

« Quand la production discursive est au fondement des politiques locales : les mécanismes d'élaboration des politiques de promotion de la santé »

Auteur : Romain Lonceint, Mines de Nantes / Université de Nantes / LEMNA (EA 4272)

Coordonnées : romain.lonceint@mines-nantes.fr

Mots-clés : Promotion de la santé, Discours, Politique locale, Collectivité territoriale

Résumé

Le développement des politiques de promotion de la santé à l'échelle locale nous a conduit à nous interroger sur le contenu de ces politiques publiques ainsi que sur leur mode d'élaboration par les acteurs locaux. Nous montrerons alors que les politiques de promotion de la santé ne peuvent être saisies sans leur dimension discursive. En effet, lorsque la promotion de la santé produit des discours sur elle-même, elle contribue par la même à s'élaborer en tant que politique locale. La production de discours serait donc indissociable de l'élaboration de la politique de promotion de la santé, permise par un double mécanisme de traduction (entendue comme une logique de reformulation d'éléments existants dans des formes nouvelles, ici dans le langage de la promotion de la santé) et d'unification (c'est-à-dire la recherche d'une mise en cohérence devant permettre de faire tenir ensemble tous ces éléments dispersés).

Introduction

De nombreuses collectivités territoriales font désormais figurer la promotion de la santé parmi leurs priorités en matière de politiques locales¹. Le développement d'actions locales visant à promouvoir la santé est généralement présenté comme une réponse à la persistance d'inégalités sociales et territoriales de santé (Salem, Vaillant, 2008 ; Bergeron, 2011). A en croire les acteurs locaux², la réduction de ces inégalités de santé passerait par la mise en œuvre d'actions de

1 Une politique locale peut être définie comme un ensemble d'actions coordonnées, menées par des acteurs infra-étatiques : municipalité, métropole, département et région.

2 Le terme d'acteur local fait ici référence non seulement aux élus locaux mais également aux médecins de santé publique ainsi qu'au personnel administratif en charge de la politique de promotion de la santé.

proximité adaptées aux spécificités des territoires³. Pourtant, la mise à l'agenda de la promotion de la santé à l'échelle locale peut sembler surprenante dans la mesure où les collectivités territoriales n'ont pas de compétences réglementaires dans ce domaine. En effet, les seules compétences des collectivités territoriales qui se rapprochent du champ de la promotion de la santé sont celles des municipalités en matière d'hygiène et de salubrité publique. Or, le fait que la promotion de la santé ne soit pas dévolue aux collectivités territoriales n'a pas empêché les acteurs locaux de se saisir de ces questions. En quoi consistent alors ces politiques locales visant à promouvoir la santé des individus à l'échelle locale ?

Si les politiques locales de santé dans leur ensemble ont fait l'objet de plusieurs recherches en sciences sociales (Fassin, 1998 ; Clavier, 2009 ; Le Goff, 2011), la question de la promotion de la santé à l'échelle locale n'a en revanche guère été étudiée. L'absence de travaux scientifiques sur ce sujet contraste avec la pléthore de discours produits par les acteurs locaux visant à présenter les enjeux liés aux politiques locales de promotion de la santé⁴. Ces discours sur la promotion de la santé peuvent alors prendre des formes très variées telles que l'organisation de manifestations d'information citoyenne, des échanges lors de rencontres avec les partenaires publics et associatifs, la publication d'articles par les élus locaux et les responsables administratifs⁵ ou encore l'élaboration de documents divers tels que des plaquettes d'information, des chartes, des plans locaux de santé. La production de discours occuperait donc une place centrale dans le travail des acteurs publics chargés de mettre en œuvre les politiques locales de promotion de la santé. Ces constats nous ont amené à prendre au sérieux l'importance des discours dans ces politiques locales, en nous interrogeant sur les enjeux de ces discours pour les politiques de promotion de la santé.

En nous focalisant sur les discours produits par les acteurs locaux sur la promotion de la santé ainsi qu'à la nature du travail de ces mêmes acteurs, nous montrerons que l'essentiel de la politique locale se joue dans ces discours. En effet, au-delà d'actions assez techniques visant à

3 On retrouve ici l'idée de la territorialisation de l'action publique, agissant comme une justification des politiques publiques : il devient alors pertinent d'agir à l'échelle locale afin d'adapter les politiques publiques aux spécificités territoriales. Sur la territorialisation, voir notamment : Patrick Hassenteufel, « Think social, act local. La territorialisation comme réponse à la "crise de l'État-providence" ? », *Politiques et management public*, n°3, 1998, p. 1-11

4 Ici, la notion de discours n'est pas réductible au seul discours oral mais désigne l'ensemble des énoncés, écrits comme oraux.

5 Ces articles sont publiés principalement dans deux revues : *Les Tribunes de la santé* et *La Santé de l'homme*.

réduire certaines pathologies (vaccination, dépistage) et le soutien aux associations œuvrant dans ce domaine, la politique de promotion de la santé à l'échelle locale consiste principalement à fabriquer des discours sur ce qu'est la promotion de la santé. La production de discours sur la promotion de la santé se confond alors avec l'élaboration de la politique locale. C'est en se racontant que la politique locale de promotion de la santé se construit et ce n'est que parce qu'elle se raconte qu'elle existe en tant que politique locale. Quels mécanismes les acteurs locaux mettent-ils en œuvre afin de produire ces discours qui fondent la politique de promotion de la santé ? L'élaboration des discours sur la promotion de la santé, devenue indissociable de la politique locale elle-même, est alors permise par un double mécanisme de traduction et d'unification. Ce que nous appelons ici traduction peut être définie comme une opération de reformulation d'actions et de dispositifs mis en œuvre dans le cadre de différentes politiques sectorielles⁶ et reformulées dans des formes nouvelles, ici dans le langage de la promotion de la santé⁷. L'unification peut quant à elle être comprise comme le travail d'assemblage et de mise en cohérence devant permettre de faire tenir ensemble tous ces éléments issus de différentes politiques sectorielles. Nous montrerons alors que le recours à ces deux procédés constitue un passage obligé pour les politiques locales de promotion de la santé. Enfin, bien que cette séparation entre la traduction et l'unification puisse sembler artificielle aux yeux du lecteur⁸, elle s'est néanmoins révélée utile à l'analyse ainsi qu'à la compréhension des deux mécanismes en présence.

Terrain et méthodologie de l'enquête

Afin de répondre à ces questionnements, nous présenterons ici les résultats issus d'une enquête menée au sein d'une municipalité de l'Ouest de la France. Au sein de cette collectivité, la mise à l'agenda des questions de promotion de la santé s'est faite au cours des années 1990, ce qui en fait une ville pionnière dans ce domaine à l'échelle française. Par ailleurs, la politique de promotion de la santé est mise en œuvre par le service de santé de la ville qui compte une quarantaine d'agents municipaux et dont le budget s'élevait à un million d'euros en 2012.

6 L'expression de « politiques sectorielles » désigne l'ensemble des politiques publiques mises en œuvre par une collectivité territoriale ou un État et organisées par secteur d'action publique (logement, transports, culture, éducation, politique de la ville, etc.).

7 Dans cette recherche, le sens que nous donnons à la notion de traduction se distingue donc nettement de l'usage qu'en fait Michel Callon concernant les objets techniques.

8 En effet, ce découpage n'apparaît pas aussi nettement dans le travail des acteurs locaux dans la mesure où le processus d'élaboration des discours est beaucoup plus itératif.

Précisons également que deux élus municipaux sont délégués à ces questions, l'un précisément à la santé et l'autre aux situations de handicap et à l'accessibilité.

Notre enquête a reposé sur la combinaison de deux techniques de recueil de matériaux. D'une part, nous avons mené une série d'entretiens semi-directifs avec différents élus municipaux ainsi qu'avec le personnel des services administratifs chargé de mettre en œuvre les politiques locales, non seulement dans le domaine de la santé, mais également dans d'autres secteurs tels que l'éducation, le logement, les transports ou encore la politique de la ville. Ces entretiens ont permis de comprendre la nature des activités professionnelles de ces acteurs, et la façon dont ils se représentaient les politiques locales qu'ils mettaient en œuvre. D'autre part, et afin de compléter les données recueillies lors des entretiens, nous avons procédé à l'analyse de divers documents élaborés par les acteurs chargés de la promotion de la santé dans le but de présenter leurs actions en matière de promotion de la santé (chartes, programmes, plaquettes d'information). L'un de ces documents, le plan local de santé de la ville, occupe une place centrale parmi les multiples supports discursifs car il réalise une synthèse de l'ensemble des discours élaborés sur la promotion de la santé. Il présente ainsi l'ensemble des actions menées dans le champ de la promotion de la santé à l'échelle municipale⁹. Cette analyse documentaire nous a permis de comprendre comment était mise en mots la politique de promotion de la santé conduite par la collectivité et quel en était son contenu.

La traduction des politiques locales existantes dans le langage de la promotion de la santé

Le premier mécanisme que nous avons identifié consiste en une opération de recyclage d'un certain nombre d'actions et de dispositifs, mis en œuvre par d'autres services de la municipalité, autrement dit de « choses qui existaient déjà », comme l'explique une chargée de mission sur les questions d'addictions¹⁰. Dans le champ des sciences politiques, cette notion de recyclage des politiques publiques a notamment été développée par Pierre Lascoumes dans le domaine des politiques environnementales. Le recyclage peut alors être compris comme un travail de reformulation d'un certain nombre d'éléments déjà structurés, qu'il s'agisse d'actions, de découpages institutionnels, de données, de dispositifs ou encore de pratiques. Le travail des acteurs locaux en charge de la promotion de la santé consiste alors à traduire un ensemble

⁹ Le dernier plan local de santé de la ville date de janvier 2013 et a été élaboré par le service santé de la ville.

¹⁰ Entretien réalisé le 22/02/2013.

d'éléments existants dans des formes neuves, ici dans un langage adapté à la santé publique et plus précisément à la promotion de la santé. Cette « conversion-adaptation du "déjà-là" » (Lascoumes, 1994) procède d'un nouveau cadrage de l'action publique, en faisant de la promotion de la santé le fil rouge de chaque politique locale sectorielle. Cette opération de recyclage est alors permise par un double travail de relecture et de réécriture des politiques locales à travers le prisme de la promotion de la santé, sans que leur contenu n'en soit pour autant modifié.

Nous en donnerons deux illustrations afin de mettre en lumière la capacité des acteurs locaux à reformuler des politiques locales existantes. En premier lieu, la politique municipale du logement, qui vise initialement à « construire suffisamment de logements et à favoriser la mixité »¹¹, fait l'objet d'une forme de traduction dans la mesure où, pour les acteurs du service de santé, cette politique locale doit permettre de « promouvoir un habitat favorable à la santé et de mettre en accessibilité le cadre bâti et les espaces publics »¹². Cette redéfinition des enjeux des politiques locales sectorielles sous l'angle de la promotion de la santé est également visible dans le cas de la politique des transports publics et plus particulièrement la mise en place des vélos en libre circulation. En effet, pour le service des transports de la ville, l'enjeu était surtout d'ordre environnemental, devant permettre de « préserver la qualité de l'air, diminuer les émissions de gaz à effet de serre et les nuisances sonores liées à la circulation automobile ». Or, une fois mise en œuvre par le service des transports de la ville, la mise en service des vélos en libre circulation est réinterprétée par les acteurs municipaux de la promotion de la santé comme un moyen de « favoriser la mobilité active et l'activité physique »¹³, c'est-à-dire un enjeu de promotion de la santé.

Afin de qualifier ce travail de recyclage, plusieurs acteurs locaux ont recours au terme de « compilation ». Ici, l'usage de ce terme se révèle être particulièrement éclairant puisque l'une de ses significations renvoie au domaine artistique ; une compilation désignant une œuvre créée à partir d'emprunts à d'autres auteurs, de la même façon que les acteurs de la promotion santé « empruntent », du moins symboliquement, des actions et des dispositifs à d'autres acteurs publics locaux. Comment cette traduction des politiques locales sectorielles est-elle justifiée par

11 Présentation de la politique de logement sur le site internet de la ville.

12 Plan local de santé de la ville (2013).

13 *Idem*.

les acteurs de la promotion de la santé ? Sur ce point, la directrice du service santé de la ville nous expliquait qu'il y a « des choses qui participent à la promotion de la santé mais qui ne sont pas forcément vues comme y participant »¹⁴. Il devient alors justifié, aux yeux des acteurs chargés de la promotion de la santé, de traduire ces différentes politiques sectorielles. Ce constat pose alors la question des frontières de la promotion de la santé dont le programme d'actions peut sembler potentiellement illimité. Où s'arrête en effet la promotion de la santé et comment borner ce secteur d'action publique ? Il s'agit sans doute qu'une spécificité de la promotion de la santé par rapport à d'autres secteurs, tels que l'urbanisme et les transports, dont les contours peuvent sembler *a priori* plus évidents. La définition même de la promotion de la santé n'est pas stabilisée et varie selon les acteurs. Une même action ne sera donc pas nécessairement considérée comme participant à la politique de promotion de la santé pour l'ensemble des acteurs publics.

Cet extrait d'entretien, réalisé avec un médecin de santé publique, illustre bien cette idée : « parfois ils font des actions [les autres services de la ville] où ils n'ont pas forcément l'idée qu'ils contribuent à améliorer l'état de santé des enfants, mais ils le font. Il y a des domaines où ils n'ont pas l'impression d'intervenir sur la promotion de la santé mais finalement ça participe de notre politique »¹⁵.

Dès lors, en procédant à ce recyclage, les acteurs de la santé vont en quelque sorte « piocher » dans les différentes politiques locales sectorielles, pour reprendre le mot utilisé par Laurence Dumoulin dans le domaine judiciaire (Dumoulin, 2000). L'auteure montre en effet que les rapports d'expertise constituent de véritables ressources pour les juges comme pour les avocats lors des jugements : « le rapport d'expertise apparaît comme un réservoir d'idées à l'intérieur duquel les juges piochent un certain nombre d'éléments ». Cette logique nous semble être assez comparable à ce que nous avons observé concernant les politiques de promotion de la santé puisque les politiques sectorielles sont vues comme autant de ressources pour les acteurs de la santé. Cependant, comme l'écrit Laurence Dumoulin, cet « art de la pioche » ne renvoie pas à un bloc monolithique mais davantage à « un ensemble composé d'une multiplicité d'unités ». Pour cette raison, la traduction implique de recourir à un second mécanisme visant quant à lui à donner une cohérence à l'ensemble des éléments ayant été reformulés et donc à la politique locale de promotion de la santé.

14 Entretien réalisé le 07/10/2013.

15 Entretien réalisé le 04/03/2013.

L'unification : l'assemblage et mise en cohérence d'éléments dispersés

Cette traduction des politiques locales sectorielles dans des formes neuves est associée à un second mécanisme, visant quant à lui à unifier et à faire tenir ensemble cette multitude d'actions et de dispositifs recyclés, issus de multiples politiques locales. Ce travail d'assemblage semble en effet indispensable à la mise en cohérence d'éléments initialement dispersés. En effet, comme l'écrit Florian Charvolin à propos de l'émergence des politiques environnementales en France, l'enjeu de ce travail d'unification est de faire en sorte que la politique publique n'ait « pas l'allure d'une somme chaotique de connaissances qui n'ont rien à voir les unes avec les autres » (Charvolin, 1993). Ce travail d'assemblage doit alors permettre à chaque élément de trouver sa place malgré son hétérogénéité pour permettre à l'ensemble de dépasser le seul amas d'actions. Cette « mise en rapport », pour reprendre la formule de Florian Charvolin, doit alors permettre de donner une cohérence à la politique locale.

Ainsi, l'Adjoint au Maire, délégué aux questions de santé, rappelle qu'il est important de : « faire ressortir la cohérence de la politique de santé de la ville, ce qui permet à la fois de communiquer vers l'extérieur sur ce que fait la ville et comment cela prend sens. Car ce ne sont pas juste des actions ponctuelles de soutien, il y a un vrai fil rouge de santé publique, une vraie cohérence d'action à la fois envers les territoires et envers les publics »¹⁶.

Ce processus d'unification repose alors sur une matrice commune : l'idée de favoriser le bien-être des individus. Le caractère assez général et englobant de la notion de bien-être permet d'inclure une multitude d'éléments dans une politique locale de promotion de la santé dont l'objectif affiché dans le plan local de santé de la ville est de « promouvoir la santé pour tous tout au long de la vie ». En témoigne les propos d'un autre élu municipal, délégué à l'accessibilité et aux situations de handicap, qui définit la politique de promotion de la santé comme « tout ce qui va pouvoir converger vers le fait que l'on vit bien dans sa ville ; c'est à la fois la qualité des logements, les transports, c'est-à-dire tout un ensemble de facteurs, donc beaucoup de politiques publiques y concourent »¹⁷. Cette notion de bien-être a aussi l'avantage de pouvoir être déclinée

16 Entretien réalisé le 21/02/2013.

17 Entretien réalisé le 25/03/2013.

de multiples façons : le « bien-vivre », le « bien-grandir » ou encore le « bien-vieillir » sont des expressions revenues à plusieurs reprises lors des entretiens et présentes dans le plan local de santé. Faire du bien-être la matrice de cette politique locale permet aux acteurs de la santé d'unifier un certain nombre d'actions et de dispositifs qui étaient jusque là dispersés. Le bien-être agit ici comme un lien permettant la mise en cohérence d'actions indépendantes menées dans le cadre de diverses politiques locales sectorielles (éducation, transports, aménagement du territoire, etc.). La municipalité a par exemple élaboré un document sur l'idée de « promouvoir un environnement favorable à la santé » et qui permettait de fédérer toute une série d'actions concernant l'accessibilité des bâtiments, la qualité des logements, les modes de transports actifs ou encore la qualité des milieux.

Le choix du « bien-être » comme matrice permettant de donner une cohérence aux discours sur la promotion de la santé (et donc à la politique locale elle-même) est lié à la définition que les acteurs locaux ont de la notion de santé. En effet, dans son acception ordinaire, ce terme est généralement associé aux soins et à la figure du médecin, c'est-à-dire à une conception curative de la santé. Cette dernière est traditionnellement définie en opposition systématique à la maladie : ainsi, dit-on d'une personne qu'elle est en bonne santé lorsqu'elle n'est pas malade. A l'image des écrits nietzschéens, c'est le remède qui permet d'endiguer la pathologie pour rétablir la santé de l'homme. Cependant, depuis 1946, l'Organisation Mondiale de la Santé nous invite à dépasser cette première définition, en mettant l'accent sur la prise en compte d'une double définition de la santé. On retrouve effectivement une définition dite « négative » de la santé, désignant : « l'absence de maladie et d'infirmité » et renvoyant aux soins curatifs que prennent en charge les établissements de santé (hôpitaux, cliniques), mais elle est complétée par une seconde définition dite « positive », faisant de la santé : « un état de bien-être total physique, social et mental de la personne ». C'est bien dans cette optique qu'est conçue la politique de promotion de la santé de la municipalité, permettant ainsi aux acteurs d'y inclure une multitude d'actions et de dispositifs. En revanche, une définition « négative » de la santé limiterait considérablement les possibilités d'action publique dans le champ de la santé. Cette conception « positive » de la santé s'est vue précisée par la Charte d'Ottawa sur la promotion de la santé, à laquelle font référence les acteurs locaux. En rappelant les enjeux de la promotion de la santé, ce texte apporte un éclairage sur le double mécanisme de traduction/unification d'actions et de dispositifs issus de multiples politiques locales, bien au-delà du champ de la promotion de la santé.

« Pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques. La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé : elle ne se borne pas seulement à préconiser l'adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé ; son ambition est le bien-être complet de l'individu »¹⁸.

Afin d'unifier et de donner une cohérence aux discours sur la promotion de la santé, les acteurs locaux procèdent également à un travail de regroupement et de classement permettant de faire rentrer un ensemble d'actions et de dispositifs disparates dans des cases, des rubriques qui correspondent à autant d'enjeux de promotion de la santé. Ce processus permet *in fine* de donner une forme organisée et structurée aux discours sur la promotion de la santé.

Dans cet extrait d'entretien, réalisé avec un chargé de mission sur la thématique de la santé mentale, on perçoit bien le passage d'une diversité d'actions recyclées au regroupement de ces dernières : « on a regroupé les objectifs, reformulé les actions qu'on faisait parce qu'en fait, quand on a fait l'état des lieux, on se retrouve avec un panel d'actions conséquent. Il y a énormément de choses qui sont d'un côté sur les situations individuelles, donc des choses un peu concrètes, d'un autre côté, sur la de-stigmatisation, donc des travaux un peu plus conceptuels de l'ordre de la coordination des acteurs, etc. C'était un peu flou, j'avais beaucoup d'actions et l'idée c'était de pouvoir les regrouper selon un schéma qui était convenable et un peu similaire à tout le monde. [...] Tout ça c'était très disparate au final, c'est plein d'actions qui travaillent autour de la santé mentale mais pas forcément classées »¹⁹.

Au total, les acteurs publics procèdent donc à l'assemblage d'actions relativement hétérogènes et dispersées. Cette intégration d'une multitude de données éparses, précédée d'une opération de recyclage, forme, selon Pierre Lascoumes, « le transcodage » (Lascoumes, 1994). En

18 Déclaration d'Alma-Ata, issue de la Conférence internationale sur les soins de santé primaire, septembre 1978.

19 Entretien réalisé le 22/02/2013.

effet, comme l'écrit l'auteur : « transcoder, c'est d'une part agréger des informations éparses et les lire comme une totalité ; c'est aussi les traduire dans un autre registre relevant de logiques différentes ». De ce point de vue, la politique locale de promotion de la santé participe donc d'une opération de transcodage dans la mesure où les acteurs reformulent des éléments existants tout en les agrégeant dans un programme d'action unique.

Conclusion

En présentant ce double mécanisme de traduction/unification, nous souhaitons mettre l'accent sur le caractère essentiellement discursif de la promotion de la santé à l'échelle locale. La multitude de discours produits par ces acteurs, associée aux mécanismes que nous venons de décrire, nous amène à penser que ces discours ne relèvent pas d'une simple logique d'affichage des politiques locales. Ce travail de mise en discours de la promotion de la santé à l'échelle locale n'est pas réductible à sa dimension informative ; ces discours ne sont pas la seule mise en visibilité d'une politique locale mais bien le fondement de la politique locale elle-même. Le temps que ces acteurs passent à élaborer les divers plans et chartes ainsi qu'à organiser des manifestations d'information rend presque anecdotique les quelques actions techniques mises en œuvre par les acteurs locaux. La production d'énoncés serait donc intrinsèquement liée à la promotion de la santé puisqu'elle lui permet d'exister en tant que politique locale (entendue comme un ensemble d'actions coordonnées). Dit autrement, la promotion de la santé a besoin d'être racontée pour exister en tant que domaine d'action publique locale. La promotion de la santé doit nécessairement en passer par une promotion des mots et des idées pour exister. C'est ce que font les acteurs locaux lorsqu'ils expliquent, par exemple, que le développement des modes de transports actifs participe à la bonne santé des populations. On se situe ici dans une conception agissante et performative du discours selon laquelle « dire, c'est faire », pour reprendre la célèbre formule de John Austin. La production discursive caractérise donc la promotion de la santé dans la mesure où, pour reprendre la réflexion de Didier Fassin, elle se fait plus en se disant qu'elle ne se dit en se faisant (Fassin, 2000).

Bibliographie

AUSTIN John, *Quand dire c'est faire*, Éditions du Seuil, Paris, 1970

BERGERON Henri, « Nouvelle santé publique et individualisation », *Prospective jeunesse*,

Drogues-Santé-Prévention, n°59, 2011, p. 10-17

CHARVOLIN Florian, « La "mise en rapport" des pollutions et nuisances (1964-1967). Inscriptions, affaires publiques et changement d'échelle environnementale en France », in CRESAL, *Les Raisons de l'action publique. Entre expertise et débat*, Paris, L'Harmattan, 1993, p. 137-153

CLAVIER Carole, « Les élus locaux et la santé : des enjeux politiques territoriaux », *Sciences sociales et santé*, Vol. 27, n°2, juin 2009, p. 47-74

DUMOULIN Laurence, « L'expertise judiciaire dans la construction du jugement : de la ressource à la contrainte », *Droit et société*, n°44/45, 2000, p. 199-223

FASSIN Didier (dir.), *Les Figures urbaines de la santé publique. Enquête sur des expériences locales*, Paris, La Découverte, 1998, 272 pages

FASSIN Didier, « Comment faire de la santé avec des mots. Une rhétorique à l'œuvre », *Ruptures*, Vol. 7, n°1, 2000, p. 58-78

LASCOUMES Pierre, *L'Eco-pouvoir. Environnement et politiques*, Paris, La Découverte, 1994, p. 22-26

LASCOUMES Pierre, LE GALES Patrick (dir.), *Gouverner par les instruments*, Paris, Presses de Sciences Po, 2005, 370 pages

LE GOFF Erwan, « 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*, n°4, 2011, p. 158-177

SALEM Gérard, VAILLANT Zoé, *Atlas mondial de la santé. Quelles inégalités ? Quelle mondialisation ?*, Éditions Autrement, 2008, 80 pages