

Introduction

Marcel CALVEZ

Le territoire vient à nouveau irriguer les approches politiques de la santé et l'analyse de ses déterminants après que, sous l'influence de la révolution pastoriennne, la fabrication de la santé a été appréhendée essentiellement en termes de lutte contre les microbes et les germes. Certes, le rôle du territoire a été présent depuis la fin du XVII^e siècle au travers des courants de l'hygiénisme et de la médecine sociale, dès les enquêtes de Vicq d'Azyr en 1774 sur les épidémies et le climat (Meyer, 1966 ; 1969) ou celles de Villermé en 1834 sur la mortalité différentielle du choléra dans les quartiers de Paris (Le Mée, 1998 ; Herzlich et Pierret, 2010). Mais, en dehors des politiques d'aménagement urbain des années 1930, il n'a que rarement été considéré comme une composante de la fabrication de la santé des populations (Frioux, 2013).

Les récentes lois relatives à la santé font du territoire une composante des politiques publiques de santé. Ainsi, dans le prolongement de la carte sanitaire de 1970, la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST), à laquelle plusieurs contributions de cet ouvrage font référence, engage une organisation territoriale de l'offre de soins et fixe aux agences régionales de santé des objectifs d'animation territoriale. La loi de modernisation de notre système de santé de 2015 prolonge et affirme cette approche territoriale, en se centrant sur l'organisation de soins de proximité. Elle institue un service territorial de santé au public (STSP) pour organiser la coordination des parcours de soins complexes et réguler en particulier l'offre de prévention et les soins de proximité. Elle met également en place des dispositifs territoriaux d'appui aux professions de santé. Comme dans la loi précédente, le territoire est conçu comme un espace d'organisation administrative sous l'autorité des agences régionales de santé qui ont pour mission d'établir un plan régional de santé et de le coordonner. Le territoire socio-sanitaire est construit en termes de réseaux de soins et de proximité des services de base pour les populations.

La nouvelle loi de santé ouvre vers une autre acception du territoire comme environnement de vie ou de travail des populations susceptible d'affecter leur santé. Selon les termes de présentation du projet de loi au Parlement, il s'agit dans ce cadre de « permettre à nos concitoyens de vivre dans un milieu de vie sécurisé ». Certes, cette disposition répond directement à la construction de l'amiante (Henry, 2007), mais aussi de la pollution atmosphérique (Boutaric

et Lascoumes, 2008) comme des problèmes de santé publique. En mettant en avant la notion de milieu de vie sécurisé dans un contexte où les préoccupations pour les cancers et les produits cancérigènes se développent et conduisent à des mobilisations sociales, elle institue le territoire en objet de politiques publiques appelées à organiser la qualité de l'environnement de vie des populations en fonction de l'évaluation des risques sanitaires.

Cet ouvrage, qui résulte d'un colloque organisé par la Maison des sciences de l'homme de Bretagne et la MSH Ange-Guépin à Nantes, en collaboration avec la revue *Place publique*, aborde les relations entre la santé et les territoires dans cette acception large, depuis le territoire tel qu'il peut être défini par l'administration de la santé en termes de proximité, de densité médicale et d'organisation des parcours de soins jusqu'au territoire vécu qui constitue l'environnement de vie des populations et qui, à ce titre, affecte leur santé. Ce colloque a eu pour objectif d'engager une approche de ces questions avec un public de chercheurs, de professionnels de la santé et de militants concernés par ces questions. L'ouvrage rassemble les principales contributions présentées à cette occasion¹. Il part de l'idée que les relations entre la santé et le territoire deviennent des enjeux majeurs de régulation sociale et politique qui s'expriment au travers de différentes préoccupations dans l'espace public. Ces préoccupations sont abordées de façon séparée, mais l'argument de l'approche mise en œuvre dans cet ouvrage est qu'elles procèdent d'une même matrice relative aux ressources que le territoire procure pour la fabrication de la santé de ceux qui l'habitent.

Le plus souvent, les relations entre la santé et le territoire sont abordées dans le débat public au travers de questions comme la fermeture d'hôpitaux de proximité ou la difficulté d'assurer le maintien d'une présence médicale. Il se développe ainsi une représentation de territoires délaissés par les services de santé, en particulier dans les zones éloignées des pôles urbains. Cette représentation prend appui sur un contexte où le vieillissement de la population génère des demandes de services médicaux de proximité dans la prise en charge des maladies chroniques ou des pathologies dégénératives. Les préoccupations relatives aux services de santé traduisent alors les perceptions d'une dégradation des territoires sanitaires. Une autre émergence publique des relations entre la santé et le territoire s'exprime en termes de dégradation de l'environnement et de développement de menaces pour la santé des populations dans leurs lieux de vie ou de travail. Ces préoccupations croissent dans un contexte où le droit à la santé et à un environnement sain devient une revendication collective dans un contexte culturel marqué par des inquiétudes quant à l'environnement et à la société appréhendées en termes de risques (Beck, 2001). Les populations qui s'estiment menacées en appellent à la puissance publique pour assurer leur protection et leur garantir un environnement de vie ou de travail préservé de menaces sanitaires. Bien que formulées à partir de lieux d'énonciation différents et bien que distinctes dans

1. Un dossier de la revue *Place publique* a été réalisé en amont du colloque avec des contributions complémentaires. Voir *Place publique* (édition de Rennes), n° 20, novembre-décembre 2012 : « Égalité face à la santé ? Toujours pas ! » (p. 5-65).

l'espace public, ces deux préoccupations sont portées par un discours commun relatif à la dégradation de l'environnement des populations, qu'il soit environnement de vie ou environnement de soin. Ce discours multiforme est développé par l'intermédiaire d'arguments relatifs à la santé, à son absence de prise en charge par les professionnels ou à l'absence de régulation et de contrôle des nuisances par la puissance publique. Il concerne le territoire vécu par les populations.

Remis en perspective dans le long terme, ce discours peut paraître paradoxal. Les données sur l'espérance de vie des populations et sur les conditions sanitaires indiquent une amélioration globale de la santé des populations qui a contribué à réduire les inégalités de santé, même si elles demeurent importantes (Leclerc *et al.*, 2008). Mais cette approche est globale et ne prend pas en compte la singularité des territoires de vie dans lesquels les questions de santé peuvent contribuer à alimenter le sentiment d'une déprise lorsque, par exemple, une maternité de proximité ferme, que le renouvellement des médecins généralistes de proximité peine à se faire, que de surcroît la population vieillit et que, corrélativement, le nombre de cancers augmente, ce qui oblige les personnes malades à se déplacer vers des centres de traitement situés en milieu urbain souvent éloignés du domicile. Ces données de l'expérience locale n'invalident pas les données relatives à l'amélioration globale de la santé à l'échelle de la population française et réciproquement ; simplement les questions ne sont pas appréhendées à la même échelle. La prise en compte des territoires vécus permet de différencier ces données et d'introduire les contextes locaux, comme le montre le chapitre sur le dépistage du cancer du sein à Gonesse, et de se placer dans les cadres d'expérience des populations.

Les relations entre la santé et les territoires sont plus complexes que ce qu'un discours public relatif à la dégradation des conditions de vie ou des conditions de prise en charge peut exprimer. Toutefois, l'analyse de cette complexité se heurte à des obstacles. La mise en danger de la santé par un environnement dégradé ou par une absence de services de santé ressortit en effet à un registre argumentatif qui mobilise des questions de vie, de maladie et de mort, c'est-à-dire ce qui fait l'essence même de la condition humaine, et qui ne favorise pas un abord raisonné des relations entre la santé et les territoires. Une approche de ces relations doit faire appel à des éléments de connaissance diversifiés, remettant les problèmes perçus de dégradation des services ou de l'environnement dans un contexte plus général qui ne résume pas au territoire vécu par des populations, mais qui intègre non seulement leur expérience y compris dans ses dimensions subjectives, mais aussi les ressources que recèle le territoire pour la fabrication de la santé (les services de santé, mais aussi la qualité de l'environnement), et la façon dont elles sont articulées.

En prenant pour objet les relations entre la santé et les territoires, cet ouvrage adopte une posture distanciée à l'égard des approches en termes de dégradation pour chercher à qualifier différentes dimensions de ces relations, à en montrer les correspondances, les imbrications d'échelles et de domaines, pour s'interroger sur les outils disponibles pour en rendre compte. Cette approche distanciée ne signifie

pas que les problèmes d'accès aux soins n'existent pas dans certains territoires, bien au contraire ; mais, loin d'une approche univoque, ces problèmes peuvent être abordés suivants différents angles, par exemple en intégrant la question des mobilités, ce qui permet de rompre avec une approche statique du territoire qui suppose la proximité immédiate des services. Cette lecture multiple permet d'appréhender les situations à problème, comme on pourra le voir en ce qui concerne la périnatalité. De la même façon, la mise en contexte des préoccupations relatives à la dégradation de l'environnement de vie ne remet pas en cause la réalité de l'existence de pathologies à partir desquelles des populations argumentent cette dégradation, mais elle cherche à s'interroger sur les conditions qui favorisent ces préoccupations comme deux des chapitres l'abordent à partir de plaintes de santé environnementale, l'un en relation avec les transformations des modes de vie et l'autre dans la relation des plaignants au pouvoir politique.

L'approche développée dans cet ouvrage repose sur des définitions larges de la santé et des territoires qui ne se réduisent ni aux maladies, ni aux nuisances. L'Organisation mondiale de la santé, lors de sa constitution en 1946, a adopté une définition de la santé comme « un état complet de bien-être physique, mental et social qui ne consiste pas simplement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Cette définition implique de considérer l'ensemble des éléments matériels, sociaux et culturels qui peuvent contribuer au bien-être des populations, lequel renvoie à des dimensions objectives, mais aussi vécues. Il ne s'agit donc pas simplement de considérer le système de santé dont l'objet d'exercice concerne essentiellement les maladies qu'il s'efforce de combattre ou de gérer, comme dans le cas de maladies chroniques.

Si les maladies et les infirmités peuvent s'appréhender dans un registre médical, le bien-être excède très largement ce secteur professionnel mais ne bénéficie pas d'une définition claire ou consensuelle. Les travaux sur les déterminants sociaux de la santé et sur les inégalités de santé permettent toutefois d'approcher le bien-être avec des données robustes (Marmot et Wilkinson, 2006). Même s'ils partent de données relatives aux maladies (qui sont les données accessibles pour la recherche), ils n'en restent pas à des facteurs de risques individuels (les conduites de santé, les situations d'exposition), ou à des marqueurs biologiques (la pression sanguine, le cholestérol) qui peuvent indiquer certains aspects de santé, mais ils les analysent en considérant qu'ils incorporent des circonstances sociales qui affectent la santé au travers des comportements des individus, mais aussi des lieux de vie et des ressources qu'ils leur procurent. Ainsi, Marmot et ses collègues ont établi une relation de causalité entre la distribution des maladies coronariennes et l'organisation du travail (Marmot *et al.*, 2006). Ces circonstances sociales ont un ancrage territorial, tout comme les conditions matérielles de vie (comme la qualité de l'air ou de la nourriture, la présence des pesticides) qui sont en relation étroite avec les circonstances sociales.

Un territoire n'est pas réductible à un fragment de lieu ou une portion de terre, mais il engage des emprises sociales ou politiques qui l'organisent et agencent les flux de pouvoir et de pratiques qui le caractérisent. Il est également

un ensemble de ressources spatialisées qui sont appropriées par les populations qui lui donnent du sens en consonance ou en dissonance avec leurs modes de vie, leurs trajectoires biographiques, leurs activités. Un territoire de santé désigne une organisation administrative ou politique spatialisée des dispositifs de prise en charge de la maladie ou des parcours de soins et des professions médicales à partir d'une caractérisation des besoins sanitaires des populations. Mais il ne résume pas à lui seul les relations entre les territoires et la santé. Le territoire intéressant les questions de santé concerne également la qualité de l'air, l'environnement bâti, l'accessibilité à une alimentation plus ou moins variée. Ce ne sont pas simplement des problèmes d'échelles qui permettent de distinguer la région socio-sanitaire ou le territoire de soins de proximité du territoire des risques relatifs à la pollution atmosphérique ; ce sont aussi des modalités de traitement des questions de santé et de qualité de vie. Les territoires impliqués par les questions de santé renvoient également aux espaces vécus par les populations qui les habitent, aux valeurs qu'elles leurs attribuent, au sens qu'elles leur donnent, aux réseaux qu'elles tissent et qui font des lieux qu'elles occupent un territoire de vie constitutif de leur bien-être.

L'analyse des relations entre la santé et le territoire est confrontée à des problèmes d'interprétation que MacIntyre et Ellaway discutent à partir des variations de morbidité et de mortalité entre territoires. Selon elles, « ces différences peuvent résulter de différences entre les types de populations qui vivent dans ces territoires (une explication compositionnelle) ou de différences entre les territoires (une explication contextuelle) » (MacIntyre et Ellaway, 2003 : 24). Ainsi, les inégalités de santé dans les territoires peuvent procéder de la combinaison entre une ségrégation spatiale et une stratification sociale : les catégories populaires développant plus certaines pathologies et ayant une espérance de vie moindre, on devrait retrouver ces pathologies et cette moindre espérance de vie dans les quartiers populaires ; c'est là un effet de composition. Les inégalités peuvent également procéder d'éléments matériels et sociaux caractérisant le territoire de vie : ainsi, les lieux dans lesquels les catégories populaires se retrouvent peuvent avoir des caractéristiques (système de transport, alimentation, espaces verts, exposition à des produits toxiques...) qui ont des effets néfastes sur la santé des habitants ; c'est là un effet de contexte. De surcroît, si ces populations s'estiment assignées à un territoire et ressentent des injustices flagrantes par rapport à d'autres groupes de populations, ces expériences collectives peuvent avoir des effets négatifs sur leur santé. C'est en prenant ces différents niveaux de détermination qu'il est possible d'analyser les relations entre un territoire et la santé de ceux qui y résident, comme le montre l'analyse du *Glasgow effect* qui désigne le fait que, à Glasgow, les populations vivant dans les quartiers les plus défavorisés ont une espérance de vie de 12 ans inférieurs à celle des habitants des quartiers les plus riches (Walsh *et al.*, 2013).

Les recherches sur les déterminants et les inégalités de santé ont souligné le rôle de la cohésion sociale dans la fabrication de la santé des populations (Wilkinson, 1996 ; Berkman et Kawachi, 2000 ; Marmot et Wilkinson, 2006).

Si la cohésion sociale est analysée dans une perspective issue des analyses du suicide développées par Emile Durkheim (Berkman et Glass, 2000 ; Berkman *et al.*, 2000), c'est-à-dire en considérant l'étendue et la nature de la solidarité entre individus, elle peut également être approchée au travers des attributions réciproques de confiance entre les individus (Marmot, 2004). Les arguments majeurs pour expliquer la relation entre la cohésion sociale et la production de la santé concernent le développement d'un sentiment de sécurité collective et l'existence de garanties collectives de protection des personnes qui leur procurent des capacités à se projeter dans le long terme et à organiser ou maîtriser leur vie. L'existence d'un support social procédant de cette cohésion leur permet ainsi de contrôler les situations de stress, génératrices de problèmes de santé et, de façon plus générale, de constituer leur santé comme un bien qui peut être valorisé, dans la mesure en particulier où d'autres incertitudes sont réduites ou contrôlées (Stansfield, 2006). La cohésion sociale se manifeste également par des pratiques de contrôle social des comportements des individus et en particulier des comportements susceptibles d'altérer la santé. C'est ainsi que l'on parvient à expliquer que des individus socialement isolés qui vivent dans des groupes marqués par une cohésion sociale n'ont pas les mêmes conséquences néfastes en termes de santé que ceux qui vivent dans des communautés marquées par une moindre cohésion sociale (Seeman *et al.*, 1993). Le niveau de fiabilité de l'environnement social des personnes apparaît donc comme une variable centrale pour expliquer les états de santé des populations.

Le rôle de l'environnement social dans la fabrication de la santé a été analysé par Kawachi et Berkman (2000) en termes de capital social, dans l'acception que Putnam (1993, 2000) en donne, à savoir les modalités d'organisation sociale comme la confiance, les normes et les réseaux qui peuvent améliorer l'efficacité de la société en facilitant les actions coordonnées entre individus. Contrairement aux approches de Bourdieu chez qui le capital social est un ensemble de ressources dont un individu ou d'un groupe dispose ou bénéficie de la probabilité de disposer, le capital social ainsi défini est extérieur aux individus, « le produit de relations sociales et non pas le résultat de l'investissement conscient des individus dans une structure sociale » (Kawachi et Berkman, 2000 : 177). Il se compose de ressources de divers ordres, matérielles, économiques, sociales, culturelles ou politiques que les individus ou les groupes peuvent mobiliser ou sur lesquelles ils peuvent compter pour organiser leurs conditions de vie. Comme ce capital est un bien commun, son appropriation privative est limitée. Kawachi et Berkman soulignent l'intérêt de ces approches pour rendre compte des états de santé des populations. Ils l'expliquent en indiquant que le capital social peut influencer les comportements favorables à la santé par l'intermédiaire des relations de proximité, qu'il peut également avoir un rôle déterminant dans la facilitation de l'accès aux services de santé. Enfin de façon plus générale, en fournissant aux individus des supports sociaux pour développer une estime de soi et une confiance dans l'environnement social, il crée des conditions favorables à la santé.

Le capital social bénéficie un ancrage spatial et peut être utilisé pour caractériser un territoire de vie ou de travail (Sampson, 2003). Cette approche offre ainsi une ligne directrice pour analyser l'effet des territoires dans la fabrication de la santé. Prenant en compte les dimensions sociales et institutionnelles de la vie collective, les services de santé comme les réseaux sociaux qui en favorisent les usages, les modalités de la cohésion et du contrôle social, une approche en termes de capital social ne minimise pas l'importance de l'environnement physique, ni des conditions matérielles de vie dans la production de la santé, mais elle les inclut comme des composantes du capital social dans un territoire au même titre que la présence de services de santé ou d'autres aménités. Cette vision large du capital social inscrit dans un territoire est en particulier promue par Macintyre et Ellaway (2003) qui, à partir des études qu'elles ont menées à Glasgow depuis 1987, suggèrent plusieurs composantes des territoires vécus par les populations susceptibles d'affecter la santé : les caractéristiques physiques de l'environnement partagé par tous les résidents d'un lieu (par exemple la qualité de l'air et de l'eau), le bénéfice d'environnements sains dans les lieux de résidence, de travail et de loisirs, les services fournis pour aider les populations dans leur vie quotidienne (par exemple l'éducation, le transport, le nettoyage des rues, l'éclairage...), les caractéristiques socioculturelles du lieu (les dimensions politiques, économiques et le degré d'intégration sociale) et enfin la réputation du territoire pour les populations qui y résident aussi bien que pour les fournisseurs de services et les investisseurs. Dans leur diversité, ces composantes permettent de caractériser un territoire dont les habitants s'approprient le capital social en fonction des ressources dont ils disposent en vue de produire, de façon intentionnelle ou au travers de leurs modes de vie, leur santé.

C'est ainsi une approche large des territoires dans leur relation à la santé que cet ouvrage entend aborder en privilégiant deux entrées complémentaires, et non exclusives, du capital social. Une première entrée porte sur l'organisation des soins de proximité, ce qui permet de discuter du rôle de la puissance publique et des professions dans la construction d'un capital social identifiable par l'offre de soins dans un territoire. Une seconde entrée s'intéresse à la qualité de l'environnement, dans ses dimensions objectivables aussi bien que perçues ; elle porte ainsi sur le territoire vécu par les populations, le sens et la valeur qu'elles lui donnent et qui trament les dimensions symboliques du capital d'un territoire.

La première partie de l'ouvrage prend pour objet l'organisation territoriale de l'offre de soins qui fournit des ressources mobilisables par les usagers du système de santé. La constitution de ce capital social, ses enjeux territoriaux, ses contraintes institutionnelles et les stratégies de différents acteurs professionnels sont abordés à partir de différents points de vue et échelles d'analyse. Dans une vision large, en prenant en contrepoint l'organisation territoriale de la santé au Québec, Sébastien Fleuret questionne les échelles territoriales à partir desquelles la santé est abordée en France. Il insiste en particulier sur l'absence de réseau territorial de première ligne et s'interroge sur l'organisation des territoires de santé. Pierre Bertrand, dans le chapitre suivant, présente l'abord de la question

des territoires socio-sanitaires par l'agence régionale de santé de Bretagne en caractérisant le contexte et les enjeux de coordination des parcours de soins au bénéfice des usagers tels qu'ils sont appréhendés par cette agence. La coordination des parcours de soins repose en particulier sur une offre de soins de proximité dont le maintien suppose de renouveler le cadre de l'exercice libéral de la médecine de ville qui montre ses limites du point de vue des professionnels de santé, avec la transformation démographique du recrutement médical, et du point de vue des patients qui peuvent être confrontés à des difficultés d'accès aux soins. François-Xavier Schweyer élargit la question de l'offre coordonnée de soins en questionnant le modèle professionnel médical actuel et en montrant que les réponses qui peuvent lui être apportées dépendent d'une régulation macrosociale et non d'une approche strictement locale. En complément, dans le chapitre suivant, Romain Marié présente les principales mesures réglementaires récentes en vue d'améliorer la répartition de l'offre de soins de proximité, à savoir l'installation ou le maintien des médecins et l'évolution des conditions d'exercice dans le cadre des maisons de santé, dont il discute de la pertinence. Le chapitre d'Anne Chantal Hardy vient alors éclairer l'ensemble des discussions précédentes à partir d'une entrée spécialisée, la prise en charge de proximité en périnatalité, en développant une approche des déterminants et des logiques d'usage de l'offre de soins et en croisant les pratiques des professionnels et des usagers, ce qui permet de connaître les territoires vécus du soin et leurs déterminants. En comparant plus particulièrement l'implantation des sages-femmes libérales en Alsace et en Bretagne, Florence Douguet et Alain Vilbrod mettent en évidence la recomposition des activités et des spécialisations paramédicales qui s'opère dans la prise en charge de proximité en périnatalité, mais aussi les tensions qui caractérisent un secteur en réorganisation. Ils montrent aussi que l'installation professionnelle n'obéit pas uniquement à des critères relatifs à l'offre de soins, mais qu'elle intègre différents éléments d'appréciation du territoire et qu'elle s'inscrit dans les trajectoires biographiques de ces professionnelles. Ce sont aussi les territoires d'usage qui sont considérés dans le chapitre suivant de Zoé Vaillant, de ses collègues et des étudiants avec qui ils ont travaillé pour le plan local de santé de Gonesse. Il montre comment le dépistage du cancer du sein à Gonesse n'est pas simplement tributaire de la quantité d'offre de soins, mais qu'il est aussi dépendant des ressources du territoire comme l'accessibilité ou les transports qui doivent alors pouvoir s'appréhender à l'échelle du territoire vécu par les habitants. Dans ce cadre territorial, une approche en termes de capital social peut trouver son sens et déboucher sur des diagnostics locaux de santé.

La seconde partie de cet ouvrage aborde le territoire vécu et investi de significations par ceux qui les utilisent à partir des menaces sanitaires qu'il recèle. À partir d'une réflexion sur les différentes échelles et composantes d'un territoire ancrée dans une expertise sur les questions de pollution atmosphérique, Isabelle Roussel s'intéresse aux différentes acceptions des territoires des risques sanitaires dans lesquels les questions de santé environnementale et les questions d'inégalités de santé peuvent être abordées. Un des problèmes majeurs lorsque l'on aborde

la question de la santé environnementale concerne la capacité à caractériser les relations entre des nuisances et des pathologies. Rémy Demillac présente ici les intérêts et les limites des méthodes épidémiologiques qui sont utilisées pour connaître les menaces sanitaires à l'échelle d'une population vivant dans un territoire donné, voire celles qui sont liées aux caractéristiques de ces territoires. L'un des intérêts de sa contribution est de montrer les limites de la connaissance épidémiologique, ce qui a pour conséquence que les décisions relatives à des nuisances sanitaires ne peuvent pas s'appuyer sur des connaissances certaines, lesquelles peuvent être contestées, mais qu'elles engagent des débats sur les manières de vivre. C'est là aussi que le capital social d'un territoire, dans sa dimension de réputation ou de qualité de vie, peut être mobilisé par les acteurs pour faire valoir leurs préoccupations quant à ces nuisances. Si l'épidémiologie permet de caractériser quelques composantes d'un problème de santé dans un territoire, d'autres méthodes associant les populations à partir de leur expérience peuvent permettre d'instruire les questions posées par les nuisances dans l'environnement de travail ou dans l'environnement de vie. Le chapitre de Véronique Daubas-Letouneux et Christophe Coutanceau est à ce titre exemplaire de modalités de recueil et de constitution de données sur les expositions des populations dans un cadre professionnel, ici le Grand Port maritime de Nantes-Saint-Nazaire². Les deux chapitres suivants portent sur la qualité perçue des territoires de vie au travers de plaintes que des résidents formulent à l'égard d'installations techniques réputées produire des nuisances de santé. Les mobilisations de santé sont une autre forme de production de connaissances locales des relations entre les territoires et la santé telles qu'elles sont perçues par les habitants. Elles font également valoir la valeur symbolique que les habitants accordent à leur territoire de vie et les relations qu'elles établissent avec leur bien-être. À partir de l'analyse de questions portant sur la gestion des ordures ménagères par l'incinération ou l'enfouissement technique, Marcel Calvez analyse les plaintes en santé environnementale comme des ressources culturelles qui permettent aux habitants de faire valoir publiquement leur perte de maîtrise du territoire vécu dans un contexte de vieillissement favorable au développement de pathologies. Elles expriment ainsi le capital symbolique associé au territoire vécu que les habitants cherchent à préserver dans un contexte où ils se perçoivent exposés à différents risques qui les rendent vulnérables. Le chapitre de Véronique Van Tilbeurgh et Sylvie Ollitrault porte sur des conflits relatifs à des installations techniques (éoliennes et antennes de radiotéléphonie mobile) dont l'installation transforme la qualité perçue des territoires. Il montre comment les questions de santé s'ancrent dans les processus d'attribution de confiance aux élus et aux institutions dont les populations attendent qu'ils garantissent un environnement préservé de menaces de santé.

2. Depuis que ce chapitre a été écrit, le tribunal des affaires de Sécurité sociale de Nantes a reconnu le cancer de M. Chagnolleau, mentionné dans le chapitre pour son rôle important dans la mise en œuvre de la recherche action et qui est décédé en 2011. Les résultats de cette recherche action ont été versés au dossier d'instruction et ont contribué à la décision du TASS.

Ces deux entrées n'épuisent pas, loin de là, l'approche des relations entre le territoire et la santé en termes de capital social. Elles en traitent quelques aspects en prenant les composantes les plus éloignées, d'une part l'organisation du système de soins et d'autre part la qualité perçue des territoires vécus par les populations. Elles n'abordent pas de front les questions de théorie et de méthode que ces approches en termes de capital social peuvent poser dans les déterminations entre la santé et les territoires, et ne font qu'évoquer les problèmes posés par les échelles d'analyse (Macintyre et Ellaway, 2000 ; Macintyre *et al.*, 2002) ; mais elles cherchent à partir d'approches délimitées à fournir du matériau, ici uniquement qualitatif, pour enrichir ces questions. Loin d'en rester à une approche descendante de l'organisation des territoires de santé, l'ouvrage cherche également à prendre en compte les usagers et à instaurer leurs actions et leurs représentations collectives comme une composante essentielle de la fabrication de la santé. C'est en effet à l'échelle des territoires vécus par les populations que la question de la santé se pose, dans l'accès aux services de soins comme dans l'environnement de vie ou de travail. Le territoire de santé est construit par les politiques publiques, mais il résulte également des actions des professionnels et de l'engagement des usagers dans la promotion ou la défense de leur qualité de vie ou de leur environnement. Il prend son sens par les opérations des usagers qui mobilisent les ressources dont ils disposent pour s'occuper de leur santé par leur mode de vivre et d'habiter leurs territoires, de les valoriser par le sens qu'ils leur donnent et les qualités qu'ils leur attribuent et de les défendre lorsqu'ils perçoivent que leur santé est menacée.

Références bibliographiques

- BECK U., 2001, *La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité*, Paris, Aubier [1^{re} édition allemande, 1986].
- BERKMAN L. et GLASS T., 2000, « Social Integration, social Networks, social Support, and Health », in L. BERKMAN et I. KAWACHI (dir.), *Social Epidemiology*, Oxford, Oxford University Press, p. 137-173.
- BERKMAN L., GLASS T., BRISSETTE I. et SEEMAN T., 2000, « From social Integration to Health: Durkheim in the new Millennium », *Social Science and Medicine*, vol. 51, n° 6, p. 843-857.
- BERKMAN L. et KAWACHI I., 2000, *Social Epidemiology*, Oxford, Oxford University Press.
- BOUTARIC F. et LASCOUMES P., 2008, « L'épidémiologie environnementale, entre science et politique. Les enjeux de la pollution atmosphérique en France », *Sciences sociales et santé*, vol. 26, n° 4, p. 5-38.
- FRIOUX S., 2013, *Les batailles de l'hygiène. Villes et environnement de Pasteur aux Trente Glorieuses*, Paris, Presses universitaires de France.
- HENRY E., 2007, *Amiante : un scandale improbable. Sociologie d'un problème public*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, coll. « Res Publica ».

- HERZLICH C. et PIERRET J., 2010, « Aux croisements de plusieurs mondes : la constitution de sociologie de la santé en France (1950-1985) », *Revue française de sociologie*, vol. 51, n° 1, p. 121-148.
- KAWACHI I. et BERKMAN L., 2003, « Social Cohesion, social Capital, and Health », in L. BERKMAN et I. KAWACHI (dir.), *Social Epidemiology*, Oxford, Oxford University Press, p. 174-190.
- KAWACHI I. et BERKMAN L., 2003, *Neighborhoods and Health*, Oxford, Oxford, University Press.
- LE MÉE R., 1998, « Le choléra et la question des logements insalubres à Paris (1832-1849) », *Population*, vol. 53, n° 1-2, p. 379-397.
- LECLERC A., KAMINSKI M. et LANG T., 2008, *Inégaux face à la santé. Du constat à l'action*, Paris, La Découverte.
- MACINTYRE S. et ELLAWAY A., 2000, « Ecological Approaches: rediscovering the Role of physical and social Environment », in L. BERKMAN et I. KAWACHI (dir.), *Social Epidemiology*, Oxford, Oxford University Press, p. 332-348.
- MACINTYRE S., ELLAWAY A. et CUMMINS S., 2002, « Place Effects on Health: how can we conceptualise, operationalise and measure them? », *Social Science and Medicine*, vol. 55, n° 1, p. 125-139.
- MACINTYRE S. et ELLAWAY A., 2003, « Neighborhoods and Health: an Overview », in I. KAWACHI et L. BERKMAN (dir.), *Neighborhoods and Health*, Oxford, Oxford University Press, p. 20-42.
- MARMOT M., 2004, *Status Syndrome. How your social Standing directly affects your Health and Life expectancy*, Londres, Bloomsbury Publishing.
- MARMOT M. et WILKINSON R. (dir.), 2006, *Social Determinants of Health*, Oxford, Oxford University Press.
- MARMOT M., SIEGRIST J. et THEORELL T., 2006, « Health and the Psychosocial Environment at Work », in M. MARMOT et R. WILKINSON (dir.), *Social Determinants of Health*, Oxford, Oxford University Press, p. 96-130.
- MEYER J., 1966, « Une enquête de l'Académie de médecine sur les épidémies (1774-1794) », *Annales. Économies, sociétés, civilisations*, vol. 21, n° 4, p. 729-749.
- MEYER J., 1969, « L'enquête de l'Académie de médecine sur les épidémies, 1774-1794 », *Études rurales*, n° 34, p. 7-69.
- PUTNAM R., 1993, *Making Democracy Work: civic Traditions in modern Italy*, Princeton NJ, Princeton University Press.
- PUTNAM R., 2000, *Bowling Alone: the Collapse and Revival of American Community*, New York, Simon and Schuster.
- SAMPSON R., 2003, « Neighborhood-level Context and Health: Lessons from Sociology », in I. KAWACHI et L. BERKMAN (dir.), *Neighborhoods and health*, Oxford University Press, p. 132-146.
- SEEMAN T. E., BERKMAN L., KOHOUT F., LA CROIX A., GLYNN R. et BLAZER D., 1993, « Intercommunity Variations in the Association between social Ties and Mortality in the Elderly: a comparative Analysis of three Communities », *Annals of Epidemiology*, vol. 3, n° 4, p. 325.

- STANSFIELD S., 2006, « Social support and social cohesion », in M. MARMOT et R. WILKINSON (dir.), *Social Determinants of Health*, Oxford, Oxford University Press, p. 148-172.
- WALSH D., MCCARTNEY G., MCCULLOUGH S., VAN DER POL M., BUCHANAN D. et JONES R., 2013, *Exploring potential Reasons for Glasgow's "excess" Mortality: Results of a three-city Survey of Glasgow, Liverpool and Manchester*, Glasgow, Glasgow Centre for Population Health.
- WILKINSON R., 1996, *Unhealthy Societies. The Afflictions of Inequality*, Londres, Routledge.