

Nicolas Duvoux  
Nadège Vezinat

---

# La santé sociale

la vie des  
idées.fr

puf

ISBN 978-2-13-083556-1  
ISSN 2265-5077

Dépôt légal – 1<sup>re</sup> édition : 2022, février  
© Presses Universitaires de France / Humensis – [lavedesidees.fr](http://lavedesidees.fr), 2022  
170 bis, boulevard du Montparnasse, 75014 Paris

## Table

Introduction De la médecine à la santé sociale, par <i>Nicolas Duvoux et Nadège Vezinat</i> .....	5
La médecine de ville en France : la grande transformation ?, par <i>Nicolas Da Silva et Maryse Gadreau</i> .....	29
La santé est-elle l'affaire des municipalités ?, par <i>Igor Martinache et Nadège Vezinat</i> .....	43
Quand les libéraux refondent la santé : l'expérience des maisons de santé pluriprofessionnelles, par <i>Nadège Vezinat</i> .....	59
Les Pass ou l'extension de l'assistance dans le système de santé, par <i>Mauricio Aranda et Nicolas Duvoux</i>	73
Quand la santé sociale devient politique. La raison communautaire de la Case de Santé de Toulouse, par <i>Jean-Charles Basson</i> .....	87
Bibliographie commentée.....	101
Les auteurs .....	105

## Quand la santé sociale devient politique La raison communautaire de la Case de Santé de Toulouse

*Jean-Charles Basson*

Face à l'accroissement continu des inégalités de santé, les expérimentations volontaristes de cristallisation sociale des questions de santé sont aujourd'hui nombreuses à se renouveler à travers le monde. Elles interviennent aux échelles locale, nationale, supranationale ou internationale et se développent, sous la forme publique ou privée, dans les espaces laissés vacants par le retrait de l'État social et de la puissance publique. S'opposant aux modèles dominants, elles « offrent une réponse aux dysfonctionnements liés à l'exercice libéral de la médecine<sup>1</sup> », visent la justice, prônent des formes d'émancipation et de mobilisation associant les personnes précaires à l'accession et à la défense de leurs droits, ainsi qu'à l'accroissement de leur autonomie, et mettent en œuvre des pratiques actives de participation. Nonobstant la variété des contextes institutionnels, politiques et sanitaires investis, ces formes alternatives de production de la santé dessinent, en France, le « renouveau [...] de la pratique de la médecine générale comme médecine sociale et de la médecine sociale comme critique sociale, [...] inspirée [notamment] du premier

---

1. Nadège Vezinat, « Les maisons et centres de santé comme « contre-conduite » pour corriger les inégalités sociales de santé... », art. cité.

centre de santé communautaire, celui de la Case de Santé à Toulouse<sup>1</sup> ».

Via la primauté accordée au centre toulousain (et, au-delà, au projet de fédération des différentes entités communautaires nationales), nous soutenons que l'extension du domaine sanitaire à l'ensemble de la question sociale fonde sa politisation. On sait, en effet, que, selon « un mécanisme de requalification des objectifs assignés à l'action : de sociaux, ou culturels, ou religieux [ou sanitaires], [...] ils deviennent politiques dans une sorte de reconversion – partielle ou totale – des finalités qui leur sont assignées, des effets qui en sont attendus et des justifications qu'on peut en donner<sup>2</sup> ». Que la santé constitue un « espace politique » est une affaire entendue : sa généalogie en a été dressée remarquablement<sup>3</sup>. Là où la dimension politique de la santé nous intéresse ici, c'est qu'elle donne lieu à des formes alternatives d'alimentation du processus général qui, le malmenant marginalement, entreprennent de le réformer magistralement. Dans ce but, se revendiquant du modèle québécois original (dont la référence demeure centrale alors que, sur ses terres, il se dilue dans les arcanes de la santé publique), des initiatives communautaires (re)jaillissent ici et là, sous des formes diverses<sup>4</sup>. À ce titre, la présentation de la raison communautaire de la Case de Santé (CdS) de Toulouse, soit la somme des axiomes et méthodes qui

1. Laure Pitti, « Le renouveau d'une utopie ? Lutter contre les inégalités sociales de santé en médecine générale : les métamorphoses de la médecine sociale dans les quartiers populaires en France, des années 1970 à aujourd'hui », *Revue française des affaires sociales*, 2021, n° 3, p. 307 et p. 312.

2. Jacques Lagroye, « Les processus de politisation », in Lagroye J. (dir.), *La Politisation*, Paris, Belin, 2003, p. 367.

3. Didier Fassin, *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*. Paris, Puf, 1996.

4. Didier Jourdan, Michel O'Neill, Sophie Dupéré, Jorge Stirling, « Quarante ans après, où en est la santé communautaire ? », *Santé publique*, 2012, vol. 24, p. 165-178.

fondent son régime de pensées et ordonnent son répertoire d'actions, constitue une tentative générale de définition de la santé communautaire dont les formes, principes, objectifs et activités sont en cours de déploiement<sup>1</sup>.

#### Une organisation professionnelle et militante

La CdS de Toulouse s'apparente à un laboratoire en santé communautaire emblématique du renouveau français en la matière<sup>2</sup>. Créée en 2006, conformément à une approche inspirée de la promotion de la santé entendue, selon la Charte d'Ottawa de 1986, comme « un état de bien-être physique, psychique et social » et promue par les centres locaux de services communautaires québécois et les maisons médicales belges, elle comprend un centre de santé de premier recours et un pôle santé-droits. Implantée dans le dernier quartier populaire du centre-ville, nourri de vagues d'immigrations successives et en cours de gentrification, elle se présente comme « une alternative allant à contre-courant du modèle traditionnel et biomédical de la médecine libérale ». Résolument communautaire, la CdS s'ancre dans une démarche expérimentale, inclusive, participative et émancipatrice, tant individuellement que collectivement. Prenant en compte l'ensemble des déterminants sociaux de la santé et fondée sur des principes interprofessionnels, pluridisciplinaires

---

1. Je remercie Nadège Vezinat et Nicolas Duvoux de me permettre de livrer ici la synthèse d'une partie des travaux réalisés sur la Case de Santé, en compagnie de Nadine Haschar-Noé et Laurence Boulaghaf, au sein de l'Institut fédératif d'études et de recherches interdisciplinaires santé société (Iferiss) de Toulouse.  
2. Nadine Haschar-Noé, Jean-Charles Basson, « Innovations en santé, dispositifs expérimentaux et changement social. Un renouvellement par le bas de l'action publique locale de santé. La Case de Santé de Toulouse (France) », *Innovations*, 2019, n° 60, p. 121-144.

et multifactoriels, l'association poursuit un objectif militant de changement social et politique dans le but d'améliorer la santé, et l'ensemble des conditions de vie, de ses usagers-patients.

Organisée sur le mode autogestionnaire, elle emploie, en 2021, vingt-sept personnes : cinq médecins généralistes, deux psychologues, une sage-femme, quatre assistants sociaux, six médiateurs, quatre « accueillants », une chargée de projet, trois « administratifs » et un agent d'entretien, rejoints par des stagiaires, des internes en médecine et des juristes bénévoles. Agréée par la préfecture et ayant conventionné avec l'assurance maladie, l'association est financée par l'Agence régionale de santé, le conseil départemental, la Caisse primaire d'assurance maladie et par des appels à projets auxquels elle postule régulièrement. Tissant un rapport de confiance reposant sur un accueil inconditionnel, une écoute bienveillante et des services gratuits, elle est fréquentée, en 2021, par 3 200 usagers qui se renseignent sur leurs droits en santé qu'ils entendent faire valoir ou viennent à un rendez-vous médical et social. 85 % d'entre eux connaissent des situations de vulnérabilité sociale, 90 % sont de nationalité étrangère et 75 % bénéficient de la protection universelle maladie, équivalente à la couverture maladie universelle, ou de l'aide médicale d'État. Opérant selon une conception fortement territorialisée, la CdS se positionne en tant qu'acteur majeur de son environnement direct.

#### Le territoire comme communauté

Si, en France, les affaires sanitaires relèvent traditionnellement de l'État et de l'assurance maladie, les acteurs centraux ne bénéficient plus de la propension exclusive à gérer ce domaine. En effet, l'action publique de santé

n'échappe pas au processus contemporain de territorialisation et de pluralisation. Les divers actes de décentralisation consacrent ainsi la capacité des villes<sup>1</sup>, des métropoles<sup>2</sup> et, plus généralement, de l'ensemble des collectivités locales, à agir en la matière (en associant les domaines de l'éducation, du sport, de l'action sociale, du logement, des transports, de l'urbanisme ou du développement durable), au nom de la légitimité territoriale à produire le bien commun<sup>3</sup>. Actuellement à l'œuvre, la recomposition de l'action publique locale de santé implique ainsi de nouveaux acteurs, publics comme privés, et de nouvelles formes et logiques de régulations ouvrant largement le spectre de la prévention, de la promotion de la santé et de l'offre de soins afin de construire les conditions favorables au bien-être et à la qualité de vie des personnes. De fait, une logique de discrimination territoriale, pourvoyeuse d'inégalités de santé, s'en trouve consacrée.

Soucieux de l'endiguer, le centre de santé communautaire participe de, et à, ce processus de diversification, en faisant du quartier l'échelle pertinente et le terrain adéquat de concrétisation de son projet à destination des populations désaffiliées, au cœur même de leur milieu d'existence. Ce cadrage territorial de la question sanitaire atteste la volonté de s'appuyer sur l'argument de la proximité, la prégnance des réseaux d'interconnaissances

---

1. Jean-Charles Basson, Marina Honta, « Se bien conduire dans une ville saine. La fabrication politique du gouvernement urbain de la santé de Toulouse », *Terrains & travaux*, 2018, n° 32, p. 129-153.

2. Marina Honta, Jean-Charles Basson, « La fabrique du gouvernement métropolitain de la santé. L'épreuve de la légitimation politique », *Gouvernement et action publique*, 2017, n° 2, p. 63-82.

3. Jean-Charles Basson, Nadine Haschar-Noé, Marina Honta, « Toulouse, une figure urbaine de la santé publique. À propos de l'action publique municipale de lutte contre les inégalités sociales de santé », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 2013, 61S2, p. 81-88.

et la force des liens sociaux afin de tenter de pallier les déficiences publiques, d'améliorer l'efficacité et la cohérence des dispositifs en place et, plus encore, d'en créer et développer de nouveaux, en tirant parti des capitalisations, mutualisation et mobilisation des ressources localement disponibles. À cette aune, le quartier vaut communauté. Définie et régénérée par l'ancrage territorial, la communauté de vie, d'identité, d'intérêt et de destin ainsi revendiquée est résolument ouverte à l'altérité et rompt, du même coup, avec une prétendue communauté d'origine plus ou moins ethnicisée, voire racialisée, grosse de tous les replis communautaristes craints par le modèle français d'intégration citoyen et républicain, par ailleurs largement défaillant. Dans le cas présent, la communauté concernée est marquée par le cumul des dominations, inégalités et discriminations diverses qui marquent durablement les parcours de vie précaires et souffrants. Telle est le trait caractéristique le plus partagé qui unit et rend solidaires les membres de la communauté de territoire en question.

#### Le rejet du gouvernement des conduites de santé pour principe

Si la territorialisation de l'action publique de santé est encouragée par l'État désargenté, l'emprise de la puissance centrale sur les corps n'en reste pas moins prégnante, trouvant dans des formes subtiles de contrôle de puissants leviers de codification des conduites individuelles. Les dispositifs de gouvernement à distance adossés aux politiques contractuelles et partenariales expliquent ainsi que les divers acteurs locaux éprouvent des difficultés à développer leurs propres modalités d'intervention, qui plus est lorsque les organisations qui

s'y emploient se réclament de la santé communautaire et s'exposent, de fait, à la récrimination publique. « 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 »<sup>1</sup> ne suppose donc pas de postuler l'inconstance du pouvoir central tant il en conserve tous les attributs, déléguant une partie de ses prérogatives, sans en perdre la maîtrise.

L'étude des acteurs de première ligne et des « publics » les plus nécessaires qui constituent « le bas » du gouvernement des populations opérant *via* le corps appréhendé comme support et vecteur de santé dévoile la série d'exercices d'objectivation et de discipline individuelle qu'il suppose et le travail sur soi auquel il contraint chaque sujet<sup>2</sup>. Toutefois, tous les corps ne sont pas affectés de la même façon par l'imposition d'incorporer les règles de la bienséance et de la précaution érigées en principes de vie si bien qu'une administration différenciée des conduites de santé se fait jour dans laquelle se trament de puissants rapports de domination. Ainsi, en s'adressant prioritairement aux personnes les plus vulnérables, cette gouvernementalité<sup>3</sup> corporelle est-elle socialement située et directement confrontée aux dispositions des « publics cibles » dont les inclinaisons sont régulièrement stigmatisées. Le corps même des sujets populaires fragilisés

1. Didier Fassin, Dominique Memmi (dir.), *Le gouvernement des corps*, Paris, Éditions de l'EHESS, 2004, p. 23-24.

2. 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. Introduction », *Terrains & travaux*, 2018, n° 32, p. 5-29.

3. Michel Foucault, « La gouvernementalité. Cours "Sécurité, Territoire, Population" du Collège de France », *Dits et écrits, III*, Paris, Gallimard, 1994, p. 635-657.

constitue, en effet, le terreau le plus fertile au déploiement normatif de l'action publique de santé. C'est à « 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 » que la santé communautaire entend s'attaquer<sup>1</sup>. Si les moyens sont infimes, l'ambition est considérable. La lutte contre la fabrique des inégalités sociales de santé en constitue la priorité<sup>2</sup>.

### La lutte contre la fabrique des inégalités sociales de santé pour chantier

Forme particulière d'inégalité sociale et réceptacle de toutes les inégalités sociales<sup>3</sup>, les inégalités sociales de santé constituent le chantier premier de la CdS<sup>4</sup> qui sait, ô combien, que « pour qu'une différence devienne inégalité, il faut que la privation de telle caractéristique, de telle ressource matérielle, de tel bien culturel, de tel savoir ou de tel service constitue un désavantage, un manque ou un handicap »<sup>5</sup>. Considérant que le processus général de fabrication des discriminations sociales en santé trouve les fondements et ferments de sa (re)production dans la structure de l'organisation sociale au sein de

1. Didier Fassin, Dominique Memmi, *Le gouvernement des corps*, op. cit., p. 20.

2. Jean-Charles Basson, Nadine Haschar-Noé, Marina Honta (dir.), « La fabrique des inégalités sociales de santé. Dossier », *Revue française des affaires sociales*, 2021, n° 3.

3. Nicolas Duvoux, *Les inégalités sociales*. Paris, Puf, 2021.

4. Jean-Charles Basson, Nadine Haschar-Noé, Thierry Lang, Fabien Maguin, Laurence Boulaghaf, « Recherche interventionnelle en santé des populations et lutte contre les inégalités sociales de santé : les partenariats « en train de se faire » de la Case de Santé de Toulouse, France », *Global Health Promotion*, 2021, vol. 28, Supp.1, p. 24-30.

5. Bernard Lahire, « Inégalités sociales et vie augmentée », *Revue française des affaires sociales*, 2021, n° 3, p. 37.

laquelle il opère, l'organisation communautaire entend contrarier les rapports sociaux qui président à sa construction. Les enjeux de pouvoirs, les processus de domination et le jeu complexe des distinctions, divisions et contradictions sociales qui permettent la pérennisation et l'accentuation des inégalités sociales de santé sont ainsi directement visés.

Aussi la CdS travaille-t-elle à porter au jour les mécanismes structurants, les conditions et dynamiques essentielles, les modalités et pratiques, les usages et conduites, les expériences et occasions qu'il s'agit d'entraver afin d'extraire ses usagers de la spirale disqualifiante du point de vue sanitaire, et au-delà. Les modes de socialisation à la santé sont ainsi scrutés et déconstruits afin de tenter d'établir en quoi l'incorporation des dispositions socialement acquises relatives aux rapports de classe, de race, de sexe, de genre, d'âge ou de génération (selon l'approche intersectionnelle) est marquée différenciellement par des effets de consolidation, cristallisation, rémanence et réactivation des inégalités de santé. De même, les cultures somatiques sont prises en compte afin de contrarier les logiques d'articulation et d'agencement dialectique des dispositions sociales et des dispositifs de santé, les unes et les autres allant se renforçant.

Car, aussi prégnants soient-ils, les processus d'incorporation des dispositions de santé sont sujets, au fil des parcours biographiques de chacun, à des mises à distance et des mises en sommeil, à des phases de latence et des bifurcations, à des reconversions et des ruptures<sup>1</sup>. Par-delà les puissants mécanismes de socialisation et d'imposition des conduites de santé, le centre communautaire

---

1. Bernard Lahire, *Portraits sociologiques. Dispositions et variations individuelles*, Paris, Nathan, 2002.

s'emploie ainsi à faire naître et fructifier un jeu riche et complexe d'appropriations différenciées et d'arrangements bricolés, d'accommodations négociées et de contournements timides, de détournements implicites et d'évitements manifestes, de sourdes résistances et de contestations larvées, voire de fermes rejets et de franches oppositions aux assignations en santé. Sous l'impulsion de la CdS, un certain nombre de comportements et initiatives diverses se proposent alors de « faire avec » la fabrique des inégalités sociales de santé, éventuellement sans celle-ci et, plus fondamentalement, contre cette dernière. Des formes, des modalités, des expressions plurielles et hétérogènes de socialisation en train de se faire se donnent ainsi à voir, tentent de jouer dans le dos des dominants assurant la construction des asymétries en santé et annoncent la fin de leur modèle de (re)production quasi mécanique. Pour y parvenir, la médiation par les pairs constitue sa ressource essentielle<sup>1</sup>.

#### La médiation par les pairs pour méthode

Selon la CdS, la médiation « offre une interface aux usagers dans leur relation au système de santé, dans l'objectif de faciliter l'accès aux soins et aux droits, d'améliorer la maîtrise des questions de santé et de les accompagner dans leur parcours en santé et dans la prise en compte de leurs besoins ». Dans ce but, elle recrute une femme et trois hommes selon la voie paire incluant d'anciens patients ou usagers « dont le profil se caractérise par un parcours de vie et un parcours de santé

---

1. Nadine Haschar-Noé, Jean-Charles Basson, « Devenir médiateur dans un centre de santé communautaire. Portraits de parcours des médiateur.trices pair.es de la Case de Santé de Toulouse », *Revue française des affaires sociales*, 2021, n° 3, p. 253-273.

ayant nourri des capacités à investir ce champ professionnel ». De fait, les socialisations incorporées par ces quatre personnes au cours des différentes périodes et selon les *turning points* que présentent leurs itinéraires leur permettent de se prévaloir d'un *ethos* de médiateurs pairs en santé communautaire. La restitution de leurs portraits configurationnels atteste les nombreuses ruptures biographiques subies au cours de trajectoires de vie affectées par une somme de déplacements et de déclassements<sup>1</sup>. Ils ont, en effet, traversé une série d'expériences traumatisantes, voire tragiques, pour eux-mêmes ou un proche, dans lesquelles le corps est en jeu : hospitalisations à répétition, apparitions de pathologies lourdes, émigrations forcées pour urgence sanitaire, conduites addictives mortifères, modes vie associant marginalité, situations à risque, vie à la rue, errance et clandestinité... Ainsi ont-ils enduré les formes diverses de la vulnérabilité sociale et les multiples entraves à l'accès aux soins, aux droits, au travail, à l'emploi et au logement. Ils témoignent, par ailleurs, de discriminations cumulées et décrivent des situations dramatiques comme autant d'obstacles à franchir, de ruptures à dépasser et de stigmates à retourner.

Parvenus, grâce à la CdS, à « se refaire », les médiateurs apprennent à combiner dispositions antérieures, expériences vécues de la domination et construction de nouvelles ressources afin « d'aider tous les autres ». Les heurts de leurs parcours constituent leurs premiers bagages. Ce que ces points de bifurcation impliquent

---

1. Bernard Lahire, *Tableaux de familles. Heurs et malheurs en milieux populaires*, Paris, Seuil/Gallimard, 2012 ; Jean-Charles Basson, « Jason. Attaquer la ligne », in Laurent Solini, Jean-Charles Basson, Jennifer Yeghicheyan (dir.), « D'une institution de prise en charge à l'autre. Une étude exploratoire des socialisations institutionnelles des mineurs sous main de justice », rapport pour le ministère de la Justice-Mission de recherche Droit et Justice, 2020, p.161-221.

d'aptitudes à dépasser les épreuves pour s'en nourrir, de propensions à la réflexivité, l'écoute bienveillante et l'empathie et de capacités à construire l'horizontalité des rapports avec les usagers de la CdS attestent leur légitimité à investir la fonction. Savoir composer avec la maladie, l'exil, la misère, la disqualification, la stigmatisation et la clandestinité et être à même de se débrouiller sans argent, travail, papiers, toit ou couverture sociale sont, en effet, valorisés. Il leur reste toutefois à endosser le statut professionnel et militant de médiateur pair en santé communautaire. Instance de socialisation tant professionnelle que politique, la CdS y pourvoit en les incluant au cœur de ses activités et réseaux pour leur inculquer les deux modalités, à ses yeux indissociables, de la médiation : une forme « relais » répondant au rôle d'intermédiaire entre populations vulnérables et agents publics ; une forme « critique » créant de nouveaux modes de régulation sociale remettant en question les institutions et leurs normes<sup>1</sup>. Leurs dispositions à l'engagement se trouvent ainsi concrétisées par la participation aux divers collectifs, manifestations, luttes et plaidoyers par lesquels ils acquièrent des capitaux militants et développent des formes de politisation de leur mobilisation en santé<sup>2</sup>. Opposée à l'« injonction à la neutralité de la médiation », la CdS ajoute ainsi à la posture de tiers impliquant l'« aller-vers » les publics, les institutions et les professionnels et le « faire avec » les personnes, le « être avec » et le « faire ensemble » pour, d'une part, « répondre au dysfonctionnement général du système de

---

1. Catherine Delcroix, « Cumul des crédits et action : l'exemple des médiatrices socioculturelles », *Hommes et migrations*, 2004, n° 1249, p. 10-23.  
2. Florent Champy, Liora Israël, « Professions et engagement public », *Sociétés contemporaines*, 2009, vol. 1, n° 73, p. 7-19.

santé » et, d'autre part, « contrebalancer le rapport existant entre les personnes accompagnées et les institutions ».

Soucieuse, au premier titre, de santé sociale, la Case de Santé de Toulouse compte parmi les expérimentations originales et singulières consistant à « faire [et refaire] de la santé publique<sup>1</sup> » (et, plus précisément, de la santé communautaire au cœur du régime républicain « à la française » en crise) qui se présentent comme autant de tentatives, diversement abouties, d'affranchissement tendanciel du processus général de production de la santé. Autorisant des formes graduées de conscientisation des dominations subies et des stratégies plus ou moins offensives de retournement des stigmates endossés, elles restent toutefois conditionnées aux dispositions, capitaux, ressources et appuis disponibles et effectivement mobilisables face aux puissantes contraintes matérielles, sociales et symboliques qu'imposent les mécanismes sociaux générateurs d'inégalités. Elles n'en contribuent pas moins à l'affirmation des signes tangibles des effets lents, progressifs et gradués de la formation d'une conscience collective susceptible de dépasser les intérêts particuliers et de comprendre les enjeux globaux. Se révèlent alors autant d'indicateurs de la portée non seulement civique et citoyenne, mais également proprement politique de la construction d'une démocratie en santé ouverte aux plus démunis et rendue d'autant plus urgente que la gestion publique du Covid-19 autorise un « style nouveau de totalisation » qui encadre les modes de vie et enrégimente les mœurs<sup>2</sup>.

1. Didier Fassin, *Faire de la santé publique*. Paris, Éditions de l'EHESS, 2008.  
2. Michel Foucault, *Naissance de la clinique*, Paris, Puf, « Quadrige », 2017, p. 52.

Jean-Charles BASSON, politiste, est directeur de l'Institut fédératif d'études et de recherches interdisciplinaires santé société (IFERISS, FED 4142) de l'université de Toulouse et membre du Centre d'épidémiologie et de recherche en santé des populations (CERPOP, UMR INSERM 1295), du CreSco, du LaSSP, du Haut conseil de la santé publique et de l'Union internationale pour la promotion de la santé et l'éducation. Ses travaux portent sur le gouvernement des populations dans les domaines de la santé publique, de l'ordre public, de l'espace public et de l'éducation.

# La santé sociale

*Cet ouvrage est coordonné par Nicolas Duvoux et Nadège Vezinat, professeurs de sociologie à l'université Paris 8 (CRESPPA), membres du projet « Travail, Santé, Social » (ANR-21-CE26-0017).*

*Ont contribué à cet ouvrage Mauricio Aranda, Jean-Charles Basson, Nicolas Da Silva, Nicolas Duvoux, Maryse Gadreau, Igor Martinache et Nadège Vezinat.*

---

La crise sanitaire a apporté la démonstration d'un lien entre santé, inégalités sociales et dynamiques ségrégatives. Une de ses principales leçons a en effet été la redécouverte de l'interdépendance des membres de la société mais aussi du fort cloisonnement des dimensions sociales et sanitaires dans la protection fournie par les institutions.

Face à ces constats, la santé publique connaît un regain d'intérêt et des expériences intégrant une dimension sociale se développent aux marges du système de santé. Cet ouvrage propose de comprendre comment passer de la médecine à la *santé sociale*. Cette dernière articule approches curative et préventive, populationnelle et individuelle ; elle associe le soin à l'ouverture de droits sociaux. Ce livre rassemble des réflexions sur des pratiques et des formes d'organisations mettant la santé au fondement de la solidarité.

ISBN : 978-2-13-083556-1



9 782130 835561

9,50 € TTC France

[www.laviedesidees.fr](http://www.laviedesidees.fr)  
[www.puf.com](http://www.puf.com)

Le Petit Atelier