



HAL
open science

La santé : du public à l'intime. Introduction

Anastasia Meidani, Emilie Legrand, Béatrice Jacques

► To cite this version:

Anastasia Meidani, Emilie Legrand, Béatrice Jacques. La santé : du public à l'intime. Introduction. Anastasia Meidani; Emilie Legrand; Béatrice Jacques (dir.). La santé : du public à l'intime, Presses de l'École des hautes études en santé publique, 2015, Recherche, santé, social, 978-2-8109-0336-8. hal-02129239

HAL Id: hal-02129239

<https://univ-tlse2.hal.science/hal-02129239>

Submitted on 14 May 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

La santé : du public à l'intime

Sous la direction de

Anastasia **Meidani**

Emilie **Legrand**

Béatrice **Jacques**

Liste des auteurs

ADHERA Nathalie, médecin généraliste ; Université Paris Descartes.

BLOY Géraldine, sociologue ; Maître de conférences en sociologie, Université de Bourgogne, LEDi, UMR CNRS 6307.

CLAEYS Cécilia, sociologue ; Maître de conférences en sociologie, Aix Marseille Université, Laboratoire Population Environnement et Développement (LPED), UMR 151-IRD.

DUFOUR Pierre, sociologue ; Post-Doctorant en sociologie, Université de Toulouse Jean Jaurès, LISST-CERS.

FILLION Emmanuelle, sociologue ; Maître de conférences en sociologie Maison des sciences sociales du handicap (MSSH : EHESP/CNSA), chercheuse associée au CERMES3.

FOURNIER Cécile, médecin de santé publique ; Doctorante en santé publique et sociologie ; Université Paris sud, Centre de recherche Médecine, sciences, santé, santé mentale, société (CERMES3), CNRS UMR 8211, INSERM U988, EHESS Paris Descartes.

GENDARME Sophie, chef de projet en santé publique ; CHU Nancy, Epidémiologie et Evaluation Cliniques, Pôle S2R.

JACQUES Béatrice, sociologue ; Maître de conférences en sociologie, Université de Bordeaux, Centre Emile Durkheim.

KIVITS Joëlle, sociologue ; Maître de conférences en sociologie, Université de Lorraine, Ecole de Santé Publique, EA 4360 Apemac.

KNOBÉ Sandrine, sociologue ; Ingénieure de recherche, Université de Strasbourg, Laboratoire Sport et Sciences Sociales (E3S, EA-1342)

LEGRAND Emilie, sociologue ; Maître de conférences en sociologie, Université du Havre, IDEES.

MEIDANI Anastasia, sociologue ; Maître de conférences en sociologie, Université de Toulouse Jean Jaurès, LISST-CERS.

MIEULET Élise, Doctorante en sociologie, Aix Marseille Université, Laboratoire Population Environnement et Développement (LPED), UMR 151 AMU-IRD.

RIGAL Laurent, médecin ; Maître de conférences de médecine générale, Université Paris Descartes, INSERM CESP 1018, Université Paris Sud, Ined.

TORNY Didier, sociologue ; Directeur de recherche, RiTME, INRA.

INTRODUCTION

*Anastasia Meidani,
Emilie Legrand, Béatrice Jacques*

Maîtresse incontestable de notre rapport au monde, la santé devient le lieu d'interrogations sociales. De quelle santé s'agit-il ? De celle que nous expérimentons lorsqu'au fond de notre lit, tisane et bouillote à l'appui, nous maudissons ce virus hivernal ou bien de celle discutée dans les campagnes de prévention promouvant qui la vaccination, qui le dépistage du cancer ? Au fond, qu'est-ce qui distingue ces deux façons de questionner notre rapport à la santé ? Une simple approche par l'individuel, par le collectif ? N'y a-t-il pas un intérêt à questionner au plus près, ce qui se joue dans l'articulation public, privé ?

Elaboré comme un essai sociologique résolument empirique, cet ouvrage vise à rappeler, à l'épreuve des terrains les plus divers, que les expériences de la santé, de la maladie, de la vieillesse et du handicap se constituent à l'intersession de la sphère privée et de la sphère publique. De ce point de vue, l'objet sociologique dont il est question ici, prend un tout autre relief. Qu'il s'agisse du cancer, du grand âge, du handicap, d'e-santé, de la dengue, du devenir judiciaire de problèmes de santé ou des pratiques préventives à propos du diabète, chacune des contributions de cet ouvrage montre combien l'articulation privé/public ouvre la voie à une intelligibilité pertinente des phénomènes sociaux qui opèrent dans le champ de la santé. Invitant le sociologue à porter son regard sur ce qui s'échange et circule entre la sphère privée et la sphère publique de la santé, l'ouvrage appelle ainsi à un changement de focales sociologiques (Chaniel, 2008).

La valeur heuristique de l'articulation privé/public de la santé

La santé a depuis longtemps en France un statut mixte : affaire privée autant qu'affaire publique, notamment depuis le développement de l'hygiénisme au 19^{ème} siècle. De même, la porosité des frontières entre la sphère publique et la sphère privée n'est pas une réalité récente. Il semble même qu'aujourd'hui ces deux sphères soient difficilement dissociables et de plus en plus imbriquées. Nous y reviendrons. La santé publique est devenue une institution majeure, elle dé-privatise les actes et les préoccupations de santé. Mais cette hypothèse est-elle explorée à partir d'enquêtes concrètes ? Se décline-t-elle de la même manière selon les terrains investis ? Quelles tensions l'animent ? Quels enjeux la délimitent ?

Alors que les études sociologiques en matière de santé se sont abondamment répandues depuis les années 1970, contribuant progressivement à fonder ce champ de recherches en France (Carricaburu, Ménoret, 2006 ; Herzlich, Pierret, 2010), les essais de cette sociologie visant à explorer les questions de la santé du point de vue de l'articulation privé/public la prennent rarement comme point d'entrée, même si elle apparaît ici ou là comme toile de fond des propos. Avec cet ouvrage, consécutif à une journée d'étude organisée par le RT19 de l'Association Française de Sociologie¹ (et le

¹ L'appel à communication a été rédigé collectivement par le bureau du RT19, « Santé, médecine, maladie et handicap », pour la journée d'étude du 23 octobre 2012, intitulée : « La santé aujourd'hui : affaire privée, affaire publique ? ». Durant la période 2011/2013, les membres du bureau étaient : B. Jacques, E. Legrand, A. Meidani, B. Eyraud, J-S. Eideliman, L. Demailly, L. Pourtau et E. Zolesio.

réseau des jeunes chercheurs santé et société), nous souhaitons engager une réflexion et contribuer à une compréhension des débats actuels autour des questions de santé qui se trouvent à la lisière de ces deux sphères. Ainsi en en faisant le point de départ de leur réflexion, les auteurs adoptent une posture originale et inédite.

Ce livre a donc pour ambition d'explorer les multiples facettes d'une telle approche, ses contradictions, les constructions de compromis auxquelles elle donne lieu. Il s'agira en particulier de décrire et analyser les déplacements des frontières entre les pratiques de santé considérées comme publiques et les pratiques considérées comme privées, ainsi que les tensions politiques entre approche publique et approche privée du soin. Plus concrètement cet ouvrage part du principe suivant : dès leur naissance jusqu'à leur mort, les individus sont régulièrement confrontés à des expériences de santé et des institutions sanitaires qui orientent leurs représentations sociales de la maladie, la vision de leur propre corps et même leur perception du monde. Si la santé fait toujours société, force est de constater que le rapport à la santé quitte le registre strictement privé, intime et confidentiel, pour être publicisé et advenir comme lieu d'interrogations sociales. Le présent ouvrage se propose alors d'analyser les enjeux de cette dynamique dans ses configurations sociétales contemporaines, tout en questionnant le déplacement du curseur dans la gestion des affaires de santé et les modalités de gouvernementalité des conduites qui les sous-tendent.

Si nous pouvons attester d'une certaine extension de la sphère publique de la santé et de son espace d'action qui affecterait la sphère de l'intime, la montée des normes de performance, le devoir d'entretenir son capital-santé, ou encore le mouvement de responsabilisation individuelle des conduites de santé qui vise à dédouaner l'Etat de ses propres responsabilités, tendent aussi à configurer les préoccupations publiques ; alors que, par ailleurs, aucun de ces deux mouvements ne pourrait être qualifié comme autonome ou irrévocable. La sphère publique et privée de la santé ne constituent pas deux univers en soi, clos et unidimensionnels, et leur constitution progressive n'a rien de stable ou d'univoque. Loin d'une opposition catégorielle entre ces deux sphères, il s'agira pour nous de réfléchir l'espace de leur intersection et les mutations en cours, au-delà des juxtapositions dichotomiques non-opérantes. En effet, si leur coprésence peut être envisagée à l'intérieur d'une même question de santé, c'est surtout leur articulation poreuse et mouvante qui interpelle. Pour étudier cette dynamique et les mouvements de (dé-)publicisation des affaires de santé qui en résultent, il convient d'examiner les moyens par lesquels se réalise cette connexion entre l'intime et le public.

Certes la santé publique médiatisée par des dispositifs biopolitiques étend la légitimité de son paradigme et ses vocations disciplinaires, rappelant l'ambition moralisatrice de cette tentative de régulation de conduites privées. Il s'agit là d'une tentative de contrôle qui vise à maintenir l'ordre social et qui aboutit à une certaine standardisation des conduites de santé, une publicisation des parcours de soins et des usages « privés » des corps. Mais cette emprise publique sur les pratiques de santé individuelles n'est pas sans activer de résistances. Les entreprises privées s'opposent à ces instruments normatifs qui cherchent à paramétrer l'intime relativisant le caractère hégémonique des institutions sanitaires. Ainsi, de la sphère privée émane un agencement sociopolitique de l'univers de santé qui favorise la production de pratiques, de logiques, de normes et de valeurs sanitaires, qui finissent non seulement par réguler les relations de soins mais, aussi, encadrer les rapports sociaux qui œuvrent dans le champ de la santé. Et c'est à la sociologie de se demander ce qui favorise ce double processus et les mutations de l'espace sociopolitique de la santé qui en résultent.

Au sein de ce processus, l'ordonnement de l'espace privé selon les normes institutionnelles présuppose la reconnaissance de la légitimité de ses références normatives par les acteurs privés. Il en est de même pour l'ordonnement de l'espace public selon les normes profanes qui présuppose la reconnaissance de l'altérité par les acteurs publics. En conséquence, seule une reconnaissance mutuelle de la légitimité des normes de ces deux sphères, publique et privée, de la santé permettrait de lever les tensions qui traversent l'espace de leur intersection. Toutefois, un déséquilibre demeure : l'arène institutionnelle bénéficie d'une reconnaissance bien plus aboutie que la sphère privée et tend à contraindre l'expression individuelle et les tentatives des acteurs privés de négocier leur normalité sociale. Sous l'autorité professionnelle, les individus ont plutôt l'impression que leur expérience de santé et leur travail de soins se trouvent jugés, contrôlés, dirigés, surveillés, bref normés.

Une asymétrie existe alors entre les attentes institutionnelles, en conformité avec les normes de la sphère publique, et les acteurs privés, qui eux, parfois, cherchent à tenir la distance. C'est dans l'espace privé que l'individu tend à compenser par la mise à distance des recommandations sanitaires, de sa maladie ou du circuit de soins qui lui est proposé. Ainsi, les auteurs mettent en lumière les tensions qui sont au cœur de cette articulation public/privé et les régulations qui prennent place tant dans les organisations domestiques que dans les organisations de soins professionnels. En effet, l'ensemble des contributions dévoile la complexité des articulations qui opèrent entre individu, institutions de santé et sphère familiale.

Ainsi, l'ouvrage révèle aussi bien les manières dont les sociétés s'emparent des questions de santé, que celles dont les acteurs s'engagent dans des pratiques qui façonnent des dispositifs institutionnalisés. Ici, parler de l'articulation privé/public, c'est parler d'une expérience de santé qui restitue le malade dans son environnement personnel, familial, socioprofessionnel, culturel, etc., en prenant en compte les politiques sanitaires de prévention et de soins qui la traversent. De la sorte, le présent ouvrage montre combien les dimensions publiques et privées sont interdépendantes en matière de santé et s'influencent réciproquement.

La réflexion dont il est question ici suppose donc une orientation analytique articulée autour d'une double échelle d'analyse : macro et micro-sociologique. Le premier niveau fait appel à un climat social, idéologique, et politique qui s'appuie sur un cadre législatif, un ordre institutionnel et professionnel, bref, à un espace public. Quant au niveau micro-sociologique, il relève de l'espace privé. Il renvoie aux modalités de l'action individuelle au quotidien et interroge les mécanismes décisionnels des acteurs impliqués dans l'univers de la santé.

Du privé au public, du public au privé

La santé n'est jamais seulement pleinement la nôtre. Elle prend sens et s'auto-construit par les défis collectifs qui lui sont donnés et auxquels elle est sommée de répondre. Inscrite dans un vaste système normatif, symbolique et institutionnel dont les mécanismes sociaux méritent d'être décrits, la santé n'existe pas en soi.

Le système de santé français est marqué par la « légitimité *a priori* du corps médical à dire le sain et le malsain » (Drulhe *et al.*, 2011 : 11).). Pour le dire avec M. Lorient « la maladie est une affaire de traitement médical dont la qualité ne pourrait être garantie que par une médecine » (2002 : 10). Toutefois, ce système de santé interroge.

Par exemple, s'il a pu être jugé par l'OMS comme le meilleur du monde en 2001 et que cette représentation est encore souvent présente dans le discours commun, c'est aussi celui où les inégalités sociales de santé sont parmi les plus fortes en Europe. Autre exemple : en dépit de politiques publiques incitatives, le déploiement d'une véritable démocratie sanitaire dans laquelle le patient citoyen fait valoir ses droits est interrogée, etc. (Drulhe *et al.*, 2011 ; Schweyer, 2014). Ces failles, que nous ne faisons qu'effleurer, questionnent l'adéquation du système de santé aux attentes des citoyens et ouvrent une brèche pour penser la manière dont le privé s'immisce dans le public et inversement.

Dans un travail récent, M. Calvez (2014) soulignait que les approches sociologiques de l'univers de la santé ont tendance à se focaliser sur l'ordre institutionnel de soins professionnels en délaissant les espaces ordinaires de soins. Pour le dire autrement, cette méconnaissance de la sphère privée tend à mettre en avant la manière dont l'interface privée/publique engage le travail des professionnels (à titre individuel ou collectif dans l'univers des soins) laissant dans l'ombre l'espace ordinaire de la santé. Allant à l'encontre de ce constat, les configurations observées dans le cadre de cet ouvrage permettent d'analyser les normes et les valeurs en vigueur dans le monde ordinaire situées plus ou moins à proximité, ou à distance, de celles du monde professionnel. En effet, l'articulation privé/public permet de penser la production de la santé sous des configurations hybrides et de croiser les problématiques du monde institutionnel et du monde ordinaire. L'étude de cette articulation ne se contente pas de s'inscrire dans une de ces sphères de la santé. Elle s'appuie sur des conventions entre les différents acteurs qui règlementent l'exercice de leur pouvoir. La porosité de cette interface facilite la circulation des acteurs et de leurs savoirs, participant de la sorte à la recomposition des frontières entre expertise profane et expertise professionnelle et soutenant l'élaboration de compromis.

Mais comment expliquer cette imbrication croissante ? La coprésence d'états pathologiques et de déficiences fonctionnelles ainsi que les défaillances et les insuffisances de l'offre institutionnelle déplacent une part accrue de soins dans la sphère privée. Plus concrètement, les limites de l'intervention professionnelle, la fragmentation de lieux de soins, les modalités organisationnelles des dispositifs socio-sanitaires et des services d'aide, au même titre que la complexification des situations des soins, la coprésence d'une multitude de professionnels, ou encore le récent virage familialiste des politiques publiques déterminent les formes de connexion, plus au moins sclérosées, entre la sphère publique et la sphère privée de la santé. La sphère privée se présente alors comme une sortie de secours possible. Le public appelle ainsi au privé et consolide une sorte de perméabilité entre les deux sphères.

En somme, les contributions considérées dans le cadre de cet ouvrage montrent que l'articulation de la sphère privée et de la sphère publique ne se fait pas dans un mouvement univoque, mais bien dans un double sens. Du privé au public certes ; mais cette santé publique, pour se déployer, doit souvent s'accommoder et s'ajuster aux « contraintes » du privé, voire dans certains cas se « personnaliser ». Ainsi, le privé s'enchâsse dans le public, jusqu'à parfois générer un ajustement des messages de santé publique diffusés. Nous avons choisi de montrer d'une part, que nous assistons à un mouvement de « dé-privatisation » de la santé (première partie) et, d'autre part, à une individualisation ou personnalisation de la santé publique, ce qui revient à dire qu'il y a bien du privé dans le public (seconde partie).

Vers un mouvement de dé-privatisation de la santé

La première partie de l'ouvrage s'intéresse au mouvement de dé-privatisation de la santé, à ses ressorts, ses enjeux, ses limites. Ce faisant, elle porte moins sur la façon dont se construisent les problèmes publics (Gilbert, Henry, 2009 ; Fillion, 2009), à l'exemple des travaux de certains politistes (Henry, 2007 ; Jouzel, 2013), qu'à la manière dont les patients exposent sur la place publique leurs problèmes de santé pour, selon les cas, obtenir une reconnaissance de leurs maux (Fillion et Torny, chapitre 1), acquérir une place dans l'espace social (Dufour, chapitre 3), conquérir des droits (Knobé, chapitre 4), prétendre à une prise en charge institutionnelle (Meidani, chapitre 2)... Chacune des contributions, à sa manière, met en évidence la configuration d'un modèle de citoyen inédit, corollaire indispensable au mouvement de dé-privatisation. Actif, autonome, susceptible d'avoir un avis sur sa maladie, son handicap, son vieillissement et/ou son traitement, désireux de participer au processus décisionnel, cet acteur mobilise des savoirs de forme et de statut divers, ancrés sur le partage d'expériences plurielles, parfois en concurrence avec le savoir médical.

Ce processus de dé-privatisation peut prendre appui sur des voies diverses telles les médias, comme l'ont révélé les récentes affaires du Mediator® ou des Prothèses mammaires PIP, ou dans leur sillage les blogs internet (Dufour, chapitre 3). Le droit et le devenir judiciaire d'affaires privées de santé constituent aussi une voie possible à ce processus de publicisation (Fillion et Torny, chapitre 1). Mais la reconnaissance de problèmes de santé épouse dans certains cas d'autres mouvements de dé-privatisation, à l'image de celui impulsé par le processus de médicalisation de l'existence (Meidani, chapitre 2) ou encore à l'exemple des structures associatives de patients (Knobé, chapitre 4). Les contributions présentées dans la première partie, sans prétendre à l'exhaustivité, permettront d'explorer quelques-unes des voies de collectivisation suivies.

Indépendamment du chemin emprunté ou du cas de figure illustré, un dénominateur commun demeure : par-delà la diversité des scènes explorées, cette publicisation de la santé privée contribue à conférer une visibilité, voire une légitimité, sociale et/ou scientifique, à un problème de santé obéré lorsqu'il est confiné à l'espace privé, tout en mettant en relief les stratégies déployées par les acteurs pour déjouer les risques de disqualification d'eux-mêmes et de leur expérience. Les travaux permettent ainsi d'analyser la place et le devenir des expériences de santé rendues publiques et la légitimité des pouvoirs attribués aux savoirs experts et profanes. Tout se passe comme si par cette dé-privatisation, le dommage de santé, présent certes pour soi, venait exister aussi pour autrui (la science, la société, la justice) espérant ainsi obtenir reconnaissance voire réparation.

Toutefois, ce passage du privé au public ne va pas de soi et peut être l'objet de restrictions dont les raisons tiennent d'ailleurs, nous semble-t-il, aux conditions de sa réalisation. En effet, nous venons d'établir qu'un tel mouvement s'appuyait sur un modèle d'usager acteur, de citoyen actif, autonome, éclairé. Or, les travaux sur la démocratie sanitaire ont bien montré les limites de sa réalisation (Schweyer, 2014), en particulier parce qu'elle « reste soumise aux rapports sociaux et aux inégalités de ressources contingentes » (Pennec, Le Borgne-Uguen, Douguet, 2014 : 8). Par ailleurs, ce mouvement de publicisation de la santé privée s'appuie sur le dévoilement, sur les scènes médiatique, sociale et/ou juridique, d'histoires intimes souvent dramatiques pour soi-même et ses proches, que d'aucuns préfèrent préserver pour soi et laisser

derrière soi une fois la période « aigue » (bien que souvent longue) dépassée. En outre, s'inscrire dans une démarche collective nécessite de penser la réparation en ces termes, c'est-à-dire avant tout pour ce collectif. Or beaucoup continuent légitimement de chercher d'abord des solutions pour eux-mêmes et secondairement pour le collectif. En somme, s'inscrire dans un tel mouvement suppose de dépasser son histoire singulière, ses normes et valeurs de référence au profit de revendications plus universelles mais parfois très éloignées des premières, mettant alors à l'épreuve les frontières du soi.

Du privé dans le public

La deuxième partie de l'ouvrage montre que si la santé peut clairement relever de la sphère publique, sinon de la santé publique, elle ne s'auto-suffit pas pour autant et doit alors emprunter au privé. Elle se transforme à l'aune des spécificités individuelles, culturelles (Fournier, chapitre 6) et du groupe (y compris dans les corps professionnels), quitte à modifier un peu ses messages et ses ambitions pour espérer bénéficier d'un minimum de réceptivité (Kivits et Gendarme, chapitre 8). Tout message de prévention qui ne fait pas ce travail d'adaptation au public sera d'une part, mal reçu et, d'autre part, malgré tout retravaillé par la population cible (Mieulet et Claeys, chapitre 5). Les individus, quelque-soit leur groupe d'appartenance, s'approprient l'information en répondant parfois globalement au programme de santé publique, le plus souvent en détournant ou en contournant le message pour le rendre plus intelligible avec les pratiques privées. Pour Habermas (1962), si la sphère publique surplombe la sphère privée, il n'empêche que le privé peut et parfois est contraint d'être révélé (Fournier, chapitre 6) sous des formes qui doivent être malgré tout contrôlées (Kivits et Gendarme, chapitre 8). Ainsi ces contributions nous permettent de penser que l'on assiste à une forme de politisation de l'intime. Malgré la diversité des pratiques du privé, l'expérience commune d'une action publique tend à harmoniser les discours et les pratiques d'(in)observance du groupe visé. « La société civile et la sphère privée (...) sont traversées par des réseaux informels qui permettent aux citoyens de débattre de leurs problèmes et des solutions à apporter, fabriquant ainsi une opinion publique au sens fort du terme : une opinion fondée en raison et soumise au principe d'universalisation des intérêts. Les échanges privés précèdent et préparent un débat public structuré. La société civile devient une instance d'évaluation de l'action de l'Etat et de ses insuffisances » (Blanc, Causer, 2005).

Plus largement, cette partie interroge le fonctionnement du système social de santé. On y voit des praticiens qui bricolent avec les recommandations qui leur sont faites devant articuler valeurs et logiques professionnelles et attentes de l'Etat (Bloy *et al.*, chapitre 7; Fournier, chapitre 6) et des usagers qui, face à des procédés de normalisation des comportements individuels, peuvent s'engager dans des pratiques de contestation notamment en dénonçant un désengagement de l'Etat (Mieulet et Claeys, chapitre 5). Le privé a cette capacité à renvoyer vers le public des affaires de santé. L'ensemble des textes montre par ailleurs que le système de protection sociale français, focalisé sur l'accès aux soins, envisage la santé sous le spectre du traitement de la maladie, réservant à la prévention une place périphérique et peu prestigieuse. Elle demeure en effet le parent pauvre du système de santé français tandis que les autres dépenses sanitaires ne cessent de croître (Loriol, 2002).

Les analyses proposées dans cet ouvrage rendent compte des modalités d'articulation entre la sphère publique et la sphère privée de la santé sensiblement variées selon les espaces et les temporalités étudiés. L'étude des expériences des

individus malades, âgés ou en situation de handicap, ainsi que de leurs proches, engagés dans des temps et des espaces de production de la santé diversifiés donne à voir, dans une perspective étendue, des articulations complexes avec les acteurs institutionnels, les professionnels de santé, les dispositifs de soin, les droits des usagers et les régimes de protections sociales. Les questionnements sociologiques considèrent la diversité de ces expériences au regard de différents états de santé et de maladie pour mieux rendre compte des évolutions en cours dans cette articulation public/privé.

Interrogeant tantôt les cadres sociaux de l'organisation de la santé et les acteurs chargés de leur mise en œuvre tantôt les acteurs de la sphère privée, cette articulation de la sphère publique à la sphère privée de la santé advient comme le socle de la démocratie sanitaire. Conditionné par des rapports sociaux inégalitaires, le périmètre de l'interface privé/public et sa concrétisation renvoient à des ressources contingentes, ressources propres aux contextes organisationnels, à leur ancrage territorial, aux individus et à leur entourage (Schweyer, 2014).

Nous remercions les auteurs qui se sont risqués à expliquer les phénomènes étudiés en cherchant à rendre intelligibles et dés-imbriquer ces questions complexes qui traversent l'univers de la santé. Leurs contributions circonscrivent des pistes explicatives et ouvrent la voie à des formes d'action interventionniste, intersectorielle.

Cet ouvrage s'adresse ainsi à tous : étudiants, chercheurs, professionnels de santé, usagers... Chacun pourra y puiser des éléments pour enrichir la réflexion à un niveau théorique aussi bien que pratique.

Références bibliographiques

- Blanc M., Causer J-Y. (2005), « Privé-public : quelles frontières ? », *Revue des Sciences Sociales*, 2005, n° 33, p. 8-11.
- Carricaburu D., Ménoret M. (2006), *Sociologie de la santé : institutions, professions, maladies*, Paris, Armand Colin, (2nd édition).
- Chaniel P. (2008), *La société vue du don. Manuel de sociologie anti-utilitariste appliquée*, Paris, La Découverte « TAP/Bibliothèque du MAUSS ».
- Calvez M. (2014), « La négociation du soin et la situation de maladie. Questions pour la sociologie médicale », in Pennec S., Le Borgne-Uguen F., Douguet F. (dir.), *Les négociations du soin. Les professionnels, les malades et leurs proches*, Rennes, PUR, pp. 41-50.
- Drulhe M., Sicot F. (dir.) (2011), *Santé à cœur ouvert. Sociologie du bien-être, de la maladie et du soin*, Toulouse, PUM.
- Fillion E. (2009), *A l'épreuve du sang contaminé. Pour une sociologie des affaires médicales*, Paris, EHESS.
- Gilbert C., Henry E. (2009), *Comment se construisent les problèmes de santé publique?*, Paris, La découverte.
- Habermas J. (1962), *L'espace public : archéologie de la publicité comme dimension constitutive de la société bourgeoise*, Paris, Payot.
- Henry E. (2007), *Amiante, un scandale improbable. Sociologie d'un problème public*, Rennes, PUR.

- Herzlich C., Pierret J. (2010), « Au croisement de plusieurs mondes : la constitution de la sociologie de la santé en France (1950-1985) », *Revue française de sociologie*, vol. 51, n°1, p. 121-148.
- Jouzel J-N. (2013), *Des toxiques invisibles. Sociologie d'une affaire sanitaire oubliée*, Paris, EHESS.
- Loriol M. (2002), *L'impossible politique de santé publique en France*, Toulouse, ERES.
- Pennec S., Le Borgne-Uguen F., Douguet F. (2014), « Introduction. Des négociations en santé : entre souhait de développement et maintien des tensions », in Pennec S., Le Borgne-Uguen F. et Douguet F. (dir.), *Les négociations du soin. Les professionnels, les malades et leurs proches*, Rennes, PUR, p. 7-25.
- Schweyer F-X. (2014), « Le soin négocié, la participation des usagers et l'action publique », in Pennec S., Le Borgne-Uguen F. et Douguet F. (dir.), *Les négociations du soin. Les professionnels, les malades et leurs proches*, Rennes, PUR, p. 27-40.

