

## CONCLUSION

Dire que les mondes se déconnectent n'est pas chose nouvelle. Niklas Luhman, en parlant de l'autopoïèse et de l'auto-référentialité des systèmes sociaux, défend depuis longtemps la thèse de la différenciation fonctionnelle en faisant référence « aux processus par lesquels un système reproduit à l'intérieur de lui-même le processus de formation du système, c'est-à-dire recrée en lui-même la différence entre le système et l'environnement »<sup>246</sup>. Faut-il pour autant attendre comme Beck qu'un drame vienne « nous faire prendre conscience du caractère fondamentalement réversible des différenciations accomplies »<sup>247</sup> et amène une fin provisoire au « fatalisme industriel » - « il veut dire par là que, dans une culture où l'autonomie des sujets se trouve pourtant institutionnalisée comme une valeur essentielle, seule une infime fraction des décisions importantes est déterminée par le choix individuel ou la participation politique »<sup>248</sup> ? Faut-il inscrire le vécu des habitants dans le processus prédéterminé qui caractérise la société du risque : un mécanisme sans fin d'émergence puis de maîtrise des dangers ?

Hans Joas, en reprenant l'idée de « démocratie créative » inscrite dans le pragmatisme de Dewey et en incitant chacun à faire preuve d' « imagination institutionnelle », indique la voie à suivre pour s'extraire d'un pessimisme radical – qu'il soit d'inspiration systémique (Luhman) ou marxiste (Beck)- quant aux possibilités de régulation sociale<sup>249</sup>. La créativité sociale serait à même de sortir les habitants, les professionnels de la promotion de la santé et aussi les sociologues, de leurs déconnexions respectives soit au sein du tout petit monde de la promotion de la santé, soit dans le repli des habitants sur leur domicile, soit dans le retrait du sociologue dans son bureau. L'errance intellectuelle et existentielle qui caractérise ces mondes locaux de la santé publique ne peut trouver d'autres sorties, selon nous, que dans la créativité de l'agir et dans une vision plus positive de la subjectivité –propre à la matrice de la condition moderne- « définissant une possibilité accrue d'expression de soi plus qu'un surcroît de maîtrise

---

<sup>246</sup> MARTUCCELLI, *Sociologies de la modernité. L'itinéraire du XXème siècle*, p. 169. Voir plus spécifiquement N. LUHMANN, *Social systems* (1984) (1995).

<sup>247</sup> JOAS, *La créativité de l'agir* (1992), p. 255-256.

<sup>248</sup> Ibid., p. 255.

<sup>249</sup> Ibid., p. 257.

pratique sur le monde »<sup>250</sup>. Nous pensons qu'il est possible d'expérimenter à nouveaux frais la participation au départ de nos ressemblances à l'égard d'un même « sentiment de l'existence »<sup>251</sup>, sentiment qui nous relie à un tout plus vaste qui transcende la subjectivité. Les modalités du dispositif à mettre en place pour y arriver -dispositif dialogique mais pas uniquement car « faut-il vraiment tout se dire ? »<sup>252</sup>-, restent à préciser ensemble.

Que de ressemblances en effet entre habitants, promoteurs de santé et sociologues dans ces mouvements giratoires autour des grands axes de leur expérience, que de sorties identiques envisagées, que d'attirances semblables vers le côté obscur, inexpliqué et inexplicable, de leur action, que de souffrance dans la relation d'impuissance qui caractérise les rapports entre les institutions et leurs usagers. Nous tâcherons de les résumer en trois schémas.

Notre filature ethnographique au sein du tout petit monde qui se constitue autour de l'élaboration de projets de promotion de la santé, trace d'abord l'axe horizontal et plat de leurs pratiques : l'axe polémique de la coordination, celui de la coalition mutuelle d'intérêts que des professionnels de la promotion de la santé tentent vainement d'instaurer avec leurs « relais » (autres professionnels plus directement en prise avec les publics concernés par les projets). Ensuite, notre approche *flatland* inspirée des principes de la nouvelle école française de la sociologie de l'innovation<sup>253</sup>, doit très vite intégrer au cadre de ses descriptions l'axe vertical des rapports de pouvoir. On se rend compte que la coordination n'est en fait que subordination sur l'axe moral des rapports hiérarchiques. L'approche des pratiques au niveau communicationnel fait en effet apparaître les mécanismes de requête et de contre-requête qui se cachent derrière l'apparente absence de prise de décision. Les deux axes sur lesquels s'inscrit l'élaboration d'un projet de promotion de la santé, une fois renommés par la sémiotique et la théorie des actes du langage, deviennent d'une part celui qui rassemble

---

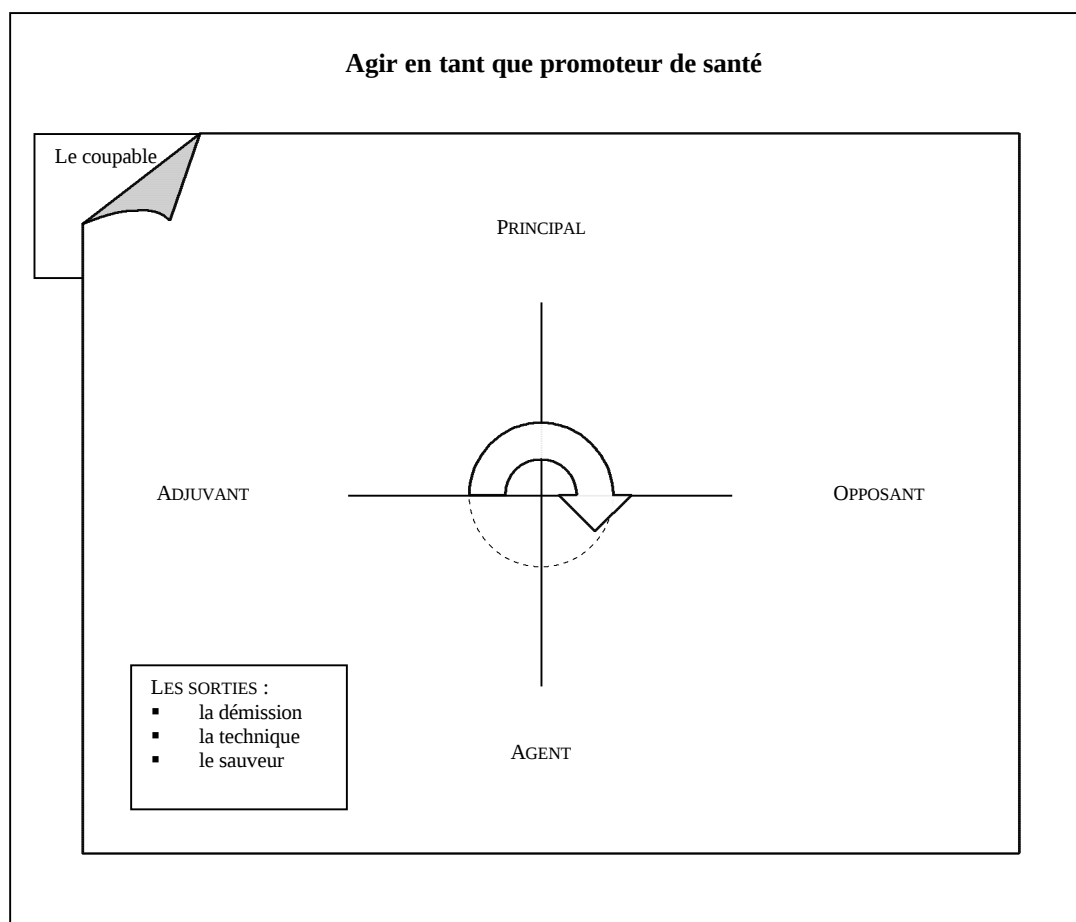
<sup>250</sup> MARTUCCELLI, *Grammaires de l'individu*, p. 457. Sur la distinction entre les matrices de la modernité –celle de la différenciation sociale, de la rationalisation et de la condition moderne-, voir MARTUCCELLI, *Sociologies de la modernité. L'itinéraire du XXème siècle*.

<sup>251</sup> Ce sentiment constitue la clef de voûte du réquisitoire de TAYLOR, *Le malaise de la modernité* (1991) contre la fragmentation.

<sup>252</sup> Pour reprendre l'interrogation d'une personne malade du cancer à propos de la mort.

<sup>253</sup> Ecole issue pour l'essentiel du Centre de Sociologie de l'Innovation de l'Ecole des Mines à Paris, fondé par Bruno Latour et Michel Callon.

horizontalement des adjuvants et des opposants au projet et d'autre part, celui qui situe les partenaires dans une relation de complémentarité de droits et d'obligations entre agent et rôle principal<sup>254</sup>. Enfin, on remarque que la pratique de la gouvernance, caractérisée dans ce milieu par la réactualisation régulière d'un contrat de confiance, s'inscrit au cœur des dispositifs dialogiques traversés par ces deux axes. Or celle-ci se heurte à la récalcitrance des destinataires.

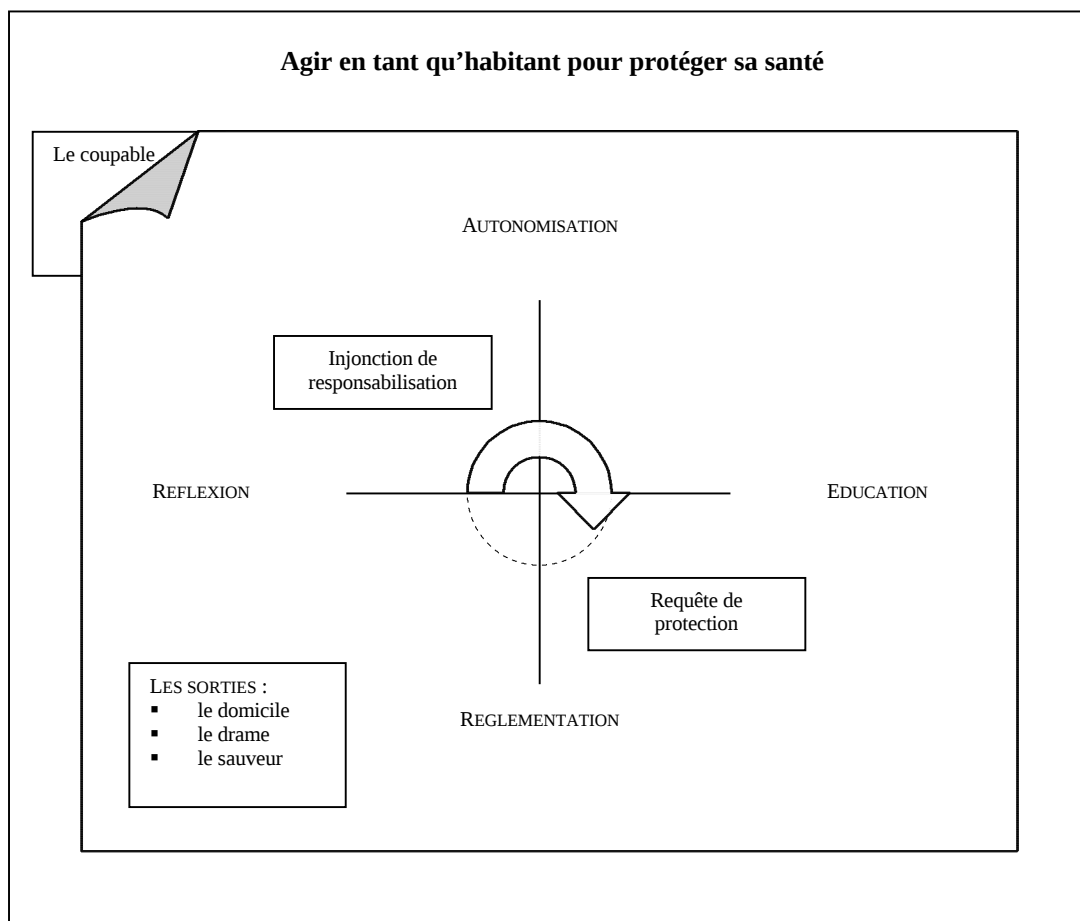


Le tout petit monde de la promotion de la santé, face au désintérêt et à l'indiscipline de son public-cible, tend à se déconnecter à la fois de ses destinataires et de ses objectifs. Confinés dans la recherche du sens de leur action, se demandant quotidiennement ce qu'ils sont en train de faire, les promoteurs de santé recherchent alors un coupable. A défaut d'en trouver un, ils se dirigent vers les portes de sortie. L'attente d'un sauveur<sup>255</sup>, la technique ou l'abandon de la profession viendront mettre un point final à leurs tentatives état-d'âmiqes de déprise auto-réflexive du monde.

<sup>254</sup> Tentative de traduction du terme anglais *principal*.

<sup>255</sup> Sur cette porte de sortie non abordée dans le corps du texte, voir l'épilogue.

Les trois sorties envisagées par les promoteurs de santé sont semblables à celles évoquées par les habitants lorsqu'ils parviennent à décrire la façon dont ils font l'expérience de leur santé en ville. L'attente d'un sauveur, le drame ou la fuite dans le domicile sont les seules solutions envisagées pour s'extraire du « borbier » dans lequel leur santé est « prise au piège ». Entre leur requête de protection insatisfaite et l'injonction de responsabilisation de la part des institutions, ils n'en peuvent plus de tourner en rond, se plaignant de ne pouvoir définir l'étiologie de leur malheur et subissant également l'effet d'entraînement du « noircissement » ambiant. Tout ce qui nuit à leur santé ne trouve en l'éducation ou en la réglementation aucun remède. Les institutions impuissantes parce qu'envahies et abandonnées par leurs usagers, laissent les habitants en proie à la menace d'un même envahissement et d'un même abandon par le monde extérieur. La désorganisation qui caractérise cette menace -où plus personne ne joue son rôle et où ceux qui s'y essaient encore risquent leur santé- ne trouve pas plus de réponse du côté d'un appel à l'autonomisation ou à la réflexion des individus.



Les habitants sont dès lors livrés à eux-mêmes dans une ville qu'ils décrivent comme abandonnée, pris à la gorge par un excès de vécu auquel aucune interprétation ne parvient plus à donner du sens. Le coupable est déjà tout trouvé bien que totalement indéfini, il agit dans l'ombre et revêt les figures éculées de la crainte : l'instigateur de complot, le clandestin et ses dépôts, l'étranger, etc. Se déprendre d'un monde qui vous envahit, reprendre en main un monde qui vous abandonne, ce sont les étapes nécessaires du cheminement pour « aller mieux » et ce qui fait précisément défaut aux habitants qui nous disent « aller mal ».

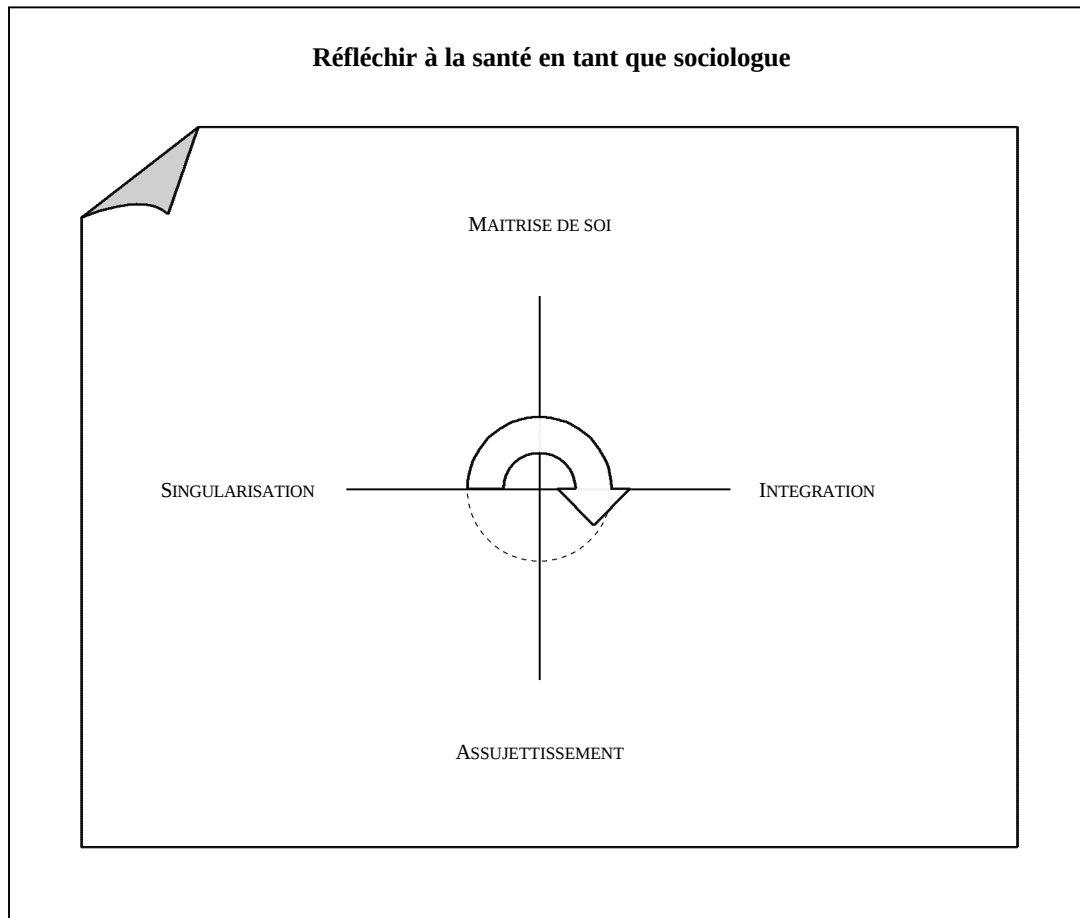
Quant aux sociologues, nous pensons qu'ils ne peuvent comprendre l'expérience des habitants s'ils inscrivent entre ces deux axes leurs réflexions sur la santé. Ils finiront par tenir le même discours, avec d'autres mots, que celui de la promotion de la santé ou/et éprouver le même sentiment d'impuissance que les habitants. Inscrire la santé subjective dans la matrice de la rationalisation du monde, quelque part dans la résistance à l'assujettissement ou à la maîtrise de soi ; ou l'inscrire dans la matrice de la différenciation sociale, quelque part entre la singularisation et l'intégration de l'individu, revient à étudier la santé subjective selon une approche qui néglige l'importance de la situation, de la corporéité et de la socialité. Ce sont là les linéaments de la créativité de l'agir sur lequel revient Joas par opposition à ce schéma de pensée qui postule un sujet intentionnel, maître de son corps et autonome<sup>256</sup>. Schéma utilitariste et normativiste dans lequel se situe l'acteur rationnel et qui 1) donne lieu à une approche de la santé en terme de comportements à risque, 2) limite l'individu à quelques traits stables de personnalité sans tenir compte des situations et contextes sociaux qui confèrent aux personnes une maîtrise ou un sentiment de maîtrise de leur santé<sup>257</sup>. Cette façon d'appréhender le sujet laisse de côté ses émotions, ses expériences personnelles, l'intersubjectivité et les accords sociaux. Les sujets qu'on y retrouve, ne sont rien d'autre que des calculateurs plus ou moins bien réglés, en quête des états les plus satisfaisants possibles. Les sociologues sont alors amenés à se poser les mêmes questions que les promoteurs de santé, en d'autres termes : « Quelles sont les conditions structurelles

---

<sup>256</sup> JOAS, *La créativité de l'agir* (1992).

<sup>257</sup> Ces deux points sont développés dans G. PAICHELER, *La prévention : articulation entre l'individu et la société dans la gestion de la santé* (2000).

nécessaires pour qu'un acteur soit intéressé par la santé d'un autre ? » ; « qui est celui qui a la légitimité d'énoncer les normes en matière de santé ? »<sup>258</sup>.



A écouter longuement des personnes affectées par une maladie grave, des personnes qui ont « touché la mort »<sup>259</sup> d'une façon ou d'une autre, on constate que dans l'identification de ce qui nuit à notre santé, l'important est de ne céder ni à l'étiologisme -la recherche sans fin des causes qui risque d'engendrer un enfermement psychanalytique ou un profond sentiment d'impuissance-, ni à l'essentialisme -l'isolement d'une cause particulière qui risque de transformer l'action en acharnement

<sup>258</sup> Propos entendus lors d'une réunion du réseau « Relation, Norme et Santé » à Louvain-la-Neuve, le 31 octobre 2003.

<sup>259</sup> Parole d'un malade du cancer entendue pendant l'intervention sociologique à Lille.

contre un présumé coupable<sup>260</sup>. Garantir l'expression du sujet sans céder à l'expressionnisme<sup>261</sup>, c'est lui assurer les conditions d'un rapport pacifié à la complexité du monde. Le monde ne paraît pas moins incertain mais l'incertitude est mieux acceptée via la reprise en compte des notions de circonstances, de coups du sort, d'événements imprévisibles qui amènent à situer l'action ailleurs que dans l'individualisation des risques et l'injonction à la responsabilisation<sup>262</sup>. Mais, même si ce mouvement de déprise –encouragé ici par l'intense activité psychique qui caractérise l'annonce de la maladie- permet à l'individu de se réapproprier le sens de son « monde social », il revient tôt ou tard se heurter à des logiques qui lui échappent. De la même façon que les habitants et les professionnels se heurtent à l'épaisseur des contextes et sont repris dans l'enchaînement des engrenages contextuels<sup>263</sup>. C'est ce que nous apprend l'étude des collectifs de recherche rassemblant des personnes malades, des habitants, des promoteurs de santé et des sociologues. Il reste encore un pas à franchir de la déprise réflexive du monde marquée par l'identification de problèmes, à l'action.

D'un point de vue communicationnel, le problème de l'action demeure au final celui de la croyance que suppose le passage du niveau épistémique au niveau déontique de la communication : Austin fait de la présomption de sincérité que les personnes impliquées dans un acte de langage se portent les unes aux autres, l'une des conditions du succès de la performativité ; à celle-ci s'ajoute l'importance de la situation qui garantit que ce que dit une certaine personne, dans certaines circonstances, suivant une certaine procédure, est dit avec la signification du performatif (selon Austin), la force du déclaratif (selon Searle)<sup>264</sup>. D'un point de vue sociologique, le dispositif de recherche qui a été mis au point dans chacune des deux interventions sociologiques, n'a pas permis de saisir ce passage de l'identification des problèmes à l'action. Celui-ci s'inscrit au-delà de la « conversion » du groupe aux hypothèses du chercheur qui constitue le

---

<sup>260</sup> Cette distinction entre étiologisme et essentialisme est opérée par LAPLANTINE, *Anthropologie de la maladie. Etude ethnologique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine*.

<sup>261</sup> Tel qu'on a pu le rencontrer dans les préverberies de la première réunion du premier chapitre.

<sup>262</sup> BECK, *La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité* (1986), p. 291.

<sup>263</sup> D. MARTUCCELLI, *Domination ordinaires* (2001).

<sup>264</sup> Voir la présentation de ce point et la façon dont on peut le préciser dans TAYLOR, VAN EVERY, *The emergent organization. Communication as its site and surface* p. 101.

moment central de l'intervention sociologique<sup>265</sup>. A chaque fois qu'il était question de franchir le pas, les sociologues se sont retirés du dispositif, à Lille comme à La Louvière, entraînant avec eux sa disparition. Et ce après avoir incité les participants à poser un ultime regard réflexif sur la possibilité et les conditions d'une action collective quand, précisément, celle-ci appelait à une adhésion irréfléchie.

Ce faisant, il nous semble que les sociologues ont déterré l'arbre pour voir s'il avait des racines. Comme le rappelle Martuccelli, l'action requiert toujours de l'acteur une profonde adhésion à la situation. « Lors de son action, l'individu ne peut, quel que soit son degré de conscience critique, qu'oublier ses doutes, afin d'assumer activement ses illusions et ses croyances, sans lesquelles il n'y a pas d'action possible »<sup>266</sup>. Que peuvent donc dire les sociologues à propos des possibilités d'un agir collectif en matière de santé, s'ils ne mettent pas eux-mêmes la justesse de leurs interprétations à l'épreuve de l'action ? Au lieu de formuler une énième critique « réaliste » à l'encontre des théories participatives telles que formulées depuis Rousseau par les penseurs marxistes hétérodoxes, Gramsci et Poulantzas, par le courant du management participatif (Lewin et Mayo aux Etats-Unis, Pateman en Grande-Bretagne), par Habermas et sa démocratie communicationnelle ou Barber et sa « démocratie forte », nous pensons qu'il est préférable que les sociologues s'attèlent à ancrer leur conception de la participation dans l'étude d'expériences politiques concrètes<sup>267</sup>. Notre recherche a en partie consisté à mettre en évidence quelques-unes des modalités incontournables de la participation. La conception d'un sujet héroïque<sup>268</sup> qui néglige la face sombre de l'individu, d'un espace

---

<sup>265</sup> Dans le texte de A. TOURAINE, "Introduction à la méthode de l'intervention sociologique" (1983), celui-ci explique que « si les hypothèses élaborées par les chercheurs et que ceux-ci essayent de faire reprendre en charge par le groupe sont pertinentes, elles doivent aider le groupe à éclaircir son débat, à créer pour lui de l'intelligibilité, à la fois dans sa propre histoire comme groupe et dans l'histoire de l'action collective à laquelle il se réfère et à laquelle il appartient ».

<sup>266</sup> MARTUCCELLI, *Grammaires de l'individu*, p. 673.

<sup>267</sup> C'est en ce sens que F. POLET, *Démocratie participative et inégalités sociales : le cas du Budget participatif de Porto Alegre (Brésil)* (2002) a mis à l'épreuve dans le cadre d'une thèse de maîtrise, les concepts de participation et de délibération en les confrontant au cas du Budget participatif de Porto Alegre. Il nous fournit tous les éléments d'une discussion nécessaire mais malheureusement inabordable au sein de notre travail.

<sup>268</sup> Voir la critique que formule A. LEVY, *Sciences cliniques et organisations sociales : sens et crise du sens* (1997), p. 74 à propos du sujet tourainien, à la fois créateur et libérateur, essentiellement mû par une pulsion de vie. Une conception sur laquelle se fonde, à l'origine, la méthode de l'intervention sociologique.

public dont le social est évacué<sup>269</sup>, de procédures délibératives qui ne tiennent pas compte de la « pauvreté politique » des individus<sup>270</sup>, d'un dispositif communicationnel qui n'est jamais à l'abri de l'emprise d'un collectif<sup>271</sup>, sont autant d'obstacles à la mise en œuvre concrète de l'écriture collective d'un script. Des obstacles qui ne pourraient être déréalisés par des jeux de langage et appellent à reconsidérer les conditions sociales de la participation. La requête de protection et l'injonction de responsabilisation qui en font partie, sont comme les deux pales d'une hélice qui n'en finit pas de tourner et ne provoque en fin de compte que la nausée des passagers d'un avion qui ne décolle pas. Permettre aux gens de participer plus activement aux conditions de leur protection, comme le suggère Sennett, en tenant compte de la nécessaire réciprocité entre institutions et usagers, nous semble constituer une démarche plus dynamique<sup>272</sup>.

Parvenus au bout de notre travail, nous constatons que le problème de la participation s'est inversé : il se pose surtout lorsque les sociologues, les philosophes et les promoteurs de santé ne participent pas. Il est évident que la récalcitrance des personnes à nos interprétations, nos « grilles de lecture », leur refus de se « laisser dire », réinterroge nos disciplines. Celle de la santé publique et celle de la sociologie ne ressortent pas indemnes de cette enquête. S'intéresser à la santé subjective a ceci de problématique qu'elle constitue à la fois une expérience de masse et à la fois une expérience individuelle se vivant comme irréductible à toute interprétation. Pourtant, l'aspect fuyant de la subjectivité, au lieu d'être considéré comme un obstacle aux objectifs disciplinaires, doit nous inciter d'une part, à revoir la notion d'autonomie non comme la capacité à se séparer des autres mais comme l'acceptation de ce qu'on ne comprend pas chez l'autre. « Nous concédons l'autonomie aux enseignants ou aux médecins quand nous acceptons qu'ils savent ce qu'ils font, même si nous ne le comprenons pas ; il faudrait accorder la même autonomie à l'élève ou au patient, parce

---

<sup>269</sup> Voir la critique de Y. SINTOMER, *La démocratie impossible ? Politique et modernité chez Weber et Habermas* (1999) quant au manque de réalisme de la conception habermassienne de la notion d'espace public.

<sup>270</sup> J. BOHMAN, "Deliberative democracy and effective social freedom : capabilities, resources and opportunities" (1997) veut souligner par ce terme l'inégalité des capacités délibératives des individus en s'inspirant du concept de « capability » qu'Amartya Sen (prix Nobel d'économie) développe à propos de la pauvreté.

<sup>271</sup> Voir J. FAVRET-SAADA, *Les mots, la mort, les sorts* (1977) sur les multiples manières dont l'individu peut s'engager dans un procès de parole au risque de se faire « prendre » par la situation d'énonciation.

<sup>272</sup> SENNETT, *Respect. De la dignité de l'homme dans un monde d'inégalité*, p. 200.

qu'ils savent sur l'apprentissage ou la maladie des choses que l'enseignant ou le médecin traitant ne sauraient pénétrer. Ainsi conçue, l'autonomie est une formidable recette d'égalité »<sup>273</sup>. D'autre part, à poursuivre notre exploration des mondes possibles au-delà du cadre utilitariste et normativiste dans lequel habitants, promoteurs de santé et sociologues tournent en rond depuis trop longtemps. Il n'y a pas lieu de parler dans ce cas d'aliénation car celle-ci est emplie de ses facultés de libération, ni de cercle vicieux car il recèle le potentiel de sa vertu. Il nous faut au contraire considérer tout ce qui rassemble les professionnels et les habitants, tout ce par quoi ils se ressemblent et tout ce qu'ils pourraient faire ensemble au départ d'un même « sentiment de l'existence »<sup>274</sup>, d'une même envie d'« aller mieux ».

En parlant de la tendance à la déconnexion du tout petit monde de la promotion de la santé et de la récalcitrance de son public-cible, nous sommes bien conscients que nous remettons en doute tout un pan de l'action publique. Mais en cela, nous ne faisons pas autre chose que les promoteurs de santé eux-mêmes dans les quelques moments d'auto-réflexivité qu'ils s'autorisent (ou qu'on leur autorise ?). Rien de nouveau certainement aux yeux de beaucoup d'entre eux qui qualifiaient déjà publiquement la participation de « hochet »<sup>275</sup> ou nous faisaient remarquer « l'effet d'entonnoir ». Dans l'espoir de dépasser le stade de l'exhibition publique des attermoissements moraux<sup>276</sup> des promoteurs de santé, des habitants et des sociologues, ce travail est à lire comme « un plaidoyer pour un doute réel », c'est à dire, « pour un ancrage de la connaissance dans des situations problématiques réelles »<sup>277</sup>. Il n'y a là rien de plus qu'une volonté de redire l'intuition lumineuse du pragmatisme qui se fonde dans l'opposition au doute cartésien cultivé dans la solitude du moi. A « l'idée d'une recherche collective de la vérité, visant à maîtriser des problèmes pragmatiques réels », le pragmatisme ajoute la nécessité d'ancrer le doute dans l'agir. « Il se dessine ainsi un modèle qui fonde toute perception du monde et toute action dans le monde sur une adhésion irréfléchie à des évidences

---

<sup>273</sup> Ibid., p. 140.

<sup>274</sup> TAYLOR, *Le malaise de la modernité* (1991), p. 97.

<sup>275</sup> Entendu au séminaire sur « les enjeux éthiques en promotion de la santé » avec Raymond Massé en invité, le 31 octobre 2001.

<sup>276</sup> Exhibition qui caractérise les états d'âme tels que définis par MARTUCCELLI, *Grammaires de l'individu*, p. 536-552 où « il s'agit pour l'individu de gérer ses attermoissements intérieurs, moins de se faire « comprendre », voire « pardonner », par les autres, que d'étaler en public la « grandeur » de son âme et la « profondeur » de son désarroi » (p. 550).

<sup>277</sup> JOAS, *La créativité de l'agir* (1992), p. 138.

immédiates et à des habitudes éprouvées. Mais ces évidences et les actes de routine qui leur sont liés, s'effondrent continuellement : le déroulement habituel, apparemment automatique, de l'action se trouve alors interrompu. Le monde se révèle comme la source de cet ébranlement des attentes spontanées de l'individu ; les actes habituels restent sans effet sur un monde soudain récalcitrant. C'est la phase du doute réel. Pour en sortir, le seul moyen est de reconstruire la continuité rompue. La perception doit alors appréhender des aspects nouveaux ou différents de la réalité ; l'action doit s'appliquer à d'autres endroits du monde ou se restructurer elle-même. Cette reconstruction constitue une opération créatrice du sujet agissant. S'il parvient, en modifiant ainsi son regard, à réorienter son activité et à poursuivre dans cette direction, alors quelque chose de nouveau est apparu dans le monde : une nouvelle façon d'agir, qui peut ensuite se stabiliser et devenir à son tour une routine spontanée »<sup>278</sup>.

Ceci pour conclure, à titre anecdotique. Beaucoup des promoteurs de santé que nous avons côtoyés, travaillant dans des CLPS ou des Villes-Santé, participèrent au 6<sup>ème</sup> colloque du réseau francophone des Villes-Santé et des Villes et Villages en Santé de l'OMS, en octobre 2001 à Angers. Le forum intitulé « principes et actualités du programme Villes-Santé » -dont les débats ne sont pas repris dans les actes, sauf une présentation très lisse du réseau québécois- donna lieu à des échanges qui reprenaient très largement tous les thèmes que nous avons abordés dans la première partie de notre travail. Tous les coordinateurs des différents réseaux belge, français, québécois et suisse étaient présents pour souligner les difficultés du métier. L'un d'entre eux, à la fin du forum, annonça que l'OMS voulait aussi qu'on réfléchisse à ces faiblesses, « pour nous rendre plus forts » ajouta-t-il, prédisant que ce serait sans doute le prochain thème en vogue. Il nous paraît important de faire remarquer un événement significatif : juste avant de conclure ce forum, la coordinatrice belge annonça un scoop : Bruxelles allait bientôt figurer parmi les Villes-Santé européennes.

En mars 2004, s'organisa sur son territoire le septième colloque de l'OMS. Mais au lieu de parler de leurs faiblesses, les promoteurs de santé présents furent invités à partir « à la rencontre des habitants et de leurs projets » après avoir discuté en atelier des « nouvelles pratiques participatives ». Dans ce dernier, deux projets étaient présentés :

---

<sup>278</sup> Ibid., p. 138-139.

l'un québécois (un film conçu et réalisé par des jeunes), l'autre belge -et plus exactement louviérois- intitulé « un réseau d'échanges pour la promotion de la santé dans la ville par les citoyens et pour les citoyens ». Trois ans après l'intervention sociologique, le groupe d'habitants continue à se réunir et expose en divers colloques le fruit de son travail réalisé avec le soutien de la Communauté Française et des autorités communales. Il devient par là l'un des plus vieux projets coordonnés par l'équipe permanente de La Louvière Ville-Santé. Ensuite, six quartiers furent visités qui présentaient chacun un projet initié par des habitants et soutenu par Bruxelles, Ville Région en Santé. Quand on pense que son Comité d'Administration compte pas moins de sept ministères et que son Comité Technique rassemble les onze plus grosses institutions bruxelloises susceptibles d'œuvrer à la santé des habitants, on peut se demander ce qu'est devenu l'inévitable obstacle de la complexité institutionnelle bruxelloise ? Aurait-il fait l'objet d'une soudaine déréalisation ? Etrange affaire également que de constater que l'un des projets visités réunit les promoteurs de santé au cœur du quartier africain de la capitale, dans un salon de coiffure.

## EPILOGUE

Evoquer en fin de thèse le problème du positionnement du chercheur, c'est faire exactement la même chose que les professionnels : ramener les problèmes à soi. Mais je ne voulais pas tourner la page sur ce chapitre. Dilemme.

Si les habitants attendaient un sauveur, les professionnels également, bien que je n'en ai pas parlé dans la partie qui leur était consacrée. Il est important de remarquer que ce point n'a pu être abordé avant que ne soient écrites les dernières lignes de ce travail. « Tache invisible » de la recherche<sup>279</sup>, l'identification du sauveur des professionnels a été passée inconsciemment sous silence jusqu'à ce que le travail d'écriture produise un effet de maïeutique : la remémoration d'une tentative d'élucidation de la demande des professionnels quant à la mise en œuvre de l'intervention sociologique. Ma recherche a certainement pâti du fait que, plus ou moins consciemment, je me suis mis en devoir d'assumer le rôle périlleux du sauveur des professionnels de la promotion de la santé - sans doute que les habitants avaient suffisamment de prétendants à leur disposition pour que je ne me sente pas doublement investi (quoique). Un phénomène d'autant plus angoissant qu'il est lié à l'absence d'une prise de conscience du fait que je participais moi-même à la relation d'impuissance que j'étais en train de décrire. Il faudrait une nouvelle thèse pour écrire tout ce à quoi m'a conduit le fait de me prendre pour un sauveur. Nous retiendrons cependant ceci : 1) on peut exposer sans hésiter des gens à l'incertitude de la complexité ; 2) les embarquer dans un face-à-face avec leurs propres difficultés ; 3) les soumettre à une injonction de donner (ici des données) sans promesse de retour ; 4) on s'expose ce faisant, à l'insupportable impression que les choses nous échappent tout le temps. Attitudes propres à une subjectivité à la fois conquérante et désarmée que je reconnais volontiers aussi dans le chef des professionnels de la promotion de la santé que j'ai fréquentés tout au long de ce texte. C'est sans doute cette homologie qui m'a le plus empêché dans mon travail.

---

<sup>279</sup> DEVEREUX, *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement* (1967).

On remarquera que le sujet de la déconnexion est difficile à trouver. Est-ce que les professionnels se déconnectent ou est-ce leur monde qui est déconnecté ? Formuler le problème en incriminant les professionnels, revenait pour moi à balayer toute l'épaisseur des contextes rencontrés en interrogeant directement le caractère de personnes qui me sont chères. Celles-ci auraient-elles peur de « se faire trébucher », manqueraient-elles des qualités propres à l'« extroversion »<sup>280</sup> ? A relire le parcours professionnel des principaux concernés, ponctué notamment de récits d'aventures au sein des équipes de Médecins Sans Frontières, d'une volonté de s'extraire d'un milieu familial jugé trop « local », d'une même fascination parfois pour les « dimanches des missions » où des pères blancs venaient raconter leurs voyages, il me fut difficile de conclure par une explication en terme de caractère comme peut le faire Sennett. Départager ce qui explique ceci ou cela (si tant est que cela soit possible) m'aurait demandé de changer de méthode en privilégiant une approche axée sur le vécu des professionnels, ce qui n'était pas mon objectif. Mais forcément j'en ai parlé.

C'est donc un processus ambivalent que j'ai souhaité décrire, celui de la déconnexion, caractérisé par des individus et un monde qui agissent et sont agis. Ce que ce processus recouvre avant tout, selon moi, relève moins de la suffisance dont pourraient faire preuve certains professionnels que du manque de reconnaissance dont ils pâtissent. En effet, qui s'intéresse à la promotion de la santé ? A part un sociologue de passage ? Les budgets dérisoires de ce secteur par rapport au secteur curatif (environ mille fois moins), l'angoisse face à la carte blanche ou au cadre vide que leur dessinent leurs responsables politiques, l'inquiétude de trouver leurs réunions ou leurs centres de documentation déserts, le travail de visibilisation de leurs organisations, tout indique un problème de reconnaissance évident dans le chef des promoteurs de santé. Un problème qu'on rencontre également chez les habitants et chez l'apprenti sociologue. Une homologie de situations qui a rendu ma déprise nécessaire, souvent dans l'ironie car bien mal assumée.

A la question de savoir si les associations vont un jour se coordonner, les promoteurs de santé participer, les sociologues mettre leurs interprétations à l'épreuve du terrain et les habitants aller mieux, la réponse, je pense, reste à imaginer.

---

<sup>280</sup> SENNETT, *Respect. De la dignité de l'homme dans un monde d'inégalité*, p. 267-273.

