

« Médecins français et épidémiologie américaine : trois générations d'échanges au 20^e siècle »

François Buton (CNRS-CEPEL) et Frédéric Pierru (CNRS-IRISSO)

Texte pour la communication au colloque « Sciences de gouvernement : circulation(s), traduction(s), réception(s) », Grenoble-Lyon, 16-17 décembre 2010

Version provisoire. Ne pas citer SVP

L'histoire de la santé publique et de la médecine dans la France du 20^e siècle est marquée par les échanges transatlantiques, lesquels affectent aussi bien la lutte contre la tuberculose dans l'entre-deux-guerres, le développement des instruments de la modernité biomédicale après 1945 que les démarches d'évaluation de la qualité des soins, les modèles d'organisation et les outils du managed care depuis les années 1980. Comme nombre de savoirs de gouvernement (cf. la *public administration*), la surveillance épidémiologique, que l'on présente aujourd'hui comme la pierre angulaire des politiques de « sécurité sanitaire », est concernée par ces échanges.

La réorganisation de la surveillance s'est principalement traduite par une série de créations institutionnelles dans les années 1990. D'abord le Réseau national de santé publique (**RNSP**) en 1992, sous la forme d'un groupement d'intérêt public réunissant deux directions d'administration centrale (Direction générale de la santé et Direction des hôpitaux), l'institut de recherche biomédicale et en santé publique (INSERM) et l'école de formation des cadres de santé (Ecole nationale de santé publique ENSP). Ensuite les Cellules interrégionales d'épidémiologie (CIRE) en 1995, déclinaison de la surveillance épidémiologique au niveau régional (notamment dans sa dimension d'alerte face à des menaces infectieuses). Enfin l'Institut national de veille sanitaire (IVS) dans la loi de sécurité sanitaire du 1^{er} juillet 1998, établissement public administratif qui valide la réussite du RNSP dont il prend la suite. Dans un paysage institutionnel très dynamique au cours des années 2000, dont le point d'orgue réside sans doute dans la grande loi de santé publique de 2004 (première loi d'importance depuis celle de 1902), le dispositif de veille sanitaire – ou surveillance épidémiologique modernisée – ayant pour centre l'IVS et périphéries les CIREs est demeuré remarquablement stable.

Cette communication s'intéresse aux individus engagés, directement ou indirectement, dans la refondation ou modernisation de la surveillance épidémiologique en France. Français ou Américains, ces individus, presque tous médecins, ont été impliqués, à partir des années 1960, dans les entreprises oeuvrant à la diffusion de la surveillance épidémiologique (enseignement, formation professionnelle, rencontres académiques), puis, pour une partie d'entre eux, à celle de ses moyens de production au sein de l'IVS. Ce n'est pas seulement en tant qu'individus qu'ils nous intéressent mais aussi pour leur position dans les réseaux institutionnels franco-américains ayant reconfiguré la surveillance épidémiologique. On croisera au cours de ce texte des Fondations (*Rockefeller Foundation*, Fondation Marcel Mérieux), des institutions publiques (l'agence fédérale des *Centers for Disease Control*, l'Ecole nationale de la santé publique de Rennes ou encore l'INSERM), des associations (l'association pour le développement de la médecine préventive, l'Institut pour le développement de l'épidémiologie appliquée ou l'International Epidemiological Association), et on essaiera de prêter attention à leurs relations d'interdépendance sans les détacher de leurs contextes propres, espace national et champs pertinents (bureaucratiques, académiques, scientifiques).

Trois histoires croisées

1.

La première histoire évoque la rencontre entre Yves Biraud et les *medicine men* de la Rockefeller Foundation (ci-après RF).

Yves Biraud (1900-1965) a connu une carrière exceptionnelle pour un médecin français, à la fois par la spécialité choisie (la santé publique, plus précisément la surveillance épidémiologique et les statistiques sanitaires), et par les postes qu'il a occupés dans les organismes internationaux (chef de service à la SDN, directeur de département à l'OMS), puis en France (enseignant à l'ENSP).

Après son doctorat de médecine (1923), Biraud est formé à l'épidémiologie par Wade Hampton Frost, célèbre épidémiologiste, à la Johns Hopkins School of Hygiene au cours de l'année 1923-1924. L'un de ses biographes officiels (qui n'est autre que Louis Massé, que l'on retrouve plus tard) rapporte l'anecdote selon laquelle, éducateur bénévole dans l'Ecole américaine de Saint-Cloud, Biraud reçut le conseil du directeur de l'école, Douglas Mac Jannet, d'aller étudier aux Etats-Unis. Le fait est qu'il a bénéficié pour ce faire d'une bourse de la RF pour se rendre à Baltimore. Une telle faveur le distingue : les *french fellows* du *Fellowship Program* (1917-1970) de la RF ont été moins de 300 (sur un total de l'ordre de 9500), dont la majorité dans les sciences biologiques, la médecine et la santé publique, ou les savoirs infirmiers. De surcroît, Biraud fait office de précurseur : il est le premier *fellow* français dans le domaine de la santé publique (tous les autres sont partis entre 1928 et 1932 à Harvard ou Johns Hopkins : cf. travaux de Ludovic Tournès).

L'enseignement de Frost a sans doute marqué le jeune médecin. Devenu enseignant après la guerre à Johns Hopkins après avoir travaillé comme *US Officer* au sein du *Public Health Service*, où il a mené des investigations sur diverses épidémies (fièvre jaune à la Nouvelle-Orléans en 1906, fièvre typhoïde en Ohio) et analysé rétrospectivement les données d'incidence de la pandémie grippale de 1918, Frost est considéré, au nom de ses propres travaux et de sa pratique de l'enseignement, comme une figure tutélaire de la *shoe-leather epidemiology* développée à partir des années 1950 au sein du Center for Disease Control (CDC, devenu Centers d'où CDCs). D'après un de ces élèves, l'épidémiologiste A. Lilienfeld, Frost cherchait toujours à placer les étudiants en situation effective d'investigation épidémiologique sur le terrain ou d'analyse de données issues de ces investigations¹.

A son retour à Paris, Yves Biraud est recruté comme chef du service statistique de l'Institut d'Hygiène et chargé de cours de statistiques sanitaires². Les perspectives de carrière sont peu attrayantes en France pour sa spécialité. Biraud est nommé à la tête du service de renseignement épidémiologique au sein du département de santé (*Health organisation*, HO), de la Société des nations fondé en 1922 et placé sous la direction du Dr. Rajchman. Il y édite des relevés épidémiologiques hebdomadaires et publie des rapports trimestriels³. Il est possible, mais non avéré, que ce poste lui ait été attribué sur la foi de (sinon en raison de) son ancien *fellowship*. Au sortir de la guerre et de la pandémie grippale, la RF, via son *International Health Board (IHB) et sa Medical Sciences Division*, soutint en effet financièrement la *Health Organisation*, notamment en appuyant la stratégie de création et développement d'Instituts de santé publique, mais aussi de cliniques et d'hôpitaux (en particulier dans les pays d'Europe de l'est). Mieux, la HO de la SDN

¹ Source : Lilienfeld, et autres (AMPH)

² On s'appuie sur les fonds déposés aux AD d'Ille-et-Vilaine

³ Un exemple : Lancet 1936 ; sur Rajchman, les travaux de Balinska.

est alors considérée par les *Rockefeller medicine men* comme l'organisation internationale la mieux à même d'imposer la vision américaine de la santé publique, largement élaborée à la Johns Hopkins University, assez éloignée des visées des administrations européennes, en particulier française et anglaise⁴. La RF favorisa entre autres les échanges entre experts de différents pays européens, et finança la publication des premières statistiques sanitaires internationales et des études sur les systèmes de santé, donc l'essentiel de l'activité de Biraud⁵. Autant dire que ce dernier est alors plus proche de la RF que de l'administration sanitaire française.

Après la seconde guerre mondiale, au cours de laquelle il contribue à endiguer l'épidémie de typhus en Europe, Biraud participe à la création de l'OMS en tant que secrétaire de la Conférence internationale qui fait office de « constitution » de l'organisation, le 22 juillet 1946, à New York. Il en dirige aussitôt la division des services épidémiologiques et des statistiques sanitaires, qui prétend prendre le relais de toutes les organisations internationales antérieures⁶. En 1956, Biraud est invité par le professeur Jean Sénécal à enseigner la surveillance épidémiologique dans le cadre du Cours international de pédiatrie sociale à Dakar, avec pour assistant Louis Massé. Lorsqu'en 1962, Sénécal est nommé directeur de la nouvelle Ecole nationale de la santé publique (ENSP), implantée à Rennes, il fait appel pour l'enseignement de l'épidémiologie à Biraud, jeune retraité de l'OMS, et Massé. Le premier espère fonder un département de statistique appliquée à la santé publique et à l'épidémiologie⁷. Il est avéré qu'il se rend à Atlanta au moins deux fois (rencontre Langmuir en 1958, et assiste à un cours EIS en 1962) avant de mourir brutalement et prématurément en 1965.

Alan Gregg (1890-1957) est un contemporain de Biraud, plus âgé de dix ans tout juste⁸. Clinicien formé à Harvard, issu d'une famille baptiste, Alan Gregg est l'un des plus importants *Medicine Men* de la RF, après avoir été officier volontaire dans l'Armée britannique en 1917. Il est d'abord embauché par Rose, directeur de l'IHB pour s'occuper d'une campagne de vaccination anti-paludéenne au Brésil. En 1924, dans son rapport de fin de mission, Gregg suggère que la formation de médecins représenterait un meilleur emploi de la philanthropie nord-américaine que des campagnes prophylactiques à l'efficacité douteuse. A son retour d'Amérique latine, il lui est demandé de seconder Pearce, le patron de la *Medical Education Division*. L'année où Biraud revient en France, Gregg embarque pour l'Europe afin d'enquêter dans les facultés de médecine (Italie, Allemagne, Suisse, Autriche, France, Grande-Bretagne, Irlande, Norvège, U.R.S.S.). Il y met en œuvre sa conception du rôle de la RF (soutenir les sciences « précliniques », biologiques et de santé publique, mais aussi la clinique, la psychiatrie) et contribue au développement d'Instituts dans plusieurs pays (Allemagne, Canada, Etats-Unis) ; il se heurte néanmoins au conservatisme des mandarins parisiens qu'il essaie vainement de convaincre de rapprocher laboratoire et clinique à l'hôpital et d'instaurer l'emploi à plein temps de praticiens hospitaliers. Il soutient cependant quelques *fellows* ainsi que le travail du jeune pédiatre Robert Debré qui devient progressivement l'interlocuteur français incontournable des *Rockefeller officers*. Pressenti parmi les postulants à la présidence de la RF, Gregg se contente en 1928 de la direction de la *Medical Sciences Division*. Dans un mémorandum à destination des administrateurs de la RF, il fait état de sa conviction selon

⁴ La France et l'Angleterre sont favorables à l'Office International d'Hygiène publique, créée en 1907, dont la logique d'action est bilatérale.

⁵ Cf. Weindling 1997 : « *The RF supported the HO weekly, monthly and annual epidemiological reports. The monthly report included a section on general mortality rates, the incidence of plague, cholera, yellow fever, smallpox and syphilis, infant mortality and indicators of inebelath of other age groups such as deaths from puerperal fever ; mortality trends in large towns were given, including mortality from diseases of infants and children. The setting up of the eastern bureau meant that, by 1937, 72 per cent of the world's population was covered by the LHNO's medical statistics. The yearbook issued from 1925 provided a useful overview of national public health and industrial health services* ». Weindling, 276.

⁶ *Health Organisation*, mais aussi Office international d'hygiène publique, *Pan American Sanitary bureau*, Croix-Rouge

⁷ Source : AD Ille-et-Villaine.

⁸ Sur Gregg, travaux de Picard, Schneider.

laquelle la philanthropie doit s'adresser à des chercheurs de qualité exceptionnelle plutôt que de se préoccuper de programmes scientifiques, dans une logique est celle du *fellowship program*.

« S'il s'agissait uniquement d'une question d'argent ou d'organisation, il y a beau temps qu'on disposerait d'une thérapeutique contre le cancer. Le principal problème de l'aide à la recherche, c'est de sélectionner les meilleurs chercheurs et rien d'autre. (...) Actuellement, la tâche du donneur consiste à parier sur un individu en se fiant surtout à la qualité de l'institution dont il dépend. C'est idiot. C'est comme si aux courses on misait sur une écurie plutôt que sur un cheval. J'estime que nous (les philanthropes) devons nous faire une opinion personnelle sur chaque demandeur de subvention, c'est tout, mais il n'y aucune autre politique qui vaille » (cité dans Picard, 110-111).

Désabusé quant à la capacité de son pays à assumer, à l'issue de la guerre, la position de leader du monde civilisé, Alan Gregg constate avec déception que la recherche médicale s'oriente davantage vers les sciences biologiques que vers la clinique tandis que l'action de la RF est toute entière mobilisée en faveur de la *Natural Sciences Division* du mathématicien Warren Weaver, au détriment de sa propre division. A sa retraite en 1951 – année de fondation du corps des *Epidemic Intelligence Service* au sein du CDC... (cf. infra) -, Alan Gregg doit admettre que les nouveaux Instituts fédéraux comme le *National Institute for Health* (NIH) ont exproprié les philanthropes de la RF du domaine du soutien à la médecine et la recherche biomédicale – tandis que l'OMS se voit confier la responsabilité de la diffusion internationale des normes médicales et sanitaires.

Il est ainsi possible, mais peu probable, que Alan Gregg ait rencontré Yves Biraud ; cependant, leurs chassés croisés dans les années 1920 et 1930 sont précisément significatifs d'un rendez-vous manqué entre médecins américains et français. Biraud ne peut développer la surveillance en France.

2.

La seconde histoire se déroule dans les années 1970, et consiste dans la rencontre effective, mais assez mal connue dans ses détails, entre Louis Massé, l'adjoint puis le successeur de Biraud à l'ENSP, et Kerr White, un important épidémiologiste américain d'origine canadienne.

Né en 1917 au Canada, médecin interniste, diplômé de sciences sociales (économie et science politique) de McGill et Yale, épidémiologiste formé en Angleterre par Bradford Hill et Richard Doll à la *London School for Hygiene and Tropical Medicine*, Kerr L. White est un spécialiste des services de santé (*Health care organization, HCO*), professeur à la *North Carolina University*, puis à la *Johns Hopkins University* (où il fonde le département de HCO), avant d'achever sa carrière comme *Deputy Director for Health Sciences* à la RF (1978-1984). Chercheur prolifique (225 publications, dont une dizaine d'ouvrages), considéré comme le fondateur de la *Health Care Research*, White a obtenu de nombreuses récompenses scientifiques et vu son nom être attribué en 1996 à un Institut spécialisé de l'*Emory University*, université situé à Atlanta. Il a également collaboré avec le *National Center for Health Statistics* (l'un des CDCs) et est partie prenante de l'*International Epidemiological Association* (IEA) dont il est membre du Conseil, trésorier puis président. Tout en critiquant la séparation entre médecine et santé publique initiée par le soutien apporté par la RF à la création de *Schools of Public Health* après 1918⁹, White travaille avec la RF puis pour elle. Les premières réunions de l'IEA, en particulier, ont été financées par la Fondation et c'est justement dans le cadre de l'IEA que White rencontre Louis Massé.

Si Biraud a connu une trajectoire exceptionnelle car rare pour un médecin français, celle de Louis Massé (né en 1925) l'est aussi par la variété des positions occupées successivement. Médecin (qui

⁹ Dans son ouvrage, *Healing the schism : epidemiology, medicine and the Public's health*.

n'exercera jamais), formé aux sciences humaines et sociales (ethnographie, démographie, sociologie) au Musée de l'Homme à Paris, Massé est recruté en 1952 par Théodore Monod à l'Institut Français d'Afrique Noire (IFAN) de Dakar, où il travaille comme sociologue urbain et démographe : il étudie notamment la répartition spatiale et sociale de la morbidité et de la mortalité. On l'a vu, Massé participe avec Biraud à partir de 1956 au cours de statistiques sanitaires de Dakar ; la rencontre réoriente sa trajectoire puisqu'il peut, grâce à une bourse de l'OMS, obtenir en 1959 à Harvard un *Master of Public Health*. Intégré à l'ORSTOM à son retour en France, il est détaché comme professeur d'épidémiologie auprès de Biraud à l'ENSP. Après un doctorat de démographie (1963), il obtient un doctorat de santé publique à Harvard (1966) et, devenu subitement « un grand bonhomme » (selon sa propre expression), se voit nommé comme expert auprès de l'OMS. Tout se passe comme si la mort brutale de Biraud, en 1965, poussait Massé à se faire l'héritier de l'œuvre de ce dernier en matière d'engagements dans l'épidémiologie au niveau international et à investir dans les échanges franco-américains. Il actualise en cela un capital social qui est aussi, sinon surtout, celui de son épouse : Geneviève Massé, née Mayer, est elle aussi médecin, très tôt formée à la santé publique à Harvard ; son père et son frère sont deux importants nutritionnistes (décédé en 1956, André Mayer a contribué à fonder la FAO ; dans les années 1960, Jean Mayer est professeur à Harvard).

Depuis leur position à l'ENSP, Louis et Geneviève Massé s'investissent dans l'IEA, dans laquelle Louis occupe des positions de plus en plus centrales jusqu'au comité exécutif où il est chargé des relations avec l'OMS. C'est évidemment là qu'il rencontre White qu'il connaît sans en devenir proche semble-t-il. Massé se rapproche, en effet, des spécialistes américains des systèmes de santé et des statistiques de santé tant universitaires, comme White (alors à la *Johns Hopkins University*), qu'experts, comme Paul Leaverton, du *National Center for Health Statistics* (l'un des départements CDC). Tout en œuvrant en faveur de rencontres franco-britanniques d'épidémiologie et de médecine sociale (avec la *Society for social medicine*, à partir de 1972), il se consacre surtout, avec Leaverton, à l'épidémiologie de l'environnement puis au développement des systèmes d'information sanitaires dans le cadre de rencontres franco-américaines annuelles qu'il intitule « Séminaires Yves Biraud » (1979). L'origine de ces rencontres doit beaucoup au capital social de Massé : c'est par son beau-frère Jean Mayer, devenu président de la *Tufts University*, qu'il rencontre Mac Jannet, l'ancien directeur de l'école américaine de Saint-Cloud ayant conseillé Biraud en 1923, lequel vient de léguer à la Tufts le prieuré de Talloires qu'il a restauré avec son épouse. Outre Leaverton, White apporte dès 1980 le concours de la *Rockefeller Foundation* qu'il vient tout juste de rejoindre. C'est lors des 5^e et 6^e Séminaires Biraud qu'un pacte est scellé entre les CDCs et la Fondation Mérieux pour développer l'épidémiologie de terrain en France.

Il n'est pas indifférent que ce soit au nom de la RF que White participe à ces échanges franco-américains : une fois de plus, la Fondation fait office de facilitateur pour qu'un enjeu médical ou de santé publique soit traité en France. Ce n'est cependant pas la *Health Care Research* mais l'épidémiologie de terrain qui bénéficie finalement de ces rencontres. Reste que la rencontre entre White et Massé signale bien un nouvel état de l'épidémiologie en France : la trajectoire de Massé indique tout à la fois que les épidémiologistes français, certes marginaux, s'engagent dans des réseaux internationaux et travaillent à l'acclimatation en France de certains savoirs.

3.

La troisième rencontre est le fait de deux collectifs : des acteurs marginaux de la santé publique en France (dont Louis Massé) s'allient avec les responsables des CDCs pour former aux Etats-Unis des médecins à l'épidémiologie de terrain et importer en France la partie introductive du cours de la formation américaine. Si les médecins français continuent de se former aux Etats-Unis, le rôle de facilitateur rempli par la fondation Rockefeller échoit à l'agence fédérale que sont les

CDCs et à une fondation française, la Fondation Marcel Mérieux.

En 1982 et 1983, la Fondation Mérieux investit les Séminaires Biraud pour convaincre des besoins en matière d'épidémiologie de terrain autant sur le territoire français que dans les pays francophones. Charles Mérieux, l'industriel qui dirige la Fondation après avoir dirigé l'Institut, souhaite améliorer la santé dans le monde en développant la « vaccinologie », savoir dont il revendique la paternité. La « vaccination de tous les enfants du monde » nécessite, en effet, des supports logistiques, des connaissances techniques et scientifiques, notamment statistiques que seuls les CDCs possèdent (il a pu le constater lors de l'épidémie de méningite au Brésil en 1975). L'Association pour la médecine préventive (AMP), dirigée par Philippe Stoeckel et financée par la Fondation, a également constaté le savoir-faire américain sur ses propres théâtres d'opération, notamment en Afrique. Mérieux, comme mécène, et Stoeckel, comme organisateur, travaillent ainsi, avec un Massé à la fois convaincu de l'importance de l'enjeu et réticent à l'égard des CDCs, à la réception en France de l'épidémiologie de terrain telle qu'elle est pratiquée par les CDC's (on ne présente pas ici plus avant ces deux hommes). Déjà invité au 4^e Séminaire, Michael Gregg, le responsable de l'*Epidemic Programm Office (EPO)*, chargé de la formation des épidémiologistes (les *Epidemic Intelligence Service* - ou *EIS - officers*) et du bulletin hebdomadaire d'information (*Morbidity and Mortality Weekly Report* – *MMWR*) au sein des CDCs, occupe une place centrale dans les 5^e et 6^e séminaires.

Le 5^e séminaire porte sur la question de la surveillance des seules maladies transmissibles et réunit aussi bien l'administration (Direction générale de la santé, DGS) que les épidémiologistes de l'INSERM, de l'École vétérinaire, de l'Institut Pasteur, de la médecine militaire. Si les besoins français sont reconnus, les vertus des CDCs le sont quant à elles beaucoup moins, que ce soit par les responsables de la DGS (estimant ces centres mal adaptés à la situation française) ou par les épidémiologistes de l'INSERM (pour qui cette épidémiologie descriptive n'est que de « l'enregistrement », et non de la vraie épidémiologie). Le 6^e séminaire, où les représentants de l'administration de la santé et les membres de la recherche biomédicale sont peu présents, fournit la solution en consacrant les débats à la question précise de l'enseignement de l'épidémiologie dans les pays en voie de développement, mais aussi implicitement en France. Gregg y présente longuement la formation des *EIS officers*, dont Mérieux, Stoeckel et Massé décident qu'elle sera adaptée en France dès l'année suivante. L'IDEA, Institut pour le développement de l'épidémiologie appliquée, est effectivement créé en 1984 afin de former tous les professionnels de santé (médecins, médecins-inspecteurs, vétérinaires, etc.) à cette épidémiologie pratique, utile au politique (Buton, Genèses) qui recouvre les activités de surveillance, d'alerte et d'intervention, ainsi que d'évaluation. Chaque année depuis 1984, l'IDEA accueille des stagiaires pour trois semaines de cours théoriques et surtout pratiques, qui répliquent le cours introductif de la formation *EIS* (laquelle dure deux ans et consiste essentiellement dans la pratique sur le terrain de l'épidémiologie, au sein d'un département de santé d'un État fédéré le plus souvent)¹⁰.

Les promoteurs de l'IDEA sont des acteurs sinon marginaux, en tous cas aux marges de l'Etat et de l'université. On a déjà dit que Louis Massé occupait une position marginale, qui est celle de son établissement, dans le champ de la santé publique, aussi bien à l'égard de l'administration de la santé que de la recherche académique ; il a en revanche un capital personnel de relations sociales avec d'autres représentants marginaux de l'épidémiologie, dans la médecine militaire, la médecine vétérinaire et la médecine pastorienne. L'ENSP n'est en effet qu'une école de cadres de la santé, chargée de former notamment les directeurs d'hôpital, et n'a pas été envoyée en Bretagne pour rien. Charles Mérieux est loin d'être un outsider : il occupe au contraire une place assez rare dans le paysage sanitaire française en raison du développement économique de

¹⁰ Sur l'IDEA, Buton-Pierru à paraître.

L'Institut Mérieux, premier producteur français de vaccins, et des nombreuses initiatives de la Fondation Mérieux à partir des années 1970. S'il possède un carnet d'adresses digne d'un chef d'État, Charles Mérieux n'en est pas moins regardé avec méfiance par les hauts fonctionnaires de la santé pour lesquels il représente le capitalisme et les intérêts privés, et rencontre une certaine indifférence dans le monde académique dont les préoccupations sont, de manière générale, peu (et même de moins en moins) portées vers les enjeux de santé publique. Faute d'un soutien officiel de l'État, Philippe Stoeckel et Charles Mérieux soutiennent donc seuls, avec les représentants des CDC, cette formation.

Du côté américain, c'est le francophile Michael Gregg (1930-2008) et ses successeurs à la tête de l'EPO (Greg Tyler, Steven Thacker) qui négocient avec Stoeckel, Massé et Mérieux. Il n'est pas indifférent que Michael Gregg, le *medical detective* des CDCs, soit le fils d'Alan Gregg, le *medicine man* de la *Rockefeller Foundation* : sa francophilie s'explique en partie par le fait qu'il est né en France, au cours du séjour prolongé de son père en Europe. Michael semble surtout avoir été un homme d'institution aussi dévoué que son père. Celui-là développait les écoles de médecine, d'infirmières, de santé publique ; celui-ci est au cœur du système de formation (EPO) et d'information (le MMWR) des CDCs. Par ses enseignements (il s'adressait chaque année à la promotion des EIS officers), son attitude de mentor, son travail de construction d'une mémoire historique, M. Gregg incarnait l'épidémiologie de terrain à la manière des CDCs, où il faut posséder du sens commun et le goût de l'utilité, le sens de l'action, la patience et la vitesse de réaction, la rigueur et la méticulosité plutôt qu'un savoir complexe et un bagage scientifique complet. Il est directeur du MMWR et de l'EPO à l'époque charnière des années 1970 et 1980, marquée en matière de maladies transmissibles ou infectieuses par des réussites incontestables (découverte de la légionellose ou du sida, de la fièvre Ebola) mais aussi des échecs (syndrome de Guillain-Barré lié à la vaccination de masse contre la grippe porcine) qui mettent en danger l'existence même des CDCs. C'est aussi l'époque où est décidée une politique d'exportation de la formation EIS (créée en 1951) dans quelques pays « amis », politique générale qui explique l'accueil favorable fait à l'IDEA. Mieux, Gregg et les CDCs pratiquent également l'ouverture de la formation EIS, qui réserve quelques places à des étrangers déchargés de l'obligation de devenir *officers*¹¹, en tant que simples fellows. L'accueil de quelques *french fellows* au début des années 1980 fait ainsi partie d'un deal explicite avec la Fondation Mérieux : ces médecins sont censés former la *task force* de l'IDEA et, plus généralement, porter l'épidémiologie de terrain en France. Rôle dont ils parviendront progressivement à s'acquitter.

Après un précurseur dans les années 1970, neuf Français deviennent *EIS fellows* entre 1984 et 1991. Tous sauf un (vétérinaire) sont médecins et ont été repérés par les CDCs alors qu'ils étaient inscrits en Master (généralement en santé publique) dans une université américaine ou canadienne, souvent après avoir découvert en Afrique leur goût pour la médecine des populations. Certains présentent un profil académique, d'autres sont issus de la filière humanitaire, principalement Médecins Sans Frontières. Au cours de la formation EIS, chacun peut travailler la spécialité de son choix, dans un domaine parfois très éloigné des maladies transmissibles. Tous sont amenés à participer au cours IDEA même si certains ne rentrent pas en France à l'issue de leur formation de deux ans, demeurant au CDC ou, surtout, étant recrutés à l'OMS. C'est que le retour en France s'avère difficile, faute de postes ajustés à leur connaissance. La plupart retourne à leur position de départ (université ou humanitaire) ; certains sont accueillis dans l'Institut Mérieux. Ils parviennent cependant assez vite à valoriser les compétences rares acquises outre-Atlantique. François Dabis et Louis-Rachid Salmi viennent renforcer l'équipe du Pr Salamon à Bordeaux¹², et valider académiquement l'épidémiologie de terrain ; Alain Moren fonde Epicentre, une antenne d'épidémiologie de terrain, au sein de MSF, avant de participer à la

¹¹ *Officers* du *Public Health Service* : les *EIS officers* font partie de l'armée)

¹² Aujourd'hui centre majeur de la recherche en santé publique en France

création d'EPIET, déclinaison de la formation EIS au niveau européen, poursuivant ainsi le travail d'IDEA dans la formation continue des acteurs de santé. D'autres encore, comme Jean-Claude Desenclos, bénéficient de l'aubaine qu'est la création en 1992 du Réseau national de santé publique, préfiguration de l'Institut de veille sanitaire (InVS, 1998). Cette création doit peu à la mobilisation autour d'IDEA, mais la direction en est d'emblée confiée à Jacques Drucker, professeur de santé publique fraîchement nommé, passé par Harvard puis les CDCs (sans être *EIS fellow*), et dont Mérieux a fait le directeur scientifique de l'IDEA¹³.

Il existe ainsi un accord informel entre la Fondation Mérieux et les CDCs pour faire en sorte que quelques médecins français intéressés par la santé publique soient formés à l'épidémiologie de terrain à Atlanta et fassent office de « facilitateurs » dans le dispositif de formation à cette pratique organisé via l'IDEA, accueilli et financé par la Fondation Mérieux et parrainé par les CDCs (avec mise à disposition de personnel). A la manière de la *Rockefeller Foundation*, les CDCs ont mis comme condition à cet accord le principe du retour au pays des *EIS fellows*.

Une histoire ? L'institutionnalisation de l'épidémiologie appliquée en France

Ces trois rencontres, dans l'entre-deux-guerres, les années 1960-1970, et les années 1980-1990, permettent de donner une image assez juste de l'institutionnalisation de l'épidémiologie appliquée (ou, terme moins bien défini, de la surveillance épidémiologique) en France, institutionnalisation qui ne consiste aucunement en une pure et simple importation puisqu'elle est remodelée par la configuration institutionnelle française dans laquelle le savoir vient s'inscrire.

Il y a bien institutionnalisation de la surveillance épidémiologique en France des années 1920 aux années 1990. Bien sûr, l'histoire de la surveillance comme savoir de gouvernement (l'épidémiologie appliquée) ne coïncide pas exactement avec celle des mesures administratives de surveillance de telle ou telle pathologie. Avant les années 1920, l'administration de la santé a collecté des données de mortalité, demandé aux médecins de déclarer certains cas de maladie, surveillé les épidémies et les maladies infectieuses ou transmissibles. Reste que la surveillance épidémiologique déborde aujourd'hui largement le seul champ des seules maladies infectieuses ou transmissibles pour étendre son champ d'action aux maladies professionnelles ou aux accidents de toutes sortes (domestiques, de circulation). De surcroît, elle prétend au rang de savoir robuste et cohérent, irréductible à une série de mesures concrètes. Elle exige des capacités d'alerte, de réaction rapide, et d'investigation scientifique dans le cours même de la réponse à la menace. Elle suppose aussi non seulement la récolte de données de routine mais aussi leur mise à disposition, accompagnée d'analyses et de commentaires, à l'ensemble des professionnels de santé via des bulletins d'information réguliers : les rapports trimestriels de la HO auxquels travaille Yves Biraud, avec les fonds de la *Rockefeller Foundation*, s'inscrivent dans cette logique, comme le MMWR des CDCs ; l'une des manifestations de la transformation de la surveillance en France réside d'ailleurs dans la refondation du Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (BEH) par le bureau des maladies transmissibles de la DGS dans les années 1980¹⁴.

L'institutionnalisation de la surveillance épidémiologique, au sens d'inscription dans des structures organisationnelles mettant en œuvre ce savoir, est caractérisée par une histoire relativement courte, que l'on peut commodément faire débiter avec la création du RNSP en 1992. Cependant, les trois histoires croisées mettent en lumière les formes dans lesquelles s'est incarnée la

¹³ Sur la double mobilisation et Drucker, Buton dans Genèses 2006.

¹⁴ Le BEH passe de simples tableaux de chiffres bruts de cas déclarés à un quatre pages d'informations (données commentées) et de synthèses (processus largement indépendant de la mobilisation autour de l'IDEA). Aujourd'hui pris en charge par l'INVS, le BEH n'est qu'une partie de l'intense activité d'information et de publication en quoi consiste aussi la surveillance épidémiologique (cf. le site internet de l'INVS).

surveillance épidémiologique avant son institutionnalisation en France : les CDCs d'Atlanta sont sans doute un « modèle », à la fois admiré et rejeté, mais un modèle relativement tardif au regard des organisations internationales que sont la *Health Organisation* de la SDN puis l'OMS – notamment sur le plan de la diffusion, de la synthèse, des informations – et même, mais dans une moindre mesure, des institutions académiques (IEA sur le plan international, ENSP ou l'Institut Pasteur via Massé) – principalement sur le plan de la diffusion de l'idée. Elles signalent ainsi une logique particulière de l'acclimatation de la surveillance épidémiologique en France : mise en pratique et en circulation au niveau international, importation via les circuits académiques (notamment l'enseignement), mise en activité au niveau national. Il est vraisemblable cependant que l'importation via l'IEA et Massé n'aurait pas abouti au même résultat sans le changement d'échelle et d'objectif donné par Mérieux aux Séminaires Biraud. Si l'IDEA est le fait d'acteurs occupant des positions périphériques dans les champs administratif et scientifique, il s'avère être un dispositif de mobilisation particulièrement bien adapté à la cause de l'épidémiologie appliquée malgré sa modestie (un cours annuel de trois semaines). Savoir de gouvernement plutôt que savoir académique, l'épidémiologie appliquée gagne en effet à être mise à l'épreuve et diffusée auprès des praticiens de la santé publique plutôt que discutée et valorisée dans des débats académiques¹⁵.

Cependant, l'IDEA n'est pas, on l'a dit, responsable de la création du RNSP (produit d'une autre mobilisation, interne à l'administration centrale) ; il ne bâtit pas non plus sur rien car il peut aussi profiter de la sensibilité d'autres médecines périphériques (par rapport à l'État et à l'académie), dans l'armée, chez les vétérinaires et à l'Institut Pasteur, pour l'épidémiologie appliquée ou, sous une forme moins cohérente, pour les statistiques sanitaires. Cette sensibilité n'est pas nouvelle mais a perdu en audience avec le succès de la biomédecine des années 1930 aux années 1980. Massé est de ceux qui entretiennent de manière discrète cette sensibilité dans le champ national, en développant depuis sa position modeste de professeur à l'école de Rennes les collaborations avec l'Institut Pasteur, le Pharo à Marseille ou l'école vétérinaire de Maisons-Alfort. Son passé de socio-démographe en Afrique et sa longue fréquentation de Biraud, sa pratique même de l'enseignement l'ont en effet convaincu de l'importance de cette épidémiologie de surveillance malgré sa faible réputation au regard de l'épidémiologie étiologique. L'engagement de Massé dans les associations internationales et les projets de rencontre ne vise pas le renouveau de la surveillance épidémiologique en France mais plutôt la production d'une littérature de type pédagogique ou à prétention scientifique dans ce domaine (le professeur fait ici de nécessité vertu : faute de réseaux en France, il faut collaborer à l'étranger). Le travail de Massé est ainsi pivot : il prépare et rend possible l'engagement de Mérieux et Stoeckel aux côtés des américains.

Les trajectoires de Biraud, Massé et Drucker signalent bien la proto-institutionnalisation de la surveillance épidémiologique des années 1920 aux années 1990. A quelques décennies d'intervalles, tous vont acquérir une formation en santé publique aux Etats-Unis (master pour les trois, doctorat tardif pour Massé) : il s'agit là d'une caractéristique commune importante (partagée par les *EIS fellows* français) significative de la nécessité pour les médecins français intéressés par la santé publique entre les années 1920 et les années 1980 d'aller chercher ailleurs, le plus souvent en Amérique du Nord (le Canada est aussi une destination prisée), des formations qui n'existent pas en France. Le cas de Massé en signale une autre : c'est souvent en Afrique que les médecins découvrent la médecine des populations, l'approche populationnelle en médecine (surveillance, prévention)¹⁶. Mais les positions que cette formation comparable leur permet d'acquérir diffèrent nettement en raison du contexte historique (toutes choses très différentes par ailleurs). Biraud fait

¹⁵ Sur ce point Buton-Pierru à paraître.

¹⁶ L'histoire de Massé est plus complexe encore, car il découvre l'approche populationnelle au cours d'un stage en prison lors de son internat de médecin, puis la statistique sanitaire lors d'une enquête de terrain en ethnographie. Sur Massé, Les oncles d'Amérique.

carrière dans les organisations internationales et prolonge son activité à l'ENSP, Massé prolonge à l'ENSP sa carrière d'enseignant commencée à Dakar, Drucker est recruté à l'université puis au RNSP ; à l'impossibilité de pratiquer la surveillance épidémiologique en France (Biraud) succède la possibilité de son enseignement (mais dans une institution marginale : Massé) puis la double possibilité de l'enseignement (qui plus est dans le cadre légitime de la faculté de médecine, où l'internat de santé publique est créé en 1984, et les postes de santé publique rarissimes) et de la pratique (au nouveau RNSP : Drucker). La création du RNSP puis son institutionnalisation dans le paysage sanitaire français (sous la forme de l'IVS) constituent une rupture majeure tant elles modifient entièrement la donne : des dizaines de recrutements y sont effectués dans les années 1990 et 2000, véritable aubaine dont profitent en premier lieu les professionnels de santé formés à l'IDEA. De même, l'enseignement supérieur de la santé publique s'est renforcé ces dernières années avec le développement de l'école de Bordeaux (ISPED) et du pôle de Villejuif ainsi qu'avec la transformation de l'ENSP en EHESP sur le modèle des *Schools of Public Health* américaines.

Les positions acquises par les trois hommes sont aussi des postes dans des institutions, plus (Drucker) ou moins (Massé) hauts placés. Il est frappant que tous ont eu à faire les institutions qui les ont accueillis puisque ce sont les premiers occupants de leur poste (à la HO en 1930, à l'ENSP en 1962 et au RNSP en 1992). La série de ces premiers postes ne met pas seulement en évidence des processus d'importation (de la HO à l'ENSP et au RNSP) et de légitimation de l'épidémiologie appliquée, elle suggère aussi une marginalité toujours reproduite par rapport à l'État. L'épidémiologie est d'abord située dans une organisation internationale politiquement contestée, dont la légitimité et les capacités d'action sont amoindries par les concurrences entre États membres ; elle est ensuite enseignée dans une école nationale d'administration académiquement méprisée par les mandarins parisiens qui rognent dès sa naissance ses possibilités scientifiques ; elle est enfin consacrée par et dans une agence dont la naissance est délicate car concédée plutôt que fêtée (les réticences sont fortes de la part des directions d'administration centrale comme de l'INSERM), et que sa croissance exceptionnelle n'empêche pas de la maintenir dans une position fragile à l'égard de l'État central, sous la tutelle sourcilieuse de la DGS.

Ces trajectoires donnent aussi à voir la continuité logique malgré les changements institutionnels des politiques américaines de développement international de la surveillance épidémiologique, dont le cas Français n'est qu'un parmi d'autres, en mettant en évidence le passage de témoin de la *Rockefeller Foundation* aux CDCs, incarnées par les carrières des Gregg père et fils. La *Rockefeller Foundation* est un élément de continuité entre les histoires rapportées ici : elle fait de Biraud l'un de ses boursiers et soutient l'activité du bureau qu'il dirige dans la *Health Organisation* de la SDN ; elle compte, via Kerr White, parmi les financeurs des Séminaires Yves Biraud dans les années 1970. Cependant, la Fondation passe également la main à l'agence fédérale et ... à la Fondation Mérieux dans la troisième rencontre. La *Rockefeller Foundation* met en œuvre une politique fondée sur le soutien aux meilleurs plutôt qu'aux institutions (dans la bouche d'Alan Gregg, parier sur les chevaux plutôt que sur les écuries) et sur l'exigence de réimportation des savoirs appris aux États-Unis par ses *fellows* étrangers ; cette politique rend possible (quand elle n'exige pas) une certaine méfiance envers les institutions centrales et les positions dominantes, dont un exemple historique célèbre réside dans le choix des *medecine men* de soutenir, dans les années 1930, les professeurs lyonnais ou strasbourgeois plutôt que les mandarins parisiens¹⁷. Néanmoins, en tant qu'agence fédérale (statut acquis dans les années 1970), les CDCs ne sont pas censés s'engager dans l'enseignement et la formation au niveau international ; ils interviennent certes fréquemment à l'étranger face à des menaces épidémiques mais leur mission est avant tout de protéger le territoire américain, et quand bien même des programmes nationaux de formation sur le modèle

¹⁷ Cf. les travaux de Picard, Saulnier, Tournès sur la Rockefeller Foundation

de l'EIS sont soutenus à l'étranger (FETPs), la marge de manœuvre de l'agence fédérale est bien moindre comparée à celle de la fondation privée (moins souple, plus susceptible de critiques). Dès lors qu'ils s'engagent dans cette voie, les CDCs se montrent assez avares en *fellowship* (bien plus que la Rockefeller) et très exigeants (ils négocient durement avec les candidats à la formation EIS). Pour autant, les *medical detectives* semblent suivre les mêmes principes que les *medicine men* : négociations informelles en dehors de la voie hiérarchique et indifférente à la notoriété (d'où les contacts avec Stoeckel et Massé), choix de « l'excellence » dans l'action (*i.e.* de médecins motivés plutôt que réputés ou titrés, suffisamment motivés pour tenter d'obtenir un MPH en Amérique du nord), exigence du retour dans le pays d'origine (mais qui est loin d'être appliquée de manière systématique).

Il faut insister, enfin, sur l'échelle interindividuelle de ces rencontres et la modestie des biens concrètement échangés. Un jeune médecin dirige un petit bureau de renseignement épidémiologique à la SDN, et devient seize ans plus tard le secrétaire de la Constituante de l'OMS ; d'un cours à Dakar naît une rencontre qui mène à une école de cadres de la santé implantée dans les champs à Rennes, où le cours devient enseignement pérenne. De l'appartenance à une association internationale découle des réseaux permettant la rencontre, dans un prieuré médiéval des bords du Lac d'Annecy, d'une vingtaine de spécialistes (environnement, systèmes de santé) dans laquelle se coule une ambition philanthropique. Les institutions peuvent être puissantes (OMS, CDCs, Fondations Rockefeller et Mérieux), les activités en cause ici ne mobilisent qu'une part minime, sinon infinitésimale, de leurs effectifs. Des données sont rassemblées, des cours donnés, des communications faites, des discussions engagées. Pourtant, ces micro-événements n'en finissent pas moins par déboucher sur une institutionnalisation réussie.

L'étude de la dynamique qui devait déboucher sur l'importation puis l'institutionnalisation de ce savoir de gouvernement qu'est l'épidémiologie de terrain (ou de veille sanitaire), conçu dans une configuration culturelle, administrative et politique américaine sous bien des rapports exceptionnelle si on la compare aux configurations européennes et spécialement française, met une fois de plus à mal l'idée de « modèle ». Certes, au cours des années 1980 et 1990, la reconstruction de l'Etat sanitaire français, dont l'administration a longtemps été le parent pauvre de l'appareil d'Etat, a pour partie emprunté des savoirs et des instruments inventés dans d'autres contextes nationaux, en particulier américain. Il ne s'agit pas seulement du dispositif de santé publique dont le « renouveau », salué par nombre d'observateurs et d'acteurs, s'apparente davantage à une métamorphose dans laquelle l'épidémiologie de terrain, objet de ce papier, a joué un rôle décisif en imposant la catégorie du « risque » dans l'action publique. Dans le domaine de l'assurance maladie, la mise sur agenda de la maîtrise des dépenses de santé a elle aussi coïncidé, à peu près à la même époque, avec l'accélération des processus d'importation de raisonnements, d'organisations et d'outils inventés aux Etats-Unis sous l'égide de l'économie de la santé¹⁸ et du « *managed care* ». Les particularités de la configuration décentralisée et concurrentielle du système de santé étasunien expliquent une fois de plus l'« avance » de ce pays dans la mise au point de savoirs et d'outils qui, dans un second temps, font l'objet de stratégies explicites d'exportation et de processus d'acclimatation dans d'autres espaces nationaux. On a montré ailleurs comment dans ce domaine de la « gestion des soins » comme dans celui de la santé publique, les initiatives individuelles, marginales sinon isolées, d'agents dotés de fortes ressources internationales se sont muées en entreprises collectives plus vastes, associant des savants et des hauts fonctionnaires, pour enfin déboucher sur une institutionnalisation néanmoins toujours singulière¹⁹. Car dans les deux cas, les agents du champ bureaucratique français gardent la haute main sur le destin, la forme et les usages institutionnels de ces savoirs de gouvernement partiellement et sélectivement importés. Par conséquent, l'Etat sanitaire français se reconstruit « au miroir » de l'Amérique et

¹⁸ Benamouzig, 2005.

¹⁹ Pierru, 2007.

non par pure et simple imitation d'un « modèle » américain qui suscite au moins autant l'intérêt que la méfiance, sinon l'aversion des agents français. Dans le cas de la surveillance, les similitudes entre l'IVS, qui succède au RNSP en 1992, et les CDC américains, qui en constituent explicitement l'exemple à suivre, sont frappantes. Le cas présenté ici montre qu'une mobilisation de médecins investis dans la santé publique internationale (humanitaire, coopération), liés à l'agence fédérale américaine et en partie « faits » par elle, mais aussi soutenus par un puissant acteur privé, a fortement contribué à diffuser la cause de l'épidémiologie de terrain, a su largement convaincre de sa légitimité et de sa pertinence des acteurs centraux au sein de l'Etat (ainsi que toute une pléiade d'acteurs dans l'administration de la santé), et a pu se greffer, pour mieux la défendre, sur la mobilisation des réformateurs administratifs qui se déroulait au sein même de l'Etat. Ils ont su grâce à leurs liens personnels constituer un « réseau réformateur »²⁰ solidaire et entreprenant, à la jonction de plusieurs champs, et particulièrement attentif aux processus d'intéressement d'acteurs et d'occupations tous azimuts de positions.

Cependant, à certains égards, leurs principaux soutiens institutionnels, américains et français, les soutenaient comme la corde le pendu : ils étaient moins un atout qu'un handicap dans le contexte français, où les réticences, aussi bien dans le champ académique que dans le champ administratif, l'emportaient face à la solution clef en main qu'ils proposaient. La création du RNSP apparaît donc rétrospectivement comme une aubaine dont ils ont su profiter : une institution qui n'étaient pas « leur » solution, mais qu'ils ont su faire leur. La formation américaine (les EIS au sein des CDC) ne peut ainsi être définie comme une ressource pertinente dans le champ national à défaut d'autres types de capitaux (académiques et administratifs) ; une telle ressource s'avère inopérante tant que le champ du pouvoir ne s'est pas transformé et ne l'a pas rendu efficiente. Dès lors, l'idée d'« américanisation » de la santé publique constitue un obstacle à la pleine compréhension de processus qui se jouent avant tout dans les transformations des champs sociaux, académique mais surtout étatique, seuls susceptibles de valoriser des ressources (ou des capitaux) nouvelles, comme le sont les ressources « internationales ».

Sur un plan plus méthodologique, on voit combien la notion de modèle est peu satisfaisante pour analyser les circulations et les échanges. Les résultats de notre enquête rejoignent en large partie les conclusions des travaux qui, ces dernières années, se sont penchés sur la circulation des savoirs savants et savoirs de gouvernement. Ces enseignements ont (au moins) au nombre de quatre. En premier lieu, il convient de se départir de l'idée flatteuse selon laquelle les circulations transnationales au XX^e siècle constitueraient un objet neuf pour les sciences sociales : Pierre-Yves Saunier rappelle fort justement que seul le caractère presque exclusif de l'État-nation est véritablement « inédit » dans cet objet, la question des circulations et des échanges ayant depuis longtemps attiré l'attention des historiens médiévistes, modernistes et même contemporanéistes (chez les spécialistes du mouvement ouvrier)²¹. En second lieu, il importe de prêter attention à ce qui circule : les historiens des sciences sociales ont distingué les hommes (les voyages, les séjours), les œuvres (traductions, recensions, achats) et les modalités des rencontres (les colloques, les cours et formations)²², auxquels les historiens et sociologie des sciences « exactes », dont les sciences biomédicales, ont ajouté les objets, instruments et autres actants non-humains (isotopes, bactéries et virus, etc.)²³. La méfiance à l'égard des explications toutes faites et l'impératif de description constituent une troisième leçon. Plutôt que poser *a priori* un diagnostic brutal quant aux similitudes et différences des systèmes nationaux (pis, des « cultures nationales »)²⁴, ou

²⁰ Pour reprendre la notion de Christian Topalov (1999).

²¹ Saunier 2004.

²² Martin et Keck 2004

²³ Schaffer plutôt que Gaudillière (cf. ce que disait Soraya B).

²⁴ Si l'on s'accorde avec le fait que la culture est une variable à expliquer plutôt qu'une variable explicative (omnibus), cf Bazin.

rechercher dans les échanges une structure universelle (domination d'un modèle) ou lire dans leurs évolutions une loi tendancielle (de diffusion ou de convergence), il est de saine méthode d'observer d'abord les contenus des circulations, leurs porteurs et leurs usages²⁵. En quatrième lieu, l'analyse des circulations des contenus (savoirs, objets) doit pouvoir leur reconnaître un pouvoir structurant sur les catégories de perception, les réseaux d'acteurs, les modalités d'organisation ou les lieux de production sans les doter pour autant d'une influence miraculeuse indépendamment de leurs contextes de production, de circulation et de réception. Si Pierre Bourdieu aimait rappeler la formule de Karl Marx selon laquelle les textes circulent sans leur contexte, c'était pour mieux marteler que « le sens et la fonction d'une œuvre étrangère sont déterminés au moins autant par le champ d'accueil que par le champ d'origine » et que tout transfert se traduit par des opérations sociales de sélection, de marquage et d'appropriation²⁶. S'il n'est pas dans le propos de cet article de discuter l'apport spécifique des courants d'analyse qui, de l'histoire croisée ou connectée à la sociologie de la mondialisation en passant par l'histoire sociale des sciences, travaillent à renouveler, en le complexifiant et en l'historicisant, le comparatisme surplombant, vide de toute donnée empirique de première main, qui fonde bien des analyses paresseuses sur « les systèmes et les politiques de » santé (ou d'éducation, ou de l'environnement, etc.)²⁷, on nous permettra de souligner que nos préoccupations débouchent elles aussi, non pas sur une nouvelle théorisation de l'échange franco-américain, mais sur une démarche pratique de recherche qui souhaite compter « à parts égales »²⁸ les actes et discours de toutes les parties prenantes de son histoire, sans leur imposer une interprétation univoque.

²⁵ Jacoby cité dans Saunier.

²⁶ Bourdieu 2002.

²⁷ L'enjeu est particulièrement décisif en science politique. Pour une présentation de la socio-histoire, Buton-Mariot 2009.

²⁸ On reprend ici la belle expression de R. Bertrand