



Un entrepreneur privé de politique publique

Henri Bergeron, Patrick Castel, Etienne Noguez

► To cite this version:

Henri Bergeron, Patrick Castel, Etienne Noguez. Un entrepreneur privé de politique publique : La lutte contre l'obésité, entre santé publique et intérêt privé. *Revue Française de Science Politique*, 2011, 61 (2), pp.201 - 229. 10.3917/rfsp.612.0201 . halshs-00587052v3

HAL Id: halshs-00587052

<https://sciencespo.hal.science/halshs-00587052v3>

Submitted on 18 Apr 2018

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.

UN ENTREPRENEUR PRIVÉ DE POLITIQUE PUBLIQUE

— LA LUTTE CONTRE L'OBÉSITÉ, —
ENTRE SANTÉ PUBLIQUE ET INTÉRÊT PRIVÉ

Henri Bergeron, Patrick Castel et Étienne Noguez

Gouvernance, privatisation et politiques de santé publique

Les recherches qui analysent les transformations récentes de l'État et les recompositions de son action mobilisent abondamment la notion de gouvernance. Bien qu'elles ne décrivent pas un espace théorique parfaitement homogène et qu'elles portent sur des objets souvent fort différents, elles se servent volontiers de ce « concept de second ordre »¹ pour circonscrire et caractériser, entre autres mouvements, trois catégories de transformations : l'engagement plus prononcé des collectivités locales, la participation croissante des acteurs privés (marchands) et le rôle grandissant des institutions internationales (en particulier de l'Union européenne²) dans la formation et la mise en œuvre des politiques publiques. Ces trois mouvements, qui peuvent se réaliser à des échelles différentes, contribueraient à saper la capacité d'action autonome de l'État³, à relativiser son rôle tutélaire dans la production des biens et services publics et à contester son *leadership* hiérarchique dans l'orientation et la coordination des acteurs participant à la fabrique de l'action publique. La notion de gouvernance permet ainsi de saisir, de manière heuristique, l'action publique comme plus manifestement le produit de la compétition/coopération entre différents groupes d'acteurs publics et privés, souvent organisés en réseaux (horizontaux) et engagés dans des jeux situés à des échelles variées (locales, nationales, et internationales). Si certains segments de l'État restent des acteurs importants dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques publiques, ils se sont « banalisés »⁴. L'État n'est plus le centre de la régulation de nombreuses politiques sectorielles. La mobilisation de la notion de gouvernance amène finalement à penser, de manière renouvelée, la question des médiations et des interactions entre l'État et la société : elle invite, en effet, à dépasser une perspective institutionnelle qui s'intéresse au seul gouvernement, à ses pouvoirs et à ses instruments, pour s'attacher à identifier les mécanismes de négociation et de coordination existant entre « différents groupes, réseaux, sous-systèmes », et « susceptibles de rendre possible l'action du gouvernement »⁵.

1. Patrick Le Galès, « Gouvernance », dans Laurie Boussaguet, Sophie Jacquot, Pauline Ravinet (dir.), *Dictionnaire des politiques publiques*, Paris, Presses de Sciences Po, 2004 (Références), p. 242-250.

2. Fritz Scharpf, *Gouverner l'Europe*, Paris, Presses de Sciences Po, 2000 (Académique).

3. Patrick Hassenteufel, *Sociologie politique : l'action publique*, Paris, Armand Colin, 2008 (U).

4. Patrick Le Galès, « Du gouvernement des villes à la gouvernance urbaine », *Revue française de science politique*, 45 (1), février 1995, p. 57-95, dont p. 59.

5. P. Le Galès, *ibid.*, p. 59.

De nombreux auteurs se sont en particulier intéressés à la transformation des relations entre État et marché¹, et au rôle des acteurs privés dans la production des politiques publiques², pour tenter d'identifier les caractéristiques des dynamiques qui président à un mouvement de « privatisation » de l'action publique : implication de sociétés du secteur marchand dans la délivrance de biens et de services publics, « transformations d'acteurs étatiques en acteurs privés »³, mobilisation croissante de savoirs, instruments et normes élaborés dans le secteur marchand par les administrations et interdépendances accrues entre acteurs publics et privés. Ce phénomène de privatisation et de brouillage des frontières public/privé se manifeste en particulier dans le cadre de politiques publiques économiques : transport, communications, énergie, etc. Mais son acuité a également été documentée dans d'autres domaines, comme dans celui de la sécurité (intérieure et extérieure)⁴, de la protection maladie⁵, des politiques curatives et de soins⁶, ou encore de la levée de l'impôt dans certains pays⁷.

En revanche, le constat de l'existence de pareil mouvement de privatisation dans le champ singulier de *la santé publique*⁸ n'a pas (ou qu'incidemment⁹) été au cœur des analyses et des conclusions des nombreuses recherches qui se sont penchées sur les transformations récentes de ce secteur d'action publique. Certains travaux ont certes souligné que l'État (régulateur¹⁰), *via* des agences spécialisées qui œuvrent dans le domaine de la gestion des risques sanitaires,

1. Jan Kooiman, « Introduction », dans Jan Kooiman (ed.), *Modern Governance. New Government-Society Interactions*, Londres, Sage, 1993, p. 1-8.

2. P. Le Galès, « Du gouvernement des villes... », art. cité.

3. P. Hassenteufel, *Sociologie politique...*, *op. cit.*

4. Pour la France, cf. Sébastien Roché, « Vers la démonopolisation des fonctions régaliennes : contractualisation, territorialisation et européanisation de la sécurité intérieure », *Revue française de science politique*, 54 (1), février 2004, p. 43-70. Au plan international, voir en particulier Elke Krahmann, « Security : Collective Good or Commodity ? », *European Journal of International Relations*, 14 (3), 2008, p. 379-404.

5. Patrick Hassenteufel, « L'État mis à nu par les politiques publiques ? », dans Bertrand Badie, Yves Déloye (dir.), *Les temps de l'État*, Paris, Fayard, 2007, p. 311-329, et *Sociologie politique...*, *op. cit.*

6. Patrick Le Galès, Alan Scott., « Une révolution bureaucratique ? Autonomie sans contrôle ou "freer markets, more rules" », *Revue française de sociologie*, 49 (2), 2008, p. 301-330.

7. Béatrice Hibou, « Retrait ou redéploiement de l'État », *Critique internationale*, 1, 1998, p. 151-168.

8. Les limites du territoire et des attributs de la santé publique ne cessent d'être débattues (cf. Didier Fassin, « Comment faire de la santé publique avec des mots. Une rhétorique à l'œuvre », *Ruptures*, 7 (1), 2000, p. 58-78). Il n'est cependant pas question de rentrer dans ces débats professionnels et spécialistes. Dans cet article, on définira sommairement et restrictivement les politiques de santé publique comme celles ayant pour objectif principal la lutte contre les risques sanitaires (épidémies en particulier) et la prévention contre la survenue de toutes sortes de pathologies/troubles dans une population. C'est surtout à ce deuxième axe d'actions que nous ferons référence dans ce texte.

9. Par exemple, le rôle des agences de communication dans la formation des campagnes du Centre français d'éducation pour la santé à partir de la fin des années 1970 : voir Luc Berlivet, « Une biopolitique de l'éducation pour la santé. La fabrique des campagnes de prévention », dans Didier Fassin, Dominique Memmi (dir.), *Le gouvernement des corps*, Paris, Éditions de l'EHESS, 2004 (Cas de figure), p. 37-74 ; et « Uneasy Prevention : The Problematic Modernization of Health Education in France After 1975 », dans Virginia Berridge, Kelly Loughlin (eds), *Medicine, the Market and Mass Media. Producing Health in the Twentieth Century*, Londres, Routledge, 2005, p. 95-122.

10. P. Hassenteufel préfère le concept d'État régulateur à la notion de gouvernance, en ce que cette dernière, au contenu polysémique et flou, s'exposerait au même type de critiques que celles qui furent jadis adressées au concept de système d'action concret développé par Michel Crozier et Erhard Friedberg : en l'espèce, le tropisme que manifesteraient les analyses qui le mobilisent à négliger « les spécificités des ressources politiques et des finalités du politique », ainsi que « les phénomènes de hiérarchisation liés au pouvoir politique au sein de l'État » (P. Hassenteufel, *Sociologie politique...*, *op. cit.*, p. 270). Il reste que ce concept d'État régulateur fait sienne une des conclusions essentielles des recherches sur la gouvernance, celle d'une perte de la capacité d'action autonome de l'État (lequel garderait cependant une certaine capacité de pilotage).

a contribué à la diffusion de savoir-faire managériaux¹ et d'une logique du marché (même s'il a également permis l'édiction de « normes opposées au marché »²). De nombreux travaux ont également souligné l'importance de la résistance qu'ont opposée des groupes d'intérêt ou des coalitions d'acteurs marchands dans les processus d'adoption de lois ou de politiques de santé publique³. D'autres, enfin, ont attiré l'attention sur l'engagement d'organisations jouissant d'un statut juridique de droit privé – associations loi 1901 – et rappelé qu'il s'agit là d'une caractéristique fort ancienne de l'action publique en la matière⁴. Mais la plupart des travaux qui ont fixé leur attention sur les nouvelles politiques de santé publique se sont plus volontiers intéressés au rôle des patients dans la lutte contre le sida ou d'autres pathologies, aux caractéristiques des sciences qui nourrissent la fabrique des politiques de santé publique et de surveillance sanitaire et les interventions de prévention, aux processus sociopolitiques de construction des problèmes de santé publique et de gestion institutionnelle des « crises sanitaires », et à l'implication croissante de l'échelon européen ou des organisations internationales⁵. Le rôle grandissant des acteurs appartenant au secteur marchand dans la production même de la santé publique n'a, en revanche, guère été au centre des analyses des politistes et des sociologues.

Les politiques locales de lutte contre le surpoids et l'obésité : privatisation ou hybridation ?

Les évolutions récentes et conséquentes⁶ de certaines politiques de santé publique nous poussent cependant à consacrer une attention plus systématique à cette problématique. C'est le cas en particulier de celles qui concernent la prévention de l'obésité et du surpoids, consacrés cause nationale et internationale de santé publique. Dans le vaste éventail d'actions préventives et curatives prévues et réalisées en matière de lutte contre le surpoids et l'obésité,

1. Daniel Benamouzig, Julien Besançon, « Administrer un monde incertain : les nouvelles bureaucraties techniques. Le cas des agences sanitaires », *Sociologie du travail*, 47 (3), 2005, p. 301-322 ; Thomas Alam, « Quand la vache folle retrouve son champ. Une comparaison transnationale de la remise en ordre d'un secteur d'action publique », thèse pour le doctorat de science politique, Lille, Université de Lille 2, 2007.

2. P. Hassenteufel, *Sociologie politique...*, op. cit., p. 271.

3. Sur l'alcool et le tabac, voir Luc Berlivet, « Une santé à risques. L'action publique contre l'alcoolisme et le tabagisme en France (1954-1999) », thèse pour le doctorat de science politique, Rennes, Université de Rennes I, 2000 ; Constance Nathanson, « Collective Actors and Corporate Targets in Tobacco Control : A Cross-National Comparison », *Health Education and Behavior*, 32 (3), 2005, p. 337-354. Les relations entre industries et autorités de santé publique ont également été étudiées dans le cas des politiques de régulation des médicaments, dans le cadre européen (Boris Hauray, *L'Europe du médicament*, Paris, Presses de Sciences Po, 2006) ou dans le contexte de la recherche sur le sida (Sébastien Dalgalarondo, *Sida : la course aux molécules*, Paris, Éditions de l'EHESS, 2004).

4. Didier Fassin, « Politique des corps et gouvernement des villes. La production locale de la santé publique », dans Didier Fassin (dir.), *Les figures urbaines de la santé publique. Enquête sur des expériences locales*, Paris, La Découverte, 1998 (Recherches), p. 7-46 ; *Faire de la santé publique*, Rennes, Éditions de l'EHESS, 2008. Sur les cas particuliers de la lutte contre la toxicomanie et l'alcool, voir, entre autres, Henri Bergeron, *L'État et la toxicomanie. Histoire d'une singularité française*, Paris, PUF, 1999, et dans le cas du sida, voir Claude Thiaudière, *Sociologie du sida*, Paris, La Découverte, 2002 (Repères).

5. Il y aurait peu de sens à présenter ici une liste exhaustive des travaux privilégiant l'une ou l'autre de ces thématiques. Le lecteur pourra trouver une présentation et une discussion de tels travaux dans : Didier Fassin, Boris Hauray (dir.), *Santé publique. L'état des savoirs*, Paris, La Découverte, 2010 ; Henri Bergeron, « Politiques de santé publique », dans Olivier Borraz, Virginie Guiraudon (dir.), *Politiques publiques. 2. Changer la société*, Paris, Presses de Sciences Po, 2010 (Gouvernances), p. 79-111 ; Claude Gilbert, Emmanuel Henry (dir.), *Comment se construisent les problèmes de santé publique*, Paris, La Découverte, 2009 (Territoires du politique). Sur l'Europe, plus précisément, voir Sébastien Guigner, « L'institutionnalisation d'un espace européen de la santé. Entre intégration et européanisation », thèse pour le doctorat de sciences politiques, Rennes, Université de Rennes I, 2008.

6. H. Bergeron, « Politiques de santé publique », cité.

l'information et l'éducation pour la santé des individus, et des enfants en particulier, sont conçues comme des interventions essentielles. En France, des campagnes d'éducation pour la santé sont ainsi menées par toutes sortes d'acteurs nationaux et locaux de la prévention : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), associations ou comités départementaux d'éducation pour la santé, associations loi 1901 spécialisées, PMI, services de l'Éducation nationale, ceux des municipalités en charge de l'hygiène et de la santé, ceux des caisses d'assurance maladie et des mutuelles, etc. Mais un programme particulier de prévention a retenu notre intérêt : « Ensemble prévenons l'obésité des enfants » (EPODE dans la suite de l'article). Conçu et piloté par des professionnels de la nutrition, du management et du *marketing*, qui opèrent au sein d'une agence privée de *marketing* social, et soutenu financièrement par les cotisations des municipalités adhérentes et par les subventions de firmes partenaires dont certaines appartiennent au secteur agroalimentaire et à la grande distribution, ce programme a conquis une place de premier plan dans la formation et l'élaboration des dispositifs de repérage et de prévention du surpoids et de l'obésité infantile. Il s'épanouit désormais dans plus de deux cents villes françaises (incluant de grandes métropoles comme Lille ou Paris) et est aujourd'hui considéré comme un des opérateurs clefs des politiques de santé publique en la matière. Il est, à ce titre, présenté par le ministère de la Santé comme particulièrement innovant, au point qu'il incarne aux yeux des autorités publiques la figure la plus accomplie d'un partenariat public/privé « réussi ».

L'origine et la mise en œuvre de ce programme ont été étudiées au sein de quatre municipalités et au plan national, selon des modalités précisées dans l'encadré méthodologique ci-après. Bien sûr, l'étude de ce programme singulier ne prétend pas pouvoir épuiser et révéler l'ensemble des transformations de l'action de l'État en matière de santé publique, ni même permettre d'identifier, de manière synthétique, le type particulier de gouvernance et de régulations dominantes qui s'épanouissent dans le sous-secteur des politiques de lutte contre l'obésité et le surpoids. Ses objectifs sont plus modestes. Ils sont au nombre de trois.

L'étude de la genèse et du fonctionnement de ce programme et des relations que les acteurs et organisations de statut privé qui le pilotent entretiennent avec de multiples autres acteurs constitue, d'abord, un point d'observation privilégié de la mise en œuvre d'une politique de « gouvernement des corps »¹ et de l'articulation (difficile ou inexistante) entre action de l'État et action des collectivités territoriales, au premier rang desquelles les municipalités.

Ce cas se révèle également intéressant pour saisir les mécanismes présidant à l'affirmation d'un opérateur privé comme acteur légitime de politiques – celles de la santé publique – qui, à l'instar des politiques de sécurité étudiées par Sébastien Roché, sont conçues comme relevant *formellement* des compétences régaliennes de l'État² et dans lesquelles l'implication de sociétés marchandes suscite de nombreuses résistances, la santé publique n'étant pas considérée comme une « marchandise » comme les autres. Nous tenterons ainsi d'éclairer certains

1. D. Fassin, D. Memmi (dir.), *Le gouvernement des corps*, op. cit.

2. Le principe de la responsabilité *formelle* de l'État en matière de santé publique se trouve, en effet, inscrit dès l'adoption de la loi de santé publique de 1902, quoique de manière relativement souterraine. Les juridictions administratives, par la suite, n'ont cessé de le consacrer dans une vaste jurisprudence (Didier Tabuteau, « La sécurité sanitaire, réforme institutionnelle ou résurgence des politiques de santé publique », *Sève*, 3 (16), 2007, p. 87-103). Ces dernières années, cette responsabilité étatique s'est affirmée de manière plus ostensible dans la loi sur le droit des patients de 2002 ; affirmation juridictionnelle qui connaît son acmé en 2004 avec l'adoption de la loi « relative à la santé publique ». Élaborée par un petit cercle de fonctionnaires de la Direction générale de la santé (DGS) et d'experts, la plupart formés dans les meilleures universités anglo-saxonnes de santé publique et d'épidémiologie (cf. Henri Bergeron, Constance Nathanson, « Construction of a Policy Arena : The

des processus et mécanismes par lesquels un tel programme est parvenu à s'institutionnaliser¹ dans un champ encore « récalcitrant ». En particulier, nous montrerons qu'EPODE constitue une figure singulière d'acteur privé de politiques publiques. Les acteurs d'EPODE n'appartiennent pas, en effet, à la catégorie d'acteurs qualifiés de « trous noirs du pouvoir » par Pierre Lascoumes et Dominique Lorrain, en ce qu'ils n'ont point besoin d'agir en *parfaite* « discrétion »², n'assurent pas de « fonction de *back-office* » de la « puissance publique » selon un principe de « division du travail non écrit », et ne disposent guère de pouvoirs en matière législative, exécutive ou de régulation des conflits³. Ils ne « collent » pas complètement, non plus, à la figure d'« entrepreneur de morale », dont la littérature sur l'action publique, à la suite des travaux séminaux d'Howard Becker⁴, a pointé l'importance : bien que ses origines et ses premiers développements soient antérieurs à la mise sur agenda de l'obésité, le programme n'a, en effet, guère contribué aux opérations originelles de cadrage de la « malbouffe », du surpoids et de l'obésité comme problèmes publics (même s'il tend à assumer aujourd'hui de plus en plus ce rôle⁵) ; il n'a ni participé au « lancement de l'alerte »⁶, ni proposé et défendu les grandes lignes dans lesquelles les « solutions » à ce problème devaient s'inscrire. Les acteurs pilotes du programme correspondent davantage à la figure de l'entrepreneur privé⁷, telle que développée ces dernières années par la sociologie économique⁸ : ils paraissent être parvenus à s'installer et à agir durablement à la frontière de deux mondes hétérogènes, et même antagonistes à bien des égards, celui de la santé publique et celui du marché.

Étudier la façon dont cet acteur s'est établi comme opérateur légitime de l'action publique contre l'obésité et le surpoids et la manière dont il contribue à la réalisation de missions d'intérêt général sera, enfin et surtout, l'occasion d'identifier des modes originaux de « privatisation » de l'action publique. 1) Nous montrerons ainsi que cet acteur ne se contente pas de former des diagnostics, d'identifier les cibles de l'action publique locale, de concevoir ses instruments, ni même de contribuer à son évaluation, activités qui signent des types de privatisation déjà identifiés par la littérature ; il contribue également à un travail essentiel de coordination proprement politique de l'activité d'acteurs publics et associatifs locaux.

Case of Public Health in France », *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 37 (1), 2011), cette loi dispose ainsi haut et fort que la santé publique relève des compétences de l'État et prévoit une régionalisation des politiques de santé publique, qui, comme l'observe Bernard Goudet, relève plus manifestement de la déconcentration que du « transfert décentralisateur » (Bernard Goudet, « La loi de santé publique du 9 août 2004 : une analyse sociologique », *Santé publique*, 4 (44), 2004, p. 597-604, dont p. 601).

1. Nous reviendrons plus en détails dans le corps du texte sur le sens que nous donnons aux concepts d'institutionnalisation et d'institution.
2. Même si un certain « flou » existe, pour de nombreux acteurs locaux, quand à leur statut juridique réel, comme nous le verrons.
3. Pierre Lascoumes, Dominique Lorrain, « Les trous noirs du pouvoir. Les intermédiaires de l'action publique », *Sociologie du travail*, 49 (1), 2007, p. 1-9, dont p. 5.
4. Howard Becker, *Outsiders. Études sociologiques de la déviance*, Paris, Métailié, 1985 (1^{re} éd. : 1963).
5. Cf. le dernier rapport de l'Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques, sous la direction des sénateurs Jean-Claude Étienne et Birgitte Bout, « Prévention et traitement de l'obésité : l'état de la recherche », compte rendu de l'audition publique du 4 mars 2009.
6. Francis Chateauraynaud, Didier Torny, *Les sombres précurseurs. Une sociologie pragmatique de l'alerte et du risque*, Paris, Éditions de l'EHESS, 1999.
7. Même si nous verrons qu'ils ont eu besoin, pour s'établir dans le champ, de gommer symboliquement, en partie (et seulement en partie), la nature principalement privée de leur initiative en obtenant le soutien et l'engagement des autorités et institutions publiques.
8. David Stark, *The Sense of Dissonance. Accounts of Worth in Economic Life*, Princeton and Oxford, Princeton University Press, 2009 ; Pierre-Paul Zallio, « Sociologie économique des entrepreneurs », dans Philippe Steiner, François Vatin (dir.), *Traité de Sociologie économique*, Paris, PUF, 2009, p. 573-607.

Se dessine ainsi une figure partiellement « renversée » de la privatisation, dans laquelle des acteurs privés contribuent à coordonner l'action d'acteurs publics et associatifs. 2) Si l'on peut ainsi identifier certaines dimensions d'un mouvement de privatisation de l'action publique dans ce sous-secteur, l'on peut également mettre à jour un phénomène réciproque de « publicisation » de l'action privée. Nous montrerons ainsi que la nature du dispositif institutionnel qui préside finalement à la mise en œuvre du programme est, de manière essentielle, hybride. Au point que la notion de « privatisation » soit rendue impropre à caractériser le sens des recompositions de l'action publique dans ce sous-champ. 3) Nous nous efforcerons enfin de montrer que la substitution d'un prestataire privé à un prestataire public dans la réalisation de certaines missions (en particulier : diagnostic, définition des cibles, formation des instruments et évaluation des actions) n'est pas une opération parfaitement neutre, mais qu'elle a des conséquences sur ce que signifie « faire de la santé publique ».

Après avoir retracé rapidement la genèse de ce « metteur en œuvre de morale », nous nous intéresserons à la façon dont il a tenté de légitimer son intervention dans le champ de l'obésité infantile et dont il est parvenu à accommoder les critiques sur son origine privée et ses ambitions (également) marchandes.

Méthodologie de l'étude

Cette étude puise, *entre autres*, son inspiration théorique dans la sociologie des organisations et de l'action collective développée par Michel Crozier, Erhard Friedberg et d'autres chercheurs du Centre de sociologie des organisations¹. Puisqu'il s'agissait de comprendre les mécanismes par lesquels cet opérateur privé s'est affirmé dans le champ de la santé publique, il importait de collecter et de comprendre les perceptions individuelles et subjectives que forment les acteurs vis-à-vis de ce programme et de ses actions, et de reconstituer la structure des relations informelles qu'ils entretiennent entre eux. C'est pourquoi, outre le recueil des documents produits et diffusés par le programme, le recensement des types d'actions menées et la lecture de documents et rapports officiels, nous avons privilégié la conduite d'entretiens semi-directifs approfondis. La confrontation et la comparaison systématique et itérative des points de vue des acteurs, mis en perspective avec les données plus factuelles que nous avons analysées, ont permis d'identifier et de cerner la régularité de certaines logiques d'action et de dépasser le simple empilement d'opinions idiosyncrasiques.

Étant donnée la structure du programme, nous avons choisi de faire porter notre investigation sur deux niveaux interdépendants : le « niveau national » et le « niveau local ».

Au « niveau national », il s'agissait à la fois de comprendre la stratégie² des promoteurs du programme et les relations qu'ils entretiennent entre eux, avec leurs principaux partenaires et avec les autres institutions du champ. Ainsi, nous avons interrogé les cadres de l'entreprise responsables du programme et de l'association, des scientifiques avec lesquels ils collaborent dans ce cadre, des représentants industriels qui contribuent au

1. Michel Crozier, Erhard Friedberg, *L'acteur et le système*, Paris, Seuil, 1977 ; Erhard Friedberg, *Le pouvoir et la règle*, Paris, Seuil, 1993 ; Christine Musselin, « Sociologie de l'action organisée et analyse des politiques publiques : deux approches pour un même objet ? », *Revue française de science politique*, 55 (1), février 2005, p. 51-71.

2. Au sens large donné par Crozier et Friedberg (*L'acteur et le système...*, *op. cit.*), c'est-à-dire reconstruite par le chercheur et non nécessairement consciente chez l'acteur.

financement du programme et les acteurs du Plan national nutrition santé (PNNS) au sein de la DGS et de l'Inpes.

Pour l'étude du niveau local, parmi les critères de sélection, les villes devaient avoir adhéré au programme depuis plus d'un an, afin d'être en mesure d'observer comment le programme se mettait en œuvre. Ensuite, nous avons choisi quatre villes qui présentaient suffisamment de contrastes au départ pour espérer que la comparaison soit féconde. Nous avons d'abord choisi trois villes qui présentaient des taux de surpoids et d'obésité infantiles élevés et une ville où, au contraire, le taux était bas. Ce type de contrastes devait nous permettre d'étudier si la dynamique locale de mise en œuvre était différente selon que le problème apparaissait plus ou moins prégnant. Parmi les villes à taux élevés de surpoids et d'obésité, nous avons choisi deux villes de petite taille et une ville de taille moyenne, afin de mesurer si les ressources des municipalités pouvaient influencer, là aussi, sur la nature de la mise en œuvre du programme. Au final, les villes retenues présentent les caractéristiques suivantes. La ville A est une ville moyenne de 40 000 habitants, chef-lieu d'un département au Nord de Paris et ayant une population plutôt jeune (un quart de moins de 20 ans). Elle a adhéré au programme en 2004 et est devenue du même coup ville pilote. Parmi les dix villes pilotes, elle a le deuxième plus fort taux d'enfants obèses et en surpoids : plus de 20 % de la population des enfants de 5 à 12 ans, selon l'IMC mesuré en 2007 (cf. *infra*). La ville B est une petite ville de Bretagne de 15 000 habitants, plus jeune que la ville A (un tiers de moins de 20 ans). Elle a adhéré dès 2003 au programme pour devenir ville pilote. Pourtant, des 10 villes pilotes, c'est celle qui a le plus faible taux d'IMC en 2007, avec environ 10 % de la population des enfants de 5 à 12 ans en surpoids ou obèse. Le terrain C est composé de deux petites municipalités (respectivement 11 000 et 7 000 habitants) appartenant à la même communauté d'agglomération du Nord de la France, qui est une région particulièrement touchée par l'obésité. La communauté d'agglomération a adhéré en 2006 au programme.

Une étude exploratoire dans une des villes nous a permis d'identifier les acteurs pertinents à interroger dans les villes. Pour chaque ville étudiée, nous avons interrogé un très grand nombre des acteurs concernés directement ou indirectement par le programme ; aussi bien ceux qui participaient aux actions que ceux qui ne souhaitaient pas y participer, alors que cette participation était souhaitée par les membres du programme. Nous avons tenté de reconstruire le système des relations informelles qu'ils entretiennent entre eux au plan local, mais aussi les relations que les responsables locaux entretiennent avec les coordinateurs nationaux du programme. Sur chaque terrain, des élus et administratifs des municipalités, des médecins et infirmiers, des acteurs associatifs, des acteurs de l'Éducation nationale et des représentants des services extérieurs de l'État, comme ceux des directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS) ou des groupements régionaux de santé publique (GRSP), ont été interrogés. Entre 30 et 50 entretiens, entièrement retranscrits, ont été menés sur chacune des trois configurations locales, 123 au total.

Brève histoire d'un « metteur en œuvre de morale »

On dispose depuis quelques années de nombreuses analyses ayant identifié les processus sociopolitiques qui ont concouru à la construction de l'obésité à la fois comme maladie épidémique et comme problème de santé publique¹. Le rôle central de l'indice de masse corporelle (IMC – ou *Body Mass Index*, BMI), qui s'est imposé au niveau international comme l'indicateur « évident » de mesure de la corpulence, a été, en particulier, souligné par ces travaux². L'action de l'OMS paraît également décisive dans ces processus d'émergence politique, même si les mécanismes précis expliquant comment son « fameux » rapport de 2000³ – lequel qualifie l'obésité de première épidémie non virale – a pu avoir un tel impact sur les agendas publics de nombreuses nations (d'abord en Occident, puis dans le reste du monde) restent à mettre en évidence. La célérité de la mise sur agenda public de l'obésité⁴ constitue en particulier une énigme sur laquelle se penchent de nombreux travaux actuels. La France constitue un exemple frappant de rapidité de la réponse publique, puisque les premières mesures interviennent un an à peine après la remise du rapport du Haut Comité de la santé publique en 2000⁵ – qui recensait une liste de facteurs dans le développement de l'obésité – et quelques années seulement après la première étude nationale sur le taux d'obésité – l'enquête ObEpi – dont la première édition remonte à 1997.

Au plan français, Bossy identifie trois sources majeures de la politique contre l'obésité⁶. Le Plan national nutrition santé (PNNS), lancé en 2001, est un programme national qui prévoit notamment l'édition de guides nutritionnels pour les choix alimentaires, des campagnes d'éducation pour la santé dans les médias (lancées par l'Inpes) et la négociation avec les industriels de l'alimentation pour établir des chartes d'engagement volontaire, visant notamment à modifier la composition de leurs produits. Le PNNS est piloté par le ministère de la Santé, *via* la Direction générale de la santé, à partir d'un bureau spécifiquement dédié. La deuxième source identifiée est une circulaire du ministère de l'Éducation nationale relative à la « composition des repas servis en restauration scolaire et à la sécurité des aliments » en 2001⁷. Enfin, la troisième matrice est la loi de santé publique de 2004, dans laquelle un article

1. Abigail C. Saguy, Rene Almeling, « Fat in Fire ? Science, the News Media, and the "Obesity Epidemic" », *Sociological Forum*, 23 (1), 2008, p. 53-83 ; Abigail C. Saguy, Kevin W. Riley, « Weighing Both Sides : Morality, Mortality, and Framing Contests over Obesity », *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 30 (5), 2005, p. 869-921 ; Annemarie Jutel, « The Emergence of Overweight as a Disease Entity : Measuring up Normality », *Social Science & Medicine*, 63 (9), 2006, p. 2268-2276 ; Thibault Bossy, « Poids de l'enjeu, enjeu de poids. La mise sur agenda de l'obésité en Angleterre et en France », thèse de doctorat de science politique, Paris, IEP de Paris, 2010 ; Eric J. Oliver, « The Politics of Pathology. How Obesity Became an Epidemic Disease », *Perspectives in Biology and Medicine*, 49 (4), 2006, p. 611-627 ; Faustine Régner, Didier Tornay, « Une épidémie kaléidoscopique : les constructions savantes de l'obésité dans le contexte français », Montréal, Congrès de l'AIS, 2008 ; Jean-Pierre Poulain, *Sociologie de l'obésité*, Paris, PUF, 2009.

2. Pour une histoire critique de cet indicateur, voir Ian Hacking, « Façonner les gens », *Cours au collège de France*, leçon n° 3 : « Normaliser et obésité », 2005 ; et Thibault de Saint-Pol, « Comment mesurer la corpulence et le poids "idéal" ? Histoire, intérêts et limites de l'indice de masse corporelle », *Notes & Documents*, 2007-01, Observatoire sociologique du changement, 2007.

3. WHO, « Obesity : Preventing and Managing the Global Epidemic. Report on a WHO Consultation », *Technical Report Series*, n° 894, 2000.

4. C'est seulement au milieu des années 1990 qu'apparaissent des travaux évoquant une « épidémie » de l'obésité (A. C. Saguy, K. W. Riley, « Weighing Both Sides... », art. cité).

5. Haut Comité de la santé publique, *Pour une politique nutritionnelle de santé. Enjeux et propositions*, Rennes, Éditions de l'ENSP, 2000.

6. T. Bossy, « Quand le poids devient un problème public : la mise sur agenda de l'obésité en France et en Angleterre », Paris, séminaire « Pôle Action publique » du Cevipof-Sciences Po Paris, 2008.

7. Circulaire n° 2001-118 du 25 juin 2001.

réglemente la publicité des produits alimentaires¹, tandis qu'un autre interdit les distributeurs de boissons et de produits alimentaires dans les établissements scolaires.

Nous l'avons dit, l'association à l'origine du programme EPODE n'a pas vraiment participé à l'introduction sur l'agenda public du problème de l'obésité ni à la défense d'options axiologiques, cognitives et instrumentales particulières, même si ses premières actions dans ce domaine se situent en amont de la reconnaissance de l'obésité comme enjeu de santé publique ; elle a plutôt profité d'un contexte favorable pour proposer aux collectivités locales un ensemble de normes et d'instruments d'action publique. L'enjeu de ce « *metteur en œuvre* de morale » est dès lors d'institutionnaliser sa « solution » à un problème légitimé par ailleurs.

L'histoire approfondie de la genèse et du développement du programme EPODE, sa trajectoire institutionnelle et l'analyse des principales décisions et des facteurs qui ont contribué à la tracer, reste à faire². Néanmoins, à travers les premiers matériaux que nous avons collectés, et notamment par l'*interview* des principaux acteurs qui ont présidé à sa destinée, nous disposons d'éléments substantifs qui nous permettent d'esquisser les grandes lignes de cette histoire et de saisir ainsi comment elle s'est peu à peu inscrite dans un contexte moral et politique qu'elle n'a pas créé. Pour cela, nous présenterons d'abord l'initiative qui a précédé EPODE avant d'analyser plus précisément la création et le développement du programme.

D'une enquête épidémiologique centrée sur les écoles à un programme d'action locale centré sur les municipalités (1993-2004)

À l'origine du programme se trouve l'initiative d'une association loi 1901 (dont l'acronyme FLVS correspond aux initiales des deux villes expérimentales de l'étude : Fleurbaix Laventie Ville Santé) en 1992, soit bien avant que l'obésité et le surpoids aient accédé au statut disputé de « problème de santé publique ». Toutefois, au départ, les activités de prévention envisagées par la jeune structure associative ne visaient pas spécifiquement l'obésité, mais les maladies cardiovasculaires (dont l'obésité et le surpoids sont l'un des déterminants étiologiques). Un médecin endocrinologue, le Dr Horet, travaillant au CHU de Lille, lança, avec le soutien de son chef de service nutritionniste, un projet d'éducation nutritionnelle dans les écoles de deux petites villes du nord de la France, « Fleurbaix » et « Laventie ». S'inspirant d'une expérience américaine réalisée dans une petite ville près de San Francisco qui avait mis en place un programme de santé communautaire pour faire baisser le taux de cholestérol des habitants, et reproduisant ainsi un tropisme bien français qui consiste à « transférer » en France des politiques et des interventions préventives nées dans les pays anglo-saxons³, la démarche du Dr Horet peut être qualifiée d'environnementale : ses objectifs sont en effet 1) de modifier « l'environnement » du choix des enfants en matière nutritionnelle en diffusant des informations sur ce qu'ils mangent et doivent manger, et 2) d'espérer qu'ils diffusent cette information à leurs

1. Cette question conflictuelle de l'encadrement de la publicité alimentaire, tant elle engage les relations entre l'État et les industries alimentaires, représentées par l'Association nationale des industries agroalimentaires (ANIA), a rejaili récemment à l'occasion du débat parlementaire pour l'adoption de la loi « hôpital, patients, santé et territoires ».

2. Une recherche financée par l'ANR est actuellement en cours et porte en particulier sur la genèse du programme EPODE.

3. Pour les cas de l'alcoolisme et de la toxicomanie, cf. H. Bergeron, *L'État et la toxicomanie...*, *op. cit.*

parents. Différents acteurs, diététiciens, enseignants, médecins ou professeurs d'IUFM ont été mobilisés pour mettre en place un système de fiches d'information et de prévention, qu'ils réalisaient eux-mêmes et diffusaient aux classes et aux enfants des deux villes initialement concernées. Le dispositif préventif était en particulier fondé sur l'existence d'échanges nourris et de liens serrés entre professionnels de la santé et professionnels de l'Éducation nationale. Dans cette première période, l'enjeu était pour les promoteurs du programme de démontrer scientifiquement l'efficacité de cette méthode environnementale dans la prévention des maladies cardiovasculaires. Ainsi, une équipe de l'Inserm s'est chargée, elle, de la rédaction du protocole de l'étude épidémiologique, du recueil de données et de leur analyse. Pour ces chercheurs, l'objet d'intérêt scientifique n'était pas uniquement l'obésité, mais également les maladies chroniques telles que le diabète et les maladies cardiovasculaires¹.

À partir de 1997 (soit 4 ans avant le lancement du PNNS-1), l'étude connaît deux infléchissements majeurs : elle est désormais centrée sur la prévention de l'obésité et plus précisément sur l'obésité infantile ; le cadre d'action du programme est élargi des écoles aux municipalités, dont l'implication est croissante. Ce changement d'approche s'accompagne d'une transformation de l'organisation. Lors du lancement du programme, le Dr Horet avait créé une agence de conseil en nutrition dans le but de collecter les fonds nécessaires à la mise en place du projet et au suivi épidémiologique de l'expérience. Dans un premier temps, quelques industriels du secteur pharmaceutique² et un grand industriel du secteur agroalimentaire ont financé le projet. En 1998 et en 2001, l'agence de nutrition fusionne successivement avec une agence de communication, spécialisée sur l'alimentation et la santé, et fondée par un ancien cadre d'entreprises de l'agroalimentaire, puis avec une agence de « *marketing social* », spécialisée dans la mise en place de projets éducatifs tournés vers la nutrition. Ces deux fusions et le succès « apparent » de l'expérience originelle vont inciter ses promoteurs à transformer l'étude épidémiologique initiale en un programme d'action en direction des villes – d'un grand nombre de villes.

Institutionnalisation et extension du programme d'action (2004-2009)

Le programme EPODE est créé et mis en place en 2004 sous la forme d'une expérience menée dans dix villes pilotes. En droite ligne avec les orientations de la politique de lutte contre l'obésité et le surpoids initiée par le PNNS de 2001, le programme entend « modifier progressivement les normes sociales et réduire les inégalités d'accès à la prévention par l'intermédiaire de la promotion d'une alimentation diversifiée, équilibrée, abordable et plaisante [et] d'une incitation des enfants et leur famille à être plus actifs au quotidien »³. Pour répondre à cette multiplicité de facteurs, les promoteurs du programme entendent multiplier les partenaires : scientifiques, professionnels de santé, collectivités locales, administration et industriels. L'une des principales originalités du programme est de concevoir la ville comme échelon territorial pertinent pour la conduite d'actions de prévention. Il propose essentiellement une « méthode originale » de mise en œuvre d'actions de promotion pour la santé,

1. Certains de ces chercheurs ont ainsi acquis un statut d'expert dans le domaine de l'obésité et ont initié d'autres programmes scientifiques sur cette question.

2. Une des chargées de mission d'un laboratoire partenaire finira par quitter ce laboratoire pour rejoindre l'agence de nutrition et devenir *in fine* responsable du partenariat entre EPODE et les villes adhérentes.

3. Extrait d'une présentation institutionnelle du programme, intitulée : « [EPODE] : une méthode appliquée à la prévention de l'obésité ».

lesquelles actions doivent permettre de contribuer à l'atteinte des objectifs fixés par les pouvoirs publics.

Le circuit formel et la nature de la coopération inter-organisationnelle, dont on tentera plus loin d'expliquer la complexité, sont les suivants : une mairie contracte avec l'association FLVS pour que soit mis en place dans sa commune le programme EPODE. Les villes, qui signent ainsi une charte d'engagement, doivent alors recruter un « chef de projet EPODE » ou missionner un employé municipal pour assurer la coordination locale du programme sur une partie (variable) de son temps. Elles s'engagent, en outre, à mettre en place un « comité de pilotage » (composé d'au moins un représentant du corps médical, de représentants de l'Éducation nationale et d'élus). L'association, de son côté, confie à l'agence, qui lui facture cette prestation, « la conception du programme et de l'ingénierie de projet, ainsi que la coordination, sous le contrôle du Comité d'experts, de l'ensemble des actions proposées aux villes pour la mise en œuvre opérationnelle du programme » (extrait de la « Charte d'engagement des partenaires locaux »). L'agence est ainsi chargée de former les acteurs locaux (en particulier, les chefs de projet EPODE, cf. plus loin), de diffuser les guides de bonnes pratiques, de proposer des idées d'actions, de centraliser le recueil des données taille/poids des enfants (des classes de maternelle grande section jusqu'au cours moyen de deuxième année CM2) qui est effectué dans le cadre du programme¹ et de réaliser les outils pédagogiques, cœur de l'expertise technique du programme : fiches d'information en nutrition et, plus récemment, « fiches action » qui sont conçues comme une aide au lancement d'actions et qui sont déclinées pour tenir compte des particularités des activités du type d'acteurs auxquels elles s'adressent (instituteurs, professeurs d'éducation physique, etc.).

Mais le programme ne se réduit pas à la prestation d'une expertise en promotion de la santé et à la conception d'instruments préventifs : il propose également une méthodologie d'ingénierie sociale et participe activement à la coordination des acteurs locaux. Cette méthodologie permet l'animation d'un ensemble d'acteurs, jusqu'alors plus ou moins actifs, mais très éparpillés, et l'activation de ressources, publiques, associatives, voire privées, pour les faire exister dans le cadre d'une action collective, estampillée EPODE. L'action est censée prendre la forme d'un réseau intégré : création et identification d'un centre municipal de management au cœur duquel se trouve le chef de projet et le comité de pilotage, qui travaillent en étroite collaboration avec la direction nationale du programme EPODE, organisation régulière de réunions entre les acteurs locaux concernés et potentiellement concernés, stratégie de communication (diffusion du logo EPODE, affiches, création d'événements EPODE, etc.) commune autour de ces actions de prévention locale, informations régulières sur les activités des uns et des autres² et sur les réalisations du réseau national, réunion nationale bisannuelle de tous les chefs de projets municipaux, etc. Chaque année, des thématiques prioritaires sont identifiées par la coordination nationale d'EPODE et les villes sont invitées à les décliner localement en mobilisant les instruments et outils d'action développés par l'agence. Le

1. Depuis 2005, ce recueil était réalisé annuellement dans les dix villes pilotes ; il devrait à l'avenir être étendu à toutes les villes tous les deux ans.

2. Sur le site du programme, on trouve ainsi une série d'exemples de « bonnes pratiques » menées par les villes EPODE, accompagnées d'un descriptif des actions et de l'identité des personnes responsables. On voit là s'affirmer la volonté que les villes EPODE puissent participer à un réseau et se sentent appartenir à une communauté, animée et coordonnée par l'antenne nationale d'EPODE.

programme national lance également des appels à projets à destination des villes membres du réseau, et dont les lauréats sont financés par des industries ou administrations partenaires. Le programme EPODE contribue ainsi à la réalisation d'un travail proprement politique d'animation et de coordination d'acteurs locaux autour d'une politique locale perçue comme relevant de l'intérêt général.

La réussite du programme se résume en quelques chiffres. Entre 2004 et 2009, le nombre de villes françaises couvertes est passé de 10 à 226, dont Paris et Lille. L'expérience a également été reprise dans plusieurs autres pays ou régions du monde (en Australie, au Mexique, en Belgique, en Espagne, en Grèce), permettant aux promoteurs du programme de revendiquer au total 4 millions de personnes concernées. Par ailleurs, la Commission européenne (Direction générale de la santé et des consommateurs – DG SanCo), très vite séduite par l'expérience¹, a chargé EPODE d'élaborer, contre financement, un guide de bonnes pratiques pour les politiques locales de prévention de l'obésité, qui puissent servir de base cognitive et normative à la réalisation de pareilles politiques dans l'ensemble des villes de l'Union. Ainsi, le Dr Horet est aujourd'hui considéré comme un expert national et il n'est guère de conférences, scientifiques ou institutionnelles, de débats télévisés, d'articles de presse ou d'émissions radiodiffusées sur le sujet qui ne le comptent comme invité ou intervenant.

La *success story* que nous venons de décrire et qui sert de référence collective aux membres du programme ne laisse pas d'étonner. Comment expliquer qu'en l'espace d'une dizaine d'années, une modeste étude épidémiologique menée dans deux villes par un acteur privé ait pu devenir une méthode d'action reconnue par l'Union européenne et diffusée dans plus de 200 communes françaises et 5 pays ? Pour répondre à cette question, il nous faut analyser précisément les stratégies qui ont permis aux promoteurs du programme de légitimer leur intervention.

Un entrepreneur de politique publique en quête de reconnaissance institutionnelle

Il est frappant d'observer à quel point les acteurs d'EPODE insistent sur le soutien que leur programme a reçu d'institutions aussi diverses que les municipalités et leurs maires (*via* l'adhésion des villes qui, aussitôt entrées dans le programme, forment le « club des villes EPODE » et le « club des maires EPODE », *via* l'Association des maires de France), l'Europe (*via* la DG SanCo), l'État français (*via* le ministère de la Santé et des Sports, le ministère de l'Éducation nationale, le ministère de l'Alimentation, de l'Agriculture et de la Pêche, le ministère délégué à la Ville et à la rénovation urbaine, le PNNS) et la « science » (*via* leur association à des scientifiques dans le cadre de recherches communes, à l'Académie nationale de médecine, à la Société française de pédiatrie et à l'Association française de pédiatrie ambulatoire et aux publications scientifiques dans les revues médicales, produits de ces associations²). Il est méthodologiquement difficile d'assurer que le développement de ce réseau de soutiens institutionnels répond à une stratégie délibérée, dessinée *ex ante* par les entrepreneurs qui composent les forces vives

1. Le partenariat entre acteurs publics et privés est une qualité particulièrement valorisée au sein de la DG SanCo, qui justifie souvent son action en matière de santé publique en présentant ses potentielles conséquences positives pour l'économie (S. Guigner, *L'institutionnalisation d'un espace..., op. cit.*).

2. Ainsi, le site Internet et les brochures officielles du programme « empiètent » les logos figurant chacun de ces soutiens.

d'EPODE (association FLVS et agence Protéines) mais nous pensons qu'il explique très largement le succès du programme : celui-ci se trouve, en effet, enchâssé dans un vaste réseau d'autres institutions qui sont perçues comme solidaires de sa propre activité et qui le légitiment.

Le nom propre « EPODE » s'est ainsi affirmé comme un « label » au sens où Pierre François¹ l'entend : une « proposition empirique » devient un label – ou une institution – quand les acteurs la mobilisent *régulièrement* comme un cadre *a priori* de l'expérience, orientant leur jugement et leur action, en particulier quand ils doivent effectuer des choix en situation d'incertitude. Ce label possède ainsi une dimension normative évidente puisqu'il prescrit ce que doivent décider et faire divers acteurs (maires, acteurs locaux, acteurs européens, etc.) placés dans des situations fort différentes (transposabilité) et qu'il est utilisé *régulièrement* par les acteurs concernés pour reconnaître et faire reconnaître le sérieux et le professionnalisme des actions menées dans son cadre.

Nous analyserons la façon dont s'est constitué ce cercle vertueux de légitimation permettant l'institutionnalisation du programme, en présentant ses trois principaux ressorts : la science, l'intégration dans l'action locale et l'intégration dans les institutions nationales et européennes.

Une légitimation par la science

La recherche d'une légitimité scientifique apparaît clairement, dès les premiers temps de l'expérience, puisque le Dr Horet s'associe rapidement à une équipe parisienne d'épidémiologie rattachée à l'Inserm. À ce jour, 23 articles ont été publiés dans des revues médicales autour de l'expérience FLVS/EPODE. Le Dr Horet apparaît systématiquement parmi les coauteurs, la présidente de l'association (également membre du comité d'experts) dans 11 articles et la coordinatrice nationale du programme dans 6 articles. Plus intéressant encore, 5 articles font apparaître la signature « FLVS Study Group ». Ce procédé, répandu en médecine, est destiné à rendre visible, au-delà des auteurs individuellement cités, des groupes coopératifs constitués en tant qu'entité collective. Le fait que le nom de ce groupe soit le même que celui de l'association manifeste une volonté d'inscription de l'expérience dans l'ordre des activités scientifiques patentées. Dans 11 et 5 autres articles, le nom de l'expérience, qui porte lui aussi le même nom que l'association, apparaît soit dans le titre, soit dans le résumé de l'article. Au total, seuls 2 articles – mais cosignés par des membres du programme – ne font pas une mention explicite du programme. Bien qu'un seul de ces articles porte sur l'évaluation de l'impact de l'expérience à proprement parler², ces articles, importants en nombre et parus dans des revues de premier plan, le plus souvent internationales, rendent crédible l'affirmation par les acteurs que le programme EPODE, dans son ensemble, a un fondement scientifique. Ces publications permettent, en outre, l'« enrôlement » des épidémiologistes de l'Inserm dans le programme – au sens de la sociologie des

1. Pierre François, « Puissance et genèse des institutions : un cadre analytique », dans Pierre François (dir.), *Vie et mort des institutions marchandes*, Paris, Presses de Sciences Po, 2011.

2. Les autres sont des articles méthodologiques (par exemple : est-ce que l'auto-déclaration de poids, de l'activité physique ou des habitudes alimentaires est digne de confiance ?), fournissent des données épidémiologiques sur l'évolution de l'obésité en prenant les deux villes comme référence (comparaison de l'adiposité chez les enfants et chez les parents des deux villes, évolution comparée de la taille et du poids...), tentent d'établir un lien entre facteurs métaboliques et l'adiposité, ou testent des effets de l'activité sportive ou de l'alimentation sur le surpoids ou l'obésité. On note en outre deux revues de littérature.

sciences¹ –, plus intéressés par les données collectées à l'occasion de l'expérience que par l'évaluation du programme lui-même.

En 1997 a lieu la première « évaluation » de l'expérience qui compare l'évolution des taux de surpoids et d'obésité des deux villes avec des villes témoins de la région. Les résultats ne sont pas probants. En effet, les données recueillies de taille et de poids révèlent une progression dans les deux villes jusqu'en 2000 (18,2 % de surpoids – obésité incluse – chez les garçons et 10,2 % chez les filles, alors que les pourcentages étaient respectivement de 14,1 % et de 9 % en 1992). Néanmoins, le Dr Horet ne se décourage pas, estimant que l'expérience ne peut fournir des résultats qu'à long terme, et il demande aux épidémiologistes de continuer le recueil d'informations. En 2004, les chiffres sont nettement « meilleurs » pour le programme, puisqu'ils affichent 10,4 % de surpoids chez les garçons des deux villes et 7,4 % chez les filles, contre 19,4 % et 16 % dans les « villes témoins ». La prévalence de l'obésité dans Fleurbaix et Laventie pour les familles à faibles revenus est de 15,2 % contre 26,9 % dans les villes témoins. L'article est accepté dans une revue internationale (*Public Health Nutrition*), bien que celle-ci ne soit pas de premier rang et malgré la difficulté évidente d'attribuer avec certitude ces résultats aux actions mises en œuvre (et lesquelles en particulier ?).

Au-delà de l'évaluation médicale et épidémiologique et du comité d'experts, les acteurs d'EPODE sont désireux de nouer des partenariats avec d'autres scientifiques de manière à consolider l'image d'un programme entretenant des ambitions également académiques. Dans le cadre du projet européen qu'ils pilotent et que nous évoquerons plus bas, pas moins de quatre universités européennes sont mises en avant comme partenaires clés. Ces partenaires sont mobilisés sur des actions jugées cruciales par les concepteurs du programme. Ici encore, le partenariat avec des chercheurs présentant tous les signes extérieurs de la respectabilité scientifique est constitué discursivement, dans les documents de présentation du programme, tout comme dans les entretiens accordés à la presse, en ressources symboliques et ce, de deux manières distinctes : 1/ ces partenariats sont réputés produire des connaissances qui peuvent éventuellement irriguer les réflexions des acteurs du programme et leurs tentatives d'amélioration des technologies déployées ; 2/ ils contribuent à légitimer ces actions, en ce que ses porteurs peuvent plus solidement se targuer de développer un programme appartenant au cercle fermé des « interventions fondées sur des preuves » (*evidence-based practices*)².

Une légitimation par l'action locale

Le succès d'EPODE est en grande partie né de la réorientation du programme vers les maires plutôt que vers les écoles. Les maires ont rapidement saisi l'intérêt qu'il y avait à adhérer au programme : celui-ci ne leur permet-il pas d'afficher une préoccupation pour la santé de leurs administrés à moindre coût, sur un problème sanitaire qui est de surcroît politiquement valorisé car associé à l'enfance et aux inégalités sociales ? Il faut voir, en outre, que le périmètre théorique d'intervention d'EPODE est fort large. Il s'agit en effet de : « Lutte[r] contre la sédentarité à travers la promotion de l'activité physique sous toutes

1. Michel Callon, « On Interests and their Transformation : Enrolment and Counter-Enrolment », *Social Studies of Sciences*, 12 (4), 1982, p. 615-625 ; Madeleine Akrich, Michel Callon, Bruno Latour (dir.), *Sociologie de la traduction : textes fondateurs*, Paris, Presses de l'École des Mines, 2006.

2. C'est également le cas de l'étude que les acteurs d'EPODE ont bien voulu confier aux auteurs du présent papier.

ses formes ; initi[er] à l'équilibre alimentaire, à la diversité et au plaisir d'être à table » (extrait de la Charte d'engagement des partenaires locaux). Et le recensement des actions conduites sur le terrain sous le label EPODE s'apparente à un inventaire à la Prévert : « semaine du goût », « salad' bars » (mise à disposition de fruits et légumes à la cantine, dont les enfants se servent à volonté), « quinzaine sportive », ateliers cuisine (« pour manger mieux sans dépenser plus »), fermeture d'une rue pour faire marcher davantage les écoliers, « pédibus » (organisation d'un circuit pour accompagner à pied les enfants de l'école à leur domicile), « jardin solidaire » (culture de légumes dans un jardin communal et cuisine de ces mêmes légumes), réduction de la collation du matin, « baby gym », randonnées, aménagement de la cour d'école, etc.

Non seulement ces opérations ne font guère débat d'un point de vue idéologique, mais la mise en place du programme dans une ville ne remet pas en cause les initiatives existantes (quand il en existe déjà). En effet, pour les responsables du programme, toute initiative locale existante doit être estimée recevable et « bonne » en matière de prévention de l'obésité¹. Quand une mairie contracte avec l'association, les promoteurs du projet n'opèrent donc guère d'inventaire raisonné des pratiques existantes, ni de sélection des « opérations à reprendre » sur la base cognitive et normative d'un guide de « bonnes pratiques » qu'ils auraient identifiées (soit sur la base de leur expérience passée, soit à partir de la littérature internationale concernant l'efficacité relative des différentes interventions préventives). Cette vision « œcuménique » de la prévention de l'obésité est finalement non seulement cohérente avec les autres messages, rapports et plans publics dans ce domaine² mais présente, en outre, l'intérêt fondamental aux yeux des maires de favoriser un rassemblement de toutes les initiatives locales autour d'une politique municipale d'ensemble.

Le programme tire également sa force de son label qui sert de « drapeau de ralliement » aux associations locales. Si de nombreuses activités d'EPODE s'inspirent d'interventions et d'événements déjà balisés au plan national – tels que « la semaine du goût » – et qu'ils tentent également d'en développer de leur propre cru (animations, interventions dans les

1. On peut dresser un parallèle entre les mesures proposées par les partisans de la lutte contre l'obésité, et en particulier ceux agissant sous le label EPODE, et les hygiénistes du 19^e siècle qui s'attaquent au présumé mal par tous côtés, sans dégager de priorité, laissant l'apparence d'un certain désordre. L'absence de théories étiologiques et pathogéniques stabilisées (existence de théories génétiques, d'autres comportementales, d'autres biologiques, d'autres psychologiques...) est peut-être une cause de cette similitude. En effet, comme le constate Bruno Latour, « la maladie, telle que la définissent les hygiénistes, peut être causée par *un peu tout* » (Bruno Latour, *Pasteur : Guerre et paix des microbes*, Paris, La Découverte, 2001, p. 38). L'autre parallèle qui peut être tiré concerne le fait que tant les hygiénistes que les acteurs qui luttent contre l'obésité entendent modifier « l'environnement » des populations. Une différence importante réside dans le fait que les seconds entendent modifier en priorité l'environnement d'un point de vue cognitif (jouer sur les informations des produits) et normatif (stigmatiser certains comportements, en encourager d'autres). Notons tout de même que certaines de leurs « armes » se rapprochent des démarches hygiénistes : quand il s'agit de faire des pistes cyclables, des terrains de sport ou de (tenter de) changer la composition des aliments, il s'agit de modifier, « d'assainir » l'environnement des individus dans un sens proche de celui des hygiénistes – qui faisaient creuser des égouts, exiger de l'eau, la lumière... cf. B. Latour, citant William Coleman : « Les hygiénistes s'occupaient des conditions essentielles de l'existence – nourriture, approvisionnement et pureté de l'eau, [...] conditions d'activités physique et mentale [...] » (B. Latour, *Pasteur : Guerre et paix...*, *ibid.*, p. 43).

2. Le communiqué de 20 sociétés médicales, le 5 octobre 2009, à l'attention de la future « Commission sur l'obésité » constitue l'un des derniers exemples en date, puisque, parmi l'identification des « 17 chantiers prioritaires » (*sic*), l'on trouve l'élaboration de « normes en termes de composition des repas servis en restauration scolaire », l'obligation d'installation de fontaines à eau, la création de cours d'information sur les aliments en CE2 et en 5^e, l'exonération du prix d'achat des espaces de communication pour l'Inpes, « promouvoir l'allaitement maternel », la mise en place de réseaux régionaux de prise en charge, « augmenter l'activité physique à l'école », etc. (voir les propositions complètes : <<http://www.sfsp.fr/activites/file/CPcommissionobesite.pdf>>).

écoles, en particulier), beaucoup d'activités préventives s'organisent aussi à l'initiative d'associations loi 1901, d'acteurs de l'Éducation nationale (infirmiers, enseignants ou responsables de cantines scolaires, en particulier) ou de crèches qui existaient avant même que la mairie ne contracte avec l'association FLVS. Si ces associations acceptent d'utiliser le label EPODE, c'est, en particulier, qu'elles espèrent pouvoir accéder plus facilement à la presse locale pour relater leurs actions et obtenir en retour un plus grand soutien de la part d'autres institutions.

« Je dis qu'on n'a pas attendu EPODE pour faire du EPODE. Ce qui est bien, c'est que ça nous donne un écho. Il y a des articles de journaux qui sortent. Sinon, des animations, on en faisait déjà, des ateliers pour bouger. Finalement, on s'est rendu compte que ça s'inscrivait vraiment dans ce programme : les jeux sportifs, faire bouger les enfants... La nouveauté, c'est qu'on reconnaît ce qu'on fait. On est plus connu. C'est plus facile pour avoir du matériel quand on est plus connu. On a un atelier lecture. On a pu avoir de l'argent pour avoir des livres sur l'alimentation, des DVD. C'est plus facile. » (Animatrice d'un centre d'accueil et de loisirs pendant les pauses méridiennes)

« Je vais animer dans les activités d'EPODE pour faire connaître l'association et montrer son savoir-faire. Parce qu'il y a toute une histoire dans le quartier [péjorative], c'est pour montrer une autre image du quartier, c'est pour valoriser le quartier. » (Directrice d'une association de loisirs pour enfants)

L'intégration au programme constitue donc une ressource stratégique proche de celles que fournissent aux entreprises les normes ou les standards : en s'y référant, les acteurs peuvent plus facilement promouvoir des actions qu'ils jugeaient importantes auprès d'autres acteurs que s'ils les justifiaient en invoquant leurs seules compétences particulières¹. En cela, la labellisation EPODE dé-singularise le projet pour le situer dans un plus vaste collectif, plus légitime.

« Ça nous aide à nous renforcer nous qui faisons déjà des choses à l'école d'avoir une reconnaissance. Cela nous permet de justifier nos actions auprès des parents en disant aux parents que ce n'est pas seulement nous. Parce que, au début, les parents pensaient que nous forcions leurs enfants à manger, parce qu'on est méchant et qu'on veut les faire pleurer ! Et, du coup, ça a porté une reconnaissance parce qu'on leur a dit : "Vous voyez ! C'est EPODE, c'est la mairie, c'est un programme, c'est important, c'est national". » (Enseignante)

Par sa capacité à articuler les initiatives locales autour de son label, EPODE constitue donc une ressource importante pour les maires qui entendent montrer leur engagement au service de leurs concitoyens. Mais en contrepartie, ces maires ont aussi joué (et jouent encore) un rôle fondamental dans l'institutionnalisation et la diffusion du programme. Avec les chefs de projet locaux, embauchés ou missionnés par les villes adhérentes, les maires ou les élus locaux (car ce sont parfois des maires adjoints qui sont les plus impliqués, concrètement, dans le programme au niveau d'une municipalité) sont les principaux interlocuteurs de l'équipe nationale. Le Dr Horet leur attribue la décision d'avoir étendu le programme plus rapidement que prévu. L'extrait d'entretien suivant symbolise de manière significative la ressource que représentent ces maires en terme de légitimation du programme, et notamment quand ceux-ci sont des figures politiques nationales.

1. Sur l'intérêt des normes et standards pour légitimer une action, voir en particulier Nils Brunsson, Bengt Jacobsson (eds), *A World of Standards*, Oxford, Oxford University Press, 2000.

« Et puis, on s'est fait déborder par l'Association des maires avec notamment [un ancien ministre], des gens assez emblématiques. Ils nous ont dit : "On veut faire la promo d'EPODE. En termes de cohésion sociale et de changement de méthodes de travail dans nos mairies, ça nous apporte, ça crée une dynamique positive, on veut la développer". Donc, là, on a 200 villes EPODE, c'est arrivé plus vite que prévu. » (Entretien avec le Dr Horet)

Un « Club des maires EPODE », rassemblant l'ensemble des municipalités adhérentes, a ainsi été créé, constituant autant un réseau de ressources politiques mobilisables pour défendre le projet qu'un agent de promotion de « l'aventure » auprès des maires qui hésitent encore à s'y engager. Les maires contractants composent ainsi une force de vente d'une rare efficacité quand il s'agit de vanter à leurs pairs les mérites de l'expérience. Les responsables du développement international d'EPODE organisent d'ailleurs des voyages dans les villes adhérentes pour des délégations étrangères. De manière assez classique, on retrouve ici les conclusions de la littérature néo-institutionnaliste consacrant l'importance de l'épaisseur des réseaux d'acteurs coalisés dans la réussite des tentatives menées par les entrepreneurs institutionnels¹. Il conviendrait de le vérifier de manière plus étayée, mais nous pouvons faire l'hypothèse qu'en raison de la taille critique acquise par le programme et de la « puissance institutionnelle » de nombreux labels qui désormais « cautionnent » son action, l'adhésion de nouvelles villes répond, dans un certain nombre de cas, à une logique « d'isomorphisme mimétique » au sens de Paul DiMaggio et Walter W. Powell². En partant de quelques maires d'envergure nationale, le programme a ainsi pu se diffuser sur tout le territoire national, à la manière de l'épidémie qu'il entend combattre³.

Une légitimation par la reconnaissance des institutions nationales et européennes

Ainsi, le programme a acquis sa légitimité par sa capacité à articuler et à agréger un réseau d'acteurs et d'initiatives locaux autour de son label. Mais, pour que le label soit jugé efficace et utile par les acteurs locaux et pour que EPODE poursuive sa croissance, il a paru nécessaire à ses promoteurs de relier le programme à des institutions nationales et européennes.

La stratégie initiale d'EPODE a été d'épouser le contour des lignes directrices du PNNS. L'idée consistait à transposer les messages du PNNS dans le cadre d'opérations locales visant la vie quotidienne de la population. EPODE se rend ainsi solidaire d'un programme national que d'autres acteurs ont élaboré et ce sont les responsables du PNNS qui valident finalement ses outils, même si les contacts restent minimaux. L'opération « d'encastrement symbolique » est à ce point réussie que de nombreux acteurs locaux rencontrés assimilent EPODE et PNNS : pour nombre de ceux que nous avons interrogés, EPODE est conçu comme une « émanation ministérielle » jouissant du sceau de « l'entité publique » dans un champ où, nous l'avons souligné, les initiatives privées (autres que celles d'associations loi 1901) suscitent méfiance et résistance⁴.

1. « Entrepreneurs institutionnels » au sens où les initiateurs du programme tentent de constituer la « solution EPODE » en institution.

2. Paul DiMaggio, Walter W. Powell, « The Iron Cage Revisited. Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields », *American Sociological Review*, 48 (2), 1983, p. 147-160.

3. On trouve ainsi sur le site Internet du programme une carte de France constellée d'autant de logos EPODE qu'il y a de villes participant au programme, représentation « géographique » participant de l'imagerie classique de l'épidémie et de sa dynamique.

4. Il nous a été rapporté par le responsable du développement à l'international que, dans les pays comme la Grèce où il n'y avait pas (encore) de politique publique nationale de lutte contre l'obésité, ce développement était plus difficile à organiser localement.

Les liens entre l'agence de *marketing* social et les administrations centrales de l'État ont également pris d'autres formes : lorsque le PNNS est créé en 2001, c'est cette agence qui conçoit son logo. Elle réalise également d'autres prestations dans le cadre des campagnes nationales d'information et d'éducation que mènent l'État et les agences concernées. Mais le ministère de la Santé n'est pas le seul acteur national à cautionner le programme : d'autres ministères, comme celui de l'Alimentation, de l'Agriculture et de la Pêche, celui de l'Éducation nationale et de la Jeunesse et des Sports s'affirment aussi publiquement comme des soutiens, soit financiers, soit institutionnels, que les promoteurs du programme ne manquent pas de citer dans ses documents de communication, en utilisant leur logo : la page d'accueil du site Internet d'EPODE affiche ainsi une liste impressionnante, voire imposante, d'institutions publiques.

« Alors, les partenaires publics, que ce soit le ministère de la Jeunesse et des Sports, le ministère de la Santé, de l'Éducation, le ministère des PME, de l'Agriculture... pour nous, c'est une reconnaissance. Certains apportent des budgets comme le ministère des Sports, la recherche, *via* le PNNS aussi avec le ministère de la Santé. [...] Il y a d'abord les ministères, donc, là, on envoie un dossier analysé par une commission qui réfléchit sur notre dossier et émet un avis, et ensuite le ministre nous envoie un mot pour dire qu'il accepte de nous soutenir. On a un très bon accueil, on demande juste une reconnaissance pour avoir le soutien des pouvoirs publics. » (Entretien avec le Dr Horet)

Enfin, on peut douter que les fondateurs d'EPODE aient imaginé, dès le début, pouvoir donner une dimension européenne au programme¹. Mais on imagine sans mal l'intérêt que peut revêtir un tel projet pour, d'un côté, développer le programme EPODE à l'international, une des priorités stratégiques actuelles, et, de l'autre, renforcer la légitimité du programme au plan national. C'est d'autant plus le cas que l'élaboration de ce qui deviendra des « *guidelines* internationales » – les bonnes pratiques de la lutte locale contre l'obésité – se déroule au sein d'un dispositif impliquant quatre universités européennes. Certaines des réunions qui ont eu lieu dans le cadre de ce programme international ont ainsi permis de montrer aux partenaires potentiels tout le savoir-faire du programme EPODE. Elles sont également l'occasion de « vendre » l'expérience à des élus locaux étrangers invités.

Il serait hasardeux de poser que les opérations d'obtention et d'assemblage de multiples labels suffisent², par transitivité simple et mécanique, à institutionnaliser une initiative comme EPODE. Il n'est pas suffisant, pour faire d'une initiative ou d'un programme quelconque une institution, de la composer à partir des morceaux d'autres institutions, aussi légitimes soient-elles dans le champ considéré. Suivant le cadre conceptuel posé par Pierre François³, qui s'inspire entre autre d'une relecture des travaux de Ludwig Wittgenstein et de Max Weber, nous considérons : 1) qu'une initiative ou une « proposition empirique »

1. Sur ce point non plus (puisque notre enquête a privilégié jusque-là l'analyse des conditions et limites à sa légitimité actuelle dans le champ), nous n'avons pu recueillir tous les éléments qui permettraient de tout à fait saisir comment les acteurs d'EPODE ont obtenu un financement de la Commission européenne afin de concevoir un guide de bonnes pratiques en politique locale de prévention contre l'obésité. Nous pouvons néanmoins faire l'hypothèse que la visibilité nationale du programme, ainsi que la concordance entre les grandes lignes de ce programme (modification de « l'environnement » des individus, partenariat public-privé et mise en réseau d'acteurs) et la stratégie du Livre blanc européen publié en 2007 font partie des facteurs explicatifs.

2. L'utilisation du verbe « suffire » ne doit cependant pas amener à négliger l'intensité et la difficulté de ce « travail institutionnel ».

3. P. François, « Puissance et genèse des institutions... », cité.

– en l'espèce un label – ne devient une institution qu'à la condition que les acteurs qui la mobilisent lui fassent jouer, dans leurs choix et pratiques, le rôle d'une institution ; 2) que ces pratiques devaient être *régulières*, être constatées comme régulières par les acteurs, puis intériorisées comme « normales » ; et 3) qu'elles doivent aussi être adaptées à l'environnement dans lequel ils se situaient. Ces trois conditions paraissent réalisées dans le cadre de notre étude : il n'est pas illégitime d'affirmer, en effet, que le label EPODE *fonctionne* désormais et régulièrement, dans de nombreux espaces sociaux (mais pas tous), comme un repère normatif et cognitif suscitant confiance et engagement pour divers acteurs, même si le processus d'institutionnalisation est loin d'être achevé et qu'il est même régulièrement menacé ; en un mot, qu'il fait *sens* et de multiples façons pour les acteurs qui le mobilisent. Mais nous avons également souligné l'importance de s'attacher la solidarité d'autres labels et le soutien d'acteurs coalisés dans ce processus d'institutionnalisation : EPODE paraît avoir ainsi su constituer, et partant cumuler, et les bénéfices de « dispositifs de jugement impersonnels » (les autres labels) et ceux de « dispositifs de confiance personnalisés » (le réseau des maires, en particulier), tels que définis par Lucien Karpik¹. L'on voit bien la contribution décisive des *liens* institutionnels qu'ont su patiemment tisser ces entrepreneurs aux processus d'institutionnalisation : EPODE s'est rapidement trouvé enchâssé dans un vaste tissu d'institutions et de soutiens, que ses promoteurs ont su rendre solidaires de son activité et qui ont ainsi contribué, de manière croisée, à sa propre institutionnalisation². Cette stratégie a connu récemment un nouveau succès, d'une signification remarquable : le 27 mai 2010³, la ministre de la Santé, Mme Bachelot, a estimé nécessaire que toutes les villes EPODE soient *automatiquement* estampillées « ville PNNS ». Le label « EPODE » ne s'abrite ainsi plus derrière ceux qui manifestent la légitimité de la puissance publique ; il en est désormais l'équivalent⁴.

Mais si cette politique permet de rassembler un grand nombre d'acteurs dans un projet collectif, coalisés sous une bannière commune, contribuant à assurer leur visibilité, elle ne peut à elle seule occulter les conflits qui naissent à propos de la nature même du programme : la santé publique peut-elle être promue par des entreprises privées à but lucratif ?

1. Lucien Karpik, « Dispositifs de confiance et engagements crédibles », *Sociologie du travail*, 38 (4), 1996, p. 527-550.

2. D'une manière plus générale, on peut être frappé du recours intensif aux labels dans le champ de la santé publique : le ministère de la Santé et l'Inpes promeuvent également directement les labels « ville OMS – Organisation mondiale de la santé » (Inpes) ou « ville PNNS » (Direction générale de la santé – DGS). L'Union européenne agit également en octroyant à certains acteurs ce qu'elle considère être un privilège d'utilisation de son nom. Le PNNS, plan d'action du gouvernement sur le sujet, est lui-même devenu un label, équipant ce qu'il a établi être de « bonnes actions » : les opérations de communication et de prévention qui doivent inciter les consommateurs à se diriger vers ces produits de confiance, eux-mêmes équipés de labels, doivent être elles-mêmes « labellisées ». Cette saturation du champ en labels est peut-être un indicateur des profondes recompositions, et donc incertitudes qui pèsent sur la qualité des (nouveaux) acteurs qui l'investissent et des (nouveaux) services et produits qui y circulent.

3. Discours d'ouverture du congrès annuel EPODE du 27 mai 2010.

4. Notons que les conséquences de cette mise en équivalence des deux labels restent largement ambiguës, dès lors que les conditions pour obtenir chacun des labels ne sont pas similaires : il suffit en effet d'avoir mené une action en faveur de la prévention de l'obésité pour être estampillé ville « PNNS », alors que, selon ses promoteurs, le programme EPODE est plus exigeant. Le danger pour les acteurs d'EPODE serait ainsi que la mise en équivalence des labels favorise le moins exigeant d'entre eux et conduise, à moyen terme, à détourner les collectivités locales du programme. Si un tel scénario se réalisait, on mesurerait alors la pertinence de l'argument développé par G. Akerlof dans le cas du marché des voitures d'occasions (George Akerlof, « The Market for Lemons: Quality Uncertainty and the Market Mechanism », *Quarterly Journal of Economics*, 84 (3), 1970, p. 488-500).

Un entrepreneur privé au service de la santé publique ?

On assiste depuis une vingtaine d'années au renouveau de travaux de sociologie économique autour de la figure de l'entrepreneur¹. Un grand nombre de recherches soulignent en particulier la capacité des entrepreneurs à évoluer à la frontière d'univers sociaux hétérogènes et à tirer profit des discontinuités dans la circulation de l'information², des personnes, des marchandises³ ou des valeurs⁴ au sein de ces univers. De ce point de vue, EPODE constitue un exemple intéressant puisque l'origine de ce programme, dont la mission consiste à articuler des acteurs et des ressources généralement publiques dans le cadre d'une politique publique initiée par l'État et gérée par les municipalités, est privée à double titre : d'une part, parce qu'il est initié et piloté par une entreprise privée ; d'autre part, parce qu'il est financé en partie par des firmes privées, issues pour la plus grande partie de l'industrie agro-alimentaire. Si le programme affiche souvent ce partenariat public-privé comme l'une de ses forces élémentaires, une telle association n'en est pas moins perçue par certains acteurs du champ de la santé publique comme foncièrement contre-nature. N'y a-t-il pas en effet un conflit d'intérêt évident dans l'intervention de groupes de l'agroalimentaire dans la prévention d'une épidémie dont ils sont jugés, à tort ou à raison, comme parmi les principaux responsables ? Un tel partenariat ne discrédite-t-il pas d'emblée l'ensemble du programme ? Le partenariat « public-privé » se présente ainsi autant comme le talent d'Hercule que comme le talon d'Achille du programme, permettant sa rentabilité tout en menaçant son institutionnalisation. Or, il ressort de notre enquête que l'organisation très complexe du programme EPODE constitue une réponse directe aux conflits qui naissent de l'existence de ce partenariat et qu'elle tente de neutraliser.

Après avoir présenté les débats qui entourent l'intervention d'acteurs privés dans le programme, nous nous intéresserons plus précisément au rôle joué par l'organisation dans la neutralisation de ces conflits de valeur.

Entre public et privé : un partenariat conflictuel

Le programme EPODE est le résultat de deux types de partenariat public-privé. Tout d'abord, comme nous l'avons souligné, ce programme repose sur la mobilisation et la coordination de l'action d'acteurs publics (enseignants, infirmières d'hôpitaux publics, éducateurs...), associatifs (associations sportives, associations de parents d'élèves...) et, parfois, privés (restauration scolaire le cas échéant, supermarchés...) à laquelle contribue activement une entreprise privée à but lucratif, l'agence Protéines. Mais le partenariat public-privé va au-delà de l'investissement d'un acteur privé à la coordination d'acteurs publics, associatifs et privés ; il se manifeste aussi dans les modalités de financement de l'opération d'ensemble. Ainsi, sur les 12 000 euros annuels facturés à l'association FLVS/EPODE par l'agence Protéines pour la mise en place du programme dans une municipalité, seuls 6 000 euros sont finalement payés (sous forme de cotisations) par la municipalité. Les 6 000 euros restant (afin de couvrir la totalité de la prestation que facture Protéines à l'association FLVS/EPODE) proviennent, eux, de fonds collectés, par l'association, auprès d'un club des partenaires industriels,

1. P.-P. Zallio, « Sociologie économique des entrepreneurs », cité.

2. Ronald Burt, « Le capital social, les trous structuraux et l'entrepreneur », *Revue française de sociologie*, 36 (4), 1995, p. 599-628.

3. Alain Tarrius, *La mondialisation par le bas. Les nouveaux nomades de l'économie souterraine*, Paris, Balland, 2002.

4. D. Stark, *The Sense of Dissonance...*, op. cit.

constitué pour l'essentiel de firmes de l'agro-alimentaire, la contribution étant fixée à 100 000 euros par an¹.

Une simple visite sur le site Internet du programme, où les logos d'entreprises de l'agro-alimentaire côtoient ceux de ministères, montre clairement que ce « partenariat public-privé » est assumé par les promoteurs comme un des quatre « piliers » du programme. De fait, recourir aux mannes de l'industrie privée permet de diminuer le coût de la prestation pour la collectivité locale, tout en fournissant des moyens supérieurs à ceux dont disposent les seuls acteurs publics. Ainsi, ce financement privé peut être une des explications de la progression fulgurante du programme sur le territoire français. Il permet aussi d'expliquer l'intérêt de l'Union européenne pour le programme. Le livre blanc intitulé *Une stratégie européenne pour les problèmes de santé liés à la nutrition, la surcharge pondérale et l'obésité*, publié en 2007, se propose ainsi de modifier « l'environnement » qui « façonne » « les connaissances, les préférences, les comportements [des personnes] en matière de mode de vie et d'habitudes alimentaires » ; cela se traduit par un programme auquel les États membres, mais aussi « l'industrie agroalimentaire et la société civile » et, « au niveau local, les écoles et le secteur associatif » doivent prendre part, de façon à mieux informer les personnes dans leurs choix alimentaires – y compris en jouant sur l'étiquetage et la publicité des produits –, améliorer l'accessibilité à une alimentation saine et encourager l'activité physique². La mise en avant des « vertus » du partenariat public-privé par les promoteurs d'EPODE a sans aucun doute constitué un des arguments favorisant la reconnaissance du programme par la Commission européenne.

Pourtant, ce partenariat est aussi à l'origine des principales critiques dont a fait l'objet le programme en France. Lors des entretiens que nous avons menés avec des représentants des administrations nationales et territoriales de santé, qui se perçoivent parfois en concurrence avec EPODE dans la prévention de l'obésité, la participation d'entreprises privées à un programme de santé publique a souvent été présentée comme une raison suffisante pour dénigrer l'initiative³. Cette critique est d'autant plus intense que les partenaires privilégiés du programme sont, dans leur grande majorité, des entreprises de l'agroalimentaire ou de la grande distribution, ceux-là mêmes qui seraient « responsables » (au moins en partie) de la progression de la prévalence du surpoids et de l'obésité dans la population française (diffusion de produits à la qualité nutritionnelle « aberrante », pression sur les prix de la grande distribution qui pousse les entreprises agroalimentaires à « rogner » sur la qualité des composants, etc.). Pour ces différents acteurs, l'entreprise EPODE est « nécessairement » douteuse parce qu'elle obéit à des impératifs économiques singuliers et ne peut donc guère poursuivre une défense désintéressée du bien commun (en l'espèce, la santé publique). Certains responsables de l'Inpes et de la DGS reprochent ainsi au programme d'offrir une caution morale aux entreprises de l'agroalimentaire qui s'y associent et, partant, de limiter leurs

1. Au plan local, le montage de certaines actions préventives nécessite parfois la recherche de financements supplémentaires par les acteurs impliqués, dont le chef de projet. Une nouvelle procédure a été mise en place depuis l'an dernier qui mêle là aussi public et privé, et brouille ainsi les frontières : comme nous l'avons vu, le programme EPODE organise un appel à projet permettant le financement d'initiatives locales, le financement provenant *in fine* soit d'un ministère, soit de l'un des partenaires privés du programme.

2. En parallèle, la DG SanCo a créé une plateforme rassemblant industriels, représentants de la « société civile » et des professionnels de santé pour que les industriels s'engagent eux-mêmes dans une modification de leur offre (évolution de l'étiquetage mais aussi composition des produits).

3. A *contrario*, hormis les élus et les chefs de projet, l'ensemble des acteurs interrogés qui étaient impliqués localement dans le programme ignoraient qu'EPODE est piloté et animé par une entreprise privée.

capacités de négociation avec ces entreprises pour faire évoluer leur offre (négociations autour des chartes d'engagement volontaire)¹.

« Moi je suis extrêmement réservé [sur le programme EPODE]. On suit depuis longtemps l'industrie du tabac qui a eu une certaine stratégie pour éviter les réglementations, les taxes, pour montrer qu'ils faisaient de la prévention... Mais en termes d'image, c'est une stratégie qui est mal vue. Bon. On sait très bien que la vague suivante, c'est l'industrie alimentaire ; tabac et agroalimentaire sont très liés. On sait bien que l'industrie agroalimentaire cherche à éviter d'être le suivant dans la liste de l'individu à qui on va faire payer des millions pour compenser. Parmi les choses faites, il y a : 1) installer des *lobbies* au niveau de la commission européenne pour éviter les réglementations, les taxes, 2) être dans les commissions nationales, et 3) montrer qu'on fait de la prévention. [...] Bon il faut montrer qu'on fait de la prévention pour gagner de l'image et faire de l'évasion financière. Et la stratégie essentielle, c'est de favoriser l'alliance public-privé. Ça leur permet d'éviter les mesures contraignantes. [...] Si seulement EPODE avait des intérêts publics, ça irait. Vous croyez que [nom d'une firme productrice de chocolat, partenaire du programme] est là pour éviter l'obésité ? Non ! Non ! Ils montrent qu'ils sont les bons élèves. » (Membre dirigeant de l'Inpes)

Cette critique du partenariat public-privé n'est pas le simple fait de concurrents d'EPODE mais caractérise aussi des espaces sociaux et politiques dans lesquels le programme tente, sans succès pour le moment, de s'implanter.

« Pour les français, le public c'est merveilleux, le privé, c'est le diable. Et quand j'ai présenté EPODE à la mairie de [nom d'une ville du Nord], il y avait [son maire socialiste]. Bon, moi, j'ai beaucoup d'actions dans le cadre d'un réseau de lutte contre l'obésité sévère. On a beaucoup d'actions sur la prise en charge de l'obésité dans les milieux défavorisés. On organise des actions dans les centres sociaux, [dans cette ville]. Donc, quand [le maire] préparait les élections municipales pendant un an et demi, elle cherchait des idées qu'elle pourrait mettre un peu dans son programme. Et bref on était tous autour de la table, et puis je dis : "Pour l'obésité de l'enfant, finalement, le rôle de la ville, c'est plutôt effectivement d'essayer de promouvoir l'activité, de s'arranger que les gens puissent circuler, d'avoir ces aspects-là". Et je décris un peu le rôle de la ville dans EPODE. Elle me dit : "Oh, c'est bien ce que vous proposez ! C'est une excellente idée !" Je dis : "Oui, c'est le concept d'EPODE". Elle était à côté d'un conseiller, je le vois qui lui chuchote quelque chose à l'oreille, et hop ! Elle est passée à autre chose [*rires*].

– Qu'est-ce qu'il avait chuchoté selon vous ?

– "EPODE = privé, droite, capital" [*rires*]. Des mots clés comme ça. » (Présidente de l'Association FLVS)

Ainsi, loin d'être consensuelle, la mise en place d'un partenariat public-privé est à l'origine de conflits axiologiques qui menacent en permanence la pérennité et l'extension du programme. La défense des bienfaits supposés d'un partenariat public-privé dans le champ de la santé publique constitue une proposition normative que les responsables du programme EPODE aiment à soutenir : ils s'offusquent régulièrement que l'on soit « incapable » en France de penser positivement la contribution des entreprises privées à la réalisation d'un bien commun comme la santé publique. Et ils militent activement pour que pareil partenariat ne soit plus ainsi diabolisé. Néanmoins, cet activisme et ces prises de position ne sont pas suffisants pour dissiper toutes les critiques et neutraliser les attaques que subit, parfois, le

1. Les partenaires ont, bien sûr, la possibilité (ce dont ils ne se privent pas) de souligner sur leur site Internet leur soutien à ce programme, gage de leur engagement « responsable ». En revanche, ils n'ont pas l'autorisation d'associer le label EPODE à la promotion d'une marque produit.

programme. Pour se protéger et contourner les résistances, effectives ou potentielles, les promoteurs du programme se sont livrés, comme nous l'avons vu, à un important « travail institutionnel »¹, reposant en particulier sur l'obtention de labels légitimes et sur le soutien personnalisé des maires. Mais ces efforts s'appuient également sur une forme organisationnelle très originale que nous allons décrire à présent.

Organisation bicéphale et filtre moral

Le montage organisationnel qui sert de fondement au programme EPODE est extrêmement complexe. Le programme s'organise autour de trois entités principales² :

- l'association FLVS (loi 1901), créée au moment de l'expérience originelle dans les deux villes du nord de la France ; elle constitue l'entité juridique contractant avec toutes les villes qui décident de devenir adhérentes au programme EPODE et est chargée de collecter l'argent auprès des mairies et des fondations d'entreprise ;
- l'agence privée de *marketing* social, fruit de la fusion des trois agences (cf. *supra*), qui conçoit l'ingénierie sociale nécessaire à la mise en mouvement de la dynamique locale de coopération, ainsi que les instruments « techniques » de mise en œuvre des politiques de prévention ;
- le « comité d'experts », composé de cinq scientifiques (médecin du sport, épidémiologiste, nutritionniste, psychologue et pédiatre) et du Dr Horet.

Si l'on excepte le « comité d'experts », qui a pour but de donner une légitimité scientifique en proposant et validant les thématiques développées dans le cadre du programme, et en procédant à son « évaluation régulière », l'organisation pratique dudit programme repose donc sur deux entités aux statuts fort différents : une association loi 1901 qui contracte avec les acteurs locaux, en particulier publics, et une entreprise privée qui confectionne l'offre de services et les outils de coordination pour lesquels ces acteurs ont contracté. Il est remarquable que cette organisation bicéphale trouve des prolongements dans la distribution interne des prérogatives respectives des deux figures clés qui ont été à la tête du programme jusqu'à l'an dernier, le Dr Horet et S. Distin : la séparation formelle « externe » entre l'association et l'entreprise paraît en effet reproduite à l'intérieur d'un dispositif dans lequel un médecin passionné par les enjeux de santé publique agit dans certaines arènes (média, conférences scientifiques et institutionnelles, etc.) et une chef d'entreprise spécialiste du marché se positionne dans d'autres (relations avec les autres entreprises potentiellement partenaires, en particulier).

« Il faut quand même dire que sans le Dr Horet et sans S. Distin, EPODE n'en serait pas là. C'est vraiment la fusion de deux personnalités, S. Distin a amené son expérience de chef d'entreprise et de *marketing* social et J.-M. Horet son expérience de médecin ; c'est pour ça que cela fonctionne. Ils se sont télescopés. Si vous avez un beau projet de recherche, mais sans le *marketing* et la communication, ça ne marche pas. C'est un binôme pur et dur qui permet d'avancer, et d'être *leader*, d'avoir des trucs très performants. » (Coordinatrice nationale EPODE)

Si cette organisation bicéphale complexe, souvent guère lisible pour les non-initiés, s'est développée, puis maintenue et affinée au cours du temps, c'est parce qu'elle remplit un rôle également fondamental dans la relation qu'entretiennent les promoteurs du programme aux

1. Tom B. Lawrence, Roy Suddaby, « Institutions and Institutional Work », dans Stewart Clegg, Cynthia Hardy, Tom B. Lawrence, Walter R. Nord (eds), *Handbook of Organization Studies*, Londres, Sage, 2006, p. 215-254.

2. On notera que « le club des partenaires » subventionne mais n'intervient pas dans la conception et le contenu du programme.

segments pertinents de l'environnement dans lequel ils évoluent. Nous faisons en effet l'hypothèse que l'organisation formelle du programme fonctionne comme un « filtre moral » permettant d'atténuer les tensions provoquées par le partenariat public-privé. Ainsi, le dispositif prévoit que c'est l'association FLVS, et non l'entreprise Protéines, qui contracte officiellement avec les maires et qui collecte les « dons » des industriels. Ce n'est que dans un second temps qu'elle s'adresse à l'agence Protéines qui va lui facturer ses prestations. Non seulement cette organisation sépare formellement, de manière plus ou moins étanche, les collectivités locales¹ et les autres acteurs locaux de l'entreprise Protéines et des industriels de l'agro-alimentaire, mais en outre, elle gomme symboliquement, de manière là encore plus ou moins efficace, le caractère marchand du programme lui-même. Elle rend possible, enfin, l'obtention de fonds versés par des fondations ou des entreprises privées, qui participent ainsi, quoique indirectement, aux activités, et aux succès, d'une autre entreprise privée à but lucratif (puisque les industries agro-alimentaires et de la grande distribution subventionnent l'association FLVS et non, bien sûr, Protéines).

« Dans l'idée des gens, *Protéines* c'est un peu le diable. C'est l'agence qui fait la communication de [nom d'une entreprise de *fast food*] aussi. C'est un peu le diable mais donc l'association si vous voulez, c'est la vitrine de respectabilité. Moi, mon rôle principal, si vous voulez, c'est donner de la respectabilité. Mais le rôle que je souhaite tenir, c'est que ça ne soit pas qu'une vitrine. » (Présidente de l'Association FLVS)

L'organisation du programme EPODE constitue ainsi un filtre moral au sens où il est un point de passage obligé² pour les échanges de ressources financières et symboliques entre les deux pôles, public et privé, du réseau, qui, sans son entremise, ne pourraient avoir lieu.

« Mais [notre entreprise] le fait énormément [*i.e.* se mobiliser pour des actions en faveur de l'alimentation dans les magasins]. Bon, la nutrition ne se fait pas seulement par EPODE. La nutrition ne se fait pas que par EPODE. *C'est quand même une agence de marketing qui fait ça... Donc c'est compliqué à gérer, je le dis en toute honnêteté.* [Notre entreprise] a ses propres équipes de communication et a déjà plein d'outils, moi je les vois, il y a énormément de choses. Comment consommer pas cher mais bien et équilibré, des fiches recettes pour donner envie de faire des repas équilibrés... C'est une réalité. Mais malgré tout, [notre entreprise] est dans une démarche commerciale. On ne peut pas toujours associer [notre entreprise] à EPODE. [...] parce que [notre entreprise] ne peut pas... sur les *liflets* que fait EPODE, il ne peut pas y avoir un produit [de notre entreprise] parce que ça reste EPODE. Donc en fait, on fait la promotion d'EPODE. On ne peut pas mettre [le nom de notre entreprise] ou alors si on le met, on met un petit logo partenaire, quoi, voilà. » (souligné par nous) (Responsable du partenariat dans une fondation d'entreprise de l'agro-alimentaire, membre du club des partenaires EPODE)

Finalement, l'acquisition de labels « publics » (Commission européenne, enrôlement de chercheurs de la recherche publique, ministères, collectivités locales) et l'agencement organisationnel singulier que ces entrepreneurs ont élaboré peuvent ainsi être interprétés comme des stratégies différentes, mais convergentes, d'effacement de l'origine doublement privée de l'initiative. Et l'on peut avancer que le réseau des maires participe également de ce dispositif de filtre, en constituant un efficace comité de défense du programme face aux critiques :

1. Précisons dès à présent que les maires et élus locaux des villes adhérentes ont parfaitement connaissance de la participation du secteur privé et ne soulèvent aucune réserve à ce sujet.

2. Michel Callon, « Éléments pour une sociologie de la traduction. La domestication des coquilles Saint-Jacques et des marins-pêcheurs dans la baie de Saint-Brieuc », *L'Année sociologique*, 36, 1986, p. 169-208.

lorsque des voix discordantes de forte puissance, et publicisées, relayent la critique sur le « nombre croissant d'entreprises agroalimentaires qui sponsorisent ce programme », comme dans le rapport de la députée Valérie Boyer¹ en 2008, ce sont tous ces élus locaux qui se dressent comme un seul homme, sur la scène nationale, pour tenter de lever les soupçons que l'on veut faire peser sur le programme.

*
* *

L'examen de la mise en œuvre de la politique de prévention de l'obésité, au travers de l'action d'un acteur désormais central, nous amène à souligner certains aspects, parfois singuliers.

Aux côtés des messages nationaux de prévention de l'Inpes et les actions propres de la Direction générale de la santé aux échelons national et régional, la municipalité apparaît comme un échelon particulièrement investi dans la politique de prévention de l'obésité. Ce constat contraste avec les conclusions de nombreuses analyses qui mettent plus volontiers l'accent sur un (éventuel) (ré)investissement par l'État et ses représentants en région des politiques de contrôle des corps. Les municipalités, elles, ne sont que rarement au cœur des analyses des politiques de santé publique² – alors que, paradoxalement, elles ont joué un grand rôle par le passé, ayant constitué un échelon d'action essentiel dans la gestion des grandes épidémies jusqu'au milieu du siècle dernier et, plus généralement, le terreau d'innovations organisationnelles et institutionnelles pour les politiques sociales et sanitaires³, y compris dans une période récente⁴. D'un point de vue légal, les seules compétences qui leur sont concédées sont celles d'une police sanitaire, du contrôle administratif et technique des règles d'hygiène, de la sécurité et la protection de l'environnement et, de façon facultative, de l'aide sociale. L'exemple de la lutte contre l'obésité montre qu'au moment où l'État réaffirme ostensiblement sa compétence centrale sur les politiques de santé publique, ce sont en pratique, dans de nombreuses régions françaises, les municipalités qui s'engagent dans la mise en œuvre des politiques publiques, bénéficiant dans cette tâche du conséquent soutien d'un acteur privé, à la fois concepteur d'instruments et co-coordonateur de l'action publique locale. Coïncée entre un échelon européen qui entend diffuser sur tout son territoire juridictionnel un même modèle d'action publique et un réseau de maires prompts à défendre la légitimité de leur initiative locale, la capacité d'action des services de l'État au niveau régional paraît modeste et limitée là où le programme EPODE a pu s'établir. Il n'est donc pas suffisant de saisir le sens des recompositions de l'action de l'État en matière de santé publique à la lueur des transformations formelles récentes des dispositifs institutionnels et juridiques. Il convient plutôt de multiplier les études de cas, dont la synthèse permettra de poser des constats d'ensemble plus établis. C'est à cette occasion seulement que l'on pourra nourrir des réflexions plus fondées sur la réalité du « rôle tutélaire » de l'État dans la conception et la mise en œuvre de nouvelles « biopolitiques », à laquelle conclut un peu rapidement, comme l'a relevé Luc Berlivet, une certaine littérature anglo-saxonne⁵.

1. Valérie Boyer, *Rapport d'information à l'Assemblée nationale sur la prévention de l'obésité*, commission des affaires culturelles, familiales et sociales, n° 1131, 2008, p. 142.

2. On mentionnera cependant D. Fassin (dir.), *Les figures urbaines...*, op. cit. ; et *Les enjeux politiques de la santé. Études sénégalaises, équatoriennes et françaises*, Paris, Karthala, 2000, p. 175-188.

3. Patrice Bourdelais, *Les épidémies terrassées. Une histoire des pays riches*, Paris, La Martinière, 2003.

4. H. Bergeron, *L'État et la toxicomanie...*, op. cit.

5. L. L. Berlivet, « Une biopolitique de l'éducation... », cité.

Un autre intérêt de ce cas réside dans l'articulation originale de la répartition des tâches qu'il offre à voir entre acteurs publics et privés dans le cadre d'une politique de santé publique.

L'on a pu ainsi identifier des modes « classiques » de privatisation de l'action publique, classiques en ce qu'ils ont déjà été cernés par la littérature dans d'autres champs ou secteurs¹ : en particulier, celle qui pointe que l'élaboration des diagnostics, l'identification des cibles de l'action, la finalisation de la stratégie, le dessin des instruments et l'évaluation de l'action sont désormais réalisés par des acteurs privés, sur la base de savoirs et technologies originellement conçus dans le cadre d'activités marchandes. Mais cette étude révèle l'existence d'autres formes de privatisation, à nos yeux plus inédites. En premier lieu, point de délégation publique, ici, à un opérateur privé d'actions et d'interventions spécifiques que, selon l'analyse de Patrick Hassenteufel², réguleraient et superviseraient plus ou moins étroitement l'État, ses services et certaines de ses administrations de « second rang », comme dans le cas des agences sanitaires³. Dans la politique ici concernée se manifeste différemment une figure *partiellement*⁴ renversée de la privatisation, dans laquelle un acteur privé contribue, de manière décisive, au travail essentiel de coordination d'acteurs publics et associatifs. Les metteurs en scène de morale qui appartiennent au programme EPODE participent, en effet, à l'accomplissement de fonctions proprement politiques d'articulation, d'animation, d'initiation et de mise en lumière (cf. la labellisation et les stratégies de communication) d'actions menées *in fine* par des agents publics et des partenaires associatifs.

Mais nous soutenons que, plus qu'une privatisation, ce cas dessine plus justement une forme d'hybridation entre acteurs publics et privés. Cette hybridation peut se lire d'abord dans l'organisation formelle et informelle du programme, qui lie, de manière réticulaire⁵, une agence privée de communication, une association⁶ et des autorités publiques locales, nationales et même européennes. On peut ensuite repérer sa marque dans la structure de financement du programme, financement assuré à la fois par les villes, par des industriels et, maintenant, par des administrations⁷. On peut, en outre, l'identifier dans le mouvement de publicisation de l'opérateur privé, symétrique à celui de la privatisation de l'action publique décrit plus haut : l'obtention tous azimuts de labels publics, l'entrée annoncée des représentants des pouvoirs publics (PNNS, ministère de la Santé, ministère de l'Alimentation) au sein de deux des instances du programme⁸ et la mise en équivalence entre un label privé (ville EPODE) et un label public (ville PNNS) sont autant d'opérations qui contribuent à

1. Voir certaines références identifiées en introduction. Précisons à nouveau que quelques études de cas, dans le champ de la santé publique, mais selon des perspectives théoriques et articulées autour de questionnements différents, ont cependant éclairé certains de ces processus. Par exemple, le recours à des compétences et à des outils d'agences de communication pour concevoir des messages de prévention avait déjà été mis en évidence lors de l'étude du CFES (L. Berlivet, « Uneasy Prevention... » cité ; et « Une biopolitique de l'éducation... », cité) ; voir également le cas du sida (Marcel Calvez, *La prévention du sida. Les sciences sociales et la définition des risques*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 2004).

2. P. Hassenteufel, « L'État mis à nu... », art. cité.

3. D. Benamouzig, J. Besançon, « Administrer un monde incertain... », art. cité.

4. Nous utilisons ce qualificatif afin de ne pas éluder, pour finalement l'effacer, le rôle joué par les maires et par les chefs de projet, qui, formés par EPODE et en contact constant avec l'antenne nationale du programme, participent cependant à la coordination et à la mise en œuvre du programme.

5. Certains segments du réseau sont liés par des actes de nature contractuelle et des liens institutionnels (labellisation multiple en particulier) et organisationnels objectivés, d'autres se trouvent encadrés dans des relations d'interdépendance, certes plus informelles, mais fortes et durables.

6. Des associations, pour être plus précis, si l'on ajoute l'association des maires EPODE.

7. Pour ce qui concerne les appels à projet, cf. *supra*.

8. Le comité scientifique et le comité d'éthique du partenariat public-privé, créé en 2010.

sensiblement brouiller la nature marchande de l'initiative. L'hybridation se manifeste, enfin, dans la nature des logiques d'action liées à la mise en œuvre du programme. La figure partiellement inversée de la privatisation que nous avons évoquée peut, en effet et également, être considérée comme produisant un mode de coordination lui-même hybridé : si certaines opérations (celles d'élaboration du diagnostic, d'identification des cibles, de finalisation de la stratégie, de dessin des instruments, d'évaluation de l'action) sont réalisées quasi exclusivement par l'acteur privé, la coordination et l'animation de l'action publique sont, elles, exercées de concert. Le dispositif institutionnel qui préside à la mise en œuvre du programme ne peut donc se décrire comme un agencement permettant la coopération/coordination entre, d'une part, des structures privées et, d'autre part, des institutions publiques : résultat d'un processus historique croisé de privatisation et de publicisation, il s'affirme comme fondamentalement hybride. Ce mouvement d'hybridation peut finalement être conçu comme le produit d'une stratégie progressive, non parfaitement téléologique¹, déployée par des entrepreneurs privés tentant de s'installer et d'agir durablement à la charnière de deux mondes hétérogènes, longtemps disjoints, celui de la santé publique et celui du marché².

Nous voudrions conclure en soulignant que l'opération qui consiste à confier l'établissement du diagnostic, la finalisation de la stratégie et la fabrique des instruments d'action publique à des entreprises privées n'est pas sans conséquence sur ce que signifie faire de la santé publique. Comme le remarque Elke Krahmann³, la délégation de la réalisation de certaines opérations et activités à des acteurs marchands ne se résume pas à un simple transfert ou changement de fournisseurs/prestataires, qui laisserait indifférente la substance du bien à réaliser. On peut ainsi soutenir que le programme EPODE reproduit des formes nouvelles de gouvernementalité que d'autres analyses, s'inspirant en particulier des travaux de Michel Foucault, ont mises à jour dans le champ de la santé publique⁴ : s'épanouissant dans un contexte néolibéral de retrait de l'État (providence) et de valorisation, consécutive, des libertés et responsabilités individuelles, la lutte contre l'obésité, à l'instar d'autres politiques de santé publique, vise de façon privilégiée la transformation des comportements individuels. Ces politiques œuvrent volontiers, en effet, à responsabiliser des individus, conçus comme autonomes, à même d'être rationnels (ou pouvant le devenir) et qu'il suffit d'équiper d'informations et de repères pertinents pour qu'ils opèrent eux-mêmes des choix favorables à leur santé⁵. Ce faisant, ces nouvelles politiques de santé publique nourrissent le développement de ce qui peut se concevoir comme une « fiction politique atomiste »⁶ : celle qui tend à saisir

1. Non parfaitement téléologique dans la mesure où il n'est pas clairement établi par nos matériaux empiriques qu'elle ait été pensée et dessinée réflexivement dès le départ par les acteurs d'EPODE. Elle n'en est pas moins une « action robuste » au sens où l'entendent John F. Padget et Christopher K. Ansell (« Robust Action and the Rise of the Medici, 1400-1434 », *American Journal of Sociology*, 98 (6), 1993, p. 1259-1319).

2. D. Stark, *The Sense of Dissonance...*, op. cit. ; P.-P. Zallio, « Sociologie économique des entrepreneurs », cité.

3. E. Krahmann, « Security : Collective Good... », art. cité.

4. Robin Bunton, Sarah Nettleton, Roger Burrows (dir.), *The Sociology of Health Promotion. Critical Analyses of Consumption, Lifestyle and Risk*, Londres, Routledge, 1995 ; David Armstrong, « The Rise of Surveillance Medicine », *Sociology of Health and Illness*, 17 (3), 1995, p. 393-404 ; Sylvia N. Tesh, *Hidden Arguments. Political Ideology and Disease Prevention Policy*, New Brunswick, Rutgers University Press, 1988 ; Alan Petersen, Robin Bunton (eds), *Foucault, Health and Medicine*, Londres, Routledge, 1997 ; Torkild Thanem, « There is no Limit to How Much you Can Consume : The New Public Health and the Struggle to Manage Healthy Bodies », *Culture and organization*, 15 (1), 2009, p. 59-74.

5. C'est le cas aussi de politiques environnementales (Yannick Rumpala, « La « consommation durable » comme nouvelle phase d'une gouvernementalisation de la consommation », *Revue française de science politique*, 59 (5), octobre 2009, p. 967-996).

6. H. Bergeron, « Politiques de santé publique », cité.

les individus, leurs styles de vie et l'action sociale en dehors des facteurs socio-économiques et des interdépendances collectives qui les modèlent et les déterminent cependant. Notre étude permet d'affiner ces conclusions : le recours à une entreprise de *marketing* (devenu « *marketing social* ») et de communication, qui élabore des technologies de soi sur la base de savoirs issus de la sphère marchande, contribue non seulement à la reproduction de politiques de santé publique qui entendent agir principalement sur les comportements individuels, mais il participe également à la diffusion d'une conception anthropologique d'ordre *marchand* des dynamiques « psychologiques » censées animer ces mêmes comportements individuels : les cibles de l'action publique sont, en effet, conçues comme des *consommateurs*, ayant des styles de vie aux effets délétères sur leur santé (tabagisme, consommation d'alcool, manque d'exercice physique, alimentation « anormale », etc.), sur lesquels on peut agir, selon les cas, par les prix, par la qualité et par les technologies de l'information et de la communication¹. La figure de l'individu sédimentée dans la politique ici étudiée n'échappe pas à cette tendance : elle n'est pas celle d'un *homo economicus*, mu tout entier par le seul calcul rationnel², réagissant « mécaniquement » aux signaux du marché. Elle dessine plus volontiers les contours du consommateur tel que le forme le *marketing*³ : un individu qu'il faut également convaincre et conquérir, en jouant sur le plaisir, le désir ou l'estime de soi⁴. Concevoir les cibles de l'action en santé publique comme des consommateurs à séduire, c'est là une conséquence remarquable de certaines opérations de privatisation de l'action publique⁵ dans un champ où l'on n'a de cesse, pourtant, d'affirmer que la santé publique n'est pas un bien comme un autre⁶.

1. H. Bergeron, « Politiques de santé publique », *ibid.*

2. Sur les formes de savoirs du *marketing* et ses modes d'action, voir Franck Cochoy, *Une histoire du marketing. Discipliner l'économie de marché*, Paris, La Découverte, 1999, et « A Brief Theory of the "Captation" of Publics : Understanding the Market with Little Red Riding Hood », *Theory, Culture & Society*, 24 (7-8), 2007, p. 213-233.

3. Ces savoirs issus du *marketing* et de la communication s'appuient eux-mêmes sur de nombreux travaux produits par les sciences psychologiques et psychosociologiques (Peter Miller, Nikolas Rose, *Governing the Present*, Cambridge, Polity Press, 2008).

4. Ce type de ressorts dans les politiques de santé publique a été identifié dans d'autres études : L. Berlivet, « Une biopolitique de l'éducation... », cité ; T. Thanem, « There is no Limit to how Much you Can Consume... », art. cité.

5. Comme nous l'avons dit, si le terme de privatisation ne permet pas de rendre compte de l'ensemble des dynamiques que nous avons étudiées, et que nous lui préférons celui d'hybridation, il reste que *certaines* activités et opérations analysées ici contribuent à l'épanouissement d'un mouvement « classique » de privatisation.

6. Outre les membres d'EPODE et des institutions publiques (ministère de la Santé, PNNS, Inpes, Inserm...) qui ont accepté de nous recevoir, nous tenons à remercier l'entreprise et l'association qui ont permis cette étude et qui ont constamment joué le jeu d'une recherche scientifique : ils ont non seulement contribué, autrement que de manière simplement financière, à la bonne réalisation de l'étude de terrain, mais ils ne sont, en outre, jamais intervenus dans le dessin de la stratégie scientifique et dans le contenu de nos interprétations, lesquelles, il va sans dire, n'engagent que les auteurs du présent article. Il convient également de remercier les élèves du master « Sociologie de l'action publique » de l'Institut d'études politiques de Paris qui ont mené l'étude de terrain, ainsi que les chercheurs qui les ont encadrés (Hugo Bertillot et Fabien Foureault) et tout particulièrement Elsa Gisquet, qui a coordonné une partie de ce travail de terrain et produit, en majeure partie, le rapport de recherche présentant certains des constats que nous restituons ici. Précisons également que cette étude s'inscrit dans le cadre d'un programme de recherche financé par l'ANR intitulé « Gouverner les conduites des consommateurs » et dirigé par Sophie Dubuisson-Quellier (Sciences Po-CSO-CNRS). Qu'il nous soit ici permis de la remercier, ainsi que les autres membres du programme, et en particulier Séverine Gojard, Marie Plessz et Faustine Régnier, pour leurs réactions et suggestions, qui nous ont été particulièrement utiles tout au long de l'étude. Thibault Bossy, François Briatte, Pierre Lascoumes et Luc Berlivet nous ont fait bénéficier de leurs commentaires sur une version antérieure de ce texte, présentée à l'occasion d'une session du congrès 2009 de l'Association française de science politique organisée par les deux premiers cités. Enfin, certaines des réflexions de ce texte se nourrissent de discussions que nous avons par ailleurs avec Abigail Saguy.

Henri Bergeron, Patrick Castel et Étienne Noguez

Chargé de recherches au CNRS, au Centre de sociologie des organisations-Sciences Po, **Henri Bergeron** est coordinateur scientifique de la Chaire Santé de Sciences Po. Il poursuit des recherches sur les politiques de santé et les transformations des pratiques et de la profession médicales en étudiant divers objets (drogues illicites, alcool, obésité...). Il mobilise les outils de la sociologie de l'action publique et de la sociologie des organisations afin de rendre compte des dynamiques à l'œuvre dans les processus de formation de l'action publique en santé et dans ceux qui président aux reconfigurations du champ de la santé. Parmi ses dernières publications : *Sociologie de la drogue*, Paris, La Découverte, 2009 (Repères) ; « Les politiques de santé publique », dans Olivier Borraz, Virginie Guiraudon (dir.), *Politiques publiques* 2., Paris, Presses de Sciences Po, 2010, p. 79-111 ; (avec Patrick Castel) « Captation, appariement, réseau. Une logique professionnelle d'organisation des soins », *Sociologie du travail*, 4, décembre 2010, p. 441-460 ; « La force d'une institution faible : le cas d'une agence européenne d'information », *Politique européenne*, 32, 2011, p. 39-76 (CSO, 19 rue Amélie, 75007 Paris <h.bergeron@cso.cnrs.fr>).

Patrick Castel est chargé de recherche à Sciences Po (Centre de sociologie des organisations, CNRS). Ses principales publications incluent : (avec Erhard Friedberg) « Institutional Change as an Interactive Process », *Organization science*, 21 (2), 2010, p. 311-330 ; « What's Behind a Guideline ? Authority, Competition and Collaboration in the French Oncology Sector », *Social Studies of Science*, 39 (5), 2009, p. 743-764 ; « Le médecin, son patient et ses pairs. Une nouvelle approche de la relation thérapeutique », *Revue française de sociologie*, 46 (3), 2005, p. 443-467. Il a consacré une partie de ses recherches aux transformations institutionnelles que connaît le secteur de la cancérologie depuis les années 1980. Il dirige actuellement, avec Henri Bergeron, un programme de recherche sur les politiques de prévention de l'obésité (CSO, 19 rue Amélie, 75007 Paris <patrick.castel@sciences-po.fr>).

Étienne Noguez est post-doctorant au Centre de sociologie des organisations (Sciences Po, CNRS). Après une thèse consacrée au marché français des médicaments génériques, il a rejoint le programme ANR « Gouverner les conduites des consommateurs » dirigé par Sophie Dubuisson-Quellier, où il étudie l'intervention d'acteurs publics et privés dans la prévention de l'obésité infantile. Ses travaux portent sur la place des dispositifs marchands dans la régulation des systèmes de santé en France et en Europe. Ses dernières publications sont : « Le médicament générique et la relation de soin. Sociologie d'un quiproquo », *Sociologie du Travail*, 51 (1), 2009, p. 46-63 ; « La définition des médicaments génériques entre enjeux thérapeutiques et économiques. L'exemple du marché français des inhibiteurs de la pompe à protons », *Revue française des affaires sociales*, 3-4, 2007, p. 99-121 (CSO, 19 rue Amélie, 75007 Paris <e.noguez@cso.cnrs.fr>).