

PREMIERE PARTIE

Où l'on étudie l'élaboration de projets. Ceux qui consistent à promouvoir la santé des habitants d'une ville. Qu'est-ce que ça veut dire ? Qu'est-ce que la santé veut dire, qu'est-ce que la promouvoir et qu'est-ce que la ville ? Pour répondre à ces questions, nous nous « contenterons » d'observer des réunions où s'élaborent ces projets. Pour nous déplacer entre ces réunions, nous prendrons en filature ethnographique une personne chargée de l'animation de ces réunions ou/et de la coordination de ces projets, appelons la Amandine. Celle-ci fait partie d'un service communal de La Louvière chargé de mettre en œuvre le projet « Ville-Santé » de l'OMS. Il comptait à l'époque de notre enquête trois personnes. Notre filature nous amènera cependant à en fréquenter plus d'une centaine au cours de divers projets élaborés en différents endroits pendant un an. Certains endroits s'appelleront La Louvière, Bruxelles, Lille, Ottawa ou Angers. Certains projets gagneront en réalité, d'autres perdront en réalité. Le voyage que nous entreprenons, entre fiction et réalité, d'une rue à l'autre, d'une ville à l'autre, devrait nous permettre d'observer comment des projets de promotion de la santé en viennent à être réalisés ou non. Du moins nous l'espérons. Du moins nous en rêvons.

Au départ, on rêve. On fictionne. On s'imagine comment ça va se passer, comment notre projet de recherche va pouvoir se réaliser. On cherche un lieu où poser notre utopie⁴⁸. On choisit La Louvière, presque par hasard, tout heureux d'y rencontrer des gens qui font aussi des rêves et qui sont prêts à partager les nôtres. Des gens qui rêvent entre autres de promouvoir la santé des Louviérois. La Louvière, ville de rêves ! La Louvière, ville rêvée ! La Louvière, labellisée « Ville-Santé » par l'Organisation Mondiale de la Santé depuis 1989. Mais ce que certains rêvent et fictionnent à La Louvière deviendra-t-il réalité ? Et les rêves de qui ? Les rêves des promoteurs de santé ? Les miens ? Ceux des habitants ? Ceux des rats d'égouts ? Ceux de la Ville ? Ceux du lobby pharmaceutique ? Ceux de la mafia ? Ceux des poux ? Ceux des vendeurs de mitraillettes⁴⁹ ? Ceux des directeurs d'école ? Attendons-nous à quelques

⁴⁸ Selon la définition de l'utopie : idée n'ayant pas de lieu où se poser.

⁴⁹ « Mitraillette » dans le jargon des fritures : pain fourré avec des frites, de la sauce et de la viande hachée, salade en option.

surprises de taille car, comme le dit Latour, le rêve change l'échelle des phénomènes, il permet les recompositions et mélange les propriétés⁵⁰.

L'onirisme de ces débuts ne nous permettra pas de prendre le risque de définir préalablement le cadre de notre étude. Nous ne présenterons pas de brève description de La Louvière sinon quelques repères géographiques pour aider le lecteur à se situer. Pas d'historique de la promotion de la santé sinon un lieu et deux dates sans surprise pour ceux qui en sont familiers : la création de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1948 et la Charte d'Ottawa pour la Promotion de la Santé, en 1986. Rien de ce que disent les sociologues à propos de la santé, de sa promotion ou de la ville (la conjonction des trois thèmes ne présentant pas plus d'une dizaine de références dans la bibliographie du Royaume). Tout cela fera l'objet du travail des acteurs eux-mêmes quand ils s'efforceront de placer leur projet dans un contexte. Nous ne fournirons pas non plus une analyse des professions. Le monde de la promotion de la santé sera saisi depuis ce qu'il fait et non ce qu'il est censé être⁵¹. La promotion de la santé n'est pas une profession en soi. Bien que nous soyons amenés à parler de promoteurs de santé ou de professionnels de la promotion de la santé, ceux-ci peuvent être licenciés en santé publique, médecins, infirmières, sociologues, licenciés en communication, travailleurs sociaux, urbanistes, etc.

Il n'y aura pas davantage dans cette étude de comparaison entre villes. Au sujet des promoteurs de santé, celle-ci ne s'imposait pas vraiment car nous avons été amenés à côtoyer pendant notre filature un certain nombre d'entre eux qui travaillaient un peu partout en Belgique (du moins dans la partie francophone du pays, ce qui reste une lacune importante de notre recherche mais significative de la façon dont se structurent les mondes locaux de la promotion de la santé). En outre, une telle comparaison aurait eu pour résultat de faire apparaître la diversité des réponses à la question : de quelle façon les dispositifs locaux de promotion de la santé, leurs idées et principes contribuent-ils au développement d'une politique locale de santé publique ? Au terme de sa recherche comparative effectuée dans dix villes-santé britanniques et hollandaises, Marleen Goumans conclut à propos d'un tel travail comparatif :

⁵⁰ LATOUR, *Aramis ou l'amour des techniques*, p. 32.

⁵¹ Ainsi que le propose BECKER, *Les mondes de l'art*, en analysant les mondes de l'art.

1. les termes de la question elle-même ont des significations différentes selon les personnes et les lieux (même si on reste dans un contexte intra-national) ;
2. il y a une grande variété de mise en pratique (*a fuzzy domain*) ;
3. les frontières du local varient selon les activités qui sont menées ;
4. les raisons d'implication dans le projet sont multiples ;
5. de même qu'est variée la façon de les évaluer (dont une des formes courantes est l'absence d'évaluation) ;
6. les acteurs importants varient ;
7. les gens parlent le même langage et travaillent sur des principes identiques mais dans les faits, ils agissent différemment ;
8. le projet est inscrit dans des structures temporaires ou porté par des personnes toujours susceptibles de disparaître⁵².

Au sujet des habitants, l'absence de comparaison entre villes constitue notre plus grand regret. Nous envisagions de comparer l'expérience que font les Louviérois de leur santé avec celle qu'en font les habitants de Louvain-la-Neuve mais, faute de temps, nous n'avons pu nous y atteler. Et l'étude comparative avec des personnes malades du cancer habitant la région lilloise ne nous aura pas permis de glaner suffisamment d'informations sur les rapports entre ville et maladie. Ce travail reste à faire.

En 1948, lors de la création de l'OMS, la santé connut un élargissement radical de sa définition, elle devint « un état de complet bien-être physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »⁵³. En 1986, la Charte d'Ottawa précise les stratégies de la promotion de la santé nécessaires à mettre en œuvre pour relever le défi de la Santé Pour Tous en l'an 2000. « La charte étend la définition de la promotion de la santé jusqu'à la voir comme « un processus destiné à

⁵² GOUMANS, *Innovations in a fuzzy domain : healthy cities and (health) policy development in the Netherlands and the United Kingdom*, p. 191-193.

⁵³ Définition rappelée aux participants par Christiane Gosset lors du séminaire « Villes-Santé en pratique : mettre en œuvre ou redynamiser l'action locale » qui eut lieu les 21 et 22 mai 2003 à Liège. Il y a bien sûr d'autres dates qui ponctuent le parcours de cette définition : Alma Ata en 1978 inaugurant l'objectif de « Santé Pour Tous en l'an 2000 » ; en 1984, l'adoption par les états européens d'un programme stratégique comprenant 38 buts ; le lancement du programme Villes-Santé de l'OMS en 1987 ; des mises à jour successives du programme de la Santé Pour Tous en 1991 et en 1998 qui le réduisent à 21 buts et lui donnent le nom de « Santé 21, la Santé Pour Tous au 21^{ème} siècle » ; en 2003, célébration du quinzième anniversaire du réseau des Villes-Santé lors de la Conférence internationale des Villes-Santé, à Belfast, intitulée « la force de l'action locale ».

permettre aux individus de contrôler et améliorer leur propre santé ». Les termes utilisés pour décrire les actions de promotion de la santé sont « permettre », « arbitrer » et « promouvoir ». Le cadre mis en œuvre par la charte comprend cinq éléments, à savoir la promotion de politiques publiques favorables à la santé, la création d'environnements favorables, une meilleure participation de la part des populations, une amélioration des capacités personnelles, et une réorientation des services de santé »⁵⁴. Cette nouvelle façon de concevoir la santé et les politiques publiques, augurait pour la promotion de la santé le développement de projets innovants. Pour autant qu'on appelle comme tels « les projets dont le nombre d'acteurs à prendre en compte n'est pas donné dès le départ »⁵⁵. A en croire la sociologie de l'innovation, ces projets flous des débuts avaient de bonnes chances de pouvoir constituer de bonnes agences de traduction des intérêts des uns dans ceux des autres ; de bons échangeurs de buts propices à la constitution de réseaux. Près de vingt ans plus tard, nous commencerons par déployer la carte des acteurs effectivement pris en compte durant les soixante-quatre réunions d'élaboration de projet que nous avons observées. L'innovation est-elle devenue réalité ?

Avant que le lecteur ne s'engage dans la lecture de cette enquête, deux mises en garde s'imposent. Premièrement, il doit s'attendre à lire un bon nombre de descriptions de réunions. Nous avons volontairement tâché de les rendre moins ennuyantes et plus dynamiques qu'elles ne le sont en réalité, en choisissant tantôt un style imagé, tantôt une pointe d'ironie, tantôt un type de narration proche du roman policier ou nécessitant une reconstruction de la chronologie des réunions. Garder un ton impertinent tout au long de cette première partie nous a semblé nécessaire. En effet, la promotion de la santé est un chemin pavé de bonnes intentions. Pour éviter que les discours des acteurs ne masquent les enjeux et les fonctions réelles des activités, nous avons décidé de pratiquer une « anthropologie polémique »⁵⁶ à la manière de Bruno Latour et Steve Woolgar lorsqu'ils étudient la science telle qu'elle se fait et non telle qu'elle se dit⁵⁷. Or, interroger directement les activités plutôt que ce qu'en disent les acteurs, n'est pas chose évidente lorsque l'activité en question est avant tout communicationnelle. Opter pour un ton qui prend à contre-pied celui poli et contenu qui caractérise ces échanges,

⁵⁴ OMS/EURO (1992), *Vingt étapes pour réussir un projet Villes-Santé*, OMS, Rennes, p. 2.

⁵⁵ LATOUR, *Aramis ou l'amour des techniques* p. 67.

⁵⁶ Terme de O. SCHWARTZ, "L'empirisme irréductible" (1993), p. 269.

⁵⁷ LATOUR, WOOLGAR, *La vie de laboratoire. La production des faits scientifiques* (1979).

c'est déjà nous garantir une certaine distance pour étudier ces acteurs « du dehors » mais néanmoins « de près »⁵⁸. Deuxièmement, nous tenons à prévenir le lecteur que ce rapport est risqué. Notre filature ethnographique n'est pas à l'abri d'un échec puisque nous aussi, comme ces promoteurs de santé, nous nous donnons comme priorité d'atteindre le public-cible de leurs projets. Mais il n'est pas dit que nous y arrivions.

⁵⁸ SCHWARTZ, "L'empirisme irréductible" p. 269.