
Repenser l'action publique locale par la santé communautaire

Béatrice DERIES
Sociologue, formatrice en travail social
École Rockefeller, Lyon, France
Associée au laboratoire Modys / Université Lyon 2

Le travail social communautaire aura fait long feu en France... Pourtant, on y voit se constituer depuis trois décennies, sur les territoires marqués par la crise sociale urbaine, un domaine d'activités se reconnaissant dans le lexique « communautaire ». Ses intervenants, résolument ancrés sur les scènes du social, se donnent la santé pour objet, trouvant en celle-ci un espace de réhabilitation de l'action communautaire.

Puisant dans un répertoire de références intercontinentales, cette pratique de la « santé communautaire » en politique de la ville pourrait illustrer le métissage international et le transport des références, du Sud au Nord et d'Ouest en Est, qui, en situation bloquée, s'opèrent à l'échelle locale, moyennant retraduction au contact des situations qui nous préoccupent ici. Alors que les catégories innovantes de l'action publique n'échappent pas au risque de réification, dans le processus même de leur transformation en référentiels, nous en prendrons le contre-pied en reconstituant un fragment de généalogie. Celui-ci mettra tout particulièrement en évidence comment l'expérience individuelle des acteurs, à partir de légitimités diverses, professionnelle vs politique, recherche vs action..., participe au renouveau des références.

On a vu notamment comment de tels engagements biographiques se repéraient aisément chez ceux qui, dans un amont des nouveaux dispositifs, depuis les diverses institutions où ils avaient leur ancrage - la médecine sociale, l'institution municipale ou le champ universitaire et scientifique - se sont attelés à une nouvelle problématisation des questions qui affectent les territoires urbains les plus en difficulté, rapportant les questions socio-urbaines à un univers de signification qui est celui de la santé, et relisant les questions sanitaires à la lumière de la sociologie urbaine (Deries, 2008). Par « acteurs » nous entendrons également la diversité d'intervenants en provenance du travail social, du monde la santé et de l'intervention socio-urbaine, professionnels ou en voie de

professionnalisation, qui composent les réseaux locaux de santé et promeuvent, accompagnent ou mettent en actes la dite santé communautaire.

« La santé communautaire », voilà une expression bien insolite pour une société composée d'individus individualisés¹⁰³ ! Cette contribution voudrait s'en re-saisir pour introduire un questionnement sociologique sur les enjeux de ce « faire-communauté », ou pour le moins de ce projet de « faire communauté » à travers la santé, dans certaines parties de la ville. Nous commencerons par exposer et donner sens au point de vue généalogique à partir duquel nous avons abordé cette composante très contemporaine des politiques urbaines territorialisées (1). Puis nous mettrons en évidence, en sélectionnant deux à trois enseignements qui se dégagent de ses récits de genèse, d'une part les conditions de possibilité de cette ré-émergence du communautaire, dans les espaces urbains occidentaux, et d'autre part ce que ce bric à brac de pratiques mal définies permet à un moment de faire ou de faire faire (2 et 3). Enfin, nous concluons sur son caractère fondamentalement multiréférencé, parce qu'engageant, précisément, l'expérience individuelle de ceux qui le promeuvent et le mettent en application (4).

1. Point de vue généalogique sur un référent bien contemporain de l'action publique

Les textes historiques du service social occidental nous enseignent que c'est d'abord du côté du travail social et du développement qu'il nous faut aller chercher les approches « communautaires ». Tradition anglo-saxonne de résolution des problèmes de la pauvreté liés à l'industrialisation, « l'organisation communautaire » se présentait, au début du vingtième siècle, comme un modèle d'intervention socio-urbaine dont l'histoire recoupe celle de la sociologie urbaine de l'école de Chicago. Parti d'Angleterre, pour s'étendre aux Etats-Unis, le mouvement avait bien atteint la France pour participer à la naissance d'un travail social professionnalisé¹⁰⁴. Cependant, malgré sa reconnaissance officielle comme

¹⁰³ Des « individus individualisés » si peu ressemblants aux « membres des communautés d'individus holistes », écrira François de Singly, peu enclin à user de la notion de communauté -avançant « l'impossible communauté moderne » - mais essayant cependant d'en comprendre la prégnance aujourd'hui. Cf. « Les deux 'nous' selon la sociologie classique », in SINGLY (de) F., *Les uns avec les autres. Quand l'individualisme crée du lien*, Armand Colin, 2003, p. 197-199.

¹⁰⁴ Le support logistique de l'organisation communautaire y est un centre social, qui permet l'implantation et l'installation, tout d'abord des pionniers, puis plus tard celle des travailleurs sociaux, au plus près du milieu social. Les premières structures prennent le nom de Settlements Houses. De ce mouvement, parti d'Angleterre, s'inspirera ensuite celui des maisons sociales en France, rebaptisées « résidences sociales » puis centres sociaux (Bouquet et al., 1981, p. 95).

l'une de ses méthodes, le travail communautaire s'est vidé de sa dimension éthique et politique pour se réduire à des techniques que les travailleurs sociaux accaparent ; puis à un programme d'enseignement théorique sans possibilité de référence à un champ d'application (Bouquet *et al*, 1981, p. 110). Le vocable « communautaire » en tant que tel n'a eu que peu de succès en France, préféré par celui « d'action collective », ou par celui de « développement social » réintroduit au début des années quatre-vingt avec la politique de la ville dans un contexte de décentralisation et de territorialisation des politiques publiques (Bouquet, 2000).

Repartons dès lors de ce constat bien français : celui de l'insuccès historique du vocable « communautaire » en travail social comme en politique de la ville quand, en revanche, celui de « santé communautaire » semble s'imposer plus récemment comme un nouveau référent de l'action publique à l'échelle des territoires urbains. Il déborde du seul secteur sanitaire pour franchir à nouveau les frontières de l'intervention sociale et du développement, mais, cette fois-ci, manifestement, par la fenêtre de la santé. Depuis le début des années quatre-vingt-dix en effet, dans les espaces urbains périphériques où se projette avec le plus de visibilité la nouvelle question sociale, se « bricole » sans fin, à l'intérieur de ce que l'on a l'habitude de présenter comme le volet santé de la politique de la ville, un ensemble de pratiques à prétention d'innovation, répertoriées dans le lexique communautaire. L'expression « santé communautaire » y désigne toute approche locale des problèmes de santé d'une population, ou d'un groupe de population, qui en appelle à la participation de ce supposé collectif à la prise en charge de sa santé ; qui vise la promotion de la santé par des méthodes participatives.

Si elles se donnent la santé pour objet, pour autant, ces activités sont bel et bien initiées et portées depuis la sphère de l'action sociale, en dehors des institutions sanitaires ; malgré leur prétention d'universalité à l'échelle d'un territoire urbain, elles visent des publics identifiés comme en précarité sociale ou en déficit d'intégration. Elles relèvent d'un registre de la santé publique que Didier Fassin a qualifié de « socio-sanitaire », signalant une nébuleuse d'opérations conduites à la frontière des domaines traditionnellement différenciés entre social et sanitaire, participant d'une remise en cause de ces mêmes séparations, sous la pression du développement des inégalités (Fassin, 1997, p. 33). Ainsi la santé communautaire n'est pas dissociable des rapprochements entre question urbaine et question sanitaire que l'on a vu se multiplier au cours de la

même période, notamment sous l'expression langagière « ville et santé », tant dans le domaine de la recherche scientifique, interdisciplinaire, que dans celui de l'action publique. Donnons-en pour exemples trois expériences locales engagées respectivement sur trois sites de la politique de la ville française. Elles peuvent être rapportées à trois étapes successives de sa mise en place, et, par voie de conséquence, de son volet thématique santé. Leur mise bout à bout dresse ainsi un fragment de genèse de la santé communautaire dans la politique de la ville.

La première expérience se déroule au milieu des années quatre-vingt, au moment où se mettent en place les conventions de Développement social des quartiers (DSQ)¹⁰⁵. Le quartier du Franc-Moisin à Saint-Denis dans la banlieue Nord de Paris est l'un des sites emblématiques d'expérimentation des premières démarches dites *ville santé* qui émergent dans différents coins de France à cette époque. Il se constitue en « quartier laboratoire », réactualisant la tradition sociologique des actions-recherche urbaines initiées depuis l'école de Chicago un siècle auparavant (Grafmeyer et Joseph, 1984, pp. 7-8). Sur le territoire proche, sont implantées deux universités qui, à travers l'engagement de quelques-uns de leurs membres, seront parties prenantes d'un ambitieux processus de recherche-action autour de la santé, dans ce quartier. À partir de cette expérience fondatrice, un petit noyau de chercheurs, de responsables technico-politiques locaux et de cliniciens transporteront les connaissances issues de la recherche-action *via* leurs mises en réseau au sein d'arènes scientifiques et autres instances délocalisées qui contribuent à la diffusion des idées et mettent en relation les mondes scientifiques et de la décision publique. Les enseignements de cette production « communautaire » de connaissances trouveront ultérieurement traduction dans la création d'un certain nombre de dispositifs sociaux à l'échelle nationale.

Le deuxième projet est pensé au milieu des années quatre-vingt-dix (démarrage en 1994), soit une décennie après Franc-Moisin, dans une petite ville ouvrière de l'agglomération lyonnaise. Il est un échantillon de la généralisation au sein du XIe Plan des enseignements des expérimentations fondatrices dites « ville et santé » des années quatre-vingt ; il représente l'une des applications des nouvelles orientations des contrats de ville qui en ont découlé. L'action dite de « santé communautaire » qui nous a attirée

¹⁰⁵ Une politique animée au niveau national par la Commission Nationale du Développement Social des Quartiers (CNDSQ), créée en 1982.

sur ce territoire est la première étape de cette mise en application locale. Elle y prend tout d'abord la forme d'un diagnostic local de santé engagé à l'échelle de la ville, dit « diagnostic communautaire » en ce qu'il rompt avec les enquêtes épidémiologiques classiques, considérées comme trop loin de l'expression des habitants au profit d'une méthodologie de programmation participative d'actions de santé, laquelle n'est qu'un moyen pour les professionnels médico-sociaux de se former à l'approche des habitants et de s'en rapprocher. Puis le processus de santé communautaire se recentre sur un groupe de mères dont elle fait l'un des espaces de contact avec la population autour des questions de santé. Ce groupe, à partir duquel est envisagée une action globale sur une cité, va constituer l'embryon d'un processus de santé communautaire à plus grande échelle ; un processus non linéaire, dont l'intégration progressive dans les dispositifs des politiques publiques, de la ville et de la santé, s'opère dans la mise en réseaux des acteurs, lui donnant une forme réticulaire.

Le troisième projet, également engagé dans une ville industrielle de la banlieue lyonnaise, est formalisé au début des années 2000, soit près d'une décennie après le second. Décennie au cours de laquelle l'intégration des deux politiques publiques, du développement social et de la santé, a eu le temps d'être entérinée par des dispositifs intersectoriels qui consacrent leur coopération, dont « l'atelier santé ville »¹⁰⁶, est le concept le plus abouti. À travers ce dispositif, on peut dire en effet que le modèle de co-production de la santé, qui s'était forgé dans les innovations locales des années quatre-vingt, grâce au militantisme de certains pionniers (le premier terrain), dispose vingt ans plus tard d'une labellisation et de tout un outillage institutionnels. Lorsque l'on approche la santé communautaire sur le troisième terrain, elle se présente de prime abord comme une application locale parmi d'autres d'un concept de santé publique et de politique de la ville désormais généralisé en France. Or, à y regarder de plus près, faire de la santé communautaire ne se décrète pas et procède toujours de démarches *bottom up*, y compris au temps de la reconnaissance institutionnelle et de la redescende d'un discours de la politique publique.

¹⁰⁶ L'atelier santé ville (ASV), créé par décision du Comité Interministériel des Villes du 14 décembre 1999, est un dispositif doublement affilié à la politique de santé publique (via les programmes régionaux successifs de santé publique) et à la politique de la ville (via les conventions thématiques des contrats de ville puis des CUCS - contrats urbains de cohésion sociale). Son ambition est de mettre en cohérence et en synergie ces deux politiques publiques à l'échelon municipal dans l'objectif de réduire les inégalités territoriales de santé.

D'une expérience à l'autre, quelle que soit sa position générationnelle dans la politique socio-urbaine, les dispositifs de la santé communautaire ne cessent d'avoir un ancrage singulier, et celui-ci de conserver toute son importance dans la fabrication de la politique de santé locale, y compris à un stade avancé des montées en généralité. À chaque fois, la mise en récits de l'expérience de santé communautaire, tout en décrivant la sollicitation de proche en proche, d'un acteur puis d'un autre, jusqu'à l'ébauche d'un réseau sanitaire et social, met en exergue, après Saint-Denis, la dimension intersubjective de l'expérience locale. Ce travail généalogique à partir de trois terrains rend compte de l'action du « local », avec tout ce qu'il comporte de tissu relationnel et de mémoire collective, un « local » qui perdure conjointement à la banalisation et au formatage du référent communautaire.

Dès lors, retrouver la généalogie de la catégorie « santé communautaire », c'est aller à rebours des processus de réification dont elle pourrait être l'objet, en en faisant une histoire de l'intérieur, l'approche biographique de ses dispositifs permettant d'appréhender l'épaisseur d'expériences, de savoir-faire et d'engagements qui ont tramé les moments d'expérimentation et d'innovation, une épaisseur qui pèse toujours sur le présent. C'est le sens que donne Robert Castel à la généalogie que l'on retiendra ici, qui consiste à interroger le présent et à analyser ses enjeux actuels par un travail de réactualisation du poids qui vient du passé. « *Le passé ne se répète pas dans le présent, mais le présent joue, et invente, à partir du legs du passé.* »¹⁰⁷. Analyser de la sorte une pratique contemporaine à partir du socle historique qui l'a constituée ne présente pas qu'un intérêt heuristique, elle intéresse aussi le monde professionnel, au moment où il s'empare d'une catégorie innovante en voie de routinisation, qui n'échappe pas au risque de devenir une coquille vide, à l'instar de la « participation des habitants » dans la politique de la ville française¹⁰⁸.

¹⁰⁷ CASTEL R., *La notion de problématisation comme mode de lecture de l'histoire*, ronéoté, 1994. La méthode du récit biographique que nous avons mise progressivement au point se voulait congruente avec ce sens Castélien de la généalogie, la reconstitution des trajectoires, dans les récits d'expérience, se faisant en regard de l'implication dans le projet de santé communautaire ; procédant de ce présent.

¹⁰⁸ Cette « participation des habitants » a un statut paradoxal : réclamée depuis les origines de cette politique, par ses rapports et textes officiels, elle est catégorisée y compris par ses propres opérateurs comme une « participation impossible à mettre en oeuvre », une impossibilité que l'on renvoie le plus souvent à des déterminations d'ordre institutionnel, spécifiques à la France (Garrel, 2008, p.357).

2. La santé communautaire, une source de connaissance profane sur la ville

L'origine du projet santé de Saint-Denis est corrélée à une interpellation de la municipalité, portée en 1986 par sa direction de l'urbanisme et son équipe de maîtrise d'œuvre urbaine et sociale et adressée à l'ensemble des directions municipales pour repenser complètement le quartier Franc-Moisin. L'ambition est de faire un diagnostic urbain qui nécessite l'avis et la contribution des autres directions pour nourrir la réflexion et l'intervention dans ce processus de rénovation globale du quartier. Le directeur de la santé, qui reçoit le même message que ses collègues, s'en re-saisit avec l'intuition que depuis sa place il peut faire quelque chose pour le quartier. « *La santé irrigue la réflexion urbaine* », telle sera l'une des conclusions de cette action partenariale. Sur cette partie de la ville marquée par la forte désaffection des habitants à l'égard des échéances politiques, l'hypothèse des responsables locaux est que la santé va « *permettre aux représentants de la puissance publique d'être vraiment en relation avec la réalité et, ce faisant, ouvrir la voie à une possible réinsertion sociale de la politique* »¹⁰⁹.

Cette interpellation des urbanistes est un événement catalyseur d'idées et de sensibilités déjà là, qui participent d'un air du temps sans être encore formalisées. S'en suit toute une mise en réseau, ce directeur de la santé se tournant vers un médecin de santé publique, chercheur rattaché à l'université voisine Paris XIII, qu'il a rencontré dans ses réseaux nationaux des centres de santé, lequel fait appel à Robert Castel dont le laboratoire de sociologie est rattaché à la deuxième université voisine Paris VIII, qui le réoriente sur un sociologue de son équipe, lequel engage quelques doctorants qui, depuis cette expérience fondatrice, participeront durablement à la constitution d'un nouveau champ de recherche sur la santé urbaine. Ces deux équipes, de sociologues et de santé publique, travailleront en association avec un groupe de base composé d'acteurs locaux, professionnels du travail social et du soin désireux de s'engager dans une transformation des institutions du quartier. Le milieu de chercheurs qui de proche en proche a été formé par le directeur de la santé propose un tout autre modèle d'investigation que les études de besoins classiques en matière de santé. L'inventaire et la production de statistiques se trouvent rapidement convertis en supports de discussion autour des questions de santé ;

¹⁰⁹ Extrait d'entretien cité dans le rapport de cette recherche-action (1991) et dans sa publication quelques années plus tard : BERTOLOTTO F., BOUHNİK P., JOUBERT M., Quartier, Démocratie et Santé, Paris, l'Harmattan, 1993, p. 25.

en une occasion de « travail avec les gens », en une « action-réflexion-communication autour de la santé ». Le « autour » renvoie aux hypothèses qui la sous-tendent : « recomposer la globalité des problématiques vécues par les habitants », dans laquelle s'inscrivent leurs préoccupations de santé ; saisir la situation du quartier au-delà des cloisonnements institutionnels qui découpent traditionnellement les populations et les réalités urbaines. Cette démarche s'inspire d'autres enquêtes similaires menées en région parisienne au début des années quatre-vingt, dans une mouvance dite de « sociologie-réflexion » et de « recherche-action », que leurs promoteurs replacent dans un temps historique plus général marqué par les transformations de l'Etat et une problématique de crise sociale.

Car les engagements personnels de quelques individus, et leur attachement aux mêmes problèmes, ne suffisent à eux seuls à fonder le quartier laboratoire. Ils agissent dans une conjoncture épidémiologique et sociale et alors que sont valorisées par les politiques publiques d'État les dimensions territoriales et micro-sociales. Les scènes localisées, ouvertes par ces dernières, sont des occasions de mettre en visibilité les effets de la précarité et des conditions de vie en ville sur la santé. C'est à cette visibilisation, rendue possible par le nouveau cadre politico-institutionnel, que va contribuer le laboratoire local. Ainsi, si cette conjoncture générale favorise l'engagement de cette expérimentation, celle-ci participe en retour à la décrire. Parties prenantes de ces « conjonctures urbaines de santé » (Bertolotto, 1996), quatre problématiques scandent les travaux de recherche consacrés au sujet, identifiées comme à l'origine de l'intervention publique municipale des années 1980-2000 dans le champ de la santé : la toxicomanie, le sida, la précarité de masse, et la santé mentale. Il y est fait la découverte que la population active, censée être « normale », peut « aller mal » sans être malade. Ce qui conduit en deuxième lieu à réinterroger la pertinence d'un système fondé sur la biomédecine et les réponses curatives, de toute évidence mal outillé pour y répondre.

La santé communautaire procède de ce désenchantement et de l'ébranlement d'un contexte jusqu'alors marqué par un système de protection sociale presque universel, un État central fort, simultanément à une médecine libérale puissante et un privilège accordé aux sciences et aux techniques. C'est en vis-à-vis de ce contexte et de son ébranlement

qu'il nous faut comprendre et resituer le retour de la thématique communautaire, symbolisant le déplacement de l'accent sur les populations, celles-ci étant désormais appréhendées comme une entité susceptible de porter des états de santé, selon des logiques non plus d'encadrement, mais de mobilisation, de responsabilisation et de relais. Les mots clés sont devenus « communauté » et « ressources » (Joubert, 1996).

En nous introduisant, le temps d'une enquête, dans la trame inter-relationnelle de cette fabrique - une trame qui rapidement a dépassé l'échelon local de ce laboratoire – nous avons saisi comment, à travers la santé, s'est engagé un processus de re-problématisation de la question sociale urbaine et de reconfiguration de la connaissance sociologique sur le social. Le mal-être est urbain parce qu'il n'est pas dissociable des caractéristiques socio-urbaines qui participent à le produire. Cette qualification urbaine des vécus de santé peut se retourner positivement, et la santé s'introduire alors dans une réflexion sur les modes de production de la ville. Une découverte importante du quartier laboratoire est d'avoir ainsi repéré, dans la santé, une source de connaissance profane sur l'urbain ; profane en cela qu'elle provient de l'expérience sensible de ceux qui l'habitent.

C'est ici qu'intervient à nouveau la thématique communautaire, qui traduit la nécessité de faire évoluer les modalités de production de cette connaissance. Les acteurs du quartier laboratoire ont fait deux expériences symétriques. Dans le cours de la grande enquête, la santé s'est révélée être une « surface d'expression sociale » (Bertolotto, 1996) favorisant non seulement l'accessibilité des chercheurs aux connaissances détenues par les habitants sur leurs conditions de vie en ville, mais aussi celle des habitants aux lieux d'expertise socio-urbaine.

Ainsi, en premier lieu, la découverte et la mise au grand jour d'une « dépression ordinaire, quotidienne et urbaine » (Strohl et Lazarus, 1996) se sont accompagnées d'un autre dévoilement, tout aussi bouleversant pour les intervenants professionnels, celui de l'existence d'un « savoir profane » sur de tels phénomènes. « *Les personnes interrogées développent des raisonnements assez complexes sur les raisons et les facteurs de leur état. (...) Le 'quotidien' et l'absurdité du rythme de vie sont incriminés ; progressivement*

c'est tout un ensemble d'événements qui sont mis en avant pour reconstituer le fondement du malaise»¹¹⁰. La prise en compte de cette source de connaissance profane n'est pas sans implication ni bouleversement dans la sphère professionnelle elle-même. Elle exige des soignants qu'ils s'adjoignent des catégories d'acteurs hétérogènes, tant au plan disciplinaire (les sciences humaines), professionnel (le travail social), que statutaire (les associations ainsi que des groupes de personnes de tous âges du quartier).

Symétriquement, peu d'occasions auparavant étaient offertes aux habitants du quartier pour débattre de thèmes les concernant personnellement. Les réunions sur « les questions de l'urbain » leur étaient bien ouvertes, mais ils n'y venaient que peu, du fait de leur technicité. À l'inverse, ils se montreront intéressés, parce que concernés, par des réunions « autour de la santé » ; ils y viendront parler des conditions dans lesquelles ils vivent et de ce qu'ils veulent voir changer ; ils y viendront parler de choses dont ils ne parlaient pas à leur élu local dans les réunions de concertation officielles. Ils participeront aux réhabilitations en faisant remonter un vécu.

Le référent communautaire prend sens dans ce « laboratoire de plein air », soit un dispositif de recherche fondé sur la rencontre entre deux types de savoirs, les uns issus de l'expérience commune (*l'expérientia*), les autres issus d'un cadre scientifique confiné (*l'experimentatum*) ou pour le moins, ici, encadré par les institutions universitaires¹¹¹. Les communautés sanitaires sont d'abord à ce stade des communautés cognitives. Et parler de communauté est une manière de faire advenir l'articulation des différentes sources de savoirs. La santé communautaire dans la question urbaine est le lieu où se rapprochent et sont mis en équivalence non seulement savoirs profanes et disciplines mais aussi usagers et institutions. Car la notion de diagnostic communautaire, sur l'ensemble des terrains, qu'ils soient pionniers ou d'application, exprime bien davantage que des exigences de participation sociale et collective des habitants. S'y trouve durablement en jeu la transformation de la relation entre professionnels et bénéficiaires, participant d'une remise en cause plus large et fondamentale de la relation entre institutions et usagers. Au Franc-Moisin, la rencontre entre savoirs « profanes » et « experts » n'est pas seulement évoquée à propos du travail scientifique, il l'est également à propos de la relation clinique,

¹¹⁰ BERTOLOTTI F., BOUHNIC P., JOUBERT M., op.cit., p.114-115.

¹¹¹ La sorte de laboratoire qui se constitue ici réfère à une deuxième tradition, celle de la sociologie des sciences de Michel Callon forgée dans le contexte des sociétés post-industrielles (Callon, 1999 ; Callon, Lascoumes, Barthes, 2001)

au cours de laquelle on entend co-construire le diagnostic et la thérapeutique. Ces postures de co-construction définissent et fondent l'usage du qualificatif « communautaire ». Cette mise en équivalence des savoirs et la confrontation des expériences sur laquelle elle s'appuie s'ancrent dans un rapport critique des intervenants aux institutions. Telle est la portée de la qualification « communautaire » de la structure associative qui sera chargée de traduire en action les résultats du diagnostic communautaire ; une qualification toute désignée pour en faire un espace de liberté et d'autonomie – voire un contre-pouvoir - par rapport à la municipalité.

3. La santé communautaire, une redéfinition du « public »

Jusque dans ses mises en oeuvres opérationnelles, les genèses recueillies mettent en évidence une remise en cause des couples d'opposition classique entre les divers domaines de l'existence, ceux-là mêmes qui avaient été instaurés par les institutions : intime *versus* social, corps *versus* social, proximité *versus* espace public. En cela, on peut dire que la santé communautaire contribue à redéfinir la notion de *public*, et la chose publique. Le caractère performatif de la santé pour associer les êtres, et opérer des rapprochements entre des entités séparées pourrait expliquer le retour de la thématique santé dans le développement social urbain.

La montée en charge des problématiques de santé dans l'espace social local ouvre, pour les protagonistes des démarches étudiées, un nouveau champ de réflexion et d'action professionnelle sur les solidarités sociales, où se voient repensés les rapports entre risques individuels de santé et lien social, et de là entre privé et public. La santé, dès lors qu'elle est abordée et se travaille au plus près du contexte urbain, peut se décrire comme un espace de réorganisation des relations et de redéfinition de la frontière entre les deux sphères. C'est cette capacité à réorganiser les relations au sein de ce couple qui semble faire de la santé une ressource de développement social, un développement social qui ne fait pas l'économie des subjectivités. La santé doit sa qualification communautaire à son rapprochement de la question urbaine.

Les enseignements sociologiques dégagés des premières expérimentations ont montré comment la santé est une sphère nécessairement partagée, car prise dans toute une série d'interdépendances. C'est en cela au demeurant que la santé pourrait se concevoir

comme « publique », si l'on se réfère à l'acception qu'en a John Dewey¹¹². Prise sous l'angle de son accessibilité, elle engage des « conditions de possibilité » qui relèvent bien autant du rapport à soi, que de l'inscription dans des interactions sociales qui font support (Bertolotto, Joubert, Bouhnik, 1993 ; Joubert, 1995). Ce mouvement incessant entre l'expérience subjective et un espace du vivre ensemble, quitte à ce que celui-ci se révèle par son absence, fait de la santé le support en puissance d'un faire-communauté. Sans que des liens soient directement établis entre les trois terrains, force est de constater que de tels enseignements s'actualisent à chaque nouveau projet local de santé ; d'une génération à l'autre, c'est la même expérience et la même découverte que refont à chaque fois les acteurs avec toujours une impression d'innovation ; ce sont elles qui fondent leur intention de faire de la « santé communautaire ».

À partir de là, plusieurs formes de communautarisation autour de la santé sont à débusquer dans ces récits de genèse tout comme dans l'observation *in situ* des pratiques, par-delà le discours communautaire ; cet élargissement des cadres de pensée est nécessaire pour dépasser de manière constructive les écarts si souvent relevés entre pratique et rhétorique communautaires. Une première figure du communautaire procède par transformation de questions privées en questions publiques, par élaboration collective des vécus intérieurs, jusque vers leur expression publique, grâce à la médiation de professionnels « hybrides » ayant un pied dans plusieurs sphères de légitimité. Pour exemple, la sexualité y apparaît comme un objet qui peut circuler autour de la table, une matière à faire advenir des espaces communs de socialité et de solidarité. Les actions de mobilisation des femmes autour des risques de santé qui leur sont spécifiques sont un *leit motiv* de la santé communautaire en milieu urbain. Elles pourraient relever d'un « développement social au féminin », dont la spécificité est l'ancrage du collectif, dont on fait ici l'expérience ou que l'on ambitionne de faire advenir, sur la part la plus intime mais non moins commune des existences.

Contre toutes nos attentes, une deuxième figure du communautaire emprunte le chemin inverse, en convoquant la face privée des questions sociales auxquels sont confrontés les

¹¹² J. Dewey se saisit la notion de public précisément à partir de celle d'interdépendance : est privé ce qui ne concerne qu'un cercle restreint de personnes engagées dans une action. Est publique toute action qui a une influence au-delà de ce premier cercle, Dewey donnant l'exemple de l'initiative économique privée qui engage une interdépendance avec le développement économique local. Cf. DEWEY J., *Le public et ses problèmes*, trad. Joëlle Zask, Publication de l'Université de Pau, Farrago, Éd. Léo Scheer, 2003.

habitants et les professionnels de la localité. La santé communautaire fonctionne alors comme un espace de traduction de questions sociales en questions de santé, de questions collectives en questions personnelles - par exemple retourner la cible en interrogeant la responsabilité de la personne, la renvoyant à une souffrance personnelle à prendre en charge, quand celle-ci invoque celle de la société pour expliquer ses échecs d'insertion sociale. Les groupes de parole et de discussion réunis dans un objectif de faciliter des démarches individuelles d'accès aux soins fournissent un exemple de cette relation étroite entre communautarisation et engagements biographiques. Dans les pratiques mises en place, santé et communauté s'activent mutuellement. La santé, parce qu'elle engage ce rapport à soi, permet de construire de manière pragmatique un lien collectif, et dans le même mouvement, elle retrouve à travers l'action communautaire son fondement politique de bien collectif qu'elle avait perdu. À bien relire les différentes genèses recueillies, l'introduction de la santé dans le développement social urbain se présente indissociablement comme une dépolitisation du social (mouvement de subjectivation) et comme une politisation de la santé (accès à l'espace public). Sur ces sites de la mise en oeuvre des politiques urbaines territorialisés, les espaces communs qui s'ouvrent autour de la santé, s'ils commencent dans l'entre soi, sont toujours articulés à la question du territoire, ce qui les assure de la possibilité de « grandir les problèmes » (Ion, 2001). Mais ce qui les expose dans le même mouvement aux risques d'instrumentalisation.

Les récits croisés montrent des collectifs fluides et parfois éphémères, qui sans jamais les exclure, ne se sont pas nécessairement ni seulement formés à partir des appartenances identitaires, mais bien plutôt sur une charge momentanément partagée. Le sens que donne Roberto Esposito à la communauté exprime au mieux cette rupture que les communautés provisoires de la santé publique locale réalisent avec les interprétations habituelles, soit une « communauté de charge », dont l'absence de territoire commun est précisément ce qui réunit ses membres en les ouvrant à un en-dehors d'eux-mêmes (Esposito, 2000). La communauté est à construire et s'oppose à toute définition substantialiste. Elle est une forme qui se travaille de manière à servir une finalité spécifique qui la dépasse. Autrement dit, le communautaire de la santé communautaire n'est pas communautarisme ; les liens à construire comptent plus que les liens existants, la communauté s'envisageant presque toujours en tension avec une citoyenneté inaccomplie, qui est à rendre effective.

Comme par un jeu de déplacement, le « faire communauté » et son objectif d'*empowerment* concernent bien autant, sinon plus, les intervenants que les habitants. Cette troisième forme, inattendue, de communautarisation résulte de leur souci partagé pour le local en tant que tissu d'interdépendances qui porte des états de santé ; la charge partagée étant cette santé des habitants, qui donne matière à construire des communautés réflexives, et se présente comme un support de rapprochement interprofessionnel. Les questions de santé se révèlent être tout autant un support de la réflexivité professionnelle et d'analyse de la pratique, qu'elles ne sont une surface d'expression sociale pour les habitants. Cependant, la « communauté » des intervenants n'existe que dans la perspective, certes différée mais partagée, de la participation sociale des premiers.

Si la santé est un objet médiateur, ce n'est donc pas tant pour les habitants que pour ceux sur lesquels repose l'action publique. La santé fait territoire à travers les interdépendances des professionnels qu'elle active. La « communauté » prend ici son sens anglo-saxon en désignant les gens vivant dans une même localité, en prise avec une communauté de problèmes et d'environnement. *Les gens*, c'est-à-dire la sphère des techniciens et des responsables politiques locaux concernés depuis leurs places respectives par ces mêmes situations problématiques, et pas seulement les habitants. La santé dite communautaire est ainsi une façon de redéfinir le « public » qui prend en compte la totalité de ses composantes : institutionnelle, professionnelle, politique, sans exclure la dite « population ».

Faire de la santé un événement local permet, précisément, de construire ce public composite de la santé communautaire, qui ne saurait se rabattre sur les publics captifs des institutions. Ainsi, d'une localité à l'autre, les « semaines de la santé » engagent ou ponctuent le processus de santé communautaire. Fédérer, agencer à l'échelle d'un territoire, en même temps que publiciser (« avoir du public »), rendre visibles les acteurs et leurs pratiques aux yeux des institutions comme des habitants¹¹³, ne serait-ce que le temps d'une « fête de la santé » ; nous repérons là ce qui deviendra un motif récurrent

¹¹³ Car le « public » en question n'est pas seulement professionnel ou institutionnel ; il est ouvert aux habitants de la commune à travers un parcours santé, allant par exemple de la caserne des pompiers au centre de santé.

des démarches dites d'atelier santé-ville. Ces espaces-temps, éphémères et événementiels, remplissent une fonction tout à la fois de mobilisation et de mise en relation, de recueil d'expériences et de politisation de l'action. Remaniées par leur intention d'ouverture sur la ville, les réunions organisées à cette occasion sortent de leur confinement professionnel, s'ouvrent aux élus locaux et aux habitants, exigeant de la part des spécialistes, ce jour-là au moins, un ajustement de leur propos sur le social et la santé.

4. La santé communautaire, une référence métisse

Le « communautaire » de « santé communautaire » est un terme polysémique, dont la polysémie renvoie à la pluralité de ses héritages. Procédant de manière empirique et inductive, repartons des catégories de l'expérience, pour en remonter les fils socio-historiques. Au Franc-Moisin, la notion de santé communautaire n'est pas clairement affiliée. On parle plutôt d'un « référent qui se cherche », au croisement de plusieurs inspirations. La première affiliation disponible est de type communiste, incarnée dans la politique municipale de santé, avec son réseau de centres de santé de quartier et sa volonté de rendre accessibles les prestations au plus près de la population et de ses besoins ; de là pourrait-on remonter à la tradition du « socialisme municipal »¹¹⁴. Une seconde source émerge du quartier, relayée par des médecins généralistes intéressés à travailler dans des dynamiques ni trop formelles ni trop institutionnelles mettant au centre les habitants et les acteurs de terrain, qui rappellent les démarches introduites par les centres locaux de santé communautaire québécois. Sur cette base, comme indiqué précédemment, l'idée du « diagnostic communautaire » s'inspire d'une tradition sociologique d'accompagnement des changements sociaux par la recherche-action. D'autres référents agiront par la suite à la phase de mise en application concrète des conclusions de ce diagnostic. En premier lieu, la rhétorique communautaire est la déclinaison d'une politique de la participation dans le langage OMS¹¹⁵ relayé par les médecins de santé publique de la ville. L'arrière-plan biographique de ce référent est ici bien repérable. Saint-Denis est une « ville en santé » du réseau OMS et son responsable

¹¹⁴ Dont la mairie de Suresnes, conquise au lendemain de la première guerre mondiale par le socialiste Henri Sellier, médecin et futur ministre de la santé, constitue en France l'une des figures historiques.

¹¹⁵ Selon les termes de l'Organisation Mondiale de la Santé, l'effectivité du « communautaire » se mesure à « la participation démocratique de l'ensemble des acteurs concernés à la définition d'une politique de santé locale », participation à laquelle elle exhorte. Voir notamment : *La charte d'Ottawa. Vers une nouvelle santé publique*, 21 novembre 1986.

municipal de la santé en est un relais actif. Puis en second lieu, au milieu des années quatre-vingt-dix, les expérimentateurs de Saint-Denis s'inspirent d'un concept de travail social en voie d'émergence, autour des notions de médiation sociale et socio-culturelle¹¹⁶ auxquelles la politique de la ville contribue à donner une réalité pratique. Dès lors, si la « santé communautaire » au Franc-Moisin puise en partie ses références dans la santé publique internationale, le développement social urbain procure à ces dernières un cadre d'expérience et d'actualisation privilégié.

Dans le local, il y a de l'international. C'est ce que l'on pourrait conclure d'une généalogie de la deuxième expérience de santé communautaire. La relation aux pays en développement en est la facette précoce quand c'était la sociologie de Robert Castel que les responsables de la ville de Saint-Denis avaient privilégiée pour repenser l'intervention urbaine. Inédite, la relation Nord-Sud ne l'est assurément pas, elle qui fut un élément historique du travail social communautaire européen, notamment dans sa branche dite du « développement communautaire », dans les années après-guerre jusqu'aux Trente Glorieuses (Bouquet *et al.*, 1981). Plus récemment, autour de la politique de la ville, c'est toujours issue de l'intervention dans les pays du Tiers-monde que la catégorie du développement a été importée, sur fond de mise en cause d'une certaine manière de concevoir l'action publique en France (Jeannot, 2005, p.4). Ce petit terrain renseigne sur certaines des modalités concrètes de cette importation contemporaine du paradigme du développement ; montrant comment celle-ci s'opère *via* des personnes, lesquelles se font, ici, les traducteurs des référents qui encadrent, là-bas, les pratiques. Cette référence interroge dans un premier temps, tant les contextes anthropologiques et sociaux apparaissent éloignés les uns des autres.

Mais si l'on examine de plus près l'usage qui en est fait par les intervenants, le détour par l'international, non seulement fait office d'interpellation critique des manières de faire ici, mais agit comme une médiation, au sens où c'est par lui que le référent communautaire s'opérationnalise en certaines localités de l'intervention socio-urbaine française. La référence aux expériences fondatrices des pays du Sud serait, pour les intervenants des contrées du Nord, un support pour agir, au sens fort du concept élaboré par Michel Joubert. C'est-à-dire un support social pour faire advenir du lien collectif dans un

¹¹⁶ L'action de Franc-Moisin suit de près la création de la RIFA à Montfermeil, première association à avoir développé et formalisé la notion de « femmes-relais » en France.

environnement sociétal où il ne s'impose plus comme une évidence, encore moins comme la norme. Mais aussi un support cognitif, voire idéologique, que l'on songe aux idéologies de la participation, pour repenser le lien démocratique devenu problématique dans certaines parties de la ville.

À cet égard, les trajectoires de certains des experts de santé communautaire, par leurs allers-retours entre Occident et pays du Sud, sont comme un rappel de la globalisation des disparités sociales et des inégalités de santé qui en découlent. Elles indiquent les parallèles susceptibles d'être établis d'une relation asymétrique à l'autre, d'un « Sud » à l'autre¹¹⁷, bien autant qu'elles assurent de l'effectivité des transferts méthodologiques entre les contextes. Dans les quartiers urbains des grandes agglomérations occidentales comme dans les bidonvilles d'Asie où certains ont forgé leur compétence - celle-là même par laquelle ils sont repérés en France - la situation sanitaire est préoccupante : malnutrition au Sud, insécurité matérielle et affective liée à la précarité au Nord. Mais là comme ici, étant donnée la multidimensionalité des problèmes de santé en cause, les compétences techniques en santé s'avèreront vite secondaires au regard de leurs acquis en un domaine qui a plus à voir avec l'organisation sociale et le rapport des groupes dominés aux institutions et au pouvoir politique. Si leur qualification dans le champ médical et leur supposée capacité de réponse curative leur donnent une certaine légitimité auprès de ceux qu'ils accompagnent (habitants des quartiers d'Asie ou intervenants professionnels en France), le projet « politique » l'emporte sur le projet technique, et c'est en cela que ces trajectoires apparaissent significatives de la santé communautaire.

L'expérience la plus en aval du processus d'essaimage d'un développement social urbain par la santé, sur le troisième terrain, illustre les glissements de référents inhérents au passage de l'innovation à la stabilisation. Les référents socio-anthropologiques qui avaient contribué à réinscrire la santé dans une globalité, celle de l'être en ville dans les espaces urbains affectés par la crise sociale (premier terrain), cohabitent quand ils ne sont pas supplantés par un référentiel issu de l'éducation à la santé. Ou bien, dans le meilleur des cas, avec les principes de l'éducation thérapeutique héritée de la lutte contre

¹¹⁷ Cf. CASTEL R., *La discrimination négative. Citoyens ou indigènes ?*, Paris, Le Seuil et La République des Idées, 2007, p. 117 : « Il pourrait aussi y avoir des périphéries au sein de la nation, des sortes de 'suds' où se condensent les traits qui dessinent la face d'ombre d'une formation sociale ».

le sida. Ce dernier est relayé par la génération que nous avons appelée « des années sida », parce que s'étant professionnalisée sur les leçons de l'épidémie, au sein des dispositifs qui, dix ou quinze ans après Franc-Moisin en sont issus. Ils n'en récoltent pas que les emplois : ils appuient leur pratique sur les fondamentaux qui ont été dégagés de la lutte contre le sida. De cette lutte, le corps est devenu de manière plus exacerbée un lieu d'inscription de légitimité politique à laquelle les malades, par leurs associations, ont montré qu'ils pouvaient prendre une part active¹¹⁸. Au même moment, l'horizon qui sous-tendait le renouveau de l'action publique transversale et territorialisée, à l'entrée de la décennie 1980, ne peut servir d'appui à ceux qui n'en connaissent aujourd'hui qu'une évaluation mitigée, du fait de son impuissance à sortir de la crise sociale. Les nouveaux opérateurs de la santé communautaire ne sont pas de même génération que ses préfigurateurs, formés par l'épisode de Mai 68, sinon portés par le « retour de la Gauche » après 1981. Les sauts de génération, d'une expérience à l'autre, recourent en partie les substitutions de référents. Ce qui invite à considérer, en la santé communautaire, une expérience sociale fondamentalement hétérogène¹¹⁹.

Les discours incitatifs de l'action publique ne nous sont pas d'une grande aide pour circonscrire la santé communautaire à l'intérieur de limites conceptuelles et professionnelles stables et rassurantes. Derrière un langage unifié et parfois normatif, la référence relève plutôt du bric à brac de ressources, cognitives et pratiques, inscrites dans une pluralité de cultures. Elles s'opérationnalisent dans le rapport singulier qu'entretiennent avec elles les acteurs, selon la manière dont ils se reconnaissent plus ou moins, dans l'une ou l'autre de leurs généalogies, donnant une empreinte biographique aux dispositifs. Mais cette opérationnalisation procède aussi d'une réflexivité partagée, par laquelle sont réexaminés ensemble les héritages et les filiations, aucun savoir institué n'étant plus en mesure d'apporter à lui seul éclairage aux situations intriquées. Le processus de montée en généralité de la « santé communautaire » dans les quartiers

¹¹⁸ Le dossier publié par la revue *Réseaux* en 1999 donne un aperçu de cette extension du territoire de la santé et de la maladie : cf. « Sciences, maladies et espace public », *Réseaux* n° 95, et en particulier dans ce dossier : BARBOT J., « l'engagement dans l'arène médiatique. Les associations de lutte contre le sida », p.155-195.

¹¹⁹ L'hétérogénéité est le propre de l'expérience sociale telle qu'elle a été conceptualisée par François Dubet ; une hétérogénéité de ses principes constitutifs, au sein de laquelle l'activité des individus consiste à construire le sens de leurs pratiques (Dubet, 1994, p.111).

pauvres de la politique de la ville française prend l'allure d'un métissage¹²⁰, qu'explique sa composante intergénérationnelle, mais aussi le rôle central de la notion d'expérience dans sa promotion et sa traduction.

5. Conclusion

De ce voyage dans quelques sites de la santé communautaire urbaine française, l'on ne revient pas avec des certitudes, on y a découvert que santé et communauté étaient des notions à géométrie variable. Tout dépendrait de ce que l'on veut en faire localement. Or, c'est souvent à partir de difficultés d'application et de mise en œuvre des « messages » de participation, que l'on en est venu à interroger la notion de communauté : pour qui ces messages sont-ils acceptables, qu'elle en est la réceptivité ? La question de savoir où commence et où finit la communauté dépendrait alors de celle de savoir où commence et où finit la « santé ». Les contours variables que l'on donne à ce domaine semblent en effet déterminer le contenu et la forme de la participation. Ils impliquent et font appel à un certain type d'expériences et de savoirs, qui rend plus ou moins aisée l'implication des profanes et détermine en conséquence les rapports de pouvoirs autour de la santé. Telle était l'hypothèse des monographies des premières expérimentations des Centres de santé en France ou des Maisons médicales en Belgique (Steffen, 1979, p. 57).

Dès lors, si l'œuvre de délimitation du champ de la santé est bel et bien une œuvre d'institution de la communauté, que dire de la difficulté des communautés sanitaires de la politique de la ville à passer du pôle faible de la question sanitaire contemporaine - là où elle n'est que la face d'ombre du souci de soi (Ehrenberg, 2004) et le point d'aboutissement, chez les plus « faibles », du processus d'individuation caractéristique des sociétés post-industrielles - à son pôle fort, du point de vue duquel la santé se voit attribuer une valeur politique ? Que comprendre de la difficulté de ces communautés sanitaires de la politique de la ville à en faire une surface d'expression sociale qui redonne véritablement du pouvoir aux usagers et leur soit une occasion d'accomplissement de leur citoyenneté inaccomplie ?

¹²⁰ La notion de métissage, chez François Laplantine, met en critique la notion d'identité : tandis que le métissage introduit l'histoire, la pensée de l'identité l'évacue. Le métissage va avec le processus et la mobilité, loin des identités stables. Cf. « La haine du temps et de l'histoire », in LAPLANTINE F., *Je, nous et les autres. Être humain au-delà des appartenances*, Paris, Éd. Le Pommier- Fayard, 1999, p. 67.

Bibliographie

- BARBOT J., « L'engagement dans l'arène médiatique. Les associations de lutte contre le sida », *Réseaux* (« Sciences, maladies et espace public »), n° 95, 1999, pp.155-195.
- BERTOLOTTO F., BOUHNİK P., JOUBERT M., *Quartier, Démocratie et Santé*, Paris, l'Harmattan, 1993.
- BERTOLOTTO F., « La municipalisation de la santé publique », *Les Annales de la Recherche Urbaine* n° 73, 1996, pp.67-73.
- BOUQUET B., CHANTREAU A., LAGOS M., « Intérêts et limites du travail communautaire », in BEAUCHARD J. (sous la dir. de), *Le tiers social. Stratégies et politiques de médiations*, Paris, Editions Réseaux, 1981, pp. 90-127.
- BOUQUET B., « Individu, groupe, communauté », *Informations sociales*, n° 83, 2000, pp. 26-37.
- CALLON M., « Ni intellectuel engagé, ni intellectuel dégage : la double stratégie de l'attachement et du détachement », *Sociologie du travail*, n°41, 1999, pp. 65-78.
- CALLON M., LASCOUMES P., BARTHES Y., *Agir dans un monde incertain. Essai sur la démocratie technique*, Paris, Le Seuil, 2001.
- CASTEL R., *La notion de problématisation comme mode de lecture de l'histoire*, ronéoté, 1994.
- CASTEL R., *La discrimination négative. Citoyens ou indigènes ?*, Paris, Le Seuil et La République des Idées, 2007.
- DERIES B., *La santé communautaire dans la politique de la ville. Genèse et récits d'expérience*, Thèse de doctorat de sociologie / Université Lumière Lyon 2, sous la direction de Jacques ION (CNRS MODYS), 2008.
- DEWEY J., *Le public et ses problèmes*, trad. Joëlle Zask, Publication de l'Université de Pau, Farrago, Éd. Léo Scheer, 2003.
- DUBET F., *Sociologie de l'expérience*, Paris, Le Seuil, 1994.
- EHRENBERG A., « Les changements de la relation normal-pathologique. À propos de la souffrance psychique et de la santé mentale », *Esprit*, n° 304, 2004, pp. 133-156
- ESPOSITO R., *Communitas. Origine et destin de la communauté*, Paris, PUF, 2000.
- FASSIN D., (sous la dir. de), *Les figures urbaines de la santé publique, enquête sur des expériences locales*, Paris, La Découverte, 1998.
- CARREL M., (2008). « Faire participer les habitants dans une perspective comparée », in GUILLEMARD A.M. (sous la dir. de), *Où va la protection sociale ?*, Paris, PUF, Le Lien social, 2008, p.355-371.
- GRAFMEYER Y., JOSEPH I. (sous la dir. de), *L'école de Chicago. Naissance de l'écologie urbaine*, Paris, Aubier, 1984.
- ION J. (sous la dir. de), *L'engagement au pluriel*, Saint Étienne, PUSE, 2001.
- JEANNOT G., *Les métiers flous. Travail et action publique*, Toulouse, Octarès Éditions 2005.
- JOUBERT M., *Lien social, santé et territoire. Introduction à l'analyse des supports sociaux*, synthèse des travaux pour l'Habilitation à diriger des recherches, Université Paris VIII, 1995.
- JOUBERT M., « Remonter le fil des dégradations, la production urbaine de santé en banlieue », *Les Annales de la recherche urbaine*, n° 73, 1996, pp.33-42.
- LAPLANTINE F., *Je, nous et les autres. Être humain au-delà des appartenances*, Paris, Éd. Le Pommier- Fayard, 1999.

STEFFEN M., « Les usagers dans une expérience de services communautaires de santé : le cas d'un centre de santé en France », *Revue Internationale d'Action Communautaire (RIAC)*, n° 41, 1979, pp.55-66.

STROHL H., LAZARUS A., *Une souffrance que l'on ne peut plus cacher*, Paris, DIV DIRMI, 1995.

SINGLY (de) F., *Les uns avec les autres. Quand l'individualisme crée du lien*, Paris, Armand Colin, 2003.