

Des « street-level bureaucrats » féminins¹

Le cas des agents communautaires de santé et des agents de protection sociale de la région métropolitaine de São Paulo

Isabel GEORGES

*IRD – Institut de recherche pour le développement,
UMR 201 « Développement et sociétés »*

Introduction

Les agents communautaires de santé (ACS) et, dans une moindre mesure, les agents de protection sociale (APS) sont des catégories professionnelles de salarié(e)s d'exécution brésiliennes récentes. Nées dans le contexte du retour à la démocratie et de la réforme de l'État brésilien à partir de la fin des années 1980, qui arrive à son apogée avec la décentralisation administrative, l'analyse du processus d'émergence de ces catégories de travailleurs sociaux, et de leurs conditions de travail, permet de révéler un certain nombre d'éléments caractéristiques de l'état de la démocratie dans le Brésil contemporain. À partir des années 1990, ces nouveaux groupes de salarié(e)s, essentiellement des femmes, dont l'intégration dans l'appareil d'État résulte de mouvements sociaux, tombent néanmoins sous le coup des politiques néolibérales de privatisation et de réduction des dépenses publiques qui n'épargnent pas ces services publics fraîchement créés.

Dès lors, ces agents contractuels au service de l'État œuvrent à la fois pour la collectivité et souffrent les conséquences de la multiplication des statuts d'emploi des travailleurs au service de l'État, de la municipalité et des organismes intermédiaires de sous-traitance (OS – Organisation

¹ Article issu d'une communication présentée originalement sous le titre « Des « street-level bureaucrats » féminins au service de l'État ou du public ? Le cas de deux catégories de travailleurs sociaux « de soins » (Brésil, São Paulo) », aux XXII^e Journées Internationales de Sociologie du Travail, les 24-26 juin 2009, à Nancy.

sociale) dans le domaine de la santé publique et de l'assistance. Cette précarisation des conditions du travail et de l'emploi va de pair avec la raréfaction (et la complexification) de l'offre de service, ce qui mine doublement l'activité relationnelle de ces agents dont la crédibilité face aux usagers souffre. Dans quelle mesure, ces politiques de reconnaissance et d'intégration sociale, et l'activité concrète de ces agents d'exécution, contribuent-elles à des formes de prise en compte directe des besoins d'une partie de la population la plus pauvre – une forme de « démocratie participative » ?

Le premier groupe (ACS), fruit de la lutte contre la dictature militaire (1964-1985) et pour le retour à la démocratie, est issu d'un certain nombre d'expériences militantes, comme l'action initiale des agents pastoraux de l'Église catholique et le mouvement national de santé des années 1980. Ces professionnels contribuent depuis une quinzaine d'années à la réalisation du « Programme national de santé de la famille » (PSF), inspiré par le programme du médecin de famille cubain. Ce pilier du système public de santé (*Sistema Único de Saúde* – SUS)², à visée essentiellement préventive, a été entériné avec la nouvelle Constitution de 1988. Originaire du Nordeste brésilien (l'État du Ceará), le PSF a été érigé en modèle national à partir des bons résultats dans ces régions pour combattre les effets de la sécheresse et diminuer la mortalité infantile à la fin des années 1980. Le deuxième groupe (APS), plus récent, accomplit une fonction complémentaire d'orientation civile dans le domaine professionnel, éducatif et psychologique de familles d'origine populaire, dans nombre de cas bénéficiaires de programmes sociaux, d'assistance et de redistribution de revenus (comme le *bolsa família*). Les APS contribuent depuis 2005 à la réalisation du programme « Action Famille, vivre en communauté », rebaptisé programme « Action Famille » (PAF) en 2008/2009, au niveau de la municipalité de São Paulo, mais soutenu financièrement par le gouvernement fédéral. De fait, il s'agit d'une expérience unique au Brésil, spécifique au municipe de São Paulo, qui correspond à une forme de sous-traitance de l'assistance (*Sistema Único de Assistência Social* – SUAS) par le municipe à des entités locales du Tiers secteur (ONG, associations) qui proposent une prise en charge plus spécifique de certaines franges de la population, considérées plus « vulnérables ».

L'objectif de cet article est de s'interroger sur les manières dont ces politiques de reconnaissance sociale et de création d'emplois féminins –

² Comme pour l'éducation, au Brésil la dichotomie, entre le système public de santé (destiné aux couches plus pauvres de la population, avec l'exception de certains domaines de pointe) et privé (destiné à l'élite) est énorme, raison pour laquelle les personnes qui en ont des moyens cherchent toujours à contracter une mutuelle, ce qui ne leur garantit pas pour autant une meilleure qualité du service.

et les formes d'appropriation de ces politiques par les femmes – contribuent au processus de retour à la démocratie dans un contexte qui est marqué par ailleurs par le maintien, voire la reproduction d'inégalités sociales et économiques extrêmement fortes³. Plus particulièrement, il s'agit de comprendre dans quelle mesure le travail de ces deux catégories d'agents contribue à une reconnaissance des revendications de la population, de laquelle les agents eux-mêmes font partie, et/ou à une réduction des inégalités sociales par la prise en compte de leurs besoins.

Dans cette perspective, nous allons nous interroger sur les relations entre le statut d'emploi et le type de service rendu, c'est-à-dire le cas d'un « service public », rendu par des agents au service de l'État et de la population. Qui plus est, il s'agit d'un « travail de soin »⁴, réalisé la plupart du temps par des femmes qui constituent en même temps les destinataires de ce service (elles font partie de la « population cible »). Au Brésil, le débat sur la question du service public est fortement tenté idéologiquement, et oscille entre la revendication d'une « publicisation » toujours plus grande des relations de travail des agents de l'État et la dénonciation de l'inefficacité du service rendu. Par ailleurs, les fonctionnaires publics sont toujours soupçonnés de recevoir des avantages de façon indue par l'État, de détournements et/ou de pratiques de clientélisme. Bref, tout se passe comme si les agents de l'État ne pouvaient pas dispenser un traitement égalitaire et créer des bases d'un fonctionnement démocratique de l'appareil d'État. Des études concrètes de l'activité de ces agents, dans une variété de situations, sont cependant rares.

Indépendamment de leur statut juridique et légal, nous considérons avec Lipsky (1980) ces agents de l'État comme des bureaucrates du niveau de la rue, des « *street-level bureaucrats* », dotés d'un certain pouvoir discrétionnaire. Par ce biais, leur activité contribue à définir l'accès effectif de la population au service, c'est-à-dire le niveau de service rendu. Pour Gadrey (1994), le service rendu résulte toujours de la relation triangulaire entre l'État, ses agents et les usagers, pour ne mentionner que deux approches de la Sociologie des services qui s'intéressent de près à la marge de manœuvre des salariés d'exécution, ce qui est également notre propos. L'étude de ces deux groupes d'agents d'exécution de l'État, de leur relation avec ce dernier et avec les usagers est intéressante dans le contexte brésilien actuel à plus d'un titre : d'une part, elle permet de révéler des politiques de reconnaissance d'un travail

³ L'on ne peut toutefois pas omettre une tendance récente à la formalisation des emplois, de reprise économique et d'augmentation du pouvoir d'achat d'une proportion significative de la population.

⁴ Pour une discussion à proprement parler de la question du travail du « care » qui n'est pas l'objet de ce chapitre, cf. Cresson et Gadrey, 2004 ; Paperman et Laugier, 2006 ; Molinier, Laugier et Paperman, 2009.

rendu auparavant par des femmes gracieusement, comme engagement citoyen, mais aussi une forme d'usage politique de l'affectivité. D'autre part, elle permet de s'interroger sur les transformations de l'activité féminine au Brésil, et, plus largement, sur la place des femmes dans le retour à la démocratie.

Le terrain d'enquête, les conditions d'observation et la population étudiée

L'analyse du travail de ces deux catégories d'agents dans deux régions de la périphérie de la région métropolitaine de São Paulo – *Guaiunazes* et *Cidade Tiradentes* – permettra de mettre en relief les spécificités de ce travail « de soin » en milieu urbain, comme elle fait apparaître une hétérogénéité des statuts d'emploi et de situations de travail particulièrement grande. Les deux régions se situent dans la banlieue est⁵ et se ressemblent par le niveau très élevé (entre 30 et 50 %) de foyers avec des personnes en situation de « vulnérabilité sociale » (Ferreira, 2009), mais se différencient en même temps par le type historique d'occupation du sol, et de formes de mobilisation. *Guaiunazes* se caractérise par l'installation progressive des ondes successives de migrants originaires du Nordeste, qui, venues du centre-ville industriel (surtout le textile), ont suivi la ligne du chemin de fer vers les quartiers périphériques situés à l'Est, où ils occupaient des terrains légalisés au fur et à mesure. Plus récemment, une part importante de la production textile sous-traitée est réalisée aux domiciles de la population ouvrière qui travaillait au centre de la ville et qui forme la matrice de ce tissu urbain relativement consolidé (Freire da Silva, 2008). *Cidade Tiradentes*, où se situe un des plus grands ensembles de logements sociaux de l'Amérique latine – avec environ 40 000 unités – a été presque exclusivement construit de façon peu légale par les pouvoirs publics⁶ – qui de ce fait seraient aux origines d'une partie de « l'informalité » qui caractérise cette région de la RMSP (Georges et Rizek, 2008). Depuis les années 1980, la ville y déloge les populations expulsées de leurs logements de fortune. Situé à l'extrême est (à 35 km du centre-ville) et très mal raccordé, ce quartier se distingue surtout par son manque d'infrastructure, aussi bien de services publics (santé, transport, éducation) que des services de proximité (commerces, restaurations, etc.). Dans cette cité-dortoir, l'emploi formel est un bien rare ; comme à *Guaiunazes*, la densité associative (et religieuse) et très élevée, et des activités informelles de tous types remplissent ce vide

⁵ La « zone est » est extrêmement peuplée, avec ses 3,8 M d'habitants, dont entre un tiers et la moitié en dessous du seuil de pauvreté.

⁶ Il semblerait que 72 % du terrain de ce district se situe dans des réserves naturelles (Souza, 2007), ce qui rend l'émission d'un titre légal de propriété impossible.

laissé par les pouvoirs publics. À partir de notre présupposé de la coproduction du service par les agents de l'État et les usagers, les différences des territoires et de leurs populations pourraient mener à la configuration de « demandes » différenciées, également.

L'enquête de terrain de type ethnographique s'appuie sur un certain nombre de contacts qui ont été noués avec des habitants, travailleurs et militants des deux quartiers périphériques de la ville de São Paulo à partir de 2003⁷. Les données ont été recueillies par entretien biographique, à répétition, dans la mesure du possible réalisé au domicile, portant sur les trajectoires sociales, professionnelles, familiales et spatiales et observation sur les lieux de travail (dans les dispensaires de santé et dans les locaux de l'association) et en accompagnant le travail des agents dans la rue et au domicile des usagers. Le corpus de données qui a servi de base pour cette communication comporte des entretiens (une vingtaine, avec des militants, membres du conseil local de santé, du mouvement d'alphabétisation, membres d'ONGs, gestionnaires, administratifs, techniciens, agents communautaires de santé et agents de protection sociale), notes d'observation, documents d'archive et administratifs divers. À *Cidade Tiradentes*, nous avons accompagné divers moments du procès de travail de l'équipe de santé. Chaque équipe (il y en a six au total dans ce dispensaire) est composée par un médecin, une infirmière, une aide-soignante et 5 agents communautaires de santé. Une partie des activités observées se déroule au dispensaire de santé : réunion de travail quotidienne au sein de chaque équipe ; réunion avec des membres du groupe d'appui, formé par une psychologue et du personnel paramédical ; remplissage des rapports quotidiens des agents, sur support papier ; compilation mensuelle des rapports d'activité ; réunion de groupe, avec plusieurs patients du même type, des personnes âgées, de femmes enceintes, etc. D'autres ont lieu dans la rue (accompagnement des visites à domicile avec les agents, parfois avec une infirmière et/ou un médecin). À *Guaiunazes*, les observations se sont déroulées au siège de l'ONG, où nous avons réalisé des entretiens collectifs avec l'équipe technique interne (deux psychologues, une technicienne, une assistante sociale, une pédagogue, une administrative) et l'équipe externe (8 agents de protection sociale). Nous avons suivi le processus de mise en place d'encadrement d'un groupe de familles par des réunions de groupe dans

⁷ Les enquêtes ont été réalisées dans le cadre du projet de coopération bilatérale franco-brésilien « Nouvelles configurations du travail, savoirs professionnels et genre (le cas de la région métropolitaine de São Paulo » (IRD/CNPq, 2007-2011), coordonné par M. de Paula Leite (Unicamp/Decisae) et Isabel Georges (IRD), et reprend quelques questionnements du projet de coopération antérieur « Mobilités professionnelles et reconfigurations sociétales dans la ville de São Paulo » (2003-2006), coordonné par V. Telles (USP) et Robert Cabanes (IRD), cf. Cabanes et Telles, 2006 ; Cabanes et Georges, 2009.

le quartier du Jardim Lourdes (Guaiinazes) et réalisé des entretiens au domicile des usagers.

Les agents de santé, comme des agents de protection sociale sont issus de la population locale : pour les premiers de façon obligatoire (critère formel de recrutement) ; pour les seconds de façon moins impérative, faire partie de « la communauté » est le premier critère de sélection d'accès à l'emploi. Les agents communautaires de santé habitent obligatoirement dans leur « *micro-área* » (leur îlot d'immeubles) : parfois des anciens *leader* du quartier (mais pas nécessairement), ces femmes partagent la condition sociale des familles qui constituent en même temps leur « public ». Elles ont réussi à s'en démarquer par l'accès à cet emploi contractuel, au bas de l'échelle et peu rémunéré, ce qui pour beaucoup de ces mères de famille (souvent monoparentales)⁸ est producteur d'autonomie dans ces territoires où l'emploi constitue un bien rare, comme l'illustre l'histoire de Jeannine (ci-dessous).

Jeannine, ACS, 31 ans, divorcée, 3 enfants (12, 7 et 4 ans), née dans la banlieue est de São Paulo, père camionneur (décédé), mère femme de ménage chez des particuliers, à la retraite actuellement. Un frère, chauffeur, deux sœurs (33 et 23 ans, femme au foyer et vendeuse d'abonnements téléphoniques). Ses parents ont déménagé à *Cidade Tiradentes* au début des années 1990, afin de pouvoir accéder à la propriété⁹ (ils étaient logés à titre gratuit dans une grande maison avec jardin, appartenant à une connaissance de la mère). Jeannine arrive à C.T. à la fin des années 1990, avec son premier fils, et occupera l'appartement voisin de celui de sa mère, et de sa sœur. Elle travaille pendant trois ans comme caissière au supermarché du coin, avant d'entrer en 2002 au dispensaire de santé :

Je travaillais là [au supermarché], et puis j'ai vu l'annonce, comme ça se passe encore maintenant, et puis j'ai fait l'inscription, sans y croire, encore moins parce que je ne savais même pas pour quel genre de boulot était l'inscription, mais c'était réglo. Là où je travaillais, c'était sans contrat, alors je me suis dit « c'est maintenant ou jamais », j'ai passé la sélection au départ, et puis ça a marché.

⁸ La part de familles monoparentales de la population brésilienne est de presque 30 %, et certainement encore plus élevée dans ces quartiers, sans mentionner les cas de familles biparentales où la mère est la pourvoyeuse principale.

⁹ À la différence de la France, le parc de logements sociaux est composé au Brésil de copropriétés, l'accès y est facilité par des crédits (sur 20 ans), subventionnés par l'État et cédés par des compagnies intermédiaires, gestionnaires de ces grands ensembles (COHAB-Companhia Metropolitana de Habitação de São Paulo), CDHU-Companhia de Desenvolvimento Habitacional e Urbano do Estado de São Paulo). Pour les membres des classes populaires, la propriété d'un logement constitue une forme d'épargne, et possède une grande valeur symbolique (Sader, 1988).

Elle termine ses études secondaires en travaillant, et a essayé déjà deux fois d'entrer dans le seul établissement local de formation technique (ETE). Elle se sépare du père des deux aînés, ancien vitrier qui était devenu *dealer*, après son affaire avec une autre femme et un séjour en prison :

J'ai appris beaucoup avec la souffrance, j'ai tellement souffert, tu n'as pas notion, aujourd'hui, je suis au paradis [...] ma façon de voir et de penser les choses est totalement différente de ce que ça a été il y a un temps.

Le rapport à l'État : retour à la démocratie et précarisation des conditions du travail et de l'emploi

L'analyse du processus qui a mené à la création d'une nouvelle catégorie professionnelle au bas de l'échelle par l'État brésilien, et des conditions d'exercice effectives de cette catégorie, révèle un certain nombre d'injonctions contradictoires caractéristiques de la place des femmes dans le processus de démocratisation (Georges et Vidal, soumis). Ces deux catégories d'agents sont en effet nées à un moment charnière de mise en place de la nouvelle Constitution (1988), mais qui a été suivi par des politiques néolibérales sous l'égide du FMI dès le début des années 1990 (Lima et Moura, 2005 ; Lima et Cockell, 2008). La création de la catégorie des agents communautaires de santé, et, dans une moindre mesure des agents de protection sociale, constitue en effet l'aboutissement d'un mouvement de revendication. Il s'agit d'une forme de reconnaissance, par l'État, d'un travail fourni auparavant par des travailleurs bénévoles et/ou militants, qui a été professionnalisé. Ce processus de visibilisation du travail fait cependant simultanément appel à son invisibilisation : la précarisation de leurs conditions de travail, et la limitation des moyens et du service rendu, les place dans une situation ambiguë face à l'usager, source de souffrances au travail (Lancman *et al.*, 2007). En même temps qu'ils doivent solliciter la demande (encourager les usagers à des actes de prévention, à la recherche d'emploi, d'une inscription à l'école, etc.), la rareté des services rendus effectivement (consultation de spécialiste, offre d'emploi ou disponibilité d'un enseignement de qualité) leur impose d'opérer une sélection parmi les usagers, soit de les discriminer. Par ailleurs, ils doivent rendre cette sélection socialement acceptable. Cet ensemble de tâches « invisibles », induites par les conditions du travail et de l'emploi des agents, nécessite un travail non reconnu sur les sentiments (Hochschild, 1983), soit un usage politique de l'affectivité.

Par ailleurs, outre les conditions de travail (bas niveau des salaires, contrats à durée limitée, dans le cas des APS notamment, voir la présentation ci-dessous), la limitation des moyens mis à leur disposition et la

diversification des statuts d'emploi, la précarisation de leur travail provient de la non-séparation entre les sphères publiques et privées, à savoir l'impossibilité de limiter les horaires de travail de par la présence continue des agents sur le territoire. En effet, la coïncidence entre le lieu d'habitation et du travail – qui peut également constituer un avantage par la proximité du domicile, et la possibilité d'y séjourner pendant la journée, par exemple pour donner à manger aux enfants – rend difficile la limitation des horaires de travail des agents. Ainsi, les agents sont interpellés dans la rue ou à leur domicile en permanence par les usagers – qui sont aussi leurs voisins et/ou connaissances, familiers et amis – à moins d'éduquer ces derniers en leur faisant remarquer que le week-end ou en soirée, ils ne sont pas en service. C'est l'indéfinition de la frontière entre le travail et le hors-travail qui peut à la fois constituer un avantage et un des inconvénients principaux de cet emploi pour les femmes.

Le Programme Santé pour la Famille (PSF) est un programme innovant de santé sur le plan national dans le sens de la généralisation de la prévention, et non seulement de la cure, comme précédemment. Il a été étendu au plan national à partir des expériences concluantes du programme similaire de l'État du Céara qui a été érigé de modèle. À partir de diverses expériences régionales et locales (médecin de famille, de Niteroi, les agents pastoraux de l'Église catholique et les visiteurs sanitaires du service spécial de santé publique) – outre le mouvement national pour la santé des années 1980 – les agents communautaires de santé (ACS) s'intègrent dans le *SUS* (Système Unique de Santé) à partir de 1991, et au PSF à partir de 1994. La catégorie professionnelle des ACS est reconnue au niveau national depuis 2002¹⁰. En 2008, ils sont 221 588 ACS sur le territoire national, répartis sur 28 452 équipes de Santé de la Famille, en charge de maintenir le lien entre l'offre de service public de santé et une population de 103 millions de Brésiliens (Lima e Cockel, 2008, *op. cit.*, p. 489, apud Valadares, 2008).

Le Programme « Action Famille » (PAF), qui existe depuis 2005 sous le nom « Action famille, vivre en communauté » dans le municípe de São Paulo, est la modalité que la ville a trouvée pour opérationnaliser les services d'assistance en direction des familles les plus démunies en termes économiques, sociales et psychologiques¹¹. Il répond au manque de fonctionnaires au service de l'État et du municípe pour mettre en

¹⁰ Loi fédérale n° 10 507, du 10/07/2002.

¹¹ La situation de « vulnérabilité sociale » est définie par rapport à la condition de revenus, des niveaux de scolarité et d'éducation et le profil des familles, comme des familles nombreuses, la présence de personnes âgées à charge ou des mères adolescentes, entre autres. (SAS. Mapa da Vulnerabilidade Social, 2004, p. 6).

place le Programme d'Attention Intégrale de la Famille (PAIF)¹², inscrit dans le *Système Unique d'Assistance Sociale* (SUAS)¹³ et réalisé par des agents contractuels, qui travaillent au service d'entités conventionnées avec la préfecture, et sous la surveillance des Centres de Référence d'Assistance Sociale (CRAS) locaux¹⁴. L'objectif de ce programme serait une rupture avec des politiques assistancielles traditionnelles, dans une perspective d'émancipation des familles.

Quasi simultanément à la création de ces nouvelles catégories et politiques sociales d'intégration, a cependant eu lieu ce qui a été nommé par certains « une réforme informelle de l'État » (Nogueira, 1996 ; 1999). Celle-ci a mené à un éclatement des statuts des agents au service de l'État (entre autres) et la multiplication des formes de travail « atypique », comme les prestations de service (sous-traitance) et la création de coopératives. Les modalités de la mise en place du Programme Action Famille, c'est-à-dire d'une des dimensions centrales du service d'assistance, en témoignent. D'après Krein (2007), entre 1995 et 2005, la part d'agents de l'État non titulaires est passée de 8,9 % à 18,3 %. Ces deux perspectives, une *publiciste* (universaliste, fondé sur l'idée du droit social) et une *privatiste* se disputeraient actuellement l'avenir dans le secteur de la santé et de l'assistance sociale ; la deuxième (élitiste et focalisé sur le principe de la cure, et non pas la prévention) aurait prédominé, surtout au moment de la dictature militaire (transfert de fonds publics vers le secteur privé) et pendant les années 1990 (Véras, 2008). Une partie des problèmes rencontrés au travail par les agents est issue de cet héritage contradictoire.

Dans la région métropolitaine de São Paulo, c'est-à-dire sur le territoire de la municipalité, où le PSF a été généralisé à partir du début des années 2000, cette perspective *privatiste* est particulièrement patente dans le secteur de la santé. De fait, elle s'est matérialisée par le transfert

¹² Programme tripartite, il associe le municípe, l'État et la Fédération.

¹³ Le SUAS est régi depuis 2005 par la norme opérationnelle de base (*Norma Operacional Básica* – NOB). Celle-ci définit les orientations de la loi organique d'assistance sociale (*Lei Orgânica de Assistência Social* – LAOS) de 1993, politiques d'assistance focalisées depuis le milieu des années 1990 sur la famille, dont les caractéristiques ont été saisies à travers les données du recensement tenant comme base le territoire (Alencar, M. M., 2006).

¹⁴ Dans le cas de São Paulo, il existe 5 zones ou sous-directions qui se répartissent l'administration du territoire du municípe et la fourniture des services d'assistance sociale. La population peut s'adresser également de son propre chef au CRAS de sa région. En revanche, le programme « Action Famille » vise spécialement l'accueil de familles en situation de « vulnérabilité sociale », c'est-à-dire dont la situation de vie a été classifiée lors du dernier recensement à un niveau 5 ou 6 (le niveau le plus élevé) de vulnérabilité sociale. Dans nombre de cas, ces familles reçoivent également une forme d'aide sociale.

de la responsabilité de l'Union (l'État national) aux États et aux municipalités et à des organismes privés, avec l'adoption de formes mixtes de gestion, par l'intermédiaire de partenariats, par exemple avec des Organisations Sociales – OS¹⁵, ou avec d'autres organismes de la société civile organisée (OSCIPS, ONGs, Fondations Étatiques de droit privé). Sous couvert de politiques de décentralisation du pouvoir, les effets sur l'hétérogénéité des situations du travail et d'emploi des agents de l'État ont été particulièrement visibles dans cette région, et spécialement dans la banlieue Est qui a servi en quelque sorte de laboratoire pour la multiplication de la sous-traitance des services publics de santé¹⁶. Ainsi, en 2006, selon la direction des RH du département de santé publique de la préfecture (Secretaria Municipal da Saúde), 5 197 fonctionnaires publics de l'État ont été délégués aux services de la municipalité de São Paulo, avec la municipalisation des services d'attention de base, sur un total de 49 288 fonctionnaires. Par ailleurs, 8 932 agents ont été contractés par des organismes associés (ou des sous-traitants), comme l'OS *Santa Marcelina*, principal contractant sous-traité du personnel médical dans la banlieue est. Ce personnel se répartit sur 934 équipes de Santé de la Famille et 28 AMA (*Atendimento Médico Ambulatorial*-des unités d'urgence en dehors des hôpitaux) (Kayano *et al.*, 2007, p. 24).

Après une intervention importante de l'État de São Paulo dans la gestion des services de santé de la municipalité, qui sous-traite le recrutement et la gestion du personnel des équipes de santé à l'hôpital *Santa Marcelina* à la fin des années 1990 (Programme *Qualis*), au début des années 2000, avec un changement de conjoncture politique, la gestion des services de santé de base revient à la municipalité. La contractualisation des équipes se fera par le département de santé de la préfecture (*Secretaria Municipal de Saúde*) sous forme de CDI. En 2001 sera créé également un nouveau niveau intermédiaire de gestion des services de santé, l'autonomie hospitalière (*Autarquia hospitalar*), qui découpe le territoire de la RMSP en cinq régions. Avec le nouveau changement de la conjoncture politique en 2004 avec le départ de la maire issue du PT Martha Suplicy, seront créées en 2005 cinq nouvelles sous directions régionales de la santé (*Coordenarias regionais de Saúde*), qui dépendent du département municipal de santé. Progressivement, les OS occupent

¹⁵ OS (Organização Social – Organisation Sociale) : titre juridique attribué à une nouvelle forme de statut social, celui de personne juridique sous forme de fondation ou association sans but lucratif, créée par la loi n° 9 637, du 15/05/1998.

¹⁶ Ce rôle de laboratoire de politiques sociales dans cette banlieue peuplée peut s'expliquer par le niveau de nécessité, l'histoire des mouvements d'occupation et une tentative de capter des votes. C'est à *Cidade Tiradentes* que Marta Suplicy, la maire sortante du PT (Parti des Travailleurs, dont est issu le Président actuel, Luíz Ignacio Lula da Silva) a obtenu son plus fort score de vote en 2005, contre les conservateurs du PSDB qui ont emporté les élections municipales.

une place de plus en plus importante non seulement dans la sous-traitance du personnel de santé, mais également dans la gestion des finances et le contrôle du budget comme de l'application des politiques publiques¹⁷. La perte de terrain simultanée de mécanismes de contrôle (comme la suppression des conseils de gestion participative dans les établissements gérés par les intermédiaires sous-traitants – qui avaient été créés par le gouvernement du PT en 2002) mène à une situation hybride non seulement au niveau des statuts d'emploi des personnels, mais indique davantage un processus de privatisation que de décentralisation du pouvoir. La gestion de ces contraintes inhérentes à l'organisation actuelle du service public de santé (et d'assistance dans une certaine mesure) pèse de tout son poids sur les derniers maillons de la chaîne, c'est-à-dire les agents de l'État en charge de la relation avec l'utilisateur.

Le rapport avec les usagers : une relation ambiguë

Outre leur héritage militant, les agents communautaires de santé comme les agents de protection sociale sont des « agents de lien » au sens propre du terme, c'est-à-dire que leur travail consiste d'une part dans la création d'une relation entre l'État et ses « sujets », et du maintien de ce lien avec les usagers/utilisateurs/clients/citoyens, voire entre ces derniers. D'autre part, ils font de la gestion de flux. La préservation de ce lien, et l'adhérence, du moins minimale, des usagers à cette relation – c'est-à-dire de leur faire confiance – sont une condition *sine qua non* de l'accomplissement de leur mission. Dans le cas des premiers, cette mission consiste dans des actions de prévention en matière de santé et/ou diagnostic et d'orientation pour le traitement/le service le plus adapté au cas de la maladie et en condition de recevoir le malade (gestion des flux). Pour les agents de protection sociale, leur mission est encore plus diffuse, car ils ne dispensent aucun service proprement dit, mais sont supposés à la fois de mobiliser la population pour mettre en place des initiatives de création de revenus (de l'auto-gestion) et de l'aider à solliciter des programmes d'assistance et/ou de redistribution de revenus qui conviennent le mieux à leur cas (fonction de tri et d'orientation). Dans nombre de cas, les cas réalisent un travail de décodage institutionnel et bureaucratique, c'est-à-dire qu'ils assistent la population à se retrouver dans les méandres de la bureaucratie brésilienne, ne serait-ce que pour obtenir des services de base (l'émission d'un document, par exemple). Dans la pratique, comment les agents rendent-ils compatibles leurs missions de solliciter une demande, et les contraintes en termes de limitation de services offerts ? Quel en est l'effet sur leur

¹⁷ Ces politiques publiques émanent de plusieurs niveaux de recensements des demandes de la population (conférences municipales, estatales et nationales).

rôle d'agent « de lien » avec la population ; et quelle est la fonction sociale qu'ils accomplissent de fait ?

Formellement, le Programme Santé Famille (PSF) a pour objectif :

d'offrir des services de visite médicale, d'infirmière et odontalgiques ; des visites médicales à domicile par le médecin, par l'infirmière, l'aide-soignante et l'agent communautaire de santé ; des actions collectives de réunions éducatives et la réalisation d'ateliers ; réaliser des vaccins, recueillir des examens, prescrire et distribuer des médicaments et apporter des soins et réaliser des actions de prévention et de vigilance sanitaire. Chaque équipe prend en charge un territoire qui regroupe plusieurs « microrégions » ; chaque agent est responsable pour une de ces microrégions, où habitent entre 400 et 750 personnes ; le nombre maximal de personnes par équipe ne dépasse pas les 4 000¹⁸.

Dans le dispensaire de santé à *Cidade Tiradentes* où nous avons mené la recherche, chaque agent était responsable d'environ 200 familles (1 000 personnes), et le nombre d'habitants pris en charge par équipe dépasse les 5 000. En principe, chaque agent devrait visiter chaque famille au minimum une fois par mois, mais certaines catégories de la population (des femmes enceintes, des enfants de moins d'un an, des cas d'hypertension artérielle, de diabétiques) ont un accès préférentiel (100 % de couverture du taux de visite mensuel, saisi par les agents dans le *SIAB – Sistema de Atenção Básica*, pour réaliser leur relevé mensuel de productivité). Lors de ces visites, l'agent se renseigne sur l'état de santé de chaque membre de la famille, demande si le carnet de vaccin est à jour et si tous les examens de prévention gynécologique ont été effectués. L'agent prélève également des demandes de visites médicales de spécialiste et distribue les fiches de rendez-vous médical et des résultats d'examens de laboratoire. L'agent doit également alerter en cas d'apparition de maladies épidémiques (tuberculose, méningite, dengue, etc.). L'infirmière est responsable pour le respect des taux de productivité des agents et coordonne l'équipe. Les horaires de travail sont flexibles, à l'exception d'une réunion journalière d'équipe pour définir les cas prioritaires et le type d'orientation (soit le matin, entre 8 et 9 heures, soit en fin de journée, entre 16 et 17 heures). Pendant la matinée, les agents ne sont pas supposés de rester au dispensaire, mais de circuler dans leur région. Le salaire d'un ACS est d'environ 200 €, l'aide-soignante gagne le double, l'infirmière le quintuple et le médecin gagne dix fois plus. Ces niveaux de salaire correspondent à ceux du marché, mais le programme rencontre périodiquement un problème de recrutement de personnel qualifié, surtout de médecins, ceci dans les régions plus périphériques. Sur les six équipes du dispensaire enquêté, début 2009, cinq

¹⁸ Portaria 648/GM du 28/03/2006), accessible : <http://www.aps.santamarcelina.org>.

étaient sans médecin permanent (remplacé par de médecins de garde ou l'infirmière), ensuite la situation s'est améliorée. Depuis 2002, les agents de santé devraient formellement disposer d'une formation technique, en plus des études secondaires complètes. Les critères de sélection effectifs des agents en CDI avec l'OS *Santa Marcelina*, qui est chargé de l'intermédiation de la main d'œuvre, sont cependant le lieu de résidence et l'âge (au moins 18 ans) et des études secondaires complètes, dans la mesure du possible.

Pour mettre en œuvre le programme « Action Famille, vivre en communauté », rebaptisé Programme Action Famille (PSF), de la préfecture de São Paulo, les agents de protection sociale sont responsables chacun pour 150 familles dans l'ONG à *Guaianazes* où nous avons mené l'enquête, suite à la prise en compte d'une revendication de la part de la préfecture pour diminuer la charge de travail des agents (de 230 familles par agent auparavant)¹⁹. L'activité des agents (8) consiste dans le suivi « psychosocial » de ces familles. Suite à la réalisation du cadastre initial des familles par la préfecture (réalisé par une entreprise de sous-traitance, basé sur une actualisation du registre de familles bénéficiaires d'un programme de redistribution de revenus, le *bolsa-familia*), ce « suivi » comprend plusieurs étapes. 1) La première phase comporte la réalisation de réunions dans les locaux de l'ONG, ou d'associations voisines, avec les familles bénéficiaires (une réunion de présentation générale, 3 modules thématiques a) vie en famille, b) vie en communauté, c) vie de droits et de devoirs). 2) Lors de la deuxième phase sont réalisées des visites à domicile pour discuter de chaque cas individuellement. Les agents accompagnent des démarches des familles de plus près et leur proposent des réunions socio-éducatives mensuelles (des ateliers d'artisanat, d'éducation civique, etc.), en plus de quelques sorties culturelles et sportives (visites de musée, de complexe aquatique, etc.). L'équipe du centre est composée de deux psychologues, d'une assistante sociale et d'une pédagogue, la coordinatrice et des administratifs, outre les agents. Ils ont un contrat à durée déterminée, limité à la durée de la convention passée entre l'ONG et la préfecture. Cette convention est de deux ans, renouvelable annuellement. L'ONG est soumise à un contrôle financier de gestion mensuel dont l'exactitude est la condition du versement financier, et du renouvellement du contrat. Le niveau de salaire des agents est identique à celui des ACS.

Dans la pratique, pour pouvoir réaliser leur travail, les agents doivent franchir plusieurs étapes dans leur relation avec l'usager. En dehors des

¹⁹ En 2006, 30 000 familles de 13 districts de la ville de São Paulo en situation de « vulnérabilité sociale » sont inscrites dans le Programme « Action famille, vivre en communauté » des 337 000 familles (1,4 million de personnes) répertoriées de ce niveau de pauvreté (Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social, 2006).

différences des conditions d'accès aux services fournis dans le cadre des deux programmes sociaux – le premier de type universaliste, le deuxième plus ciblé, à partir d'une présélection – un des problèmes rencontrés dans leur travail par les deux catégories d'agents consiste dans la négociation d'une relation de confiance, et de l'accès au domicile des usagers, afin de pouvoir solliciter les besoins de ces derniers. Étant donné la méfiance dont les agents de l'État font *a priori* objet au Brésil, supposés de recevoir des avantages de façon indue, d'opérer, et d'être régi par un système de relations clientélistes, ce premier pas ne s'avère pas chose facile. En effet, appartenant aux mêmes groupes sociaux que les usagers, et comme leur insertion dans la « communauté » de quartier est un des principaux critères de sélection, il s'agit aussi bien de justifier leur différenciation par l'accès à cet emploi, comme de jouer de la proximité, et de l'appartenance à une origine commune, pour établir ce type de rapport. Dans ces quartiers périphériques de la banlieue de São Paulo, la détention d'informations confidentielles – comme des intentions de vote, mais aussi sur des grossesses (désirées ou non), des cas de trahison, pour ne pas parler d'affaires illicites – nécessite de rassurer les habitants sur leur bon usage et de savoir « fermer l'œil ». En effet, les agents communautaires de santé et les agents de protection sociale sont à peu près au courant de tout ce qui se passe dans le quartier. Cette fonction d'information marche cependant dans les deux sens : ainsi, un des agents interrogé sur ses conditions de travail nous raconte comme elle est contente de ne plus être utilisée par les trafiquants pour transmettre des messages à la population, surtout en cas d'intervention policière. L'appartenance commune à des groupes religieux, comme des groupes ecclésiastiques de base, et/ou des jugements moraux, de valeur, émanant de l'ordre privé, peut servir de supports pour l'établissement et la préservation de ces relations de confiance. À l'inverse, la limitation du lien, ou des relations « de proximité », c'est-à-dire de ne pas se faire envahir par les usagers, qui sont également des voisins, et parfois des amis, et avec lesquels les agents partagent le même quartier et espace de vie et de sociabilité, peut également poser problème, car la différenciation des temps et des lieux privés et publics se brouille dans ces activités.

En revanche, une fois « l'adhérence » établie, un autre problème qu'ils rencontrent dans leur travail est de faire face à la frustration de l'utilisateur en raison de la limitation du service effectivement rendu (délai d'attente pour obtenir un rendez-vous médical spécialisé, indisponibilité d'emploi, de place à l'école pour les enfants, etc.). Comme le formule un des agents de protection sociale,

« Il [le pouvoir public] se tire une balle dans le pied, car nous en sommes les représentants, et on oriente les familles pour qu'elles puissent formuler des revendications contre nous-mêmes ».

Pour un autre, la question de la lutte contre les inégalités, comme les programmes de redistribution de revenus, domine tout autre type d'intervention sociale. Iara, APS, 48 ans, mariée, quatre enfants adultes, a repris les études (pour terminer le secondaire) à 40 ans :

On se heurte beaucoup à la question de transfert de revenus, parce qu'on veut séparer notre travail socio-éducatif de la question des revenus, mais à cause de la localisation géographique du territoire, et du manque d'équipements, les gens dépendent directement de ces programmes [de redistribution de revenus], surtout à cause du taux de chômage.

Par ailleurs, comme il incombe aux agents d'opérer, dans une certaine mesure, la sélection entre l'ensemble des cas qu'ils ont recensés, c'est-à-dire d'établir leur niveau d'urgence lors des réunions d'équipe journalières au dispensaire de santé, ils ont également à leur charge de rendre socialement acceptable cette sélection.

Devant cette problématique, nous avons pu repérer, de façon résumée, deux attitudes extrêmes, l'une consiste à « privatiser » son rôle, l'autre à la « publiciser ». Dans le premier cas de figure, il s'agit de mettre davantage en avant la proximité de sa situation de vie avec celle des « usagers », y compris celle de « victime », de la pauvreté, de l'exclusion, de violence domestique, etc., et de « payer de sa personne », c'est-à-dire d'adopter une attitude de compassion et d'altruisme, de service au prochain (proche d'une certaine conception du rôle de la femme issue du christianisme – judaïsme). Cette posture est celle d'un certain nombre d'agents qui y semblent trouver des formes de reconnaissance et de réconfort moral. La posture contraire consiste à « publiciser » son rôle, c'est-à-dire à se placer d'office en dehors des relations éventuellement conflictuelles et de faire de la médiation entre différents registres de l'action, de légitimité et de pouvoirs locaux. Dans ce cas de figure, les agents interviendraient dans le sens d'une traduction entre différents codes, détenus par les différents représentants de pouvoir localement opérants. Ainsi, le responsable d'une association locale, connu pour ses relations avec les trafiquants, allège que « *le pouvoir, c'est nous, le contre-pouvoir, ce sont eux* [les agents de la mairie, l'État]. » Comme il existe un consensus explicite que « *tu ne peux pas faire appel à la police, sinon tu es mort* », pour nombre de règlements au sein de la « communauté » y compris afférents à la vie privée (disputes conjugales, viols, etc.), des responsables des différentes factions criminelles s'en chargent – et en retirent une certaine légitimité. De fait, il existe une négociation permanente autour de la ligne de partage entre les affaires de la vie quotidienne qui relèvent du privé et du public, et sur la légitimation des acteurs qui régulent ces différents espaces. Par leur activité, les agents contribuent à légitimer les pouvoirs publics, aussi bien dans un sens comme dans l'autre – en rendant y compris la limita-

tion du service socialement acceptable. En même temps, leur activité doit composer avec les autres pouvoirs locaux pour pouvoir se réaliser.

Conclusion

Le bilan de cette brève analyse du travail de ces deux catégories de travailleurs sociaux est pour le moins ambigu : de façon indéniable les premières bénéficiaires de ces programmes sociaux de santé et d'assistance sont de fait les professionnelles elles-mêmes, issues de la population des usagers, par la reconnaissance de leur travail, rendu auparavant de façon gracieuse. Simultanément, cette visibilisation de leur activité fait appel à des processus d'invisibilisation de leur travail, et au travail sur les sentiments pour obtenir de la confiance, et en même temps pour limiter la demande, voire rendre la limitation du service socialement acceptable. En même temps que les agents contribuent à légitimer l'action des pouvoirs publics, ils sont amenés à négocier cette légitimité avec d'autres acteurs locaux qui disputent la gestion du territoire localement avec l'État²⁰.

Par ailleurs, l'accès à ce travail salarié est porteur d'autonomie pour ces femmes, souvent cheffes de famille, monoparentale ou pas, au même titre que les usagers. Elles acquièrent cette indépendance relative, cependant à partir de l'exercice de fonctions sociales « traditionnelles » féminines issues de l'espace privé – de soins, d'assistance – pour lesquelles elles ont obtenu une forme de reconnaissance publique. Pour pouvoir exercer leur travail, les agents sont néanmoins conduits à réaliser un travail gracieux sur les sentiments. Dans ce sens, l'État instrumentalise le travail de ces femmes par les conditions d'exercice précaires, mais aussi par l'utilisation discrétionnaire de leur rôle traditionnel de mère. Ce sont ces femmes qui, en dernière instance, légitiment le mode d'intervention des pouvoirs publics, par un travail de « pacification sociale ». En fin de compte, leur activité contribue à transmettre la responsabilité de l'État pour le bien-être collectif (en termes de santé, d'emploi, etc.) à l'individu, par la mise en place d'initiatives « *d'entrepreneuriat populaire* », par exemple (Machado da Silva, 2002).

De façon indéniable, en dépit du maintien d'un niveau des inégalités très élevées, le Brésil a connu une réduction significative de la pauvreté pendant les deux dernières décennies, et un retour marqué à la croissance très récemment. Pendant la même période, ce pays a joué un rôle de laboratoire de politiques publiques sociales innovantes, que ces femmes se sont appropriées de leur façon, et avec les limitations que nous venons de montrer. La réduction des inégalités sociales nous paraît

²⁰ Ainsi, une association revendique ouvertement l'indépendance territoriale et politique du district de *Cidade Tiradentes*.

être cependant une condition *sine qua non* pour la mise en place de formes plus complètes de « démocratie participative ».

Références bibliographiques

- Cabanes R. & Telles, V. (org.) (2006) *Nas tramas da cidade*, São Paulo : Ed. Humanitas/IRD.
- Cabanes, R. & Georges, I. (orgs.) (2009) *São Paulo, la ville d'en bas*, Paris : L'Harmattan.
- Cabanes, R., « Espaço privado e espaço público : o jogo de suas relações », in : Cabanes R. et Telles, V. da Silva (org.) (2006) *Nas tramas da cidade*, Ed. Humanitas/IRD, São Paulo, pp. 389-428.
- Cresson, G. & Gadrey, N. 2004. « Entre famille et métier : le travail du care ». *Nouvelles Questions Féministes*, vol. 3, n° 3, pp. 26-41.
- Ferreira, S. C. Miranda (2009) *Líderes comunitários e o trabalho nas associações de bairro de São Paulo : os limites entre participação política e a inserção ocupacional*. Maîtrise, Unicamp, Faculté d'Éducation, Campinas.
- Freire Da Silva, C. (2008) *Trabalho informal e redes de subcontratação : Dinâmicas Urbanas da Indústria de Confecções em São Paulo*. Maîtrise, USP-FFLCH, São Paulo.
- Gadrey, J., Les relations de service et l'analyse du travail des agents, *Sociologie du travail*, n° 3/94, p. 381-389.
- Georges, I. & Rizek, C.S. (2008) *A periferia do direito : trabalho, precariedade e políticas públicas*. Communication au 32° Encontro Anual ANPOCS, Caxambú.
- Georges, I. & Vidal, D., « La formalisation de l'emploi à l'épreuve du travail invisible. Deux cas de figure de travailleuses de service au Brésil. », *Sociétés contemporaines*, n° 87, sept. 2012.
- Hochschild A.R. (1983) *The Managed Heart : Commercialization of Human Feeling*. Berkeley : California University Press.
- Kayano, J., Teixeira, A.C. Chaves, Tatagiba, T. (2007) *Saúde : controle social e política*, Instituto Pólis, Série Observatório dos direitos dos cidadão. Acompanhamento e análise de políticas públicas na cidade de São Paulo, n° 29, São Paulo.
- Krein, J. D. (2007) *Tendências recentes nas relações de emprego no Brasil : 1990-2005*. Thèse de doctorat en Économie sociale et du travail, Unicamp, Instituto de Economia, Campinas.
- Lancman, S., Uchida, S., Szelwar, L.I., De Andrade Jardim, T., « Un agent de santé communautaire : un travail où l'on s'expose » *Travailler*, 2007/1, n° 17, pp. 97-124.
- Lima, J.C. & Cockell, F.F., As novas institucionalidades do trabalho no setor público : os agentes comunitários de saúde. *Trabalho, Educação, Saúde*, vol. 6, n° 3, p. 481-501, nov. 2008/fev. 2009.
- Lima, J. C. & Moura, M. Do Carmos. Trabalho atípico e capital social : os Agentes Comunitários de Saúde na Paraíba. *Sociedade e Estado*, vol. 20, n° 1, Brasília, janvier/avril 2005, p. 103-133.

- Lipsky, M. (1980) *Street-level bureaucrats, dilemmas of the individual in public services*. New York : Russell Sage Foundation.
- Machado Da Silva, L.A. « Da informalidade a empregabilidade : reorganizando a dominação no mundo do trabalho », *Caderno CRH : revista do Centro de Recursos Humanos da UFBA*, Salvador, n° 37, p. 81-109, jul/dez 2002.
- Molinier P., Laugier, S., Paperman, P (2009) *Qu'est-ce que le care ?*. Paris : Payot et Rivages.
- Paperman P., Laugier S. (eds.). 2006. Dossier « Le souci des autres. Éthique et politique du care ». *Raisons pratiques*, Paris : Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales.
- Prefeitura de São Paulo (2006) *Programa Ação Família-Viver em comunidade*. Diário Oficial, São Paulo.
- Sader, E. (1988) *Quando novos personagens entraram em cena*. Paz e Terra : Rio de Janeiro.
- Souza, M.V. De (2007) « Transformações recentes no Extremo Leste de São Paulo : Itaim Paulista e Cidade Tiradentes », texte de qualification pour le doctorat présenté au Programa de Pós Graduação em Arquitetura e Urbanismo da Escola de Engenharia de São Carlos, USP, São Carlos.
- Valadares, C., Indicadores são melhores onde há Saúde na Família. Agência Saúde, Brasil, 12/08/2008.
- Veras De Oliveira, R. (2008) « Processos de heterogeneização entre trabalhadores do serviço público da saúde e previdência social no Brasil e em Pernambuco », Communication au 32^e Encontro Anual ANPOCS, Caxambú.

Isabel Georges et Pierre Tripier (dir.)



La démocratie participative au Brésil

Promesses tenues et
dynamiques ouvertes



P.I.E. Peter Lang

Isabel GEORGES et Pierre TRIPIER (dir.)

La démocratie participative au Brésil

**Promesses tenues
et dynamiques ouvertes**

Nous tenons à remercier l'IRD (Institut de recherche pour le développement) et l'UMR 201 « Développement et sociétés », ainsi que le projet LATINASSIST (à la base de l'appel à projet ANR « Les Suds II ») pour le soutien financier qu'ils ont bien voulu apporter à la publication de l'ouvrage.

Nous devons une reconnaissance particulière à Hélène LE DOARE, dont la contribution à cet ouvrage dépasse largement une simple traduction des textes originaux du portugais.

Toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite par quelque procédé que ce soit, sans le consentement de l'éditeur ou de ses ayants droit, est illicite. Tous droits réservés.

© P.I.E. PETER LANG S.A.

Éditions scientifiques internationales

Bruxelles, 2012

1 avenue Maurice, B-1050 Bruxelles, Belgique

www.peterlang.com ; info@peterlang.com

Imprimé en Allemagne

ISBN 978-90-5201-869-0

D/2012/5678/59

Information bibliographique publiée par « Die Deutsche Bibliothek »

« Die Deutsche Bibliothek » répertorie cette publication dans la « Deutsche Nationalbibliografie » ; les données bibliographiques détaillées sont disponibles sur le site <<http://dnb.ddb.de>>.