

# RFAS

Revue française des affaires sociales

---

## LE CORPS : UN SUJET D'ACTION PUBLIQUE ENTRE BIOLOGIQUE ET SOCIAL

Compte-rendu de la première séance

---

Le lundi 1<sup>er</sup> avril 2019, la *Revue Française des Affaires Sociales* (RFAS) a réuni une quinzaine de personnes lors de la première des trois tables rondes prévues dans le cadre du séminaire qu'elle consacre cette année à la question du corps en tant que sujet d'action publique.

Comme exposé lors de l'introduction générale, son objectif premier est la préparation d'un dossier thématique à paraître à l'automne 2020, coordonné par **Cyrille Delpierre**, **Aurore Lambert** et **Thibaut de Saint-Pol**.

Avant de donner la parole aux invités, les coordinateurs du séminaire rappellent l'objectif général du séminaire qui est de nourrir les réflexions sur cette thématique afin de préparer l'appel à contribution du dossier, et l'objectif de cette première table ronde, sur **Action publique de santé et gouvernement des corps**, qui est en particulier de proposer un cadre aux réflexions sur la gouvernance des corps.

Après cette introduction, **Jean-Charles Basson**, politiste, directeur de l'Institut fédératif d'études et de recherches interdisciplinaires Santé et Société (IFERISS, FED 4142) et membre du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP), prend la parole pour redire toute l'importance de travailler cette question du corps en tant que sujet du biologique et du social, tant l'imbrication des deux est complexe. Cependant, il souligne que si l'on peut « *sociologiser le biologique* », il faut prendre garde à ne pas « *biologiser le social* » et poursuit en exposant les résultats d'un travail mené sur les politiques toulousaines de santé et sur les dispositifs Ateliers Santé Ville.

L'objectif de cette recherche, dont les résultats sont détaillés dans un article<sup>1</sup> paru en 2018, était de comprendre comment s'est construit le volet sanitaire des politiques de la ville afin de saisir les enjeux qui dépassent les logiques initiales des politiques de la ville, notamment par la volonté des acteurs de se positionner comme une « ville saine ». Elle a permis de voir les mécanismes de légitimation d'une politique publique *a priori* non prioritaire, car étant hors du champ de compétences officiel des communes. Au cours de sa présentation, Jean-Charles Basson développe son analyse de l'aspect normatif des politiques sanitaires de la ville. Il décrit notamment la réappropriation sociale des Ateliers Santé Ville par les populations ciblées afin

---

<sup>1</sup> Basson, J. & Honta, M. (2018). Se bien conduire dans une ville saine: La fabrication politique du gouvernement urbain de la santé de Toulouse. *Terrains & travaux*, 32(1), 129-153. <https://www.cairn.info/revue-terrains-et-travaux-2018-1-page-129.htm>.

de montrer comment ces normes sont appropriées par les publics et comment elles suscitent en retour des résistances. Les modes d'appropriation évoluent entre rejet et accommodation et les acteurs disposent de nombreuses marges de manœuvre, plus ou moins formalisées par la politique sanitaire locale elle-même.

Les stratégies d'évitement et de résistance consistent pour un certain nombre de bénéficiaires à faire le choix de ne pas recourir aux dispositifs, soit parce qu'ils se présentent comme incapables, soit par refus politique ou anarchiste de participer à l'institutionnalisation de leur vie privée. Du côté des acteurs professionnels, on observe l'élaboration d'un questionnement autour de leur rôle et de la définition de ce rôle. Ils s'interrogent par exemple sur leurs limites morales et politiques, se bricolent « une petite déontologie », se fixent des limites en se situant eux-mêmes dans ce paysage des bonnes pratiques de santé. Ces marges de manœuvre se retrouvent majoritairement parmi les acteurs – bénéficiaires comme professionnels – les mieux disposés, faisant preuve de réflexivité et de critique quant à ce qui leur est proposé, et n'hésitant pas à chercher des formes alternatives d'action pour pallier ce qui leur est imposé.

Les stratégies de contournement et de détournement concernent des acteurs postulant au nom de groupes prioritaires et qui vont, par cette politique sanitaire, défendre d'autres intérêts et qui agissent alors, dans une logique de tutorat associatif, comme des intermédiaires. Ces acteurs, parfois peu dotés, expérimentent des pratiques institutionnelles et se font une place dans les rouages de la politique locale. Il se produit alors une forme de requalification symbolique, de réassurance sociale permettant l'émergence d'une revendication émancipatrice, dont bénéficient notamment les femmes des milieux populaires qui accèdent alors à la parole publique et à la participation sociale.

Pour conclure son intervention, Jean Charles Basson souligne que la manière dont vont être prises en compte les revendications des acteurs est intrinsèquement liée à la réussite de l'action publique locale. La participation des acteurs à la gouvernance locale peut s'analyser comme un véritable travail de socialisation politique auprès de populations vivant des situations d'inégalités territoriales et d'inégalités sociales de santé.

**Marina Honta**, chercheure au Centre Emile Durkheim de l'Université de Bordeaux, présente ensuite ses recherches sur la déclinaison locale des politiques nationales de santé, à partir des programmes « Bien manger, bien bouger » et du Contrat Local de Santé. L'objectif de ces travaux est de saisir la manière dont les acteurs locaux impliqués dans la lutte contre les inégalités sociales de santé se saisissent de ces programmes conçus dans une dynamique descendante par deux ministères, celui de la ville et celui de la santé.

Ses résultats donnent à voir les évolutions et les glissements qui se sont opérés en trente ans de fabrique de l'action locale de santé. On est en effet progressivement passés du « plébiscite du local » à des velléités de « domestication du local ».

La phase de l'éloge du local qui a fait suite aux réformes de décentralisation façonne les représentations de l'action locale de santé publique et notamment dans ses trois grands principes : territorialisation, transversalité et singularisation territoriale. Il s'agit alors de rompre avec la fabrication dominante, centralisée, sectorisée et faisant peu de cas de la participation citoyenne. Le territoire est perçu comme l'espace pertinent de fabrication des politiques publiques, et le lieu où doivent exister l'ensemble des étapes de l'action publique (diagnostic, réponse, adaptabilité des dispositifs). Cette représentation est renforcée par la dimension

partenariale que le niveau local autorise et au sein duquel s'organisent des intérêts distincts. Cette façon de faire l'action publique territoriale serait juste et efficace, et permettrait de garantir l'acceptabilité et l'appropriation par les cibles.

Ce contexte permet l'institutionnalisation à partir des années 1980 du mouvement des villes santé, lancé par l'Organisation mondiale de la santé. Ce programme invite les villes à produire des politiques territoriales et partenariales de santé, en agissant en dehors de leurs compétences au nom de l'intérêt général (et, en France, de la clause générale de compétence). Dans les deux décennies suivantes, cette démarche s'est poursuivie, au travers notamment des Ateliers Santé Ville, qui mobilisent des acteurs locaux tendant à reproduire, dans leur volet d'action, le référentiel étatique, et plus particulièrement normatif des politiques publiques. Ainsi, les collectivités'attachent d'abord à canaliser les risques sanitaires et sociaux, en produisant du contrôle social, puissant activateur de l'action sociale de santé tout au long de l'histoire. Cependant, malgré cet effet de mimétisme, les acteurs locaux ont également démontré leur capacité à produire d'autres référentiels ainsi que des outils innovants, parfois repris par l'État, comme en témoigne la généralisation de la prescription médicale d'activité physique.

Malgré leur capacité d'innovation reconnue, les politiques territoriales n'échappent pas aux critiques. Elles sont notamment soupçonnées de fragmentation et de concurrence professionnelle et institutionnelle et accusées d'être complexes, parfois illisibles, trop hétérogènes. Elles apparaissent incohérentes, instables et non durables. Les acteurs ont parfaitement conscience du fait que ces actions ponctuelles, visibles ne produisent que rarement des politiques territoriales de santé stables et cohérentes et que le rapport à la temporalité électorale ne permet pas de fabriquer une culture commune autour des actions de santé.

L'État intervient donc pour ré agencer, structurer ces politiques de santé par divers outils plus ou moins explicites, et par la même occasion, se les réapproprier. La voie légale est un instrument qui peut être mobilisé par exemple dans le cadre de la future loi de réforme territoriale qui aura des effets sur les compétences territoriales. Mais l'État met également en œuvre des technologies douces, visant à construire cette culture commune, en imposant des chartes, des logos et en ouvrant des appels à projets internationaux qui génèrent une forte inégalité entre les acteurs territoriaux.

Marina Honta souligne, pour conclure, la manière dont les groupements d'intérêts communautaires (GIC) agissent et font du lobbying à l'échelle locale. Si l'on voit bien comment les industriels pèsent sur les politiques de santé à l'échelle nationale (lobbying), on sait en revanche encore peu de choses sur la manière dont ces groupes travaillent, ou ne travaillent pas, avec les producteurs locaux de santé.

*La réflexion avec la salle qui fait suite à ces interventions amène à approfondir certains éléments des politiques locales de santé. Nous rapportons ici les éléments soulevés qui intéressent directement la construction du numéro thématique à venir.*

### ***Biologisation du social, sanitarisation du social... de quoi parle-t-on ?***

Les échanges nourris amènent au constat de la nécessité de proposer au sein du futur dossier thématique un axe épistémologique autour de cette question du corps comme sujet de l'action publique. Cet axe devra notamment permettre d'appréhender la construction historique de ces politiques, de comprendre la conception biomédicale de la santé qui prévaut dans les politiques françaises, mais également de saisir la multiplicité des définitions du champ. Pour y parvenir,

il est nécessaire de dépasser les frontières disciplinaires et de porter un regard critique sur les types de connaissances mobilisées, la hiérarchisation des savoirs et les positionnements des acteurs (professionnels de santé, acteurs politiques...). De même, il semble nécessaire d'apporter une dimension internationale, notamment pour permettre de saisir la dimension du lien biologique et social dans d'autres cultures.

Enfin, il ressort des débats l'importance de questionner et de débattre de l'implicite du génétique, souvent présent dans les discours et qui contribue à construire une image biodéterministe de la santé. Or les recherches en épigénétique démontrent la différence fondamentale entre la *possession* d'un gène et *l'expression* d'un gène.

### ***La dimension ciblée des politiques locales de santé :***

Les participants s'accordent sur l'importance de s'interroger sur la dimension paupériste des politiques locales de santé et sur la mobilisation récurrente d'éléments défendant l'idée que ces situations de mal-santé sont volontairement entretenues par les populations fragiles.

Cependant, si l'on questionne la réception des messages sanitaires, on constate qu'aujourd'hui les plus fortes remises en cause sont portées par les classes supérieures, comme en témoignent les réticences envers les politiques de vaccination. Les acteurs les plus dotés remettent en cause les discours experts, et produisent de la controverse mettant à mal certaines politiques de santé. Il s'agirait de comprendre qui sont les acteurs mobilisés dans la fabrication de ces controverses et quelles sont leurs raisons d'agir.

### ***Genre et politiques de santé***

La question des acteurs des politiques de santé, si elle peut paraître classique, reste un angle pertinent de l'analyse de l'action publique autour du corps, et notamment en termes de genre. Les échanges amènent en effet à interroger la position spécifique des femmes qui apparaissent à la fois comme des cibles, des médiatrices et des metteuses en œuvre des politiques de santé, que ce soit au niveau local ou national. La socialisation et la proximité des femmes avec la santé et le rapport au corps se construisent différemment de celui des hommes : par les consultations gynécologiques ou la responsabilité de la santé des enfants, les femmes sont au contact tout au long de leur vie avec les messages sanitaires et les professionnels de santé. Dès lors, il serait souhaitable que le numéro thématique à venir questionne la dimension genrée des politiques publiques liées au corps, que ce soit dans leurs aspects normatifs, dans la construction des ciblage ou encore en tenant compte de la dimension sexuée et genrée des acteurs et actrices.

### ***Les objets connectés et le rapport au corps et à la santé***

L'arrivée des nouvelles technologies et, en particulier des objets connectés, influence la perception des messages de santé. Les fabricants de ces objets contribuent à la diffusion des messages sanitaires. Il semble donc intéressant de saisir la manière dont ces objets et les messages associés agissent sur la compliance des individus vis-à-vis des politiques de santé et de leurs prescriptions normatives.