

L'Atelier santé ville (ASV) est un dispositif de la politique de la ville, issu plus généralement du mouvement « La Santé pour tous en l'an 2000 » lancé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Généralisé en 2006 sur une grande partie des territoires alors catégorisés comme Zones urbaines sensibles (Zus), devenus depuis Quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV), il vise la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Porté localement par une municipalité ou une association, il assure en principe la « concertation » entre les différents acteurs locaux de santé (associations, professionnels, établissements, etc.), ainsi que la « participation active » des habitants dans la définition de leurs propres besoins en matière de santé⁵².

Le dispositif ASV a fait l'objet d'un avis élogieux de la commission mandatée par le Haut Conseil de la santé publique, mais aussi d'une mise en garde sur les « facteurs de fragilité » de ses postes de coordination, renvoyant à la « variété des employeurs », à la « faiblesse des rémunérations » et à « l'absence d'un référentiel de compétences spécifiques ». Une enquête collective (Enquête Méthodologie page suivante) nous a permis d'appréhender les spécificités des agents qui portent ce dispositif, de même que la variété de leurs activités. Parce que, dans leur grande majorité, ces postes sont particulièrement féminisés, il nous est apparu plus opportun de parler de coordinatrices ASV. Dans le cadre de leur mission, si ces dernières font face à une valorisation symbolique de leur tâche de la part des pouvoirs publics, le manque de moyens fragilise la pérennité du dispositif et accentue la précarité de leurs emplois. Comment ces « agents intermédiaires » (Belorgey, 2012) de la santé publique agissent-ils face à cette contradiction ?

Les coordinatrices, principales défenseuses de la « démarche ASV », fondée sur la participation et la logique ascendante de la remontée des besoins *via* les habitants, exportent bien souvent ces principes hors des frontières des QPV. En se centrant sur leur cas, ce chapitre propose de saisir une des modalités par laquelle des actrices dominées dans le domaine de la santé essayent de s'y faire une place : la constitution d'un collectif réunissant des agents aux mêmes caractéristiques. Ainsi, après avoir abordé les conditions précaires dans lesquelles elles travaillent, il s'agit de s'intéresser au processus de construction d'un « groupe professionnel »⁵³, organisé avec les moyens du bord. Plus lar-

⁵² Pour une généalogie de l'introduction du principe de « participation » dans le travail associatif et l'action publique en France (Bacqué et Sintomer, 2011).

⁵³ L'approche en termes de groupes professionnels – au lieu de « professions » – permet de saisir ceux-ci, « non comme des ensembles protégés, fermés ou codifiés, mais des processus évolutifs, vulnérables, ouverts, instables. » (Demazière et Gadéa 2009, p. 20)

gement, il est question d'analyser le paradoxe qui accompagne leur investissement dans des pratiques coopératives. D'un côté, à l'aide d'une démarche participative difficile à mettre en œuvre, les coordinatrices tentent de donner une place aux habitants des quartiers concernés ; de l'autre, elles sont elles-mêmes, tout comme ces publics précaires, en proie à la fragilité d'une entreprise de participation.

Méthodologie

Entre 2015 et 2018, nous avons mené une enquête sur les Ateliers santé ville (ASV) d'Île-de-France. Sur cette période, on comptait environ 68 ASV dans cette région^a. Nous avons effectué 30 entretiens (22 coordinatrices et 1 coordinateur ASV, ainsi que 4 membres des tutelles^b et 3 référents de réseaux professionnels^c), une demi-douzaine d'observations lors de journées de travail, tout comme une lecture de la littérature grise produite (rapports d'activité, appels à projet, bilans annuels, etc.). Les interviews avec les coordinatrices portaient aussi bien sur leur trajectoire sociale que sur les difficultés rencontrées lors de leur travail. Dans leur majorité, celles-ci sont issues des classes moyennes et diplômées Bac+5. Elles ont eu généralement au moins une expérience préalable dans l'humanitaire en tant que bénévoles ou salariées.

^a Rapport d'activité du Collectif santé ville Île-de-France, 2017.

^b Il s'agit d'un directeur de la santé d'une ville francilienne, d'un cadre de santé départementale de l'Agence régionale de santé (ARS), d'une responsable de la contractualisation territoriale de santé de l'ARS et, enfin, d'un responsable d'une préfecture.

^c Deux membres de la plateforme ASV et la chargée de développement du Collectif santé ville d'Île-de-France.

1. Conditions matérielles et sociales d'un dispositif précaire

1.1. Des conditions de travail précaires

Les coordinatrices composent avec les ressources ou les manques d'un territoire défini. L'exemple du contexte parisien montre que les zonages, les ressources et les moyens de fonctionnement impartis divergent d'un ASV à l'autre. Si les QPV ne sont pas de même densité ni de même superficie, un budget similaire (comprenant le poste, le diagnostic, les évaluations) est alloué aux sept ASV de la capitale, soit une somme d'environ 70 000€ financée par la ville de Paris et par l'État.

Or, ce montant s'avère insuffisant. Pour certains projets, les coordinatrices doivent chercher d'autres moyens de financement, notamment auprès de l'Agence régionale de santé (ARS). Elles répondent à des appels d'offre impliquant des actions fléchées. « *Généralement, explique une coordinatrice, ce qu'on fait c'est qu'on essaie de partir de nos priorités qu'on essaie de faire rentrer dans les cases des appels à projets* ».

Par ailleurs, faute de moyens matériels et humains suffisants, une des tâches principales des ASV se voit transformée : les « diagnostics partagés de santé ». Il s'agit *a priori* pour les agents de faire émerger, dans leur globalité, les besoins de santé propres aux QPV en sollicitant aussi bien les professionnels de santé que les habitants. Le cas relaté par la coordinatrice du XVIII^e arrondissement se rapproche de cet idéal :

« Dans le XVIII^e, le dernier diagnostic [fait en 2010] a été un gros travail de rencontres des professionnels sur eux, les observations qu'ils font, les besoins qu'ils constatent et aussi d'enquêtes auprès de 300 ou 400 habitants des différents quartiers par questionnaire. Ça a été un très gros travail [...]. Le questionnaire avait été construit dans le cadre d'un focus group avec des habitants. ».

Pourtant, il semble que les diagnostics globaux et les consultations d'habitants sont de moins en moins souvent accomplis. La nouvelle coordinatrice de l'ASV du XVIII^e, en poste depuis sept mois au moment de l'entretien, avoue qu'il lui serait impossible de réaliser un nouveau diagnostic global – dans cet arrondissement où la moitié de la superficie est considérée comme prioritaire. La charge est considérable, pour des emplois souvent précaires (Contrats à durée déterminée (CDD) ou contrats à partir de différentes enveloppes). Les coordinatrices essayent de déléguer ce travail à d'autres acteurs : équipes de développement local, associations de quartier ou stagiaires. Elles acceptent souvent d'accueillir en stage des étudiant-e-s en géographie de la santé ou en santé publique, à condition que ces derniers puissent réaliser des diagnostics

ciblés. En outre, les coordinatrices nous avouent consulter essentiellement les associatifs de terrain, considérés comme étant les mieux renseignés sur les besoins des habitants. En somme, celles-ci sont souvent obligées de « bricoler » avec diverses formes de financements, ainsi qu'avec les différents acteurs présents sur le territoire (Aranda et Froger-Lefebvre 2021).

1.2. Les tâches floues de la coordination

Les coordinatrices représentent un groupe professionnel intermédiaire (Cadet et Guitton, 2013), dont les agents censés l'incarner sont pris en étau entre des professionnels médicaux et des cadres administratifs de santé (ARS, Mairie). Le caractère nébuleux de ce type de dispositif lié à la décentralisation et au processus de territorialisation de l'action publique n'est pas nouveau. En effet, les analyses développées à partir du début des années 2000 autour de la mise en place du nouveau management public ont largement mis en avant un nouveau mode de fabrication de l'action publique davantage en proie aux contingences et aux incertitudes (Epstein, 2011).

Ainsi, le domaine de la santé publique, largement valorisé depuis les années 1990 et intégré au début des années 2000 aux référentiels des enjeux territoriaux, se caractérise avant tout par un « ensemble de tâches floues » (Mariette, 2017, p. 152). Il s'organise autour d'une diversité d'acteurs engagés dans la « promotion de la santé » et la « lutte contre la précarité », missions promues par les institutions nationales et régionales de santé.

Les activités des coordinatrices se déclinent autour de grandes thématiques supposées orienter leurs pratiques, comme celles « d'animation », de « participation » ou encore de « mise en réseau », qui reviennent dans leurs discours. Véritable outil au service des logiques de gestion et de simplification des politiques publiques, la mission de coordination se mêle plus largement aux thématiques de la « démocratie sanitaire » et de l'*empowerment* des populations cibles (Bacqué et Biewener, 2013).

Cependant, pour faire exister leurs actions, elles sont contraintes de porter plusieurs « casquettes » (ASV, Contrats locaux de santé – CLS, Contrats locaux de santé mentale – CLSM), représentant autant de canaux de financement, et assortis d'objectifs différents. Cela aboutit à la difficulté pour elles de définir clairement leurs actions. Les CLS et CLSM ont, par exemple, des thématiques de santé prédefinies au niveau régional, alors que les ASV se veulent guidés par des besoins déterminés avec les habitants de leur territoire. Ainsi, cette peine à définir leurs pratiques se manifeste lorsqu'il leur est demandé en

entretien de décrire leur journée type. La coordinatrice ASV du XIII^e arrondissement répond à la question :

« Euh...une journée type ça va être compliqué parce que ...euh...il y a aucune journée type, justement. Chaque journée est très différente. [...] Donc c'est vrai que c'est des missions assez variées et qui peuvent prendre des formes très, très variées. Donc, il n'y a pas de journée type [Rires] »

Cela s'est particulièrement illustré lors de la troisième journée régionale du Collectif santé ville d'Île-de-France de juin 2018 – réunissant des porteuses et porteurs ASV, CLS, CLSM – lorsqu'un débat initié par les intéressées a eu lieu sur la nécessité de changer le terme de « coordinateur ». Selon les participants, celui-ci ne rendrait compte ni des réalités du terrain ni de la diversité des situations de travail.

1.3. Désinvestissement politique et sentiment d'abandon

Un sentiment commun d'abandon vis-à-vis des institutions tutélaires (l'État *via* la politique de la ville et l'ARS d'Île-de-France) est partagé par les coordinatrices. Dans un contexte où le désengagement de l'État dans la gestion des inégalités sociales se voit critiqué (Tissot 2007), la mise en place de coordinations sur les quartiers défavorisés semble être aussi un moyen politique permettant de réduire les coûts de l'aide sociale. S'ils ont été encensés dans les années 2000, les ASV se trouvent relégués plus d'une décennie plus tard au dernier rang des priorités de l'agenda politique régional. Tout d'abord, du côté de la politique de la ville, on constate, à partir de 2015, une diminution du lancement de nouveaux ASV sur les territoires QPV franciliens. Si cela peut s'expliquer par un quadrillage déjà abouti, il est cependant opposable que certains en demeurent toujours dépourvus. De plus, le financement de ceux déjà existants a évolué de manière très progressive, avec une diminution de la part prise en charge par la politique de la ville. Alors que la transformation des ASV en CLS (ou la mise en commun des deux casquettes sur un seul poste) est supposée subvenir à leurs frais de fonctionnement, celle-ci permet surtout un allègement des frais supportés par cette politique.

Il en est de même pour l'ARS d'Île-de-France qui – outre un financement essentiellement par actions⁵⁴ – présente un désintérêt grandissant pour ses propres dispositifs. Soumise à des injonctions politiques venues d'en haut, cette Agence préfère miser depuis quelques années sur les CLSM, lui permet-

⁵⁴ L'ARS ne prend en charge ni le salaire ni les locaux ni les frais généraux de l'ASV.

tant d'intégrer à ses missions la « lutte contre la radicalisation des jeunes », priorité de l'agenda politique national (Bonelli et Carrié, 2018). Un agent de l'ARS nous annonçait en 2018 la fin graduelle des CLS et, dans le même mouvement, des ASV :

« Que ce soit la politique de la ville ou l'ARS, nous sommes très fortement impactés par les priorités de la politique nationale. Et Gérard Collomb [ministre de l'Intérieur] nous a fortement mis la pression encore dernièrement. »

Enfin, si l'ARS ne met plus à disposition les financements précédemment investis, il n'en demeure pas moins que le travail laborieux de centralisation des informations fourni par les coordinatrices, s'avère exploité par l'Agence. C'est le cas de l'annuaire réalisé dès 2016 par le Collectif santé ville Île-de-France. Jugé bien utile et mis à disposition gratuitement par le collectif, il est un des exemples marquants de l'invisibilisation du travail des coordinatrices.

Les multiples difficultés énumérées précédemment pourraient rendre improbable leur mobilisation collective. Pourtant, elles constituent, au contraire, les conditions d'émergence d'une cause commune (Avril, 2009). En effet, leur isolement, la fragilité de leur poste et la diversité de leurs « casquettes » représentent les conditions de possibilité d'un mécontentement collectif.

2. L'action collective comme révélateur d'un groupe professionnel en germe

2.1. Émergence du Collectif santé ville d'Île-de-France

Se réunissant de manière informelle depuis 2012, le Collectif santé ville d'Île-de-France devient une association (loi 1901) trois ans plus tard, le 18 mai 2015⁵⁵, à l'occasion d'une Assemblée générale constitutive réunissant de nombreuses coordinatrices. Il se donne pour objectif de mutualiser les connaissances sur les QPV, ainsi que de devenir un espace d'échange sur les outils de la coordination. Alors que sur sa période informelle il s'agissait de se concentrer sur les seules coordinations étiquetées ASV, le Collectif vise à regrouper les actrices ou acteurs pouvant être qualifiés d'agents intermédiaires de la santé, soit des référents CLS, CLSM et autres chargés de mission santé des différentes

⁵⁵ Depuis 2015, le Collectif santé ville d'Île-de-France est financé par l'Agence régionale de santé (ARS) et par la Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS), à hauteur de 10 000€ (montant reparti à égalité entre les deux financeurs).

villes de la région Île-de-France⁵⁶. Les coordinatrices se présentent désormais comme des agents attachés à la « démarche ASV » mais dont les postes peuvent avoir différentes dénominations. La formalisation du collectif en association a été réalisée – toujours de manière bénévole – par un noyau dur de quatre coordinatrices et un coordinateur (Encadré ci-dessous).

Propriétés du noyau dur du Collectif santé ville d'Île-de-France

Le sociologue Michel Joubert a mené une recherche-action commandée par les coordinatrices en 2014. L'une de ses préconisations a été la mise en association du Collectif informel. Cela a été fait principalement par cinq personnes. Ici, nous présentons deux trajectoires concises de deux membres du noyau dur ayant occupé les fonctions respectives de présidente et de trésorière. Caroline M.^a est née en 1976 à Paris de parents bouchers. Réalisant une maîtrise d'ethnologie (Bac+4), elle se lance dans la création d'une association à Bamako pendant ses études. Plus tard, elle reprend ses études en effectuant une licence professionnelle en « ingénierie de projets » au Conservatoire national des arts et métiers (Cnam) au cours de laquelle elle fait un stage dans un Atelier santé ville (ASV) du 93, avant de devenir coordinatrice dans ce même département. Margaux D. est née en 1988 à Évry d'un père cadre RATP et d'une mère assistante maternelle. Après une licence en biologie à Paris, elle se lance dans un master de santé publique à l'Isped/Bordeaux (Bac +5). Pendant ses études, elle est bénévole au Secours populaire auprès des jeunes. Elle a des expériences, d'abord en stage, puis en poste, dans les ASV des départements 91, 93 et 94. Suite à un non-renouvellement de poste de coordinatrice, elle obtient un emploi équivalent dans une autre ville en 2014.

^a Afin de garantir l'anonymat des enquêtées, leurs prénoms et initiales ont été modifiés.

La dimension « bénévole » ou « volontaire » (Simonet 2010) de leur participation se constate lorsque certaines coordinatrices racontent l'incompréhension de leurs hiérarchies (associatives ou municipales) face à leur inscription dans ce collectif. Ainsi, la coordinatrice ASV de Nanterre – rattachée à la direction de la santé de la ville – nous raconte :

⁵⁶ Selon les chiffres collectés par le Collectif santé ville d'Île-de-France lui-même, en 2017, le nombre de professionnels de ce type représente 142 postes en Ile-de-France, et 40 coordinatrices ont une double casquette.

« Après, bon, je vais vous parler de trucs hyper terre-à-terre mais, par exemple, moi je sors financièrement de ma poche pour aller sur Paris. Ça ne me dérange pas mais il y a d'autres collègues que ça va déranger... Il y a les histoires des ordres de missions, etc. Il y a des hiérarchies qui ne veulent pas tout simplement qu'elles intègrent les réflexions du Collectif [santé ville] Île-de-France parce qu'elles disent "ben non, tu bosses pour la commune, le reste on s'en balance". »

Le Collectif santé ville d’Île-de-France compte avec une seule salariée : une chargée de développement à mi-temps. Psychologue de formation (Bac +5), celle-ci rencontre le dispositif ASV lors d’un stage de fin d’études dans le cadre d’un deuxième master en ingénierie des dispositifs spécialisés à la personne. Embauchée par le Collectif, elle s’occupe de la mise en « réseau » et de la « gestion des projets ». Il s’agit pour elle d’appliquer la « démarche ASV » : « *L’objectif du Collectif, c’est de fonctionner un peu comme un ASV, avec et par le public qui est concerné* ». Pourtant, au cours de l’année 2018, l’ARS retire sa part de financement du budget du Collectif. La participation financière de l’Agence est fluctuante comme le donnent à entendre les coordinatrices interviewées. Tout se passe comme si la déconsidération des tutelles vis-à-vis des ASV était transmise également au groupement qui les représente.

2.2. La mise en commun d’un savoir-faire ou la fabrique des frontières d’un groupe professionnel

Outre le travail de revendication auprès des instances de financement, de mise en lien des coordinateurs et coordinatrices ou encore de visibilité des actions des ASV, le Collectif dispose de deux répertoires d’actions (Tilly, 1984) spécifiques. Tout d’abord, il centralise les données sur les réseaux de professionnels existants sur les territoires. Ce travail d’identification des différents acteurs est primordial pour faciliter l’action des coordinatrices, de même que pour faire apparaître, de manière concrète, leurs manques ou besoins. Ainsi, la chargée de développement met en place une carte interactive des différents postes de coordination en Île-de-France reliée à un annuaire précisant le rattachement et les coordonnées de chaque agent. Le Collectif dirige également la création d’outils permettant aux coordinatrices d’unifier leurs pratiques et clarifier les modes d’action permettant d’accomplir des tâches complexes, souvent restées indéterminées dans les fiches de poste.

Lors de notre participation, en juin 2018, à la troisième Journée régionale du Collectif santé ville d’Île-de-France, nous assistons à la présentation d’un nouvel outil : « La Boussole du coordinateur ». Numérisé, celui-ci propose de pallier le manque de formation des nouvelles coordinatrices ASV, CLS ou CLSM, souvent isolées sur leur territoire, en mettant à disposition un ensemble

de ressources (des procédures de réponse aux appels à projet, un glossaire des différents acronymes, un calendrier et un répertoire départemental des financeurs, etc.).

À l'occasion de cet événement, d'autres thématiques liées aux difficultés de leur mission apparaissent : la fluctuation des environnements de travail selon les territoires, la multiplicité des possibilités de financement ou encore la complexité du jargon institutionnel. Dans la boussole précitée, une section « méthode et outils » est aussi créée, montrant comment construire un projet, le suivre, l'évaluer ou encore de quelle manière rédiger des fiches « projets » ou « action ». L'intériorisation du vocabulaire du nouveau management public est flagrante avec l'idée d'outils mis à disposition des coordinatrices. Pourtant, plus qu'un travail de création de savoir-faire, c'est la tâche d'identifier leurs objectifs et de définir leur métier qui est au cœur du projet du Collectif, au travers de la mise en commun de la diversité des expériences. À partir de ce savoir expérientiel (Barbot, 2002), ces agents intermédiaires de la santé cherchent à mieux définir leur métier dans la lignée de la « santé communautaire »⁵⁷. Cette requalification de leur poste s'explique par les trajectoires de nombre d'entre elles, très engagées au sein du Collectif et ayant eu lors de leur parcours de formation ou professionnel une expérience dans l'humanitaire. La méthodologie du projet constitue en outre un point fort mis en avant par le Collectif. Celui-ci est aussi composé de personnes diplômées de l'ingénierie de projet en santé publique, formation pouvant les mener vers les métiers de l'administration publique.

2.3. Fédérer pour « exister » : vers la revendication d'un groupe professionnel

La création du Collectif santé ville d'Île-de-France incarne bien le processus dans lequel les coordinatrices se sont engagées pour s'octroyer des marges de manœuvre dans les interstices laissés par le flou de leurs missions et par les conditions matérielles précaires de leurs postes. S'agit-il pour autant de revendiquer l'institutionnalisation d'un groupe professionnel en tant que tel ? Malgré l'ambiguïté de leur fonction, la majorité de nos enquêtées revendique la coordination comme une activité à part entière, allant jusqu'à l'associer à un métier au regard des savoir-faire particuliers mobilisés. Dès lors, la

⁵⁷ La santé communautaire est un modèle d'action qui émerge dans le courant des années 1960 dans un contexte d'accélération des missions humanitaires menées au sein des pays en voie de développement. Le manque de moyens (financiers et institutionnels) amène à la mise en place de dispositifs participatifs, d'éducation sanitaire et d'*empowerment*. L'expression renvoie donc à un univers de sens où l'idée de participation est centrale. (Jourdan *et al.*, 2012).

nécessité de définir collectivement les actions et les compétences nécessaires semble être un objectif important pour les plus engagées⁵⁸. Le Collectif valorise les missions d'échanges et de partage d'information. Se met en place, en effet, un processus de socialisation (Darmon, 2010) des membres aux valeurs, aux outils, aux financements et à l'apprentissage d'un « langage commun ». Il apparaît ainsi que la création du Collectif formalise le groupe professionnel dont le statut, comme on l'a vu, demeure encore incertain. L'une des membres du bureau du Collectif nous confie :

« Pour moi, [le Collectif] c'est, ni plus, ni moins, le prolongement de nos missions. Le principe du réseau, c'est le principe de notre démarche et de notre travail. En fait, là où ils sont bien cons les employeurs, c'est que quand tu rencontres les coordinateurs dans d'autres villes, tu vas voler des idées, ni plus ni moins. On mutualise les moyens... enfin et tu ramènes ça sur ton territoire, c'est pas juste du bon temps, hein ! »

Comme dans l'ensemble des activités liées au travail volontaire – fondées sur la frontière poreuse entre engagement citoyen et travail gratuit (Zunigo et Maître, 2003 ; Hély et Simonet, 2013) – la lutte contre le *turnover* apparaît comme une priorité. Cela implique un travail collectif de gestion des nouveaux entrants ou encore la mise sur pied de formations aux compétences requises. Finalement, face à la précarité de ces actions collectives, la reconnaissance d'un nouveau groupe professionnel lié à la coordination en santé publique reste à ce jour incertaine.

* * *

Le dispositif ASV se trouve à la croisée de plusieurs paradoxes. D'un côté, si les coordinatrices intérieurisent les principes et les modes d'action du nouveau management public, elles se confrontent à une forme de vide institutionnel, les laissant livrées à elles-mêmes quant aux modes d'action à employer pour remplir leurs missions. De l'autre, malgré leur travail de recueil et de mise en commun de données qui sont ensuite utilisées par les institutions supposées les chapeauter, leurs pratiques se trouvent invisibilisées sans qu'elles puissent les valoriser, ni justifier de l'hétérogénéité de leurs activités. Face à ces contradictions, certaines d'entre elles choisissent de se mobiliser et de construire un savoir commun, fondé sur leurs multiples expériences, non seulement pour tenter d'uniformiser et de donner un sens à leurs tâches, mais également pour exister auprès des institutions et de leur hiérarchie en tant que groupe professionnel à part entière. Pour autant, ce constat ne doit pas laisser croire

⁵⁸ Voir le témoignage d'une actrice à l'origine du dispositif ASV (Mannoni 2005)

que leur démarche tend à se pérenniser. Le départ en 2018 de la chargée de développement du Collectif santé ville d'Île-de-France, faute de financements permettant d'assurer un poste à temps-plein, nous invite à mesurer la précarité des initiatives qui émanent des coordinatrices, ainsi qu'à prendre acte de la nécessité, pour elles, d'une reconnaissance institutionnelle – financière et symbolique. Ainsi, il apparaît que, face à la fragilité matérielle de leur poste, les coordinatrices réemploient un registre participatif au sein du Collectif, à l'image de leurs activités mises en place dans une perspective de réduction des inégalités sociales de santé auprès des publics des quartiers prioritaires.

En outre, le cas des coordinatrices intervenant dans le domaine de la santé publique donne à voir la fluctuation de l'intérêt des pouvoirs publics pour leurs propres dispositifs (notamment ceux chargés de gérer les interfaces entre diverses actions publiques), selon les problèmes publics (Gusfield, 2009) du moment. Il montre aussi que la possibilité d'exister comme groupe professionnel dépend de la reconnaissance d'une certaine « autonomie » (Becker 2009), soit de la part des tutelles institutionnelles (les cadres administratifs de santé), soit par d'autres groupes professionnels hiérarchiquement dominants (les médecins). ■

Bibliographie

- Aranda M., Froger-Lefebvre J.** (2021). « Bricoler avec les cartes de la santé. Injonctions contradictoires et ajustements chez les coordinatrices Atelier santé ville en île-de-France ». In Thomas Aguilera, Francesca Artioli, Lorenzo Barrault-Stella, Emmanuelle Hellier et Romain Pasquier (dir.), *Les cartes de l'action publique : pouvoirs, territoires, résistances*. Villeneuve d'Ascq : Presses universitaires du Septentrion, p. 215-234.
- Avril C.** (2009). « Une mobilisation collective dans l'aide à domicile à la lumière des pratiques et des relations de travail ». *Politix*, 86 (2), p. 97-118.
- Bacqué M.-H., Biewener C.** (2013). *L'empowerment : une pratique émancipatrice*. Paris : La Découverte.
- Bacqué M.-H., Sintomer Y.** (dir.) (2011). *La démocratie participative : histoire et généalogie*. Recherches. Paris : La Découverte.
- Barbot J.** (2002). *Les malades en mouvements : la médecine et la science à l'épreuve du sida*. Paris : Balland.
- Becker H. S.** (2009). « Préface ». In *Sociologie des groupes professionnels*. Paris : La Découverte, p. 9-12.
- Belorgey N.** (2012). « De l'hôpital à l'État : le regard ethnographique au chevet de l'action publique ». *Gouvernement et action publique*. 1(2), p.9-40.
- Bonelli L., Carrié F.** (2018). *La fabrique de la radicalité: une sociologie des jeunes djihadistes français*. Paris : Seuil.
- Cadet J.-P., Guittton C.** (dir.) (2013). *Les professions intermédiaires : des métiers d'interface au cœur de l'entreprise*. Paris : Armand Colin.
- Darmon M.** (2010). *La socialisation: domaines et approches*. Paris : A. Colin.
- Demazière D., Gadéa C.** (2009). « Introduction ». In *Sociologie des groupes professionnels*. Paris : La Découverte, p. 13-24.
- Epstein R.** (2011). « Politiques de la ville : bilan et (absence de) perspectives ». *Regards croisés sur l'économie*, 9 (1), p. 203-11.
- Gusfield J.** (2009). *La culture des problèmes publics. L'alcool au volant : la production d'un ordre symbolique*. Paris : Economica.
- Hély M., Simonet M.** (dir.) (2013). *Le travail associatif*. Nanterre : Presses universitaires de Paris Ouest.
- Jourdan D., O'Neill M., Dupéré S., Stirling J.** (2012). « Quarante ans après, où en est la santé communautaire ? ». *Santé Publique*, 24 (2), p. 165-78.
- Mannoni C.** (2005). « Le métier de coordonnateur de la démarche Atelier santé ville ». *Cahiers du DSU*, automne-hiver, p. 33-34.
- Mariette A.** (2017). « Des agents locaux aux prises avec une catégorie floue d'action publique. Enquête sur la "santé publique" dans une commune populaire de la banlieue parisienne ». *Lien social et politiques*, 78, p. 151-70.
- Simonet M.** (2010). *Le travail bénévole : engagement citoyen ou travail gratuit ?* Paris : La Dispute.

Tilly C. (1984). « Les origines du répertoire d'action collective contemporaine en France et en Grande-Bretagne ». *Vingtième siècle. Revue d'histoire*, 4 (1), p. 89-108.

Tissot S. (2007). *L'État et les quartiers : genèse d'une catégorie de l'action publique*. Paris : Seuil.

Zunigo X. (2003). *Volontaires chez Mère Teresa : auprès des plus pauvres d'entre les pauvres*. Paris : Belin.