



HAL
open science

Se bien conduire dans une ville saine. La fabrication politique du gouvernement urbain de la santé de Toulouse

Jean-Charles Basson, Marina Honta

► **To cite this version:**

Jean-Charles Basson, Marina Honta. Se bien conduire dans une ville saine. La fabrication politique du gouvernement urbain de la santé de Toulouse. *Terrains et Travaux : Revue de Sciences Sociales*, 2018, Les gouvernements du corps, 32, pp.129-153. <10.3917/tt.032.0129>. <halshs-01862720>

HAL Id: halshs-01862720

<https://shs.hal.science/halshs-01862720v1>

Submitted on 11 Sep 2024

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

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



HAL Authorization

Jean-Charles Basson, Marina Honta

Se bien conduire dans une ville saine

La fabrication politique du gouvernement urbain de la santé de Toulouse

■■■ résumé

L'intégration, au début des années 2000, d'un volet sanitaire à la politique de la Ville autorise les promoteurs publics des principales métropoles françaises à les présenter comme autant de villes saines. À la manière de Toulouse étudiée ici, ils tentent de les afficher au rang de *healthy cities* en investissant cette dimension de l'action publique, sans pour autant disposer de compétences formelles en la matière. Conférant aux politiques municipales traditionnelles la capacité à lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé, les acteurs publics concernés construisent leur légitimité à agir en ce domaine, dans une période marquée par la fragilisation du système de protection sociale et la réduction du montant des dotations de l'État aux collectivités locales. L'étude des conditions politiques de fabrication de ce gouvernement urbain de la santé atteste qu'il procède à la manière d'une biopolitique de la Ville soumise à un jeu complexe de (ré)appropriations socialement différenciées orchestré par certains ressortissants visés par les dispositifs mis en place.

Mots-clés : *gouvernement urbain, santé publique, politisation, appropriations, socialisation, ressortissants, quartiers populaires*

■■■ abstract

Responsible conduct in a healthy city. The political construction of urban governance of health in Toulouse

In the early 2000s, the integration of a health component to policy of the City gave public promoters in the main french metropolises the authority to present their cities as healthy cities. Just as Toulouse is studied here, they try to promote these cities to the rank of healthy cities by investing in this dimension of public action without having the formal skills at their

disposal. By conferring traditional, municipal policies with the ability to fight social and territorial inequalities in health, the public actors involved build their legitimacy to act in this domain in a period marked by the weakening of the social protection system and the reduction in the amount of governmental provisions for the local authorities. Study of the political conditions of the construction of this urban governance of health shows the latter proceeds in such a manner that could be called a biopolitic of the City which is subject to a complex game of socially differentiated re(appropriations) orchestrated by some of the citizens targeted by these measures.

Keywords : urban governance, public health, politicization, appropriations, socialization, citizens, working-class districts

UNE DES SOURCES RÉCENTES de valorisation du pouvoir local réside dans la capacité concurrentielle des villes à se donner à voir non seulement comme *smart*, mais également comme *healthy* (Honta et Basson, 2015). Les acteurs publics de Toulouse y voient l'occasion de rattraper le retard attesté par une mobilisation municipale traditionnellement limitée en santé, domaine dans lequel la ville ne dispose pas de compétences formelles. Prétendre arrimer leur collectivité aux standards internationaux instituant les villes comme lieu de vie sain et durable, qui plus est sûr et protecteur, suppose que les promoteurs publics de la métropole du Sud-Ouest français trouvent dans la dimension sanitaire de la politique de la Ville l'instrument de légitimation de leur capacité à agir en santé. Institutionnalisée sous la forme des ateliers santé ville (ASV), l'intégration d'un volet santé dans les contrats de ville (2000-2006) puis dans les contrats urbains de cohésion sociale (2007-2014) constitue un effet d'aubaine que les acteurs publics des politiques de promotion de la santé de Toulouse (Basson, Haschar-Noé et Honta, 2013) ont saisi en 2006. Consacrés à la réduction des inégalités sociales de santé, à l'accès aux droits et aux soins, à l'amélioration de l'état sanitaire des quartiers en difficulté et à l'éducation à la santé des populations qui les habitent, les ASV sont animés par une approche sociale, préventive et territorialisée des questions de santé traitées selon une démarche de projets participatifs. Leur coordination est assurée, depuis 2008, par le service communal d'hygiène et de santé. Mais il y a plus. En élaborant, en 2010, un plan municipal de santé, les acteurs publics toulousains témoignent du volontarisme politique les autorisant à se défaire des limites territoriales de la géographie prioritaire

arrêtée par la politique de la Ville. Dépassant les grands ensembles d'habitat social initialement ciblés, et, ce faisant, les singularités sociodémographiques de leur population, ils complètent les dispositifs d'exception inhérents aux ASV, débordent les formes contemporaines de l'hygiénisme et élargissent leur échelle d'intervention à la totalité du territoire municipal, voire métropolitain (Honta et Basson, 2017a). Pour y parvenir, ils prennent appui sur la Charte d'Ottawa de 1986, texte fondateur en matière de promotion de la santé, qui recommande « d'inscrire la santé à l'ordre du jour des responsables politiques des divers secteurs ». Ils investissent alors des compétences municipales pouvant avoir une incidence, directe ou indirecte, sur la santé publique et sur ses déterminants sociaux et environnementaux : le développement social, les sports (Honta, Basson et Sallé, 2015), la restauration collective, la petite enfance, l'urbanisme, les transports et les équipements sont sollicités.

Les promoteurs municipaux de l'action publique de santé dessinent ainsi les contours du gouvernement urbain des conduites de santé susceptible de faire aboutir leurs objectifs. Il regroupe l'ensemble des activités relatives à la santé publique qui « s'apparentent au concret à des interactions, de nature processuelle, entre des acteurs désignés et reconnus comme gouvernants à raison des rôles institutionnels qu'ils exercent – qu'il s'agisse des gouvernants politiques, le plus souvent élus, ou des “fonctionnaires gouvernants”, le plus souvent nommés – et une pluralité différenciée d'acteurs et de groupes d'acteurs sociaux plus ou moins intéressés et mobilisés, dont certains constituent des partenaires véritablement co-gouvernants » (Eymeri, 2005 : 3).

De même, labellisée « figure urbaine de la santé publique » (Fassin, 1998) au tournant du siècle, la ville de Toulouse trouve aujourd'hui dans la santé communautaire telle qu'elle se pratique au sein des tables de quartier de Montréal le vecteur de réactivation de cette ambition politique. La santé communautaire prend en compte l'ancrage territorial des questions de santé en impliquant l'ensemble des acteurs concernés : professionnels de santé et du secteur socio-éducatif, élus, acteurs publics, mais également adhérents et militants associatifs et, par-delà, habitants que ces derniers soient organisés et représentatifs d'un collectif ou non. En outre, ce choix permet de contrecarrer le processus d'étiquetage et de stigmatisation reproché aux interventions en santé développées dans le cadre de la politique de la Ville. D'une part, la dimension communautaire confère à la santé publique une onction démocratique de terrain *via* une médiation présentée comme respectueuse des usagers et de leurs singularités. D'autre part, elle offre un gage d'ouverture internationale

par des emprunts à des initiatives étrangères considérées comme innovantes, voire expérimentales, et de surcroît transférables. Enfin, tirant parti des bénéfices inhérents au prisme de la proximité, elle met en avant sa capacité à s'affranchir des lourdeurs administratives du système français imputé de travers bureaucratiques et centralisateurs.

L'entreprise municipale intervient dans un environnement institutionnel national marqué par de profondes modifications. Les acteurs publics de la ville doivent composer avec la fragilisation du système de protection sociale, la réduction du montant des dotations de l'État aux collectivités territoriales et à leurs groupements, et le repositionnement de la puissance centrale opérant *via* le gouvernement par les agences régionales de santé (ARS) qui contribue à la recentralisation de l'action publique sanitaire à cet échelon (Honta, Haschar-Noé et Sallé, 2011 ; Basson, Haschar-Noé et Theis, 2013). Le regroupement des régions, la redéfinition des territoires de la politique de la Ville, la métropolisation de la santé (Honta et Basson, 2017b) et la recherche de la bonne gouvernance des régimes politiques urbains ajoutent à la difficulté. Tant et si bien que le gouvernement urbain par projet (Pinson, 2009) trouve dans le domaine de la santé un terreau d'épanouissement.

L'ambition est ici de saisir les conditions politiques de sa fabrication. Nous entendons, d'une part, démontrer que la propension toulousaine à participer à la « recomposition d'une capacité d'action collective dans les villes européennes » (Pinson, 2006) n'empêche pas ses promoteurs de construire un gouvernement urbain de la santé empruntant aux formes traditionnelles d'intervention publique mises au jour par Foucault (1976 et 2004). La politique de la Ville recourant à l'encadrement, à la prise en charge, à la désignation et à l'enrôlement des individus et populations, c'est à l'instauration d'une biopolitique de la Ville que le pouvoir municipal travaille effectivement. Nous avançons, toutefois, que celle-ci opère *a minima*. Entravé dans ses ambitions normatives par la faiblesse des moyens alloués à la puissance publique, à ses différentes échelles et dans ses divers secteurs (même si le domaine d'actions est intersectoriel), ce mode local de gouvernement des corps (Fassin et Memmi, 2004a) est, par ailleurs, soumis à un jeu de (ré)appropriations différenciées évoluant entre rejets et accommodations. Il en résulte des effets d'évitement et de résistance, de contournement et de détournement orchestrés par les catégories de population visées par la politique municipale de santé publique et par certains de ses metteurs en œuvre.

Nous soutenons que l'analyse du gouvernement urbain de la santé porte tant sur les dispositifs d'action publique que sur les dispositions des

publics populaires à qui ils sont destinés. Pour ce faire, nous croisons la sociologie politique de l'action publique de santé (Bergeron et Castel, 2015), laquelle accorde un rôle aux ressortissants dans l'élaboration du processus démocratique (Giraud et Warin, 2008), et la sociologie des différentes formes et modalités d'éducation, de socialisation et de mobilisation des quartiers populaires (Basson et Smith, 1998 ; Hamidi, 2006 ; Basson, 2016 et 2018). Empruntant à l'ethnographie critique de l'action publique (Dubois, 2012), nous ménageons une place signifiante à la restitution des témoignages des habitants des quartiers paupérisés et de certains acteurs publics de terrain avec lesquels ils composent et collaborent, voire auxquels ils s'opposent.

L'étude du gouvernement urbain de la santé de Toulouse s'inscrit dans le cadre d'une série de rapports de recherche consacrés, depuis 2009, aux dimensions territoriales des inégalités sociales de santé (Haschar-Noé, *et al.*, 2010 ; Haschar-Noé *et al.*, 2012 ; Lang, *et al.*, 2015). L'analyse s'appuie sur 51 entretiens biographiques menés avec des élus (6), des opérateurs de l'agence régionale de santé, des services déconcentrés de l'État, de la ville et de la métropole (14), des responsables et adhérents associatifs des secteurs sanitaire, social, éducatif, culturel et sportif (16) et des habitants ayant participé à l'élaboration et à la mise en œuvre des actions en santé ou ayant, pour quelques-uns, refusé de s'y engager (15). De même, des observations, le plus souvent participantes, de certaines opérations de santé ont été conduites sur le temps long. C'est ainsi que le dispositif *Ciné ma santé* de l'ASV des quartiers nord de Toulouse a fait l'objet d'un suivi régulier pendant cinq ans afin d'étudier les formes et conditions de la participation, effective ou non, des ressortissants aux programmes de promotion de la santé. Outre les éditions annuelles de l'événement se déroulant dans un parc public pendant une après-midi d'automne, les observations ont concerné les ateliers de préparation et les réunions d'évaluation de la manifestation, les réunions du groupe de pilotage et du comité de suivi technique et les présentations publiques du dispositif associant certains habitants, les opérateurs et le collectif de recherche interventionnelle auquel nous appartenions. Enfin, les sources produites par les diverses parties prenantes constituent les dernières données empiriques récoltées. Le contenu des entretiens, des observations et des documents a été analysé *via* une opération de codage réalisée sur la base d'une grille de catégories dégagant les modalités de l'intervention publique en santé et les diverses manières dont les différents acteurs publics et les ressortissants se les approprient, s'en accommodent ou y échappent.

■ À la manière d'une biopolitique de la Ville

Les normes de conduite préconisées par la santé publique *via* la politique de la Ville opèrent à la manière d'une biopolitique traditionnelle définie « comme un mode de gouvernement fondé sur l'intériorisation par les individus de la nécessité de se maintenir en santé » (Clavier, 2011 : 15). Somme de technologies placées au service de la puissance publique en vue de la surveillance et du contrôle social des populations, cette forme rationalisée du gouvernement urbain de la santé pratique la prescription, l'administration, voire l'imposition des normes sanitaires du bien-vivre. Par des processus d'individualisation et de responsabilisation, voire de stigmatisation et de pénalisation des comportements jugés peu conformes ou à risques, elle fait de la salubrité publique un élément constitutif de l'ordre public. La désectorisation du domaine sanitaire et son extension à l'ensemble de la question sociale fondent sa politisation. On sait, en effet, que « le mécanisme de requalification des objectifs assignés à l'action deviennent politiques dans une sorte de reconversion – partielle ou totale – des finalités qui leurs sont assignées, des effets qui en sont attendus et des justifications qu'on peut en donner » (Lagroye, 2003 : 367).

L'action publique de santé endosse localement de multiples acceptions : prévention, promotion de la santé, éducation pour la santé, santé communautaire, santé globale, santé environnementale... Par une telle hypertrophie, elle correspond à un état général de bien-être dont la préservation, l'entretien, la garantie et la sauvegarde impliquent d'agir conjointement sur l'ensemble des aspects constitutifs de l'environnement social, économique et matériel des populations. Ainsi dotée d'une « légitimité de principe », la santé est érigée en « valeur à défendre pour elle-même » (Clavier, 2011 : 13), un bien commun qui, opérant au bénéfice de tous, a vocation à s'imposer à tous. Étant entendu que « c'est dans l'énonciation de la possibilité d'un monde commun que se cristallisent les politisations » (Judde de Larivière et Weisbein, 2017 : 24), les villes y voient l'occasion de faire valoir la pertinence de leur échelle d'intervention. Si elles recourent « à des instruments d'action publique moins coercitifs qu'incitatifs », les formes contemporaines de la biopolitique (Bossy et Briatte, 2011 : 11) n'en relèvent pas moins d'une série de procédés socialement différenciés d'encadrement et de prise en charge, d'une part, de désignation et d'enrôlement, d'autre part, des individus et des populations trouvant dans la politique de la Ville un terrain propice à leur déploiement.

Encadrement et prise en charge

Le gouvernement urbain de la santé se propose de suppléer, partiellement, les fonctions régaliennes tout en reprenant à son compte la rhétorique républicaine vantant l'égalité devant la santé, la responsabilisation individuelle et la mobilisation citoyenne en tant que pratiques émancipatrices d'*empowerment* sanitaire développées dans l'espace de la ville. De la gestion quasi patrimoniale d'un capital commun à assurer et à protéger, elle gagne l'intimité des corps et édicte le mode d'emploi du gouvernement de la vie (Fassin et Memmi, 2004b) requérant d'appliquer, pour soi et les autres, un certain nombre de principes de précaution.

La santé dans la politique de la Ville est un formidable outil, confie une animatrice des ateliers santé ville de Toulouse. Grâce à la santé, on touche au cœur de la vie du quartier et de ses habitants ! On passe de l'échelle la plus intime de la personne à la dimension collective d'un vivre ensemble à construire au quotidien dans tous les aspects de l'existence. À travers les ASV, on intervient dans tous les domaines : la famille, la parentalité, le travail, et le chômage bien sûr, l'école, l'alimentation, les activités culturelles, les pratiques physiques, le logement, la sexualité, l'estime de soi... en fait, tout ce qui permet, ou pas, l'épanouissement personnel dans l'environnement direct du quartier. Lier entre elles toutes ces considérations permet de constituer la base de la bonne santé individuelle et sociale.

Conçu comme un corps social organique, le quartier populaire principalement visé par l'intervention publique est soumis à un certain nombre de traitements socialement distinctifs présentés comme relevant du bon sens et ayant reçu la caution médicale légitimante.

Avec le plan municipal de santé, explique une élue en mairie, on est sur du traditionnel. Manger équilibré et à heures régulières, pratiquer une activité physique adaptée à son âge, gérer son temps de sommeil, respecter des règles d'hygiène élémentaires, ne pas rester assis continuellement devant des écrans, éviter de s'exposer à un certain nombre de risques... Que des choses raisonnables, en somme ! Après, un effort est fait en direction des publics fragiles tels que les enfants, les femmes enceintes, les personnes âgées et dépendantes, les chômeurs et les précaires qu'il faut protéger et à qui il faut permettre d'accéder aux soins et à un standard de vie convenable. On est là plutôt sur du médico-social. Enfin, y a les situations plus sensibles comme les addictions de toutes

sortes, les cas de violence, les problèmes de santé mentale ou les handicaps divers qui requièrent des compétences proprement médicales. Une fois que ces différentes questions sont prises en charge, on peut venir sur la qualité de la vie. Mais, ça, c'est la cerise sur le gâteau !

Prenant une part active aux formes d'encadrement des classes populaires (Mauger, 2001), l'action publique de santé s'apparente à un gouvernement des pauvres (Chelle, 2012) déployé à l'échelle locale. Cette « opération de traduction du social dans le langage sanitaire » recèle une forme d'accomplissement quand « la pauvreté urbaine trouve à s'exprimer comme question de santé publique » (Fassin, 1998 : 14-15). Existant depuis une dizaine d'années dans des conditions très précaires et bénéficiant depuis peu du soutien du ministère des Affaires sociales et de la santé et de la région Occitanie, la Case de santé de Toulouse travaille au développement des principes et pratiques de la médiation communautaire en santé auprès de la population d'un quartier paupérisé du centre-ville.

Notre système de soins présente des ratés auprès des populations les plus exposées aux risques sanitaires, reconnaît un agent de l'agence régionale de santé : les gens sans travail, sans domicile, sans papiers ou réfugiés. Y a des trous dans les mailles du filet républicain de protection de la santé ! Au moins, la Case de santé parvient à les toucher. Alors la dimension communautaire de l'association peut surprendre dans un régime républicain. Mais allez soutenir qu'on est tous égaux devant l'accès aux droits et aux soins ! Pensez à l'état de la médecine scolaire, par exemple. En fait, on délègue à la Case une partie de nos missions de service public de prise en charge sanitaire qu'on n'arrive plus à assurer auprès de certaines populations. Sans parler du clandestin qui craint le contrôle public, j'ai en tête le petit retraité sans le sou, coupé de sa famille et de ses voisins, ou la femme seule sans travail et avec trois jeunes enfants à charge.

La contribution d'organisations ne relevant pas d'un statut public à la fabrication d'éléments d'action publique de santé, voire qui pallient pour une infime partie les carences de cette dernière, intervient aux marges du gouvernement urbain de la santé et, du même coup, marque ses limites en un domaine pourtant essentiel.

La santé est une des composantes de l'ordre public, explique cet agent municipal du service communal d'hygiène et de santé. Les questions

de salubrité publique concernent directement la ville. Elle possède d'ailleurs des pouvoirs de police en la matière. Or on peut parler d'atteintes à la dignité de la personne humaine tellement certains espaces de vie sont dégradés et dangereux !

Tout se passe comme si le processus d'individualisation des questions de santé auquel travaille le gouvernement urbain de la santé opérait au détriment de la prise en compte de l'exposition effective, et socialement différenciée, aux facteurs environnementaux des risques sanitaires (comme l'insalubrité des logements ou les pollutions chimiques et sonores, par exemple).

Désignation et enrôlement

Aussi compromis soient-ils, l'encadrement et la prise en charge sanitaires des populations supposent de recourir à la désignation et à l'enrôlement des publics. Cette procédure de distinction, par laquelle l'action publique urbaine de santé nomme, compte et classe la population afin de lui administrer divers traitements, organise le gouvernement local des corps. À Toulouse, les ASV concernent plus de 42 000 personnes inégalement réparties dans les différents quartiers prioritaires arrêtés par la politique de la Ville et faisant l'objet d'une catégorisation en trois points : 1) au titre de l'emploi, ils sont considérés « en décrochage » ; 2) leur cadre de vie les range parmi les « quartiers HLM périphériques des grandes unités urbaines » ; 3) leur cohésion sociale les rattache tantôt aux « quartiers intégrés dans un environnement mixte », tantôt aux « quartiers ségrégués ». Les situations les plus marquées voient certains de ces quartiers répertoriés, d'une part, en « zone de sécurité prioritaire » par le ministère de l'Intérieur qui statue en fonction de l'insécurité constatée et, d'autre part, en « zone franche urbaine de deuxième génération » (définie selon le taux de chômage, la proportion de personnes sorties du système scolaire sans diplôme, la proportion de jeunes et le potentiel fiscal par habitant). Enfin, certains sont inclus dans le nouveau programme national de renouvellement urbain visant la transformation du cadre de vie des habitants.

Entreprise de qualification, de signalisation et d'affectation des publics populaires concernés par la production sanitaire de la ville, le processus de désignation des ressortissants potentiels est stigmatisant. En outre, il peut conforter le rapprochement de la santé des plus pauvres de comportements potentiellement déviants témoignant d'une forme de marginalité volontaire et de danger social entretenus par le laxisme public.

Avec nos collègues de la police nationale, on sait où se localisent les trafics et qui est à l'origine de la délinquance urbaine qui pourrit la vie des citoyens, avance un policier municipal. Un certain nombre d'individus sur lesquels on retrouve des portables volés et des barrettes de shit sont accueillis dans les centres de soins et d'hébergement aux frais de la princesse. Que certains soient addicts, je veux bien le croire, mais la santé n'excuse pas tout ! Il faudrait faire le ménage dans les structures qui sont franchement borderline.

De même, le gouvernement urbain de la santé opère la classification et le référencement des groupes selon une convention normative qui distribue les catégories de population en leur attribuant des marques spécifiques dénotant leurs dispositions à l'enrôlement. Ainsi agrémente-t-il l'opération d'imputation des caractères des publics populaires de nombreux procédés participatifs. Les ASV font figure de laboratoire social expérimentant des formes de mobilisation par projet, de collaboration et d'échanges entre professionnels des champs sociaux, éducatifs et thérapeutiques, élus, associations et habitants, le tout à la demande et sous le contrôle de la ville. C'est ainsi qu'à Toulouse, en 2010, le service communal d'hygiène et de santé prend appui sur les dispositifs de la politique de la Ville pour élaborer un plan municipal de santé selon les priorités définies par les acteurs des quartiers *via* un diagnostic local de santé : ses ambitions sont d'agir sur les déterminants sociaux de santé, de réduire les inégalités de santé, de valoriser les ressources du quartier, de privilégier les actions de prévention et d'éducation pour la santé et de favoriser la participation des habitants au sein d'une démarche partenariale de projet.

Élaborée dans le but de travailler à l'appropriation sociale et culturelle des questions de santé par les ressortissants, l'entreprise de labellisation des savoir-faire "profanes" se heurte toutefois à la difficulté à mobiliser durablement les habitants non organisés au sein du réseau associatif, tout l'enjeu consistant à faire émerger et à formaliser une demande sociale en matière de santé sans en déposséder les habitants. Or, tous n'y sont pas disposés.

Déjà, j'ai ma femme à la maison qui m'a à l'œil, détaille un garagiste de 55 ans. Pas trop de beurre, pas trop de fromage, pas trop de viande, pas trop de vin et des légumes à tout bout de champ ! Déjà que j'ai arrêté de fumer ! Mais, cette fois, il faut bouger aussi. Alors, bien sûr, ma femme fait plein d'activités avec ses copines dans leur association où j'ai jamais mis les pieds : de la marche, de la natation, du théâtre, du

jardinage, des voyages. C'est un vrai centre aéré pour adultes leur truc ! Elle me tanne pour que je l'accompagne, mais c'est pas possible : le soir, je suis crevé et le week-end, j'ai sport devant la télé. J'exagère, je promène le chien aussi, tranquille.

Les ASV recourent alors à la méthodologie de projet et au diagnostic partagé afin de permettre l'intrusion de la société civile dans le débat public. Il s'agit de favoriser la mutualisation des moyens, le développement des actions en réseau, la mixité des publics, la promotion de la diversité, le recours à des approches conviviales et ludiques et de privilégier les actions de proximité. Au bout du compte, la ville met l'accent sur la promotion des bonnes habitudes alimentaires, des activités physiques saines et adaptées et d'un cadre de vie favorable à la santé.

C'est extraordinaire cette prétention à nous prévenir de tout à tout moment, relève, irrité, un instituteur retraité. Il faut se garder de tous les côtés. Un risque chasse l'autre ! Quand il y a plus de viande de cheval dans les lasagnes, on nous trouve du plastique dans le poisson et je ne sais plus trop quelle saloperie à la dernière mode dans les huîtres ! Et quand on en a fini avec les consignes alimentaires, on doit encore se méfier de la canicule l'été et de la grippe en hiver qu'on nous annonce tous les ans plus sévère. C'est pas la fête pour nous, les vieux ! Je vous le dis. Et je passe sur la prostate et le dépistage du cancer du colon. Que du bonheur !

Véritable dispositif, l'atelier santé ville du nord toulousain a la propension à « capturer, orienter, déterminer, intercepter, modeler, contrôler et assurer les gestes, conduites, opinions et discours » des ressortissants (Agamben, 2007 : 31), jusqu'à générer un processus de subjectivation aboutissant à la constitution d'une citoyenneté en bonne conscience sanitaire. Animé de « l'enthousiasme généralisé pour l'enrôlement du commun des mortels dans les nouvelles stratégies de gouvernement du social » (Clarke et Vannini, 2013 : 168), l'ASV opère le cadrage des droits et des devoirs du citoyen engagé dans la maîtrise de ses pratiques de santé et bientôt porteur d'une morale en la matière. Invités à se mobiliser autour d'enjeux de santé touchant l'amélioration générale de leur bien-être, les habitants des quartiers populaires du nord de la ville sont, conjointement, objets et sujets d'actions sanitaires de proximité. Cibles et acteurs du dispositif ASV, leur participation est sollicitée au titre de leur appartenance au corps social et prend différentes formes témoignant de leurs divers degrés d'implication : « participation élective » initiale, elle est susceptible de s'apparenter,

à terme, à une « participation citoyenne », voire à une « participation organique » (Paugam, 2014). C'est ainsi que certains programmes d'éducation relatifs à l'alimentation, à la dépense physique, à l'hygiène bucco-dentaire ou à la prévention sexuelle concernent des populations captives que les opérateurs sélectionnent selon des critères sociaux, culturels ou économiques (c'est le cas de certaines classes de certaines écoles dont les enseignants sont intéressés) ou des publics captés par les associations de quartier de Toulouse et les réseaux socio-éducatifs et/ou médicosociaux venant au soutien des habitants.

L'invocation à la mobilisation citoyenne use alors de la rhétorique participative et tend à verser dans une forme d'incantation érigeant « l'impératif délibératif » en norme contemporaine de l'action publique (Blondiaux et Sintomer, 2002). « L'instrumentalisation de la participation à des fins de gestion des publics difficiles caractérisant tout particulièrement la politique de la Ville en France, sans que de véritables changements ne soient observables en termes de réduction des inégalités, d'exclusion ou de paupérisation » (Gourgues, Rui et Topçu, 2013 : 13), le déploiement des nombreux dispositifs de consultation et de veille contribue, dans la métropole du Sud-Ouest comme dans d'autres villes françaises, à légitimer l'action publique et à produire de l'acceptabilité politique. Sous le couvert de l'implication formelle des ressortissants dans la production et la mise en œuvre des politiques publiques qui leur sont destinées, les divers instruments de l'action publique de santé déployée à Toulouse visent à construire une capacitation des publics mêlant autoresponsabilisation, normalisation des pratiques et culpabilisation morale (Paugam et Duvoux, 2008). L'étude des registres de légitimation de l'action publique de santé pose donc la question de la démocratisation du gouvernement urbain de la santé et de la capacité des ressortissants des champs sanitaire et social à intervenir afin de peser sur le sens à donner aux orientations privilégiées.

■ Des (ré)appropriations sous conditions : entre rejets et accommodations

Si la ville érige le quartier en échelle pertinente de production de l'action publique de santé, encore doit-elle composer avec les individus, les collectifs plus ou moins organisés présents sur le territoire et les singularités du tissu social qui le compose et le fait vivre afin de concevoir et d'animer des dispositifs adaptés. La mécanique d'enrôlement des publics n'est donc pas l'unique mode d'implication des ressortissants en matière de santé.

Les conditions de réception des politiques de santé étant socialement situées, par un jeu complexe de (ré)appropriations, échelonnées entre stricts rejets et simples accommodations, les publics visés, parfois associés à certains metteurs en œuvre, sont susceptibles d'élaborer des stratégies de débordement du cadre convenu pour le rendre plus conforme à leurs propres intérêts et visions du monde social.

Au-delà de la construction des bonnes dispositions qui rendent l'individu acteur et responsable de sa santé, l'enrôlement des usagers érigés au rang de citoyens dotés de libre arbitre répond également à des motivations personnelles ainsi qu'à des sollicitations sociales émanant d'initiatives collectives et d'actions militantes susceptibles de contrecarrer l'action publique municipale et de rechigner à se soumettre au rôle dévolu par l'institution (Dupuy et Halpern, 2009). Équipés, les publics peuvent tirer profit de l'invitation à la mobilisation qui leur est adressée pour faire valoir des aspirations dépassant le cadre de la sollicitation orchestrée en mairie. Évitements et résistances, d'une part, contournements et détournements, d'autre part, sont autant de marges de manœuvre restreintes auxquelles les acteurs les mieux disposés sont à même de recourir. Ainsi tentent-ils, tantôt, de s'affranchir des contraintes les plus englobantes d'une action publique de santé qui se propose de travailler pour leur bien sans pour autant recueillir leur assentiment et prendre en compte leurs modes de vie, attentes et griefs ; tantôt, de déceler dans les dispositifs requis les ferments de leur potentielle exemption, voire les leviers de leur émancipation. « L'action des destinataires (bénéficiaires) de la politique ou du programme étant aussi structurante » (Lascoumes et Le Galès, 2007 : 36), c'est dans cette tension permanente entre prétentions à l'imposition publique et velléités sociales à l'autonomie que réside la dynamique paradoxale du gouvernement urbain de la santé.

Évitements et résistances

En premier lieu, certains ressortissants peuvent se montrer peu concernés par les sollicitations institutionnelles qui leur sont adressées, décider de ne pas recourir aux droits, prestations et services qui leur sont proposés (Warin, 2012) ou se considérer comme incapables d'y prétendre. Ils attestent l'impuissance publique à les engager dans un statut discriminant conçu pour eux et affichent le choix de recourir à des formes alternatives, potentiellement concurrentes, à l'action municipale de santé.

Pour moi, c'est tout vu, témoigne cet usager de la Case de santé de Toulouse. 56 balais, des douleurs chroniques au dos à avoir porté

des cageots pendant plus de quarante ans sur les marchés d'ici et d'ailleurs. Alors, ils m'amusez avec leurs conseils. « Manger, bouger », c'est bien beau. Mais manger à ma faim tous les jours et pas trop bouger, ça m'irait bien aussi ! Heureusement, y a les Restos du cœur et puis le DAL [Droit au logement], parce qu'il faut trouver à se loger aussi. Mais surtout y a Emmaüs. Ils m'aident bien aussi et je leur donne un coup de main de temps en temps, même s'il faut encore et toujours porter. L'occasion d'aller voir les médecins de la Case quand je suis trop bloqué et que je peux pas payer.

De même, parmi les opérateurs directs de l'action publique de santé, des réserves sont exprimées au sujet du processus de normalisation des conduites qu'elle sous-tend. Ainsi une coordinatrice des ASV dresse-t-elle des limites morales et politiques à son investissement professionnel et s'affranchit des impositions intrusives et rigoristes au profit d'une quête de l'émancipation des personnes :

Nous, les coordos ASV, on doit être vigilantes. Si la santé est un levier de prise de conscience, d'éducation, de participation et d'engagement, on ne doit pas s'immiscer chez les gens. Il ne me revient pas de leur expliquer comment ils doivent vivre, manger, se protéger de ceci et de cela et de m'assurer qu'ils se conduisent bien avec leur santé, leur famille et leurs voisins. Mon métier ne fait pas de moi un flic, un curé ou une dame patronnesse à l'ancienne. Je ne suis pas là pour les contrôler, les convertir, les culpabiliser ou les infantiliser ! Ce sont les frontières que je fixe à mon intervention. S'ils ne mangent pas cinq fruits et légumes par jour, tant pis ! Est-ce que je le fais moi-même ? Ce qui m'intéresse, c'est qu'ils se réalisent par eux-mêmes. J'ai pas de recettes, pas de leçons ! Si je peux les aider dans ce projet, j'aurai fait mon job, dans le respect de ce qu'ils sont et de l'idée que je me fais de ma fonction ! C'est la petite déontologie que je me suis bricolée.

Émanant d'une ancienne infirmière psychiatrique, « à deux doigts de la retraite », le témoignage est le produit d'un parcours biographique qui l'a vu pratiquer la coopération sanitaire en Afrique et à Madagascar, intervenir auprès des populations rurales d'Ariège qui « sont guère mieux loties », se former à la santé communautaire et devenir, « à une autre période de [sa] vie », familière de la communauté des « gens du voyage » du nord toulousain. Sa prise de distance avec les effets les plus impliquants de la gestion du gouvernement des corps est susceptible de trouver un

écho favorable auprès de certains ressortissants. Si ceux-ci savent qu'il est socialement coûteux d'aller contre les règles du bon sens sanitaire, leur résistance, plus ou moins visible et affirmée, au conformisme en santé confine à un art du quotidien (Scott, 2009 ; Frère et Jacquemain, 2013) susceptible de prendre différentes formes au sein des quartiers populaires offrant une certaine densité sociale.

« Enclins à transgresser ou à remettre en cause la différenciation des espaces d'activités » (Lagroye, 2003 : 361) qui les maintient à distance des mots d'ordre et des dispositifs de santé publique conçue dans les arcanes politiques et administratives, ces destinataires critiques de l'action publique de santé travaillent à la requalification de leur investissement social et conçoivent une forme alternative du modèle dominant d'action publique.

On n'arrête pas de nous dire que la santé c'est important et qu'il faut manger des produits de bonne qualité, et équilibrés avec ça, relève ce chômeur de 46 ans issu d'un quartier populaire de Toulouse. Alors, pourquoi le bio, ça coûte si cher ? Et pourquoi les supermarchés, ils ont le droit de vendre de la merde ? On veut bien être responsables de ce qu'on mange, mais comment on fait ? C'est quand même aux politiciens et aux industriels de gérer tout ça, non ? Comme ils le font pas, on a décidé de créer des jardins partagés. On redonne envie aux gens de faire des petites cultures, des légumes surtout, et des fleurs aussi. Et on partage entre nous, gratuitement ! Faut pas croire, on est nombreux en France à faire ça aujourd'hui.

Contournements et détournements

Parachevant ces initiatives souvent isolées, différents groupes, diversement dotés en ressources propres, postulent au rôle de public prioritaire rendu indispensable à la mise en œuvre de l'action municipale de santé. Se concevant comme lieux du politique, certaines associations de quartier de la métropole du Sud-Ouest entendent, au nom des usagers qu'elles représentent, pénétrer l'action publique de santé en train de se faire. Mettant en avant la dimension préventive de la santé publique développée à l'échelle urbaine, elles font en sorte que les publics visés par les dispositifs institutionnels soient à même de prendre leur part de la construction de la santé en tant que problème public (Gilbert et Henry, 2012). De même tentent-elles de les associer à la mise en œuvre et à l'évaluation de l'action publique de santé opérant à leur endroit. La reconnaissance d'une citoyenneté ordinaire corrélée à une expertise militante de terrain

est revendiquée comme moyen de pallier le défaut originel de détention de capitaux culturels et économiques de leurs adhérents.

Dépassant la thèse de la requalification et de la reconversion défendue par Lagroye (2003), la politisation de la santé publique à laquelle travaillent ces associations d'éducation populaire s'entend plutôt, au sens d'Eliasoph (2001), comme la capacité à faire de la santé un vecteur de développement et de valorisation d'une « citoyenneté du quotidien ». Valeur commune et dimension éminemment intime, la santé associe qualités publique et privée. Elle présente ainsi la propension à diffuser le politique (qui s'apparente alors à l'esprit public) dans la vie ordinaire des ressortissants rendus soucieux du bien commun et capables de « réfléchir à la lumière de l'esprit civique à des expériences et décisions en apparence purement privée » (Eliasoph, 2001 : 112).

C'est ainsi que les femmes habitant les quartiers d'habitat social de Toulouse, sans que ce processus soit spécifique à cette ville, sont prioritairement visées par les dispositifs de santé publique, pour elles-mêmes et pour parvenir à toucher les enfants, les jeunes et les hommes de leur environnement direct. Présenté comme le réceptacle de nouvelles formes de mobilisations sociales et politiques, en un temps où le travail ne joue plus son rôle de support d'affiliation, le quartier concentre « ceux qu'on nommait les ouvriers [et qui] sont devenus des habitants [...] socialement identifiés par des références au territoire qu'ils habitent » (Merklen, 2009 : 19). Parmi ces habitants figurent en premier lieu des habitantes (dont certaines sont issues de l'immigration nord-africaine) qui n'entendent pas se ranger à l'euphémisation de la question sociale permise par sa traduction spatiale. Parce que les « rapports individuels [des ressortissants] à l'action publique, dans leur banalité et leur quotidienneté, contribuent à façonner celle-ci » (Revillard, 2016 : 31), elles agissent comme les intermédiaires des professionnels des questions sanitaires et des acteurs publics auprès de leurs réseaux de sociabilité. Regroupées, pour les plus mobilisées d'entre elles, au sein d'associations, ces habitantes des quartiers se voient proposer par les porteurs de projets un répertoire d'actions collectives à même de produire une forme de socialisation dépassant la dimension morale traditionnellement accolée aux questions de santé et visant la transformation de leurs dispositions, connaissances et pratiques. Ainsi sont-elles à même « d'acquérir, d'apprendre, d'intérioriser, d'incorporer et d'intégrer des façons de faire, de penser et d'être qui sont situées socialement » (Darmon, 2006 : 6) et qui leur permettent d'adopter des modalités de réflexion et de comportement non strictement conformes à celles attendues et suscitées par l'action municipale de santé.

Créée en 1988 et comptant 480 adhérents, une association d'éducation populaire constitue ainsi le partenaire privilégié des opérateurs de l'action publique de santé de Toulouse. Forte de sa position dominante dans le quartier et des liens de confiance entretenus de longue date entre sa présidente et la coordinatrice de l'ASV des quartiers nord de la ville, l'association joue le jeu de la participation publique et use de l'apprentissage civique et de l'éducation citoyenne dispensés au contact de l'action publique concrète. Elle contribue ainsi à former des sujets politiques par le compagnonnage et le tutorat associatifs et expérimente les pratiques et les rouages de la société politique locale.

Avec l'assoc', on est partenaires de la mairie, explique cette adhérente de 43 ans ayant accédé au conseil d'administration de son organisation et, dans la foulée, à un emploi d'auxiliaire de vie auprès des personnes âgées. On est invitées à dire ce qu'on pense. On n'est pas des bénévoles qui sont là que pour aider. Moi, je prends ça comme un enrichissement. Ça m'a permis de me sortir de la maison. Et puis, incroyable, on va bientôt présenter nos activités sur la santé à la mairie, dans une réunion devant tout le monde. J'ai pris une journée de repos. Trop fière ! Maintenant, on a une réputation. C'est l'association qui nous a dit qu'on était capables d'aller dans ces réunions. Nous, on pensait que c'était pas pour nous. Maintenant, on n'est plus à rester là en train de regarder, à avoir l'impression qu'on parle à ta place. Maintenant, on a l'assurance. Petit à petit, ça nous a appris à pas avoir peur des gens qui parlent bien. Au départ, c'est l'association qui nous porte. Maintenant, on va être le maire de Toulouse !

La mobilisation des publics peut reprendre à son compte les préceptes et les méthodes de l'éducation populaire, jusqu'à permettre l'accès à la citoyenneté politique. Requalification symbolique, réassurance sociale, dépassement de la séparation entre sphères privée et publique, revendications émancipatrices visant l'accès à l'éducation, à la formation, au travail, à la culture, à l'espace, au débat et à la parole publics comptent ainsi au vaste répertoire des ressources dont certaines adhérentes associatives peuvent progressivement se prévaloir. « Participant activement à leur propre construction, [elles] négocient, bricolent, discutent, contestent » (Lahire, 2012 [1995] : 18) et, ce faisant, se dotent d'un patrimoine de compétences disponibles attestées par l'apprentissage des pratiques et la maîtrise d'un savoir-faire associatif rendu transférable sur d'autres scènes. De même, la promotion militante et le mécanisme de rétributions

symboliques, la prise de responsabilités, l'accession à des fonctions représentatives et, enfin, la conscientisation politique des enjeux sociaux et territoriaux tels qu'introduits *via* les inégalités de santé contribuent à leur socialisation effective.

L'implication de l'ASV dans les quartiers nord de Toulouse trouve une forme de concrétisation dans le dispositif *Ciné ma santé* (Génolini *et al.*, 2017). Si l'action regroupe, en 2008, cinq acteurs institutionnels et dix associations partenaires, elle est promue au rang de programme, en 2014, et compte désormais dix acteurs institutionnels et 19 associations auxquels s'ajoutent trois prestataires et de nombreux habitants mobilisés par divers réseaux électifs. Le dispositif concourt à une forme d'émancipation des habitants de leur condition à laquelle ils confèrent la prégnance d'un changement de statut. À ce titre, la pratique du théâtre-forum y est très significative, en ce sens qu'elle assure le passage de prises de parole privées, souvent réactives, désordonnées et susceptibles de verser dans l'outrance à une forme de récits de vie scénarisés. Ceux-ci leur permettent d'évoquer publiquement l'éducation des enfants, les rapports de couple, les conduites à risque de la jeunesse ou la malbouffe, selon une rhétorique du bien commun valorisant la maîtrise, la raison et la défense de certaines valeurs civiques et morales. De même, l'engagement sur les scènes du débat public municipal est l'occasion pour les habitantes les plus aguerries d'investir de nouvelles compétences discursives afin de réduire la distance culturelle qui les sépare des acteurs publics sans verser dans un discours convenu. Ce travail de mise en accessibilité de la langue, par lequel elles dépassent les intérêts particuliers au profit de la mise en mots des enjeux globaux, assure une forme de reconnaissance et de promotion sociale et, plus encore, déclenche un gage de représentativité et une conscience d'égalité leur permettant de contester les insuffisances de l'action publique développée, en matière de santé publique comme dans d'autres domaines, en faveur des quartiers de la politique de la Ville.

Les « femmes des quartiers » trouvent ainsi dans les marges d'autonomie gagnées dans le dos du dispositif de nombreuses occasions de développer de nouvelles dispositions ou d'en activer et d'en renforcer d'autres mises en veille jusque-là (Lahire, 1998). En fournissant un large panel d'actions relatives à la santé, l'association toulousaine contribue à créer un contexte d'intériorisation et de transmission de dispositions mobilisables par les habitantes des quartiers populaires auprès de leur environnement privilégié et des différentes scènes de l'action publique locale au sein desquelles certaines d'entre elles sont promues. Illustrations de la confrontation des processus de socialisation en milieu populaire aux contraintes institutionnelles et à

leur charge symbolique, la valorisation individuelle et sociale qui en résulte provoque alors la double perspective d'échapper, d'une part, aux stigmates de la disqualification sociale et, d'autre part, aux dispositifs publics qui participent à la désignation des publics précaires.

Ainsi se trouvent-elles instituées en représentantes légitimes du quartier capables d'acquiescer des « dispositions à la réflexivité » (Faure et Thin, 2007 : 78), d'objectiver leur situation, de l'exposer publiquement, de porter la parole d'autrui et de formuler, au nom de tous, des attentes et des revendications de reconnaissance et de droits. Au bout du compte, en travaillant à ce qu'elles parviennent à occuper une place valorisée dans l'arène publique, l'ambition associative ne se cantonne pas à forger un public particulièrement sensible et réceptif au gouvernement urbain de la santé. Il s'agit plutôt de faire en sorte que la politisation de l'action municipale de santé publique s'apparente à une forme de « production sociale de la politique » (Lagroye, 2003 : 4).

Ce qui nous intéresse, c'est pas de relayer la bonne parole de la mairie auprès de nos adhérentes, précise la responsable associative. Par contre, on profite des excellentes relations entretenues depuis longtemps avec la coordinatrice des ASV de notre quartier pour que les femmes d'ici s'imposent dans le jeu. Elles connaissent mieux que personne les problèmes qu'elles rencontrent au quotidien et elles réfléchissent ensemble, dans l'association, aux solutions à y apporter. L'ASV est un terrain à investir pour faire aboutir leurs projets collectifs et personnels. C'est dans ce sens-là que ça fonctionne !

Si la mobilisation associative en faveur de la santé publique emprunte initialement à l'éducation populaire, *via* une série de contournements et de détournements, elle se mue en action collective militante qu'elle contribue à renouveler en développant des modalités de représentation, des registres d'expression et des schémas d'intervention émanant de catégories de population dotées d'une forte dimension identitaire et peu enclines à investir le champ politique. Localement et modestement, ces médiatrices ne se contentent pas de « donner à entendre la voix authentique de l'expérience du quotidien » (Clarke et Vannini, 2013 : 179). Se sentant autorisées à se mobiliser (Gaxie, 2007), elles contribuent à transformer les modes routinisés d'engagement dans la sphère publique et trouvent dans les multiples acceptions de la santé autant de justifications à agir pour tous et au nom de tous. La mise en politique de la cause sanitaire et du droit à une vie saine et équilibrée opérant sur le mode du

« tropisme consensualiste » (Pinson, 2003 : 52), il leur est possible de jouer sur sa dimension éthique et morale pour faire valoir la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé qui, pour leur part, sont plus clivantes. En opérant une désingularisation des griefs et « une montée en généralité pour rattacher les problèmes ordinaires aux conditions économiques et sociales qui les génèrent ou en constituent le terreau » (Faure et Thin, 2007 : 102), c'est à une forme de socialisation proprement politique qu'elles accèdent.

* *

Porter au jour l'échelle urbaine des modes contemporains d'institutionnalisation et d'imposition des technologies de cadrage des conduites sanitaires et corporelles suppose de prendre en compte la diversité de leurs modalités sociales de réception et d'appropriation. À ce titre, la mobilisation des associations œuvrant en matière de santé publique constitue un atout figurant à l'actif des villes. L'éducation populaire à la santé est susceptible, dans certaines conditions relatives à la socialisation en train de se faire et aux parcours biographiques (éventuellement marqués par des bifurcations significatives) des individus concernés, d'ouvrir la voie à une valorisation des activités associatives *via* leur requalification politique. La part prise par des formes alternatives de constitution du gouvernement urbain de la santé relève la « porosité du champ politique à son environnement social » (Jude de Larivière et Weisbein, 2017 : 14). De même que dans ses déclinaisons humanitaires (ou sportives : Basson et Nuytens, 2001 ; Basson et Lestrelin, 2014), le militantisme en faveur de la promotion de la santé participe à la production d'une « certaine image du citoyen attentif, personnellement responsable, individualisé, faisant intervenir une sorte de sphère publique intérieure dans tous les aspects de la vie » (Eliasoph, 2001 : 111). Tout en affichant une « désaffection ostensible à l'égard du politique », il présente une « socialisation productrice d'un rapport, pratique voire intellectuel, spécifique aux choses politiques » (Siméant, 2003 : 167-168).

Si le risque existe alors que *la* politique contribue à tarir le militantisme associatif (Basson, 1996), l'avènement du gouvernement urbain de la santé n'est toutefois pas acquis. Évoluant au gré des rapports de force, il est soumis aux alternances politiques à la tête des municipalités (comme ce fut le cas à Toulouse en 2014). Par ailleurs, la contradiction persiste

entre l'affirmation des villes et de leurs groupements comme niveau pertinent d'interventions en santé et le caractère subsidiaire et fragmenté de l'action publique conduite à cet échelon. La fabrication de la ville saine suppose pourtant de ménager des échanges de ressources institutionnelles, sociales, matérielles et symboliques, autrement dit des formes d'instrumentalisation réciproque entre associations, villes, métropole, services et agences de l'État, afin de concevoir et de mener des actions communes et d'en apprécier collectivement les effets sur les populations les plus vulnérables.

■■■ références

Agamben G., 2007. *Qu'est-ce qu'un dispositif?*, Paris, Éd. Payot & Rivages.

Basson J.-C., 1996. *Le Tarissement du militantisme. Socialisation politique et sociologie syndicale. L'Union départementale CFTC-CFDT de l'Isère, 1945-1993*, Thèse pour le doctorat de l'Institut d'études politiques de Grenoble.

Basson J.-C., 2016. Le rugby, l'école et la jeunesse populaire. Le travail éducatif de l'association socio-sportive Rebonds !, *Empan*, 103 (3), 120-126.

Basson J.-C., 2018. La fabrique des « bons petits gars ». Rugby éducatif et socialisation à la citoyenneté de la jeunesse populaire toulousaine, *Lien social et Politiques*, 80, 210-236.

Basson J.-C., Haschar-Noé N., Honta M., 2013. Toulouse, une figure urbaine de la santé publique. À propos de l'action publique municipale de lutte contre les inégalités sociales de santé, *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 61 (1), 81-88.

Basson J.-C., Haschar-Noé N., Theis I., 2013. Territorial translation of the National Health and Nutrition Program in Midi-Pyrénées, France, *Healthcare Policy*, 9 (Special Issue), 26-37.

Basson J.-C., Lestrelin L., 2014. Pour une sociologie politique du supportérisme. Penser le militantisme et la partisanerie des supporters de football en Europe, in T. Buset, R. Besson, C. Jaccoud (dir.), *L'Autre Visage du supportérisme. Autorégulations, mobilisations collectives et mouvements sociaux*, Berne, Éd. Peter Lang, 21-39.

Basson J.-C., Nuytens W., 2001. Modes d'encadrement et de contrôle des supporters de football, entre modèle officiel et alternative autonome : le cas du Racing club de Lens, *Revue européenne de management du sport*, 5, 1-29.

- Basson J.-C., Smith A.**, 1998. La socialisation par le sport : revers et contre-pied. Les représentations sociales du sport de rue, *Les Annales de la recherche urbaine*, 79, 33-39.
- Bergeron H., Castel P.**, 2015. *Sociologie politique de la santé*, Paris, PUF.
- Blondiaux L., Sintomer Y.**, 2002. L'impératif délibératif, *Politix*, 57 (1), 17-35.
- Bossy T., Briatte F.**, 2011. Les formes contemporaines de la biopolitique, *Revue internationale de politique comparée*, 18 (4), 7-12.
- Chelle É.**, 2012. *Gouverner les pauvres. Politiques sociales et administration du mérite*, Rennes, PUR.
- Clarke J., Vannini L.**, 2013. L'enrôlement des gens ordinaires. L'évitement du politique au cœur des nouvelles stratégies gouvernementales ?, *Participations*, 6 (2), 167-189.
- Clavier C.**, 2011. La santé publique, un enjeu politique local ? La politisation des politiques publiques en France et au Danemark, *Revue internationale de politique comparée*, 18 (4), 13-27.
- Darmon M.**, 2006. *La Socialisation*, Paris, A. Colin.
- Dubois V.**, 2012. Ethnographier l'action publique. Les transformations de l'État social au prisme de l'enquête de terrain, *Gouvernement & action publique*, 1 (1) : 83-101.
- Dupuy C., Halpern C.**, 2009. Les politiques publiques face à leurs protestataires, *Revue française de science politique*, 59 (4), 701-722.
- Eliasoph N.**, 2001. Citoyens du quotidien, *Espaces Temps*, 76-77, 110-121.
- Eymeri J.-M.**, 2005. La gouverne au miroir du néo-management public. Libres propos sur les gouvernants élus, les fonctionnaires gouvernants et l'activité gouvernante aujourd'hui, *Politiques et management public*, 23 (3), 1-18.
- Fassin D. (dir.)**, 1998. *Les Figures urbaines de la santé publique. Enquête sur des expériences locales*, Paris, La Découverte.
- Fassin D., Memmi D.**, 2004a. *Le Gouvernement des corps*, Paris, Éd. de l'EHESS.
- Fassin D., Memmi D.**, 2004b. Le gouvernement de la vie, mode d'emploi, in D. Fassin, D. Memmi (dir.), *Le Gouvernement des corps*, Paris, Éd. de l'EHESS, 9-33.
- Faure S., Thin D.**, 2007. Femmes des quartiers populaires, associations et politiques publiques, *Politix*, 78 (2), 87-106.
- Foucault M.**, 1976. *Histoire de la sexualité*, vol. 1 : *La Volonté de savoir*, Paris, Gallimard.
- Foucault M.**, 2004. *Naissance de la biopolitique. Cours au Collège de France (1978-1979)*, Paris, Gallimard-Seuil.

- Frère B., Jacquemain M. (dir.)**, 2013. *Résister au quotidien ?*, Paris, Presses de Sciences Po.
- Gaxie D.**, 2007. Cognitions, auto-habilitation et pouvoirs des « citoyens », *Revue française de science politique*, 57 (6), 737-757.
- Génolini J.-P., Basson J.-C., Pons E., Frasse C., Verbiguïé D.**, 2017. Typologie de la participation en santé. La méthode de l'atelier santé ville des quartiers Nord de Toulouse, in N. Haschar-Noé, T. Lang (dir.), *Réduire les inégalités sociales de santé. Une approche interdisciplinaire de l'évaluation*, Toulouse, PUM, 259-278.
- Gilbert C., Henry E.**, 2012. La définition des problèmes publics : entre publicité et discrétion, *Revue française de sociologie*, 53 (1), 35-59.
- Giraud O., Warin P. (dir.)**, 2008. *Politiques publiques et démocratie*, Paris, La Découverte.
- Gourgues G., Rui S., Topçu S.**, 2013. Gouvernementalité et participation. Lectures critiques, *Participations*, 6, 7-33.
- Hamidi C.**, 2006. Éléments pour une approche interactionniste de la politisation. Engagement associatif et rapport au politique dans les associations locales issues de l'immigration, *Revue française de science politique*, 56 (1), 5-25.
- Haschar-Noé N. (dir.), Basson J.-C., Julhe S., Merlaud F., Rolland C., Terral P.**, 2010. *Activité physique, nutrition et santé. La mise en oeuvre du Programme national nutrition santé en Midi-Pyrénées*, Rapport pour le compte du Conseil régional de Midi-Pyrénées, Toulouse, Laboratoire SOI, Université Paul Sabatier.
- Haschar-Noé N. (dir.), Basson J.-C., Honta M., Julhe S., Merlaud F., Sallé L., Terral P.**, 2012. *Sociologie d'une politique préventive de santé publique. Le Programme national nutrition santé à l'épreuve de la territorialisation en Aquitaine, Midi-Pyrénées et Nord-Pas de Calais*, Rapport pour le compte de l'Institut de recherche en santé publique, Toulouse, Laboratoire SOI, Université Paul Sabatier.
- Honta M., Basson J.-C.**, 2015. Healthy cities: A new political territory. An analysis of local health care governance in the city of Bordeaux, *French Politics*, 13 (2), 157-174.
- Honta M., Basson J.-C.**, 2017a. La fabrique du gouvernement métropolitain de la santé. L'épreuve de la légitimation politique, *Gouvernement & action publique*, 6 (2), 63-82.
- Honta M., Basson J.-C.**, 2017b. Entreprise métropolitaine en santé et ordre public local. Les limites socio-politiques à l'innovation institutionnelle. Le cas de l'agglomération bordelaise, *Politiques et management public*, 34 (3-4), 287-300.

- Honta M., Basson J.-C., Sallé L.**, 2015. The fight against physical inactivity at the local level. Urban governance and fragile partnerships. The case of the city of Bordeaux (France), *Journal of Sport and Health*, 6 (1), 7-17.
- Honta M., Haschar-Noé N., Sallé L.**, 2011. La fabrique des territoires de santé publique en France. Une analyse comparée de la mise en œuvre du Programme national nutrition santé en Aquitaine, Midi-Pyrénées et Nord-Pas de Calais, *Cahiers de géographie du Québec*, 55 (156), 379-397.
- Judde de Larivière C., Weisbein J.**, 2017. Dire et faire le commun. Les formes de la politisation ordinaire du Moyen Âge à nos jours, *Politix*, 119 (3), 7-30.
- Lagroye J.**, 2003. Les processus de politisation, in J. Lagroye (dir.), *La Politisation*, Paris, Belin, 359-372.
- Lahire B.**, 1998. *L'Homme pluriel. Les ressorts de l'action*, Paris, Nathan.
- Lahire B.**, 2012 [1^{re} éd. : 1995]. *Tableaux de familles. Heurs et malheurs scolaires en milieux populaires*, Paris, Éd. du Seuil.
- Lang T. (dir.)**, 2015. *Recherche sur les méthodologies d'évaluation des politiques publiques correctrices des inégalités sociales de santé*, Rapport pour le compte de l'Agence nationale de la recherche, Toulouse, Institut fédératif d'études et de recherches interdisciplinaires santé société.
- Lascoumes P., Le Galès P.**, 2007. *Sociologie de l'action publique*, Paris, Armand Colin.
- Mauger G.**, 2001. Précarisation et nouvelles formes d'encadrement des classes populaires, *Actes de la recherche en sciences sociales*, 136-137 (1), 3-4.
- Merklen D.**, 2008. *Quartiers populaires, quartiers politiques*, Paris, La Dispute.
- Paugam S. (dir.)**, 2014. *L'Intégration inégale. Force, fragilité et rupture des liens sociaux*, Paris, PUF.
- Paugam S., Duvoux N.**, 2008. *La Régulation des pauvres*, Paris, PUF.
- Pinson G.**, 2003. Le chantier de recherche de la gouvernance urbaine et la question de la production des savoirs dans et pour l'action, *Lien social et politiques*, 50, 39-55.
- Pinson G.**, 2006. Projets de ville et gouvernance urbaine. Pluralisation des espaces politiques et recomposition d'une capacité d'action collective dans les villes européennes, *Revue française de science politique*, 56 (4), 619-651.
- Pinson G.**, 2009. *Gouverner la ville par projet. Urbanisme et gouvernance des villes européennes*, Paris, Presses de Sciences Po.
- Revillard A.**, 2016. La réception de l'action publique, *LIEPP Working Paper*, 55, <https://spire.sciencespo.fr/hdl:/2441/1hc22ma2se9r59o46c34uitbim/resources/wp55-anne-revillard-reception-act-pub.pdf>.

Scott J.C., 2009. *La Domination et les arts de la résistance. Fragments du discours subalterne*, Paris, Éd. Amsterdam.

Siméant J., 2003. Un humanitaire apolitique ? Démarcations, socialisations au politique et espaces de la réalisation de soi, in J. Lagroye (dir.), *La Politisation*, Paris, Belin, 163-196.

Warin P., 2012. Le non-recours aux droits. Question en expansion, catégorie en construction, possible changement de paradigme dans la construction des politiques publiques, *Sociologies* [En ligne]. Mis en ligne le 15/11/2012 (consulté le 18/04/2018) : <https://journals.openedition.org/sociologies/4103>



Jean-Charles Basson, politiste, est maître de conférences hors classe à l'Université de Toulouse, chercheur au CRESCO (EA 7419), au LaSSP (EA 4175), à l'équipe 5-EQUITY (INSERM, UMR 1027) et à l'Institut fédératif d'études et de recherches interdisciplinaires Santé Société (IFERISS FR 4142). Ses travaux portent sur le gouvernement des populations dans les domaines de l'ordre public, de la santé publique, de l'espace public et de l'éducation.

■ jean-charles.basson@univ-tlse3.fr

Marina Honta, sociologue, est professeur à l'Université de Bordeaux, chercheur au Centre Émile Durkheim (UMR 5116, CNRS) et à la Fédération de recherche Santé publique, Société (FR SPS). Ses travaux portent sur les modalités contemporaines de structuration de l'action publique dans les domaines de la santé publique et du sport.

■ marina.honta@u-bordeaux.fr

