

Marina Honta, Jean-Charles Basson,
Milena Jaksic, Olivier Le Noé

Les gouvernements du corps

Administration différenciée des conduites corporelles et territorialisation de l'action publique de santé

L E GOUVERNEMENT *des corps/Les gouvernements du corps*. Si le choix du titre de ce dossier adresse un clin d'œil appuyé au *Gouvernement des corps* de Fassin et Memmi (2004a), il ne se résume pas à un jeu avec les mots. Reconnaisant notre dette envers une réflexion pionnière dans les pas de laquelle nous plaçons nos observations récentes (Basson, Haschar-Noé et Honta, 2013 ; Honta et Basson, 2015 et 2017a) ainsi que les livraisons qui suivent, nous comptons sur l'inversion des pluriels pour faire valoir une petite musique distinctive, un léger contretemps. Parodiant Mauss (2010 [1950] : 365), nous disons bien *Les gouvernements du corps* et proposons de trouver chez le père de l'anthropologie française (qui a écrit *Les techniques du corps* plutôt que *La technique des corps*) l'inspiration pour soutenir que si « toute technique proprement dite a sa forme [et qu'il] en est de même de toute attitude du corps » (Mauss, 2010 [1950] : 367), il n'en va pas autrement de tout gouvernement du corps. L'entreprise tentée ici s'apparente toutefois à un simple déplacement de l'accentuation tant les auteurs auxquels nous nous référons, d'une part, concèdent que « le corps est un » (Fassin et Memmi, 2004b : 16), d'autre part, reconnaissent qu'en « utilisant le terme “gouvernement”, [ils ont] voulu [...] laisser ouvert et disponible tout le spectre des interventions publiques possibles sur le vivant et les populations : l'encadrement

juridique, le formatage institutionnel, la surveillance, la moralisation, mais aussi les opérations de reconnaissance et de qualification, de classement et de catégorisation » (Fassin et Memmi, 2004b : 20). Soit la vaste étendue des diverses formes de gouvernement : le pouvoir dans sa plénitude.

Nous réunissons, dans ce dossier de *terrains & travaux*, une série de contributions qui cultivent une distance plus ou moins grande avec l'ouvrage de Fassin et Memmi : en s'y référant explicitement ou non, en le complétant, en le questionnant, en contribuant à son renouvellement. Au-delà de la diversité des monographies regroupées ci-après, il s'agit de dégager le processus qui les recouvre et de se demander ce que l'administration différenciée des conduites corporelles fait à la territorialisation de l'action publique de santé, et réciproquement.

■ « *Ce corps, lieu de mise en place du gouvernement des hommes* »

Le corps du *Gouvernement des corps* est unique et distinctif. Caractérisé par la somme de ses singularités, il est désigné, montré, dévoilé et fréquemment précédé d'un pronom démonstratif : il est « *ce corps, lieu de mise en place du gouvernement des hommes* » (Fassin et Memmi, 2004b : 12). Les auteurs insistent quant à l'objet, en même temps que la portée, de leur démonstration : « C'est *ce corps* [...] que nous voulons [...] réinvestir, ajoutent-ils tout en précisant, du moins dans *sa* relation au pouvoir et à l'autorité, à la loi et à l'État – dans ce qui *le* constitue en *le* gouvernant » (Fassin et Memmi, 2004b : 18). Le critère fondamental de l'unicité du corps réside dans son entière – et très variable selon les temps et les espaces – soumission au pouvoir politique. Lequel, par-delà ses fondements, légitimités et principes d'action, opère toujours et d'abord sur, avec et par le corps.

S'appuyant principalement sur Elias et Foucault, tout en distinguant leurs apports respectifs et en reconnaissant les emprunts relatifs qu'ils souscrivent auprès de chacun d'eux, les auteurs du *Gouvernement des corps* voient dans la propension du pouvoir à gérer le corps des individus, et le corps social dans ses différentes composantes quasi organiques, un principe réducteur et conciliateur des contraires qui l'animent et le traversent. « Le corps qu'on éduque et qu'on libère, dont on met en valeur les formes ou qu'on disqualifie pour son apparence, par lequel s'éprouve le plaisir ou la souffrance, auquel on imprime les usages sociaux de son milieu et de son sexe, à quoi l'on recourt comme ressource dans les relations aux autres et aux pouvoirs »

(Fassin et Memmi, 2004b : 13), ce corps traversé de l'ensemble de ces tensions centrifuges conserve son unité par sa vocation cumulative à être tout à la fois « sujet et objet de gouvernement » (Fassin et Memmi, 2004b : 17), « modalité du pouvoir et son lieu d'exercice premier » (Taïeb, 2005 : 37). Grand est le risque que *le* corps s'en trouve promu au rang de pivot central de l'essentialisation de la question sociale. Car si « s'est développé un traitement des individus que l'on prétend adapter aux particularités de chacun, de chaque histoire, de chaque problématique, le cas par cas devenant un mode de gestion » (Fassin et Memmi, 2004b : 26), nul doute que les cas varient et que, dans leur singularité propre, tous les corps ne se valent pas. Le corps est socialement construit (Détrez, 2002) et « *les politiques du corps* » (on note la même alternance du pluriel et du singulier) choisissent leurs cibles et publics prioritaires : « les dimensions corporelles de la socialisation institutionnelle visent les milieux populaires en crise » (Faure, 2008 : 33). Si le corps est support et vecteur d'action publique, tous ne le sont pas de la même façon, selon les mêmes modalités, en fonction des mêmes dispositions sociales de sexe, d'âge et de race (Hamidi, 2006), ni avec les mêmes intensité, urgence et prégnance.

En effet, « l'imposition de valeurs morales quant aux comportements mentaux, langagiers et physiques s'opère par le biais de modalités de socialisation qui touchent particulièrement le corps, en vue de transformer l'*hexis* corporelle [...] des individus jugés trop éloignés des normes légitimées par les politiques publiques » (Faure, 2008 : 34). Ainsi en va-t-il des toxicomanes de Lausanne, des drogués de Paris, des malades âgés sédentaires concernés par des pathologies chroniques de Champagne-Ardenne, de Franche-Comté et de Poitou-Charentes, des élèves de collèges et de lycées professionnels du Sud-Ouest rural, des femmes immigrées des quartiers nord de Toulouse et des clandestins usagers d'un centre de santé communautaire de la même ville, réunis ici pour l'occasion. Comptant parmi les différents représentants des classes populaires (Mauger, 2001 ; Schwartz, 2011), ils sont quelques-uns des précaires inaudibles (Braconnier et Mayer, 2015) de la France invisible (Beaud, Confavreux et Lindgaard, 2006) qui vivent et subissent dans leur corps respectif les nouvelles figures de gouvernement des pauvres (Chelle, 2012). Formes euphémisées de prise en charge de la vulnérabilité, de l'exclusion, de l'isolement et de la disqualification sociales (Paugam, 1991), elles consacrent le traitement de la misère de monde (Bourdieu, 1993) qui marque durablement les corps.

Car si individuation il y a, le processus suppose l'intériorisation et l'autocontrôle, mais aussi l'*incorporation*, soit la maîtrise du corps et

l'autocontrainte des conduites telles qu'étayées par l'analyse éliásienne. C'est dans le corps même des sujets fragilisés que l'action publique (de santé ou des domaines connexes touchant les déterminants sociaux et environnementaux de cette dernière) trouve le terreau le plus fertile à sa gestation, son expression multiple, son épanouissement diffus et son déploiement rémanent. Érigé en « dépositaire principal de la surveillance de son corps, de ses usages socialement autorisés [...] et de son destin corporel » (Memmi, 2000 : 11 et 12), l'individu prend une part active à la fabrication du corps valorisé pour sa docilité, sa conformité et sa capacité à échapper au discrédit moral et politique. Opéré par une série d'exercices d'objectivation et de discipline de soi, le travail sur soi lui permet de progressivement incorporer les règles de la bienséance, de la sagesse, de la raison, du bon sens, de la prudence, voire de la précaution érigée en principe de vie, de garantie individuelle et de sauvegarde corporelle. Mais si « gouverner, c'est faire que chacun se gouverne au mieux lui-même » (Fassin et Memmi, 2004b : 25), personne ne se trouve pour autant dispensé du contrôle extérieur, des sanctions juridiques, des procédures punitives et autres peines disciplinaires.

« *Tout le spectre des interventions publiques possibles sur le vivant et les populations* »

Les gouvernements du *Gouvernement des corps* sont pluriels et prolifiques. Le plus surprenant est alors de relever à quel point l'entreprise prémonitoire de Fassin et Memmi s'applique à dégager « les multiples procédures de gouvernement qui régulent les pratiques du corps [afin de] redonner toute sa plénitude et sa complexité à ce que signifie gouverner des corps et gouverner par les corps » (Fassin et Memmi, 2004b : 19 et 28), quand bien même le singulier prévaut en couverture de leur ouvrage. Un peu comme la marque formelle d'un projet interrompu, une dernière réserve à convenir que « loin d'opérer selon des modalités univoques et par des mécanismes verticaux, les technologies de gouvernement procèdent de logiques multiples et de manière diffuse » (Fassin et Memmi, 2004b : 24). On peut en effet compiler les extraits de l'introduction de l'ouvrage collectif qui, en un nombre ramassé de pages, disent ô combien la « revisite » du gouvernement des corps invite à admettre qu'il est constitué des « multiples et changeantes modalités d'une relation à soi et aux autres dans un cadre défini par des codes et des règlements, des normes et des valeurs, des rapports d'autorité et de légitimité, des interactions avec l'État et avec la loi » (Fassin et Memmi, 2004b : 10).

Convaincus du « caractère multicentrique, diffus et intime » (Fassin et Memmi, 2004b : 21) du pouvoir, les auteurs répètent que « les technologies gouvernementales, bien loin de développer une sorte de Léviathan, multiplient des dispositifs pragmatiques qui [...] déploient des logiques contradictoires et des argumentaires hétérogènes pour les justifier » (Fassin et Memmi, 2004b : 19). Ils finissent par concéder que la « multiplicité des formes d'exercice du pouvoir et des lieux de son application, [de même que la] diversité des voies de production des sujets à travers les multiples procédures de régulation des populations [...] sont bien les éléments qui [les] intéressent [...] lorsqu'[ils] parl[ent] de gouvernement des corps » (Fassin et Memmi, 2004b : 22). C'est fortes de cette intuition à laquelle elles puisent que les contributions rassemblées dans ce dossier s'engouffrent dans la voie pour confirmer que « le domaine d'intervention des pouvoirs publics [...] ne cesse de s'étendre et de se reconfigurer, impliquant de nouveaux acteurs, de nouvelles formes, de nouvelles régulations qui doivent être identifiés » (Fassin et Memmi, 2004b : 18) pour porter au jour *les gouvernements du corps*.

Parmi les acteurs qui contestent le *statu quo* territorial en la matière et qui entendent se mêler au jeu de l'administration différenciée des conduites corporelles figurent les villes. **Céline Mavrot** restitue les termes du conflit opposant, au sein du système fédéraliste suisse, la ville de Lausanne au canton de Vaud quant à un programme de réduction des risques de toxicodépendance consistant en la distribution de seringues stériles. Prénant au début des années 1990, ce cas helvétique constitue un bel exemple de ce que le local est susceptible de faire aux gouvernements du corps et aux politiques de santé. «Drogue toujours», l'observation ethnographique menée par **Florent Schmitt** et **Marie Jauffret-Roustide** dans les espaces collectifs de deux établissements spécialisés français atteste que la réduction des risques peut emprunter des formes larvées et latentes plus subtiles que l'affrontement direct autour des domaines et territoires de compétences. Par un travail de prévention associant confiance, échanges et négociations, ils montrent avec finesse comment les professionnels invitent les usagers de drogues à des modes réciproques d'autocontrôle de leurs conduites respectives.

La prolifération contemporaine des techniques et des outils de quantification des pratiques corporelles, physiques et sportives apparaît comme une modalité plus insidieuse encore d'autocontrôle. Combinée à la production et à la circulation des mesures chiffrées et des données objectivées, elle rationalise les procédures d'auto-évaluation par lesquelles les individus se soumettent eux-mêmes à la stigmatisation de leurs éventuelles

conduites à risque et à la normalisation de leurs propres comportements. **Brice Favier-Ambrosini** et **Matthieu Delalandre** analysent de façon convaincante en quoi les métriques de soi promues par les réseaux Sport Santé Bien-être recèlent les fondements disciplinaires et autoritaires caractéristiques d'une biopolitique.

Les promoteurs de la prévention contre les conduites addictives étudiés par **Yohan Selponi** ne souffrent ni de cette pathologie de la mesure ni de l'obsession de laisser des traces de leur intervention auprès des collégiens et lycéens. Leur ambition d'opérer « sans être montré[s] du doigt » n'en consiste pas moins à produire un contrôle des pratiques déviantes de la jeunesse populaire, presque exclusivement masculine, d'autant plus efficace qu'il est invisibilisé. Sous-officiers de gendarmerie, membres d'associations gérant des centres de soin d'accompagnement et de prévention en addictologie ou membres de compagnies de théâtre interactif, ils font fonction, chacun à leur manière, de relais de politiques publiques. Ils sont des agents de tempérance susceptibles de porter d'autant mieux le message attendu qu'ils travaillent à son adaptation à leurs propres dispositions personnelles et professionnelles (allant parfois jusqu'à témoigner de son incarnation dans leur parcours de vie) et qu'ils sont à même de le décliner auprès du public ciblé dont ils connaissent, ou soupçonnent, les penchants et inclinaisons.

Enfin, renouant avec la sociologie de l'action publique locale (laquelle se voit adjoindre une dose de sociologie politique), **Jean-Charles Basson** et **Marina Honta** bouclent la boucle ouverte par Céline Mavrot en se centrant à nouveau sur la ville considérée comme territoire émergent en santé. Ils cherchent à saisir les conditions de fabrication politique du gouvernement urbain de la santé de Toulouse et estiment que ce dernier emprunte aux formes traditionnelles d'intervention publique mises au jour par Foucault. La politique de la Ville recourant à l'encadrement, à la prise en charge, à la désignation et à l'enrôlement des individus et des populations, c'est à l'instauration d'une biopolitique de la Ville que le pouvoir municipal toulousain travaille effectivement. *Via* l'étude de l'administration différenciée des conduites du corps menée à l'échelle municipale, il est possible de percevoir l'étendue de ce que gouverner veut dire : tout à la fois, planifier des orientations, imposer des choix, guider et encadrer des pratiques, distribuer des ressources, contrôler et normaliser des comportements, des modes de vie, des habitudes et des discours, sélectionner des publics, arrêter des cibles, catégoriser des individus... Si une telle entreprise se trouve soumise à un jeu complexe de réappropriations socialement distinctives orchestré par certains ressortissants visés par les dispositifs mis en place, c'est

que gouverner revient à « assumer de nouveaux espaces conflictuels et de risques, puis les réduire, et ainsi de suite » (Aguilera, 2012 : 121).

« *Les bornes floues de l'État contemporain* »

Si « les conduites en apparence les plus privées, en l'espèce les pratiques corporelles, [constituent] les bornes floues de l'État contemporain » (Memmi, 2000 : 4), ce n'est pas en raison de leur essence propre mais parce que, en ce domaine comme dans d'autres, le centre, d'une part, se déplace et, d'autre part, opère selon de nouvelles modalités envers ses multiples et potentiellement rétives périphéries. Produits de la gestion à distance (Epstein, 2013), les gouvernements du corps y trouvent l'origine même de leur pluralité et de leur dissémination « aux marges » de l'action étatique (Memmi, 2000 : 4). Ainsi **Céline Mavrot** montre-t-elle clairement comment une municipalité étend la définition jusqu'alors communément admise de la santé afin de mener une politique contradictoire à celle qui est décidée au niveau cantonal immédiatement supérieur. « Système fédéral suisse oblige », dira-t-on. Sans doute. On note toutefois, à la lecture de **Jean-Charles Basson** et **Marina Honta**, qu'un processus du même ordre caractérise le gouvernement urbain de la santé de Toulouse. Sans que cette ville française soit exemplaire à ce titre, elle 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.

« Reconsidérer le rôle de l'État longtemps vu, pour ce qui touche au corps, à la santé, à l'hygiène et à la prévention, comme le lieu central de la formulation des règles et de la mise en œuvre de l'action » (Fassin et Memmi, 2004b : 23-24) ne revient pas à le passer à la trappe de la proximité. Si « l'État est, dans l'administration des corps, un interlocuteur obligé plutôt qu'un ordonnateur exclusif » (Fassin et Memmi, 2004b : 24), il n'en conserve pas moins tous les attributs du pouvoir. Seulement opère-t-il de façon moins frontale et découverte, allant parfois jusqu'à déléguer plus ou moins explicitement une partie de ses prérogatives, sans en perdre la maîtrise.

Les vellétés de normalisation des pratiques et des conduites corporelles sont partagées. C'est que « convenables ou inconvenantes, [ces dernières sont] l'ouvrage de la raison pratique collective et individuelle » (Mauss, 2010 [1950] : 368 et 369). Culpabilisante envers les sujets âgés victimes de maladies chroniques étudiés par **Brice Favier-Ambrosini** et **Matthieu Delalandre**, l'injonction à la pratique physique susceptible de lutter

contre les méfaits de l'inactivité et de la sédentarité s'apparente à une « éducation des mouvements en rang serré, [...] à des séries d'actes [...] montées par et pour l'autorité sociale » (Mauss, 2010 [1950] : 384). Impliquant l'immixtion des pouvoirs publics dans le rapport que les individus entretiennent à leur propre destin physique, elle renferme un abrégé « de pédagogies corporelles ignorées en tant que telles » (Faure, 2008 : 34) consistant en un système de conformations anatomiques et comportementales. **Jean-Charles Basson** et **Marina Honta** soutiennent que les normes de conduite préconisées par la santé publique *via* la politique de la Ville n'opèrent pas autrement. 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 et l'imposition des normes sanitaires du bien-vivre. Par des processus 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 local. Le cadrage politique de la question corporelle atteste également la labilité des frontières de l'action publique. Les auteurs avec lesquels nous dialoguons y sont sensibles : « Ce qu'il s'agit d'appréhender, écrivent-ils, ce sont les manières dont bien d'autres agents sociaux [non issus du corps professionnel des médecins et du secteur d'activité de la santé], parfois inattendus, maintes institutions, apparemment étrangères aux problèmes sanitaires, définissent, pensent, mesurent et régulent les conduites corporelles, les représentations et les usages de soi concernant sa propre existence à la fois biologique et biographique » (Fassin et Memmi, 2004b : 11). De même que « la municipalité [de Paris] gouverne l'illégalisme "squat" en imposant des directions et en orientant des conduites pour qu'elles soient en accord avec les cadres de l'action urbaine » (Aguilera, 2012 : 121), la municipalité de Lausanne opère un glissement dans la labellisation politique de la remise de seringues stériles aux toxicomanes. Cantonnée à l'action sociale, la ville intègre la prévention des risques liés aux addictions à sa palette de compétences en la requalifiant pour la disjoindre du cadre de la santé publique attribuée en propre au canton. **Céline Mavrot** montre comment cette redistribution du partage des tâches et des prérogatives, d'une part, profite à l'échelon urbain et, d'autre part, voit le droit fondamental à la santé se muer en une prestation sociale réservée à une catégorie d'usagers précarisés en situation de marginalité. Sanitarisation du social (Fassin, 1998)/socialisation de la santé, le processus est dialectique et trouve de multiples occasions de se donner à voir au cœur des gouvernements du corps. C'est que diversement dotés en

capitaux et ressources, tous les acteurs intéressés à la question entendent y prendre part, y contribuer activement et ainsi faire valoir leur représentation du problème public à traiter selon leurs différentes routines d'intervention et en imposant leurs dispositifs, instruments et procédures propres à s'appliquer aux publics prioritaires préalablement ciblés. Que les conduites corporelles soient distinctives, particularistes, indisciplinées ou transgressives, elles sont immanquablement appréciées, interprétées, catégorisées et, au bout du compte, administrées par un certain nombre de *street-level bureaucrats* (Lipsky, 1980 ; Dubois, 1999) qui trouvent dans cet investissement un terrain propice à la valorisation ou à la défense de leurs identité et savoir-faire professionnels selon leurs capacités respectives à s'assurer une place dans le champ. Si, le plus souvent, « le travailleur social sert de référent institutionnel » (Faure, 2008 : 36), **Yohan Selponi** décrit comment la prise en charge de tâches préventives permet à des gendarmes, à des infirmières scolaires, à des salariés d'associations et à des membres de compagnies de théâtre de développer des activités dominées dans leurs différents espaces professionnels d'appartenance.

Enfin, l'inconsistance des frontières de l'action publique, à quelque échelle qu'elle se déploie, ne doit pas laisser supposer l'inconstance, voire la versatilité, du pouvoir. Si « l'emprise de l'État sur les corps s'exprime de manière souvent moins visible sur les multiples scènes de la vie quotidienne » (Fassin et Memmi, 2004b : 10), elle n'en reste pas moins présente, trouvant dans des « formes subtiles de contrôle » (Fassin et Memmi, 2004b : 22) de puissants leviers d'ajustement et de codification des conduites individuelles. Les pratiques récentes de mesure de soi par le chiffre relevées par **Brice Favier-Ambrosini** et **Matthieu Delalandre** en témoignent. Objectivées, les données récoltées sont utilisées comme technique de subjectivation œuvrant à l'incorporation progressive d'un mode de vie actif et normalisé dont les pratiques se déclinent dans tous les lieux de la vie privée et dans l'espace public urbain. L'objectivation du corps vient ainsi suppléer l'absence d'un professionnel à chaque instant et à chaque endroit du quotidien.

De même, **Florent Schmitt** et **Marie Jauffret-Roustide** illustrent par le détail que « bien plus que dans un rapport d'autorité, c'est à travers des jeux de normalisation douce que s'opèrent les transformations des représentations et des comportements » (Fassin et Memmi, 2004b : 25) qui animent respectivement les toxicomanes et les professionnels qui évoluent dans leur environnement direct. Dépositaires d'un pouvoir modeste dont l'objectif est de former et d'organiser les corps sans recourir à la force, ces derniers utilisent des moyens insidieux permettant de

contraindre les drogués : relations symétriques de bonne entente et de confiance visant à « créer des ponts » ; formes diverses de proximité, d'interconnaissance mutuelle et de complicité ; surveillance incitative et continue afin de « laisser faire sans laisser aller » ; échanges négociés et compromis argumentés consistant à « se montrer persuasif sans être insistant » ; attitudes et manières de parler ostensiblement bienveillantes dans le but de « libérer la parole » ; agencement convivial de l'espace... soit un ensemble de bonnes intentions concourant à la production de sociabilités ordinaires n'évacuant pas tout rapport de pouvoir, un travail de prévention en actes s'exerçant par petites touches et de manière à la fois diffuse et régulière sur le corps. Des procédés du même ordre et poursuivant les mêmes finalités sont également sollicités en établissement pénitentiaire pour mineurs (Solini et Basson, 2014 et 2017).

Le travail social comme forme d'assistance, de contrôle et de contention des conduites corporelles populaires est confirmé par **Yohan Selponi** qui détecte la part invisible de la dimension prescriptive des interventions pratiquées en milieu scolaire par des agents préventifs de différents types. Pour rendre compte du mode d'engagement dans l'exercice de gendarmes eux-mêmes d'origine populaire, il construit la figure du grand frère cherchant à s'inscrire dans une relation de connivence avec des garçons *a priori* turbulents afin de les mettre en garde contre certaines manières de consommer les produits addictifs. L'euphémisation des asymétries dans la relation, les petits arrangements, les légers accommodements, les ajustements minimes et les bricolages bon enfant composent la large gamme des technologies plus ou moins douces des gouvernements du corps. Elles-mêmes soumises à des modes socialement différenciés de réception, d'appropriation et de réappropriation mis au jour par **Jean-Charles Basson** et **Marina Honta**, ces technologies sont « sous-tendues par l'opposition entre normalisation et résistance, contrôle social et liberté individuelle » (Fassin et Memmi, 2004b : 20).

■ Le tournant territorial des gouvernements du corps

La sociologie politique de l'action publique locale de santé (Clavier, 2009 et 2011 ; Fassin, 1998 ; Basson, Haschar-Noé et Honta, 2013 ; Honta et Basson, 2015), est immanquablement confrontée à la question des gouvernements du corps. Si les affaires sanitaires relèvent de l'État et de l'assurance maladie, les acteurs étatiques ne bénéficient pas d'une capacité exclusive à promouvoir et réguler ce domaine. Celui-ci se prête

ainsi à l'analyse des changements qui affectent, voire ébranlent, la fabrication et la mise en œuvre des politiques en la matière. Les contributions le montrent, les médiations professionnelles et sectorielles à l'œuvre comme les relations sociales et politiques localement organisées agissent fortement sur la définition des référentiels d'action. Elles produisent des modes de gouvernement du corps différenciés pouvant remettre en cause le sens et les finalités de l'intervention nationale. Face à la portée de ce tournant territorial, nombreux sont désormais les signes d'un retour de l'État. Parce que les technologies contemporaines de gouvernement qu'il mobilise sont destinées à ce qu'il retrouve son emprise sur le contenu de l'action locale, la territorialisation questionne directement l'articulation entre les différentes échelles de pouvoir ainsi que le travail et la compétition politiques déployés à ces niveaux (Honta et Basson, 2017a et 2017b ; Jabot et Demeulemeester, 2005 ; Salaméro et Haschar-Noé, 2017).

Pouvoirs locaux et pluralisation des dispositifs de canalisation des risques

Alors qu'elle est traditionnellement dévolue à l'État et marquée par une forte centralisation (Bergeron, 1999), l'action publique de santé n'échappe pas au processus de territorialisation et de pluralisation par lequel « le face-à-face ancien entre État et villes, entre centre et périphérie, devient pour une part obsolète. Le terrain de jeu politique a changé d'échelle, le nombre de joueurs s'est multiplié et, surtout, aucun joueur ne détient plus le monopole de la production des règles ni de la contrainte » (Le Galès, 2011 [2003] : 172).

Les divers actes de décentralisation, alors que ce domaine d'action publique échappe régulièrement à la logique des transferts de compétences, consacrent la capacité décisionnelle des villes et plus généralement de l'ensemble des collectivités publiques. Le principe de compétence générale en vigueur depuis la fin du XIX^e siècle explique l'élargissement des prérogatives des gouvernements locaux et le renforcement de leurs capacités techniques et politiques à concevoir et mettre en œuvre des politiques publiques (Le Goff, 2011 ; Pinson, 2010). La territorialisation encourage leurs possibilités de déborder le cadre fixé par le système des blocs de compétences pour investir des domaines qui ne relèvent pas directement de leur ressort juridique, au nom d'une légitimité territoriale à penser et produire le bien commun (Mériaux, 2005). À cette aune, certaines collectivités territoriales, et tout particulièrement les villes, s'affirment, en France comme ailleurs, en tant que pivots incontournables de cet « agir sanitaire » (Basson, Haschar-Noé et Honta, 2013 ; Bergeron, Castel et

Nouguez, 2011 ; Clavier, 2009 ; Clavier, Hassenteufel et Loncle, 2005 ; Fassin, 1998 ; Monnereau, 2015).

Les ressorts de cette municipalisation de l'action sanitaire sont pour partie hérités de la Révolution française (Marec, 2005). La commune y acquiert pleine compétence pour ce qui relève de l'hygiène, compétence conservée depuis. Les lois sanitaires de 1848 laissent, quant à elles, à la discrétion des conseils généraux, le soin de mettre en place des conseils de salubrité (Le Goff, 2011 ; Murard et Zylberman, 1996). L'élargissement des préoccupations et des réalisations des villes s'accroît ensuite sensiblement, en 1986, avec l'adoption de la charte internationale d'Ottawa pour la promotion de la santé. Elle est suivie de la constitution du réseau des Villes-Santé de l'Organisation mondiale de la santé qui les incite à dépasser cette seule approche hygiéniste. L'institutionnalisation de la politique de la Ville, et plus précisément l'intégration d'un volet santé au sein des contrats urbains de cohésion sociale à partir du début des années 2000, y contribue également et amplifie le rôle, déjà déterminant, de cette échelle de gouvernement (Fassin, 1998). Si la territorialisation de l'action de santé développée à ce titre est qualifiée de « restreinte », car circonscrite aux quartiers « prioritaires » (Le Goff, 2011), le déploiement d'instruments de type contractuel, informatif et incitatif (campagnes d'information, chartes, labels, appels à projet...) contribue, depuis, à la diffusion géographique et politique de ce mouvement (Bergeron, Castel et Dubuisson-Quellier, 2014 ; Clavier, 2011 ; Haschar-Noé *et al.*, 2012). Complétant la panoplie des outils classiques de l'intervention publique (la législation, la fiscalité et la taxation), leur développement explique que les politiques locales de gouvernement du corps reproduisent, en bien des points, le contenu normatif et le substrat cognitif des politiques étatiques. Les acteurs territoriaux constituent des relais essentiels pour la déclinaison de politiques nationales traditionnellement orientées vers des publics cibles, des déterminants de santé ou des pathologies (Bergeron, 1999 ; Borraz et Loncle-Moriceau, 2000 ; Honta et Haschar-Noé, 2011 ; Honta, Haschar-Noé et Sallé, 2011 ; Honta et Illivi, 2017 ; Pierru et Rolland, 2016).

La canalisation des risques sanitaires et sociaux agit comme un puissant activateur de l'action publique nationale et locale (Peretti-Watel et Moatti, 2009). En effet, dans le champ immense que recouvrent ces modes différenciés de gouvernement du corps, les pouvoirs publics interviennent d'abord sur ce qui les place politiquement en danger, tant en matière de déviance que de santé des populations : hier, la lutte contre les épidémies et les maladies infectieuses, le logement insalubre, les addictions mais aussi la folie, la criminalité et le suicide (Foucault, 1994 et 2004 ; Marec, 2005) ;

désormais, alors que nombre de ces « maux » subsistent, s’y agrègent la lutte contre l’inactivité physique et la sédentarité, la violence ou l’insécurité routière, l’isolement et la souffrance psychosociale, l’exposition aux « nouvelles nuisances », tant en milieu urbain que rural.

Les travaux présentés dans ce dossier thématique ne portent pas explicitement sur les institutions fermées, étudiées notamment par Foucault, pour illustrer ces formes contemporaines de gestion collective, préventives autant que répressives, des conduites à risques (Crespin, 2006 ; Hamelin, 2015 ; Hassenteufel *et al.*, 1998 ; Setbon, 1996). L’établissement scolaire, les organisations sanitaires et sportives des réseaux Sport Santé Bien-être constitués en région, les établissements de réduction des risques pour usagers de drogues, les centres de prévention et de santé communautaire, le quartier prioritaire représentent ces espaces locaux à travers lesquels le corps est discipliné. Ces mécanismes de contrôle social passent par le déploiement et la légitimation d’un ensemble de pratiques professionnelles et de dispositifs destinés à répondre à un problème régulièrement construit comme une urgence sanitaire et/ou sociale (Le Naour, 2005 : 57). Si, pour les hygiénistes, être propre, c’était se civiliser (Vigarelo, 1987 [1985]), les injonctions à bien manger, bien bouger, bien se protéger, bien “se” conduire montrent que les modes contemporains de gouvernement du corps peinent à se défaire d’une forte dimension normative et moralisatrice (Berlivet, 2004 ; Hamelin, 2015).

Si l’échelle locale demeure appréhendée comme espace de mise en œuvre des programmes étatiques (Honta, Haschar-Noé et Sallé, 2011), la territorialisation peut *a contrario* s’accompagner d’une reformulation de la nature même des politiques de gouvernement du corps. L’action publique s’adressant à des espaces physiques et sociaux spécifiques, le changement d’échelle introduit une rupture par rapport à la conception homogénéisante du territoire et remet en cause les cadres d’action existants (Maillard, 2002). La décentralisation et le renforcement des pouvoirs intercommunaux consacrent la volonté de s’appuyer sur l’argument de la proximité afin d’améliorer l’efficacité, la cohérence et d’asseoir le contrôle des politiques menées. Là non plus, le phénomène n’est pas nouveau. Plusieurs villes se sont érigées très tôt en laboratoires d’expérimentation avant que leurs actions soient reprises, et (re)cadrées parfois, par le pouvoir central à des fins de diffusion sur l’ensemble du territoire. Leurs initiatives en matière d’assainissement ont ainsi largement influencé le contenu de la première loi de santé publique de 1902 et la volonté de l’État de généraliser la mise en place des bureaux municipaux d’hygiène (Le Goff, 2011). Plus récemment, le déploiement de dispositifs communaux

de promotion du Sport-Santé sur ordonnance par des villes pionnières (telles Strasbourg ou Biarritz) a précédé l'officialisation de la prescription de l'activité physique aux patients atteints d'affections de longue durée dans la loi de modernisation du système de santé de 2016.

Aussi, les acteurs publics et privés en présence optent-ils pour des dispositifs innovants tirant le meilleur parti de la capitalisation et de la mutualisation des ressources locales disponibles (Pinson, 2010). Ils jouent sur le principe de distinction territoriale qui constitue l'autre matrice des inégalités sociales de santé (Bergeron, Castel et Nouguez, 2014). Les initiatives élaborées permettent l'ancrage des actions dans une conception plus large incluant les déterminants socioéconomiques et environnementaux de la santé. Cette approche systémique et globale de la santé publique déroge au modèle de politiques et programmes centrés sur la responsabilité des seuls individus. Cette autre « définition causale » (Hamelin, 2015) est documentée par la mise en circulation et l'appropriation des savoirs sur les inégalités sociales et territoriales de santé. Par là même, les institutions publiques procèdent à la construction explicite d'un engagement intersectoriel associant les domaines de l'éducation, du sport, de l'action sociale, du logement, des transports, de l'urbanisme et du développement durable du territoire. Cet investissement dans les champs de la prévention et de la promotion de la santé leur procure un moyen de revendiquer leur propension à concevoir des environnements favorables au bien-être et à la qualité de vie de la population (Clavier et Crespin, 2017).

La territorialisation place donc « la construction du sens » de l'action publique de santé en débats (Faure, 2005). Un tel processus interroge la capacité des acteurs locaux à produire une vision partagée du territoire et à constituer des alliances pour élaborer des modes de gouvernement des conduites corporelles autour des grands enjeux sanitaires et sociaux (Pasquier, 2017).

Jeux d'échelle, pouvoirs et luttes au nom du bien commun

Pensé comme instrument de « convergence » (Vanier, Béhar et Estèbe, 2011), le prisme territorial donne à voir les effets de la multiplication des niveaux d'intervention potentiellement concurrents dans leurs engagements comme dans leurs désengagements (Basson, Haschar-Noé et Theis, 2013 ; Monnereau, 2015). La territorialisation a effectivement suscité de nouveaux problèmes concernant l'administration des conduites corporelles. Lors des deux décennies suivant les premières lois de décentralisation, la multiplication des centres d'initiatives a déstabilisé l'État qui a pu perdre la main sur la définition des buts collectifs et le pilotage de la mise en

œuvre des actions définies pour les atteindre. Cette responsabilité est revenue aux élus locaux dont le *leadership* sur l'action publique locale s'est affirmé. Les échelles locales de gouvernement développent des initiatives selon une logique de légitimation par l'action et par « la mise en sens » (Douillet, 2005 ; Honta et Basson, 2017a). Ces acteurs politiques, mais aussi les associations, les professionnels du travail sanitaire et social, s'invitent dans les débats sur le cadrage des risques et la production du « bien commun territorial » destiné à leur traitement (Lascoumes et Le Bourhis, 1998). Le sens localement adopté n'est plus nécessairement réductible à l'être et au faire de l'État (Faure, 2005 ; Honta, Haschar-Noé et Salaméro, 2018). Puisant parfois dans les registres de la morale, du scandale ou de l'émotion (Crespin, 2006 ; Le Naour, 2005), ces récits révèlent l'essence même du pouvoir tant ce processus de cadrage et de qualification est régulièrement investi d'acceptions différentes. Parce que la gestion des risques s'apparente à un « problème mal structuré » qui n'entre pas toujours dans les cadres cognitifs et organisationnels existants (Borraz et Loncle-Moriceau, 2000), elle fait l'objet d'une projection dans des univers controversés et dans des rapports de force locaux (Borraz, 2008 : 101). S'accommodant mal d'une approche linéaire et apaisée de l'action publique, ce cadrage revêt un caractère instable, voire conflictuel, quand les acteurs placés aux diverses échelles de gouvernement l'investissent de manière distincte et selon leurs propres intérêts, enjeux et valeurs. Si les interactions entre les collectivités locales, les réseaux d'acteurs professionnels et sectoriels donnent au territoire le statut de ressource décisive pour la politisation d'une action publique préventive et/ou curative, dans le même temps, la compétition politique, voire idéologique, interfère par sa capacité d'impulsion, d'accompagnement ou de neutralisation des programmes conduits et du référentiel associé (Clavier, 2009 ; Faure, 2005). Alors que le champ de l'administration des conduites corporelles est marqué par la diversité et la fragilité parfois des identités et légitimités professionnelles (Honta, 2017 ; Schweyer et Campéon, 2008), les cultures professionnelles résistent, de façon plus ou moins consciente, aux injonctions à la coordination et à la transversalité (Schweyer, 2005). Empêchant toute prise en charge holistique des conduites corporelles, l'accès au corps tel qu'il est vécu par les cibles s'en trouve minoré alors qu'il s'agit d'une condition essentielle à la compréhension de ses usages sociaux (Boltanski, 1971). La multiplication des niveaux de gouvernement infra-étatiques interroge ces déplacements de normes, de routines, de référentiels et d'intérêts. Elle questionne tout autant la recomposition des influences. Si le territoire est reconnu pertinent en tant qu'il est principe et support de définition

d'actions publiques (ou collectives), des incertitudes demeurent sur les logiques de sa constitution et de sa légitimation. Le territoire urbain, voire métropolitain, semble ainsi progressivement s'imposer. Reste qu'il est directement exposé à des défenses de prés carrés et des luttes institutionnelles visant à faire advenir et valider la « bonne » échelle de coordination et de régulation locales des conduites corporelles (Honta et Basson, 2017a). Les modes de gouvernement du corps se sont ainsi complexifiés dans l'articulation des niveaux territoriaux et la multiplication des acteurs publics et privés. Ils demeurent largement compartimentés et manquent souvent de lisibilité tant sont nombreux les dispositifs, programmes et prestations élaborés. La territorialisation de l'action publique révèle, de fait, des acteurs relevant de différents niveaux et univers qui développent des stratégies de plus en plus floues pour les destinataires des dispositifs (Muller, 2009 [1990]). Le non recours aux services et droits sanitaires et sociaux y trouve une partie de son origine (Warin, 2012).

Les initiatives prises au titre de l'administration des conduites corporelles soulèvent un autre enjeu crucial. Les disparités d'investissement des diverses catégories d'acteurs locaux et l'interprétation différenciée des politiques nationales représentent une source de renforcement des inégalités, de santé tout particulièrement. Les signes de cette hétérogénéité sont nombreux et ont des causes multiples. Ils sont façonnés par les socialisations antérieures, professionnelles notamment, des acteurs chargés de la mise en œuvre des dispositifs, et par les hiérarchies instituées au sein même de leurs univers respectifs de travail (Maillard, 2002 ; Schweyer, 2005). Par ailleurs, derrière l'inflexibilité des règles qui orientent leurs pratiques, ces agents procèdent à de multiples ajustements et modes opératoires bricolés et clandestins essentiels à la construction de la confiance des cibles (Dubois, 1999 ; Honta et Illivi, 2017). Alors que la force du portage politique des initiatives localement menées est considérée comme une des conditions essentielles de l'institutionnalisation de ces modes de gouvernement du corps (Hassenteufel *et al.*, 1998 ; Clavier, 2011 ; Honta, 2017 ; Honta et Basson, 2017b), l'hétérogénéité des engagements en présence comme les ajustements et les compromis négociés dans les scènes locales où se jouent en permanence des luttes pour conserver une position centrale expliquent également ces situations locales différenciées (Borraz et Loncle-Moriceau, 2000 ; Salaméro et Haschar-Noé, 2017).

Ces dernières sont également le produit des technologies contemporaines déployées par l'État qui n'hésite pas à se saisir des freins structurels caractérisant les politiques locales d'administration des conduites corporelles. Les chartes, labels, logos, appels à projet, loin de constituer

des dispositifs anodins, figurent au titre de ces nouveaux dispositifs de sécurité permettant à l'État (et à bien d'autres organisations) d'orienter l'action locale dans le sens de ses priorités (Bergeron, Castel et Dubuisson-Quellier, 2014 ; Honta, Haschar-Noé et Sallé, 2011 ; Honta et Illivi, 2017). Bien qu'il s'agisse d'instruments incitatifs, ils sont destinés à rationaliser les conduites des acteurs individuels et collectifs, et à organiser les modalités de sa coopération avec les pouvoirs locaux. S'il leur laisse la liberté d'être force de propositions et de développer en toute autonomie des projets, dans le même temps, ils sont tenus de présenter un certain nombre de garanties et de se conformer aux principes qu'il fixe. En les autorisant à se prévaloir de son soutien, l'État joue sur la volonté que manifestent les acteurs locaux de se positionner et se distinguer dans le champ concurrentiel du marketing territorial. Ces « qualités » permettent de comprendre que ces instruments sont devenus légitimes et valorisés alors même qu'ils constituent des techniques de gestion de la pénurie (Epstein, 2013 ; Hamelin, 2015).

Ces dispositifs de gouvernement à distance (Epstein, 2013) adossés aux technologies classiques des politiques contractuelles et partenariales expliquent que les échelles locales de gouvernement éprouvent des difficultés à développer des stratégies qui leur soient propres. Si elles peuvent faire valoir leur volonté d'instrumentaliser et/ou de contourner ce type de régulation de leur action (Honta, Haschar-Noé et Salaméro, 2018), leurs capacités à se positionner en compétiteur crédible (Jouvenet, 2011) pour capter ces instruments procurant une forte visibilité politique restent très inégales. Leurs ressources, issues notamment des partenariats qu'elles ont pu ou su construire, déterminent fortement leurs possibilités de s'engager. S'en remettre à la mobilisation de ces « leviers » (Bergeron, Castel et Dubuisson-Quellier, 2014 : 11) de l'action publique afin qu'ils contribuent à changer les comportements des individus par le déploiement de pratiques vertueuses permet à l'État de se décharger du « fardeau » de la mise en œuvre. En n'agissant plus directement mais en interposant des intermédiaires (publics ou privés) entre lui et les gouvernés, il se libère potentiellement d'éventuels critiques, plaintes et reproches, autrement dit, de sa responsabilité politique (Infantino, 2017).

Les contributions de ce dossier donnent à voir des modes différenciés de gouvernement du corps dans lesquels se jouent des rapports sociaux et institutionnels de contrôle, voire de domination. En s'adressant prioritairement aux personnes vulnérables sur les plans culturel, économique et géographique, cette gouvernementalité est socialement située. S'il est

ainsi difficile de prétendre que l'action publique déployée se soucie peu des facteurs sociaux du phénomène (Hamelin, 2015), elle persiste, en bien des points, à conserver une dimension individualisante, responsabilisante et moralisante.

Ces modes différenciés de gouvernement du corps permettent également de saisir les modalités contemporaines de territorialisation et de structuration de l'action publique de santé après plus de trois décennies de renforcement des pouvoirs locaux. Alors que se sont profondément diversifiés les types d'instruments à travers lesquels s'opère l'administration des conduites corporelles (Bergeron, Castel et Dubuisson-Quellier, 2014 ; Lascoumes et Le Galès, 2004), des évolutions paradoxales sont observées. Elles sont marquées par l'approfondissement du processus d'autonomisation des diverses échelles locales de gouvernement, et plus spécifiquement des villes, vis-à-vis d'un État longtemps tutélaire (Pierru et Rolland, 2016). Pour autant, leur engagement dans des programmes étatiques reste substantiel tant elles leur consacrent des ressources considérables et déterminantes (Epstein, 2013). Peinant à s'extraire de ce cadre national, elles restent enserrées dans des rapports de dépendance, voire de domination, à l'égard de l'État (Haschar-Noé *et al.*, 2012 ; Honta et Basson, 2015). En cela, la territorialisation de l'action de santé, loin d'échapper à l'État, constitue un principe d'action publique qu'il encourage (Douillet, 2005) du fait, notamment, de sa situation désargentée.

Ces logiques d'intervention étatique interrogent, plus largement, aussi bien les formes que prend l'action collective que le stock des ressources désormais disponibles. La période récente est traversée par un cycle de changements qui touche à la spécialisation des compétences des divers niveaux de gouvernement et à la reconfiguration du périmètre géographique de leur intervention. Appelés à participer au redressement des comptes publics, les collectivités territoriales et leurs groupements voient leur situation financière se dégrader. Ils sont tentés aujourd'hui de revoir leurs dynamiques volontaristes à la baisse et désinvestissent certains secteurs de l'intervention publique. Ces mouvements laissent ouvert le jeu des alliances et des articulations à construire entre les acteurs intéressés aux politiques de gouvernement du corps. À cette aune, les études visant à prolonger les réflexions sur la véracité des indices annonçant l'amplification de leurs formes différenciées demeurent précieuses.

Les perspectives consistant à saisir la place et le rôle qu'y jouent les acteurs économiques et les institutions européennes sont également stimulantes. Leur mobilisation influence pourtant la définition du sens et des modalités opérationnelles de ces politiques (Bergeron, Castel et Nouguez,

2011 ; Crespin, 2006 ; Guigner, 2011 ; Hamelin, 2015). Les entreprises négocient régulièrement, voire contestent, les principes de l'administration des conduites corporelles promus par les pouvoirs publics. Les professionnels de ces firmes n'hésitent pas à réfuter la vision d'un individu rationnel qu'il s'agirait de guider vers des choix responsables, meilleurs pour sa santé. En façonnant un autre rapport à la consommation ou au corps privilégiant plaisir, liberté et convivialité, ils envisagent cet individu comme profondément versatile et ingouvernable (Dubuisson-Quellier, 2016). Plus largement, cette action de *lobbying* des groupes d'intérêts économiques et médiatiques, couplée à des mécanismes de plus en plus fréquents de délégation à des opérateurs privés placés en situation de concurrence, conduisent à la mise en marché de pans entiers des modes contemporains de gouvernement du corps. L'examen des effets de cette institutionnalisation de mécanismes marchands, pour partie introduite par l'État, revêt une autre portée heuristique (Hassenteufel et Maillard, 2017).

■■■ références

Aguilera T., 2012. Gouverner les illégalismes. Les politiques urbaines face aux squats à Paris, *Gouvernement & action publique*, 3 (3), 101-124.

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, 61 (S2), 81-88.

Basson J.-C., Haschar-Noé N., Theis I., 2013. Territorial translation of the National health and nutrition program in Midi-Pyrénées, France/La traduction territoriale du Programme national nutrition santé (PNNS) en Midi-Pyrénées, France, *Healthcare Policy/Politiques de santé*, 9, 26-37.

Beaud S., Confavreux J., Lindgaard J., 2006. *La France invisible*, Paris, La Découverte.

Bergeron H., 1999. *L'État et la toxicomanie : histoire d'une singularité française*, Paris, PUF.

Bergeron H., Castel P., Dubuisson-Quellier S., 2014. Gouverner par les labels. Une comparaison des politiques de l'obésité et de la consommation durable, *Gouvernement & action publique*, 3 (3), 7-31.

Bergeron H., Castel P., Nouguez E., 2011. Un « entrepreneur privé de politique publique ». La lutte contre l'obésité, entre santé publique et intérêt privé, *Revue française de science politique*, 61 (2), 201-229.

- Berlivet L.**, 2004. Une biopolitique de l'éducation pour la santé. La fabrique des campagnes de prévention, in D. Fassin, D. Memmi (dir.), *Le Gouvernement des corps*, Paris, Éd. de l'EHESS, 37-75.
- Boltanski L.**, 1971. Les usages sociaux du corps, *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations*, 26 (1), 205-233.
- Borraz O.**, 2008. *Les Politiques du risque*, Paris, Presses de Sciences Po.
- Borraz O., Loncle-Moriceau P.**, 2000. Permanences et recompositions du secteur sanitaire, les politiques locales de lutte contre le sida, *Revue française de science politique*, 41 (1), 37-60.
- Bourdieu P. (dir.)**, 1993. *La Misère du monde*, Paris, Éd. du Seuil.
- Braconnier C., Mayer N. (dir.)**, 2015. *Les Inaudibles. Sociologie politique des précaires*, Paris, Presses de Sciences Po.
- Chelle E.**, 2012. *Gouverner les pauvres. Politiques sociales et administration du mérite*, Rennes, PUR.
- Clavier C.**, 2009. Les élus locaux et la santé : des enjeux politiques territoriaux, *Sciences sociales et santé*, 27 (2), 47-72.
- Clavier C.**, 2011. La santé, un enjeu politique local ? La politisation des politiques publiques en France et au Danemark, *Revue internationale de politique comparée*, 18 (4), 13-27.
- Clavier C., Crespin R.**, 2017. Santé et politiques urbaines, *Lien social et Politiques*, 78, 4-17.
- Clavier C., Hassenteufel P., Loncle P.**, 2005. L'affirmation des politiques sanitaires et sociales urbaines, *Pouvoirs locaux*, 65 (2), 52-56.
- Crespin R.**, 2006. Drogues et sécurité routière. Changement politique ou nouvel usage des instruments ?, *Revue française de science politique*, 56 (5), 813-836.
- Détrez C.**, 2002. *La Construction sociale du corps*, Paris, Éd. du Seuil.
- Douillet A.-C.**, 2005. Fin des logiques sectorielles ou nouveaux cadrages territoriaux ?, in A. Faure, A.-C. Douillet (dir.), *L'Action publique et la question territoriale*, Grenoble, PUG, 271-279.
- Dubois V.**, 1999. *La Vie au guichet. Relation administrative et traitement de la misère*, Paris, Économica.
- Dubuisson-Quellier S.**, 2016. Le gouvernement des conduites : instruments et acteurs, in S. Dubuisson-Quellier (dir.), *Gouverner les conduites*, Paris, Presses de Sciences Po, 449-471.
- Epstein R.**, 2013. *La Rénovation urbaine. Démolition-reconstruction de l'État*, Paris, Presses de Sciences Po.
- Fassin D. (dir.)**, 1998. *Les Figures urbaines de la santé publique. Enquête sur des expériences locales*, Paris, La Découverte.
- Fassin D., Memmi D. (dir.)**, 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 A.**, 2005. La « construction de sens » plus que jamais en débats, in A. Faure, A.-C Douillet (dir.), *L'Action publique et la question territoriale*, Grenoble, PUG, 9-24.
- Faure S.**, 2008. Les politiques du corps visant les milieux populaires, *Lien social et Politiques*, 59, 33-45.
- Foucault M.**, 1994. La gouvernementalité. Cours « Sécurité, Territoire, Population » du Collège de France, in *Dits et Écrits*, t. III : 1976-1979, Paris, Gallimard, 635-657.
- Foucault M.**, 2004. *Sécurité, territoire et population. Cours au collège de France (1977-1978)*, Paris, Gallimard-Seuil.
- Guigner S.**, 2011. L'influence de l'Union européenne sur les politiques et pratiques de santé publique : européanisation verticale et horizontale, *Sciences sociales et santé*, 29 (1), 81-106.
- Hamelin F.**, 2015. Gouverner les conduites automobiles. L'ambivalence du recours à l'automatisation du contrôle des infractions à la vitesse autorisée, *Gouvernement & action publique*, 1 (1), 111-131.
- 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., 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.
- Hassenteufel P., Maillard J. (de)**, 2017. Le recours au marché comme processus politique. Les réformes du gouvernement de coalition britannique (2010-2015) dans la santé et la police, *Gouvernement & action publique*, 6 (4), 101-126.
- Hassenteufel P., Le Bihan-Youinou B., Loncle-Moriceau P., Vion A.**, 1998. L'émergence problématique d'une nouvelle santé publique. Forums d'action publique et coalitions de projets à Rennes et à Brest, in D. Fassin (dir.), *Les Figures urbaines de la santé publique. Enquête sur des expériences locales*, Paris, La Découverte, 84-109.
- Honta M.**, 2017. Les épreuves du mandat de coordonnateur des Ateliers santé ville. Mutations de l'action publique et stratégies de résistance, *Sciences sociales et santé*, 35 (1), 71-96.

- 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. 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.**, 2017b. La fabrique du gouvernement métropolitain de la santé. L'épreuve de la légitimation politique, *Gouvernement & action publique*, 6 (2), 63-82.
- Honta M., Haschar-Noé N.**, 2011. Les politiques préventives de santé publique à l'épreuve de la territorialisation : l'introuvable gouvernance régionale du Programme national nutrition santé en Aquitaine », *Sciences sociales et santé*, 29 (4), 33-62.
- Honta M., Haschar-Noé N., Salaméro É.**, 2018. L'État à l'épreuve de la régulation territoriale. La mise en négociations des contrats locaux de santé, *Négociations*, 29 (1), 143-155.
- 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.
- Honta M., Illivi F.**, 2017. L'accès de tous à la pratique sportive : l'État local en action, *Revue française d'administration publique*, 164 (4), 873-886.
- Infantino F.**, 2017. La mise en marché de la frontière, un produit d'État. Compagnies privées et mise en œuvre de la politique du visa Schengen, *Gouvernement & action publique*, 6 (4), 51-73.
- Jabot F., Demeulemeester R.**, 2005. Les interactions entre les niveaux national, régional et infrarégional dans les programmes de santé publique, *Santé publique*, 17 (4), 597-606.
- Jouvenet M.**, 2011. Profession scientifique et instruments politiques. L'impact du financement « sur projet » dans des laboratoires de nanosciences, *Sociologie du travail*, 53 (2), 234-252.
- Lascoumes P., Le Bourhis J.-P.**, 1998. Le bien commun comme construit territorial. Identités d'action et procédures, *Politix*, 42, 37-66.
- Lascoumes P., Le Galès P. (dir.)**, 2004. *Gouverner par les instruments*, Paris, Presses de Sciences Po.
- Le Galès P.**, 2011 [2^e éd. augmentée de 2003]. *Le Retour des villes européennes : sociétés urbaines, mondialisation, gouvernement et gouvernance*, Paris, Presses de Sciences Po.

- Le Goff E.**, 2011. Innovations politiques locales, régulation de l'État et disparités territoriales. Un regard historique sur les politiques locales de santé dans les villes françaises (1879-2010), *Revue française des affaires sociales*, 4, 158-177.
- Le Naour G.**, 2005. Lutte contre le sida : reconfiguration d'une politique de « réduction des risques liés à l'usage de drogues » à Marseille, *Sciences sociales et santé*, 23 (1), 43-68.
- Lipsky M.**, 1980. *Street-level bureaucracy. Dilemmas of the individual in public services*, New York, Russel Sage Foundation.
- Maillard J. (de)**, 2002. Les nouvelles politiques socio-urbaines contractuelles entre conflits et apprentissages, *Politix*, 60 (4), 169-191.
- Marec Y.** (dir.), 2005. *Villes en crise ? Les politiques municipales face aux pathologies urbaines (fin XVIII^e-fin XX^e siècle)*, Grâne, Créaphis.
- Mauger G.**, 2001. Précarisation et nouvelles formes d'encadrement des classes populaires, *Actes de la recherche en sciences sociales*, 136-137 (1), 3-4.
- Mauss M.**, 2010 [12^e éd. ; 1^{re} éd. : 1950]. Les techniques du corps (1936), in *Sociologie et anthropologie*, Paris, PUF, 365-386.
- Memmi D.**, 2000. Vers une confession laïque ? La nouvelle administration étatique des corps, *Revue française de science politique*, 50 (1), 3-19.
- Mériaux O.**, 2005. Le débordement territorial des politiques sectorielles, in A. Faure, A.-C Douillet (dir.), *L'Action publique et la question territoriale*, Grenoble, PUG, 27-32.
- Monnereau L.**, 2015. Les collectivités dans l'action publique de la santé. Recomposition des champs d'intervention et construction de la légitimité, in T. Alam, M. Gurruchaga (dir.), *Collectivités territoriales et santé. Regards croisés sur les frontières de la santé*, Paris, L'Harmattan.
- Muller P.**, 2009 [1990]. *Les Politiques publiques*, Paris, PUF.
- Murard L., Zylberman P.**, 1996. *L'Hygiène dans la République. La santé publique en France, ou l'utopie contrariée. 1870-1918*, Paris, Fayard.
- Pasquier R.**, 2017. Grandes régions, métropoles et réforme territoriale : convergence et différenciation dans la République décentralisée, in M. Abadie, J.-B. Auby, O. Renaudie (dir.), *Un Nouveau système territorial ?*, Boulogne-Billancourt, Berger Levrault, 21-42.
- Paugam S.**, 1991. *La Disqualification sociale. Essai sur la nouvelle pauvreté*, Paris, PUF.
- Peretti-Watel P., Moatti J.-P.**, 2009. *Le Principe de prévention : le culte de la santé et ses dérivés*, Paris, Éd. du Seuil.
- Pierru F., Rolland C.**, 2016. Bringing the Health Care State Back in. Les embarras politiques d'une intégration par fusion : le cas des Agences Régionales de Santé, *Revue française de science politique*, 66 (3), 483-506.

Pinson G., 2010. La gouvernance des villes françaises. Du schéma centre-périphérie aux régimes urbains, *Métropoles* [En ligne], 7. Mis en ligne le 09/07/2010 (consulté le 29/05/2018). URL : <http://metropoles.revues.org/4276>.

Salaméro É., Haschar-Noé N., 2017. Variabilité des formes de gouvernance d'un contrat local de santé : ajustement en situation et légitimation négociée, *terrains & travaux*, 30 (1), 163-184.

Schwartz O., 2011. Peut-on parler des classes populaires ?, *La Vie des idées* [En ligne]. Mis en ligne le 13/09/2011 (consulté le 29/05/2018). URL : <http://www.laviedesidees.fr/Peut-on-parler-des-classes.html>

Schweyer F.-X., 2005. Le travail en réseau : un consensus ambigu et un manque d'outils, *Sociologies pratiques*, 11 (2), 89-104.

Schweyer F.-X., Campéon A., 2008. Le pouvoir de régulation à l'épreuve de la division du travail : les médecins inspecteurs de santé publique, in T. Le Bianic, A. Vion (dir.), *Action publique et légitimités professionnelles*, Paris, LGDJ, 73-90.

Setbon M., 1996. Le risque comme problème politique. Sur les obstacles de nature politique au développement de la santé publique, *Revue française des affaires sociales*, 2, 11-28.

Solini L., Basson J.-C., 2014. *Intra-muros*. La mise en scène de la vie carcérale en établissement pénitentiaire pour mineurs, *Champ pénal/ Penal Field* [En ligne], 11. Mis en ligne le 06/10/2014 (consulté le 29/05/2018). URL : <http://journals.openedition.org/champpenal/8908> ; DOI : 10.4000/champpenal.8908

Solini L., Basson J.-C., 2017. Sortir de cellule/demeurer en cellule. Une sociologie des expériences paradoxales de la détention en établissement pénitentiaire pour mineurs, *Agora. Débats/Jeunesses*, 77 (3), 67-79.

Taïeb E., 2005. Individuation et pouvoir politique. Une lecture de Foucault et d'Élias, *Labyrinthe*, 22 (3), 37-46.

Vanier M., Béhar D., Estèbe P., 2011. Pôles métropolitains : du « faire territoire » au « faire politique », ou la nouvelle bataille de l'interterritorialité, *Métropolitiques* [En ligne]. Mis en ligne le 18/05/2011 (consulté le 29/05/2018). URL : <http://www.metropolitiques.eu/Poles-metropolitains-du-faire.html>

Vigarello G., 1987 [1985]. *Le Propre et le sale. L'hygiène du corps depuis le Moyen Âge*, Paris, Éd. du Seuil.

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*, 1-19.



Marina Honta, sociologue, est professeur à l'Université de Bordeaux, chercheur au Centre Émile Durkheim (UMR 5116, Université de Bordeaux, Sciences Po Bordeaux, CNRS) et membre du comité d'experts en prévention et promotion de la santé au sein de l'Agence Santé publique France. Ses travaux portent sur les modalités contemporaines de structuration et de territorialisation de l'action publique dans les domaines de la santé publique et du sport.

■ marina.honta@u-bordeaux.fr

Jean-Charles Basson, politiste, est maître de conférences hors classe à l'Université de Toulouse, chercheur au CRESCO (EA 7419, Université de Toulouse III Paul Sabatier), au LaSSP (EA 4175, Sciences Po Toulouse), à l'équipe 5-EQUITY (UMR 1027, INSERM, Université de Toulouse III Paul Sabatier) et à IFERISS (FR 4142, Université Toulouse 1 Capitole, Université Toulouse Jean Jaurès, Université Toulouse III Paul Sabatier, Université de Toulouse, CNRS, INSERM, Hôpitaux de Toulouse, ORSmip). 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

Milena Jaksic, sociologue, est chargée de recherches au CNRS à l'ISP (UMR 7220, Université Paris Nanterre, ENS Paris-Saclay, CNRS). Ses travaux se situent au croisement de la sociologie du droit et des pratiques judiciaires et de l'anthropologie de la violence et des conflits armés. Ses recherches en cours portent sur les enjeux de qualification de l'enfance dans la guerre à partir d'une enquête à la Cour pénale internationale de La Haye.

■ mjaksic@parisnanterre.fr

Olivier Le Noé, sociologue, est professeur à l'Université de Paris Nanterre, directeur de l'ISP (UMR 7220, Université Paris Nanterre, ENS Paris-Saclay, CNRS). Ses travaux portent sur les relations de et au pouvoir dans l'univers du sport, la socio-histoire des politiques sportives, l'étude du dopage et l'analyse des politiques antidopage.

■ olenoe@parisnanterre.fr



