès des membres les plus démunis de la communauté aux services de santé, agissant comme un circuit parallèle. Et cela sans déresponsabiliser les États dans leur devoir de garantir à travers des politiques publiques de redistribution de revenus, l'accès de tous leurs citoyens aux services de santé. La notion du capital social pourrait servir de source non monétaire dans le combat contre la pauvreté et l'exclusion, phénomènes nuisibles à la qualité de santé d'un individu ou d'une collectivité.

De toute manière, plutôt que de vouloir fabriquer un concept de toute pièce applicable dans toutes les situations problématiques de la santé et rendant compte de toutes les apories épidémiologiques, il faudrait que dans l'avenir on essaie de plus en plus de conjuguer la notion du capital social avec les autres phénomènes sociopolitiques mettant en relief sa pluralité, son caractère dynamique et contextuel.

Bibliographie

ACKERKNECHT E., 1948, "Hygiène in France : 1815-1848" dans *Bulletin of History of Medicine*, 22, p 17-55.

AGULHON M., 1977, *Le Cercle dans la France bourgeoise, 1810-1848*, Paris, Armand Colin.

ARMAINGAUD A., 1881, *Sur les moyens de faire aboutir les projets d'organisation de la médecine publique*, Paris, G. Masson.

BALLET J., 2003, *Regards croisés sur le capital social*, Paris, L'Harmattan.

BARLES S., 1999, *La ville délétère. Médecins et ingénieurs dans l'espace urbain, XVIII^e-XIX^e siècle*, Seyssel, Champ Vallon.

BERKMAN L., 2000, *Social Epidemiology*, New York, Oxford University Press.

BERTEN A., 1997, *Libéraux et communautariens*, Paris, PUF.

BOURDELAIS P. (dir.), 2001, *Les Hygiénistes : enjeux, modèles et pratiques*, Paris, Belin.

BOURDIEU P., 2002, *La distinction : critique sociale du jugement*, Les Éditions de Minuit, Paris.

BOURGEOIS L., 1902, *La solidarité*, Paris, Armand Colin.

BOURGEOIS L., 1904, *Les applications sociales de la solidarité*, Paris, Félix Alcan.

CASTEL R., 1995, *Les métamorphoses de la question sociale*, Paris, Seuil.

CAVÉ I., 2015, *Les Médecins-législateurs et le mouvement hygiéniste sous la Troisième République (1870-1914)*, Paris, L'Harmattan.

CAVÉ I., 2016, *État, santé publique et médecine à la fin du XIX^e siècle français*, Paris, L'Harmattan.

CHAMBELLAND C., 1998, *Le Musée Social et son temps*, Presses de l'ENS.

CHARLE C., 1991, *Histoire sociale de la France au XIX^e siècle*, Paris, Seuil.

CHARVET M., 2015, *Les fortifications de Paris : de l'hygiénisme à l'urbanisme, 1880-1919*, Rennes, PUR.

CHEVALLIER J., 1992, *La solidarité, un sentiment républicain*, Paris, PUF.

CHEVALIER L., 1958, *Classes laborieuses et classes dangereuses à Paris pendant la première moitié du XIX^e siècle*, Paris, Plon.

CHIFFOLEAU S., 2019, *Genèse de la santé publique internationale : de la peste d'Orient à l'OMS*, Rennes, PUR.

CHRISTEN-LECUYER C., 2004, *Histoire sociale et culturelle des caisses d'épargne en France, 1818-1881*, Paris, Economica.

COCKERHAM W. C., 2021, *Sociological theories of health and illness*, New York, Routledge.

CSENGO J., 1988, *Liberté, égalité, propreté. La morale de l'hygiène au XIX^e siècle*, Paris, Albin Michel.

COLEMAN J., 1990, *Foundations of social theory*, Harvard University Press.

COLEMAN W., 1982, *Death is a Social Disease : Public Health and Political Economy in Early Industrial France*, Madison, University of Wisconsin Press.

CORBIN A., 1981, *La prostitution à Paris au XIX^e siècle*, (texte présenté et annoté de Parent-Duchâtelet), Paris, Seuil.

CORBIN A., 1986 (1982), *Le miasme et la jonquille : l'odorat et l'imaginaire social : XVIII^e-XIX^e siècles*, Paris, Seuil.

D'ARIENZO R., 2017, *Métabolismes urbains : de l'hygiénisme à la ville durable, Naples 1884-2014*, Genève, Metis Presses.

DANVIN B., 1845, *Programme ou avant-projet d'une organisation de la médecine en France*, Paris, Impr. De H. Warmé.

DIALLO I., 2023, *La santé publique : un concept complexe et multidimensionnel*, Paris, L'Harmattan.

DURKHEIM É., 1999 (1897), *Le suicide : étude de sociologie*, Paris, PUF.

FASSIN D., 2023, *Faire de la santé publique*, Rennes, Hygée éditions.

FAURE O., 1994, *Histoire sociale de la médecine*, Paris, Anthropos.

FILLASSIER A., 1902, *De la détermination des pouvoirs publics en matière d'hygiène*, Paris, Rousset.

FOUCAULT M., 1994, *Dits et écrits : 1976-9*, vol. III, Paris, Gallimard.

FRIOUX S., FOURNIER P., CHAUVEAU S., 2011, *Hygiène et Santé en Europe de la fin du XVIII^e siècle aux lendemains de la Première Guerre mondiale*, Paris, SEDES.

GAUTHIER E., 1909, *De l'Hygiène sociale*, Bourg, A. Genin.

GIDDENS A., 1987, *Social theory and modern sociology*, Cambridge, Cambridge University Press.

GIDDENS A., 1994, *Les conséquences de la modernité*, Paris, L'Harmattan.

GODBOUT J., 1992 (éd. française), *L'esprit du don*, Paris, La Découverte.

GOLDBERG M., MELCHIOR M., LECLERC A., LERT F., 2002, « Les déterminants sociaux de la santé : apports récents de l'épidémiologie sociale et des sciences sociales de la santé », *Sciences sociales et santé*, vol. 20, n° 4, p. 75-128.

GRANJEAN H., LECLERC A., KAMINSKI M., FASSIN D., LANG T., 2000, *Les Inégalités sociales de santé*, Paris, La Découverte.

GUILLAUME P., 1996, *Le rôle social du médecin depuis deux siècles, 1800-1945*, Paris, Association pour l'étude de l'histoire de la Sécurité sociale.

HAMLIN C., 1998, *Public Health and Social Justice in the Age of Chadwick*, Cambridge, Cambridge University Press.

HAVELOCK E., 1929, *L'hygiène sociale, la femme dans la société*, Paris, (traduction française), Mercure de France.

HIRSCHMANN A., 1982, *Bonheur privé, action publique*, Paris, Fayard.

HYYPPIA M. T., 2010, *Healthy Ties: Social Capital, Population Health and Survival*, Dordrecht, Springer.

JACK E., 1990, *The physician legislators of France : medicine and politics in the early Third Republic, 1870-1914*, Cambridge, Cambridge University Press.

JORLAND G., 2010, *Une société à soigner : hygiène et salubrité publiques en France au XIX^e siècle*, Paris, Gallimard.

KAHN G., 1901, *L'esthétique de la rue*, Paris, E. Fasquelle.

KLEIN A., PARAYE S. (dir.), 2015, *Histoire de la santé (XVIII^e-XX^e siècles) : nouvelles recherches francophones*, Québec, Presses de l'Université de Laval.

KONDO K., 2020, *Social determinants of Health in Non-communicable Diseases: case studies*, Singapore, Springer.

LACAISSÉ R., 1926, *L'Hygiène internationale et la Société des Nations*, Paris, Berger-Levrault.

LAVILLE J.-L., SAINSAULIEU R., 1997, *Sociologie de l'association : des organisations à l'épreuve du changement social*, Paris, Desclée de Brouwer.

LECUYER B.-P., 1977, « Médecins et observateurs sociaux : les AHPML, 1820-50 », dans *Pour une histoire de la statistique*, Paris, INSEE, vol. I. p. 339-347.

LEON D., 2001, *Poverty, inequality, and health*, Oxford, OUP.

LÉONARD J., 1981, *La médecine entre les savoirs et les pouvoirs*, Paris, Aubier.

LEVESQUE B., BOURQUE G., 2001, *La nouvelle sociologie économique. Originalité et diversité des approches*, Paris, DDB.

MARCELLIN B., 1897, *Science et morale*, Paris, Calmann-Lévy.

MAYEUR J.-M., 1968, *Un prêtre démocrate, l'abbé Lemire 1853-1928*, Paris, Casterman.

MERRIEN F.-X., 1994, *La bataille des eaux : l'hygiène à Rennes au XIX^e siècle*, Rennes, Presses universitaires de Rennes.

MONOD H., 1904, *La Santé publique*, Paris, Hachette.

MORELLE A., TABUTEAU D., 2023, *La santé publique*, Paris, PUF.

MORICEAU C., 2009, *Les douleurs de l'industrie : de l'hygiénisme industriel en France, 1860-1914*, Paris, Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales.

MURARD L., ZYLBERMAN P., 1996, *L'hygiène dans la République, la santé publique en France, ou l'utopie contrariée, 1870-1918*, Paris, Fayard.

NAPIAS H., 1876, *Le mal de misère, étude d'hygiène sociale*, Paris, Librairie républicaine.

NARAYAN D., PRITCHETT L., 1997, *Cents and sociability : household income and Social Capital in rural Tanzania*, Washington, World Bank.

NARAYAN D., 1999, *Bonds and bridges: social capital and poverty*, Washington, The World Bank.

NICOLET C., 1994 (1982), *L'idée républicaine en France, 1789-1924*, Paris, Gallimard.

NOURRISSON P., 1920, *L'histoire de la liberté d'association en France depuis 1789*, Paris, L. Tenin.

OSTROM E., AHN T. K. (dir.), 2003, *Foundations of Social capital*, Cheltenham, Edward Elgar Publishing.

PICON A., 2002, *Les saint-simoniens : raison, imaginaire et utopie*, Paris, Belin.

PROCACCI G. 1993, *Gouverner la misère*, Paris, Seuil.

PUTNAM R., 1993, *Making democracy work: civic traditions in modern Italy*, Princeton University Press.

RASMUSSEN A., 1996, « L'Internationale Scientifique, 1890-1914 » (thèse), Paris, EHESS.

REY A., 1924, *Le ministère de la Santé publique*, Paris, J. Meynial.

ROBERT-STERKENDRIES M., 2003 (1996), *La santé s'affiche*, Bruxelles, Therabel pharma.

ROSE R., 2001, *The impact of social capital on health*, Glasgow, Center for the Study of Public Policy.

ROSTILA M., 2013, *Social capital and health inequality in European welfare states*, Basingstoke, Palgrave Macmillan.

SAND R., 1931, *Le service social à travers le monde : assistance, prévoyance, hygiène*, Paris, Armand Colin.

SARASON S., 1974, *The psychological sense of community*, San Francisco, Jossey-Bass.

SEIGNAN G., « L'hygiène sociale au XIX^e siècle : une physiologie morale », *Revue d'histoire du XIX^e siècle*, 2010, vol. 40, p. 113-130.

SICARD DE PLAULOLES J., 1929, *Le sens de la vie : questions d'hygiène sociale*, Paris, Ed. médicales.

SOURNIA J.-C., 1991, *Dictionnaire de santé publique*, Paris, Ed. de Santé.

TOCQUEVILLE A., 1986 (1835), *De la démocratie en Amérique*, vol I, Paris, Gallimard.

TONNIES F., 2001 (éd. anglaise), *Community and civil society*, Cambridge, Cambridge University Press.

TOPALOV C. (dir), 1999, *Laboratoires du nouveau siècle : la nébuleuse réformatrice et ses réseaux en France, 1880-1914*, Paris, EHESS.

TRISCA P., 1923, *Les médecins sociologues et hommes d'État*, Paris, F. Alcan.

TUBIANA M., 1995, *Histoire de la pensée médicale : chemins d'Esculape*, Paris, Flammarion.

VIGARELLO G., 1985, *Histoire des pratiques de santé : le sain et le malsain depuis le Moyen Âge*, Paris, Seuil.

VILLERMÉ L. R., 1840, *Tableau de l'état physique et moral des ouvriers dans les manufactures de coton, de laine et de soie*, Paris, J. Renouard.

WANG M.-L., NANTULYA V. M., *Social exclusion and community capital: the missing link in global partnerships of health for all*, New York, University Press of America, 2008.

Bibliographie

WOJCIECHOWSKI J.-B., 1997, *Hygiène mentale et hygiène sociale : contribution à l'histoire de l'hygiénisme*, Paris, L'Harmattan, 1997.

WORMS R., 1896, *Organisme et société*, Paris, V. Giard & E. Brière.

ZYLBERMAN P., 1977, *L'haleine des faubourgs : ville, habitat et santé au XIX^e siècle*, Paris, Ed. Recherches.



**Éditions
Le Manuscrit**

Imprimé en France pour les Éditions Le Manuscrit

Dépôt légal : avril 2024

