

Chapitre 2 : un projet de papier

Ce que la chenille appelle la fin du monde, d'autres l'appellent papillon.

(Wolfgang Goethe)

Le nouveau millénaire est à peine né que déjà arrive dans le bureau de La Louvière Ville-Santé un étrange faire-part imprimé sur un carton blanc borduré de noir. Quelques brèves inscriptions livrées sans aucune explication annoncent un décès récent. C'est celui d'un projet. Le projet de promouvoir la santé du cœur dans la région du Centre. En premier lieu on s'étonne. Puis très vite, on se dit que c'est sûrement une plaisanterie. On cherche le misérable qui a osé la commettre. On soupçonne l'infortuné sociologue d'être de mèche. On s'en amuse. On se réjouit à l'avance de l'effet que produira le petit carton lors d'une prochaine réunion : « vous savez quoi ? Promo Centre Santé est mort. Son cœur a lâché, c'est vraiment pas de veine ! ». Et chacun de rire de bon cœur de cette mauvaise blague.

Et puis on se rassied, on retrouve son calme, un petit peu gêné de lire le grand âge de celui qu'on s'apprête à enterrer. Dix ans, ce n'est tout de même pas rien. On repense à la toute première fois qu'on l'a connu. On évoque quelques souvenirs plus ou moins agréables -34 institutions, 73 professionnels, 3000 participants- et aussi les moments tragiques de ses dernières heures où ceux qui restaient pour l'assister prirent douloureusement conscience de son état de « puzzle beaucoup trop incomplet » voire même de ses « actions confettis ». Certains se sont révoltés : « il y en a marre de ce vieux qui se traîne ! » avons-nous entendu en sortant de l'une de ses dernières réunion (ou peut-être était-ce de « ces vieux » dont il était question ?). Puis ils rejoignirent les résignés. Car ce projet ressemblait de plus en plus à une limace accrochée à la roue du destin. Quelques mois plus tard, il devait nous quitter, abandonné sans espoir, après qu'un petit « groupe technique » eut essayé une dernière fois de le réanimer.

C'est d'une histoire où la tragédie se mêle à la comédie dont nous aurons besoin pour parvenir à expliquer comment s'élabore un projet de promotion de la santé, comment il

naît et comment il meurt. Une histoire où nous remplacerons l'antique roue du destin par la roue de Deming, celle que l'on retrouve dans les théories du management⁷⁰, celle qui définit le processus idéal à suivre pour élaborer un projet : premièrement, planifier ; deuxièmement, agir ; troisièmement, évaluer ; quatrièmement, réagir. Et sur base des corrections apportées dans la quatrième séquence, un nouveau cycle peut s'enclencher. *Plan, do, check, act*, voilà comment l'élaboration d'un projet de promotion de la santé peut être séquencée *a minima* dans toutes nos observations.

Comme sur le faire-part de décès (bien réel), notre écriture ne sera qu'une succession de descriptions assez laconiques. Nous laisserons aux acteurs impliqués dans ces projets le soin d'amener leurs explications lapidaires. Car celles-ci ne manquent pas quand il s'agit d'expliquer comment s'élabore un projet de promotion de la santé. Poser des questions à ce sujet et y amener des réponses constitue même l'une des principales activités des promoteurs de santé. En cas d'échec d'un projet, il s'agit de s'expliquer comment on en est arrivé là. En cas de réussite, il s'agit d'expliquer comment on en arrive là. Dans les deux cas, la question du « comment » se pose différemment de l'entre-soi confidentiel à la visibilisation officielle des projets aboutis, de la correspondance échangée entre partenaires à l'écriture de rapports d'activités.

Pour nous donner une chance de saisir un cycle de la roue du destin des projets, nous nous accorderons du temps et suivrons deux élaborations de projets l'une à la suite de l'autre : un projet de papier et un projet bien vivant. Le premier, d'abord appelé PROMOCENTRE puis PROMO CENTRE SANTE, est celui dont nous venons d'évoquer l'enterrement. Pour celui-là, il nous faudra débiter notre filature en 1991 grâce aux nombreuses traces écrites qu'il a laissées derrière lui. Le deuxième, que nous appellerons DIRECTEURS D'ECOLE eu égard au public visé, sera saisi de son vivant, dès notre arrivée sur le terrain en janvier 2000. Nous verrons au terme de cette première description, comment le mort finira par saisir le vif.

⁷⁰ C. MOREL, *Les décisions absurdes : sociologie des erreurs radicales et persistantes* (2002) en fournit une analyse détaillée dans une douzaine de cas de décisions absurdes.

1. Planifier

Attendant son triste sort, le premier projet est là, sous nos yeux, agrafé, tromboné, serré entre des intercalaires, maintenu de force par les trois puissants leviers des trois grosses fardes qui le contiennent, elles-mêmes coincées par une dizaine d'autres sur les rayons d'une étagère fermée à clé et encadrée par deux grosses armoires, elles-mêmes cernées de trois murs épais, le tout placé sous l'œil attentif de la coordinatrice de La Louvière Ville-Santé qui veillera, comme d'habitude, à bien fermer la porte de son bureau en s'en allant. Le projet est là et il ne peut nous échapper, placé sous le joug d'une obligation légale qui le contraint à faire ployer le rayonnage d'une étagère sous le poids de son millier de pages. Invitations aux réunions, notes de brouillon, procès-verbaux, extraits de compte, rapports d'activités, rapports d'évaluation, décrets, notes d'expertise, lettres personnelles, textes martyrs, son histoire s'est écrite de bien des façons différentes, dans bien des formats différents que notre description tâchera de restituer fidèlement⁷¹. L'importance de l'acte d'écriture dans les procédures étudiées est si grande que nous tâcherons de rendre sensible la matérialité du texte en respectant, à l'instar de Bruno Latour lorsqu'il suit l'évolution d'un projet technique ou d'un texte de loi⁷², les divers éléments qui constituent le paratexte : la disposition, la typographie, les tabulations, les interlignes, les alinéas, etc.

A nouveau, nous ne saurons de cette histoire que ce qu'on aura bien voulu nous en dire, ou plus exactement nous écrire au bureau de La Louvière Ville-Santé dont un membre de l'équipe permanente fut l'un des partenaires de la première heure du projet PROMO CENTRE SANTE. Par où commencer ? A l'heure des bilans, quand le groupe se raconte son histoire ou, pour parler dans les termes des théories de l'intelligence collective, quand le porte-parole d'un groupe, en l'occurrence son coordinateur, lui explique ce qu'il vient de vivre. C'est dans ce moment de *backpropagation* qu'on découvre la première trace du « départ » de PROMOCENTRE.

⁷¹ Nous n'apporterons pour toute modification dans les textes reproduits que la mise entre crochets des passages superflus ou de nos indications au lecteur et le surlignage en gris clair des phrases renvoyant aux textes que nous reproduisons directement après.

⁷² LATOUR, *Aramis ou l'amour des techniques* ; LATOUR, *La fabrique du droit. Une ethnographie du Conseil d'Etat*.

a. Une métaphore balistique

[Document 18, 1998, p.1]

PROMO CENTRE SANTE
EVALUATION DE LA GESTION DU PROJET
A PARTIR DE 1995

Introduction

Le programme Promocentre a été conçu en 1991 pour répondre au problème des maladies cardiovasculaires, particulièrement important dans la région du Centre. L'année scolaire 1992-1993 a vu le lancement des premières activités visant le moyen terme. Au fil des années, les actions du programme se sont diversifiées sous l'impulsion d'un seul organisme, l'Observatoire de la Santé du Hainaut. En 1995, Promocentre s'est ouvert à un ensemble de partenaires locaux afin d'augmenter sa pénétration au sein de la population et sa pérennité. Un Comité régional de coordination des actions de promotion de la santé du cœur a été mis en place et le projet a été rebaptisé Promo Centre Santé. En 1998, la période pilote de 5 ans du projet (Promocentre) se trouve écoulée. Le Comité fonctionne, quant à lui, depuis 3 ans. La question de poursuivre ou non le projet est donc posée. [...]

Une solution inventée pour un problème préalablement identifié dont l'ampleur est évaluée par comparaison à d'autres problèmes, voilà ce qu'est dans sa forme la plus résumée un projet de promotion de la santé. « Programme », « impulsion », « lancement », « pérennité » et « pénétration » évoquent la trajectoire d'un missile balistique, le mouvement et l'inertie d'un objet qui nous échappe et qu'il nous faut tâcher de rejoindre, de « poursuivre ». Pour programmer, c'est-à-dire pour écrire à l'avance ce qui va se passer, il faut une méthode appropriée : celle dite de la « planification ».

[Document 24, 1999, p.1-9]

INTRODUCTION

L'intérêt du modèle de planification PRECEDE/PROCEED développé par Lawrence W. Green et Marshall W. Kreuter réside dans la démarche rigoureuse qu'il propose pour planifier des programmes cohérents et pertinents en promotion de la santé. Il est constitué de neuf étapes.

Les cinq premières étapes reposent sur une démarche systématique qui permet d'analyser la situation, d'établir des priorités et de définir des objectifs précis. Les dernières étapes du modèle sont centrées sur l'élaboration des activités, la mise en œuvre d'un programme, son suivi et son évaluation.

Ce modèle de planification part du principe que la santé et la qualité de vie sont intimement liées. C'est pourquoi un programme développé à l'aide de ce modèle de planification visera souvent de façon simultanée les modes de vie des individus (habitudes de vie, loisirs, relations affective), leurs milieux de vie (famille, réseau social personnel) et leur environnement (structure socio-économique, valeurs sociales et culturelles, politiques publiques).

L'acronyme PRECEDE signifie Predisposing, Reinforcing and Enabling Constructs in Educational/Environmental Diagnosis and Evaluation. Il s'agit des facteurs prédisposants, facilitateurs et de renforcement identifiés par le diagnostic éducationnel et environnemental et de l'évaluation de ce dernier.

De son côté, PROCEED correspond à Policy, Regulatory and Organizational Constructs in Educational and Environmental Development qui se traduit par les politiques, les réglementations et les organisations dans le développement éducationnel et environnemental.

[...]

LES DIFFERENTES ETAPES DE PLANIFICATION

Le diagnostic social ; le diagnostic épidémiologique ; le diagnostic comportemental ; le diagnostic environnemental ; le diagnostic éducationnel ; le diagnostic organisationnel ; le diagnostic administratif ; le diagnostic politique ; la mise en œuvre ; les évaluations.

[...]

LE DIAGNOSTIC SOCIAL

DEFINITION

Il s'agit de déterminer la perception que le public a de ses **besoins**, de mettre en lumière ses **préoccupations** les plus importantes (concernant la santé au sens large), par une démarche participative impliquant la communauté et, ensuite de déterminer les priorités parmi ces besoins.

[...]

LE DIAGNOSTIC EPIDEMIOLOGIQUE

DEFINITION

Identifier les **problèmes de santé** du public liés aux problèmes sociaux prioritaires par une approche épidémiologique axée sur l'ampleur des problèmes et sur leurs causes modifiables par un programme de promotion de la santé. Identifier la priorité principale (une seule ?!). Définir les objectifs visant la réduction de ce problème de santé prioritaire. [...]

La méthode de la planification s'appuie sur un triptyque d'activités comparable à celui qui définit toute intervention médicale : diagnostic-pronostic-traitement. Il convient tout d'abord de diagnostiquer : déceler quels sont les problèmes. Selon qu'on recourt à l'une ou l'autre méthode d'identification-sélection, on parlera de « problèmes » ou de « besoins ». Ensuite il faut pronostiquer : évaluer les chances que l'on a de pouvoir résoudre ces problèmes – ses causes sont-elles modifiables par notre action ? ce programme est-il faisable ? Et enfin traiter : s'organiser pour solutionner ces problèmes ou du moins les réduire.

[Document 25, 1999, p.12]

L'étude de la faisabilité de Promocentre

L'étude de faisabilité réalisée pour le programme PROMOCENTRE (en 1992) a pour objectif de préparer l'action en « démontrant de manière concrète l'implication des relais locaux, la participation locale et les aspects pratiques d'organisation ». Ce faisant, une première étape de l'action est amorcée : la sensibilisation des relais locaux à leur participation potentielle au programme.

L'analyse du milieu, que nous avons entamée, a pour but d'aider l'Observatoire de la Santé de la Province du Hainaut (OSH) et les acteurs locaux à se construire une représentation, une image mentale d'un projet de promotion de la santé du cœur dans la région du Centre : dans quelle direction travailler, pour aboutir à quels résultats, avec qui, pour qui, avec quels moyens, etc. ?

Cette étude se déroule en deux étapes : la description de la population, puis l'identification et l'analyse des ressources en terme d'infrastructures et de services par secteur d'activité et par commune.

b. L'écriture d'un script

Pour s'organiser, il faut écrire un script destiné à recouvrir les interactions, à les orienter en fonction d'objectifs spécifiques. Un script qui définit ces modalités : qui va faire quoi, où, quand, comment et pourquoi ; un script qui précise les rôles à jouer. Poser la question de la planification et de la participation revient à interroger ce travail d'écriture en ces termes : qui écrit et qui s'inscrit (ou qui inscrit-on) ?

[Document 25, 1999, p. 12-15]

L'étude de la faisabilité de Promocentre [suite]

La description de la population [1/2 page]

Méthodologie

Il n'existait pas de description de la région du Centre. Elle a été réalisée à partir des données de l'I.N.S., de l'O.N.S.S., du B.E.E.S.H.

Résultats

- a) Le territoire couvert par l'action PROMOCENTRE (huit communes) est hétérogène sur le plan géographique, humain, administratif : Les zones d'actions de nombreuses institutions et organisations ne se superposent pas au territoire PROMOCENTRE. **Conclusion : l'entité communale semble l'unité la plus appropriée pour une approche cohérente de nombreux problèmes : sociaux, culturels, économiques.**
- b) La population du territoire visé présente de nombreux traits communs caractéristiques des milieux défavorisés. **Conclusion : la population des milieux défavorisés est à viser en priorité. La plupart des problèmes de santé y ont une incidence nettement plus élevée.**

L'identification et l'analyse des ressources [4 pages]

Méthodologie

Nous avons a priori défini six secteurs d'activités : sanitaire, social, culturel, communal, éducatif, économique, eux-mêmes subdivisés en domaines particuliers. L'inventaire des infrastructures et des services a été réalisé. Des entretiens ont été réalisés suivant un canevas semi-structuré afin de dégager le territoire et le public desservis, les actions préventives déjà menées en général et vis-à-vis des maladies cardio-vasculaires, la collaboration potentielle. [...]

Résultats [...]

Le secteur scolaire

L'entité PROMOCENTRE compte entre 110 et 120 écoles dont 80% d'écoles primaires. Le nombre d'enfants et de jeunes en âge de scolarité (3 à 18 ans) est estimé à 35.806 unités (chiffres de 1991). Les écoles primaires sont réparties entre le réseau communal (un peu plus de 50%) et le réseau subventionné libre (un peu plus de 40%). L'enseignement provincial rassemble la moitié des écoles secondaires et supérieures. Les actions menées par divers organismes communautaires (FARES, ICAN, Croix-Rouge), par l'OSH, par les PMS et IMS et par d'autres (mutualités chrétiennes, fondations,...) sont nombreuses et touchent souvent à des thèmes liés à la prévention des maladies cardio-vasculaires. Cependant, elles restent ponctuelles, dispersées dans le temps, sans cohérence, orientées vers des outils didactiques. [...]

La modalité « où » est écrite par les concepteurs du programme et par l'auteur de l'étude de faisabilité. Un même territoire est défini dès le début du projet et en conclusion de l'étude : de huit communes il s'agissait, à cause des contraintes du registre de l'infarctus dépendant des bassins de recrutement des deux hôpitaux de la région ; de huit communes il s'agira, à cause de l'absence de chevauchement institutionnel sur ce territoire. La carte utilisée pour le décrire est avant tout un grand inventaire qui appréhende les populations en tant qu'usagers ou public-cible d'institutions et qui dresse le recensement de ces dernières, présente leurs activités et leur situation en matière de prévention cardio-vasculaire.

[Document 25, 1999, p. 16-17]

L'étude de la faisabilité de Promocentre [suite]

LES PISTES D'ACTION

Un mode de fonctionnement général

La complexité du milieu (huit communes) et la nature de l'intervention doivent pousser à choisir des cibles précises.

Nous suggérons de privilégier les interventions vers la population défavorisée, plutôt que vers l'ensemble de la population. Les caractéristiques socio-culturelles de la région visée font de ce public

une priorité : nombre, problèmes de santé, difficulté d'accès,... Ce choix donnerait une unité aux stratégies à mener.

Nous suggérons de développer dans un premier temps (deux ans) des actions sectorielles et communales pour tenir compte des ressources existantes et des moyens d'actions possibles. Des actions intersectorielles à l'échelon communal, puis des actions intercommunales seraient envisagées ensuite.

Nous suggérons de choisir un modèle de planification et de gestion participative. L'OSH adopterait un rôle de conseiller et de coordinateur plutôt que de producteur et d'acteur. Le but serait de dégager les convergences d'intérêts et de développer des interventions insérées dans le milieu et susceptible de s'y poursuivre.

Le public-cible du programme PROMOCENTRE doit d'abord être les décideurs et les intervenants locaux. Il faut, par secteur et par commune, négocier des actions précises, participatives, intensives qui tiennent compte des pratiques quotidiennes et des moyens des institutions et des intervenants et qui visent le long terme.

Grâce aux actions menées par l'OSH, les décideurs et les intervenants sont maintenant informés et sensibilisés au risque cardio-vasculaire. Il reste à leur démontrer concrètement, sur le terrain, que c'est possible, utile, efficace.

C'est à partir de ces projets, après une année de fonctionnement et avec les intervenants et les décideurs les plus intéressés, qu'il sera possible de mettre en place un comité d'accompagnement et de gestion efficace.

Un comité de parrainage peut toutefois être mis en place dès maintenant pour apporter un soutien à la politique générale et à la recherche des moyens.

Des actions prioritaires

Pour limiter et rentabiliser l'investissement, nous proposons de viser prioritairement deux secteurs, au cours des deux prochaines années : le secteur scolaire et le secteur social. [...]

L'agenda du projet est donné pour les deux années à venir et pensé pour « le long terme ». Il précise la modalité du « quand ». Celle du « comment » est également déjà définie : selon « un modèle de planification et de gestion participative ». Quant à savoir de « qui » il s'agit, on notera la présence dans le territoire concerné, de l'OSH, de décideurs, d'intervenants locaux, de populations défavorisées en particulier et de la population de la région du Centre en général. Des priorités sont dégagées ; il s'agit en fait des public-cible à atteindre en premier : d'abord les décideurs et les intervenants locaux de certains secteurs et puis ensuite la population.

Le programme est donc écrit, « l'action est préparée », bien qu'on ne puisse en savoir plus ni sur certaines modalités du projet comme ce en « quoi » consiste cette action, « comment » on gère de façon « participative » un projet, « pourquoi » l'OSH a

identifié le problème des maladies cardio-vasculaires plutôt qu'un autre ; ni sur certains rôles à jouer, exception faite de celui de l'OSH. Maintenant il s'agit pour cet organisme, promoteur du projet, de parvenir 1) à intéresser le premier « public-cible » déjà supposé conquis par cette étude de faisabilité, puis 2) à l'enrôler, c'est-à-dire à faire en sorte qu'il endosse le rôle qui a été écrit pour lui en espérant qu'il le joue correctement.

Cette étude n'aura pas manqué de nous rappeler quelque chose que nous avons déjà entendu : « Est-ce que c'est faisable ? » - « Oui c'est faisable ! » - « Mais qu'est-ce qui est faisable ? ». Avant que la troisième réplique ne soit prononcée, notre métaphore balistique qui est aussi celle des élaborateurs de ces projets, vaut ce qu'elle vaut. Il est attendu des nouveaux participants qu'ils contribuent à entretenir l'inertie d'un projet programmé et lancé sans eux, à l'accompagner et à le gérer pour qu'il atteigne au final les populations visées. Cette étude de faisabilité, comme celle entraperçue dans la réunion décrite dans le chapitre précédent, ne fait qu'inscrire le projet dans un processus d'auto-confirmation (*self-confirmatory process*). Ses promoteurs pourront y trouver ce qu'ils voulaient trouver : la confirmation que ce projet doit être fait (puisqu'il est faisable). Mais une fois la troisième réplique prononcée par le participant potentiel, lorsqu'il s'agit de définir concrètement le projet, alors l'inertie commence à céder la place à l'effort régulier de la poussée.

2. Agir

L'étymologie du mot « procès-verbal » nous indique que le projet de « comité d'accompagnement et de gestion » évoqué dans l'étude de faisabilité, a fait son chemin. Le fait que l'OSH ait doté PROMOCENTRE d'un coordinateur, d'une secrétaire et d'un local, n'y est sans doute pas pour rien.

[Document 1, 1995]

PROPOSITION DE PROCES-VERBAL DE LA REUNION DU COMITE
REGIONAL DE COORDINATION DES ACTIONS DE PROMOTION DE LA
SANTÉ DU CŒUR DU 20 OCTOBRE 1995

[n = 27 présents + 10 excusés]

1. INTRODUCTION

L'idée de ce Comité Régional a été proposée lors d'une réunion de La Louvière/Ville-Santé au mois de septembre 95 dans le cadre d'Objectif 1/Hainaut-Santé. Les participants avaient jugé bon d'améliorer la coordination des actions des différents intervenants en Promotion de la Santé dans la région du Centre. Le plus grand nombre possible d'intervenants de cette région ont donc été invités. Le but de la réunion est d'essayer de concrétiser la mise en place du Comité.

[...]

a. Intéresser pour enrôler

La phase d'intéressement débute officiellement par la présentation de l'idée du projet. Dans ce cas-ci une réunion de La Louvière Ville-Santé semble avoir constitué le bon endroit et le bon moment. Durant cette réunion, l'idée a pris du poids. Elle a dépassé le stade des discussions éthérées et subjectives pour s'alourdir de la demande plus objective des participants, prendre la consistance d'un accord de principe -« les participants avaient jugé bon de vouloir améliorer la coordination des actions des différents intervenants en promotion de la santé dans la région du Centre »- et faire l'objet d'une réunion pour la concrétiser. De l'idée à l'objet, de l'éther au concret, du plus léger au plus lourd, du plus subjectif au plus objectif, telle semble être la voie royale des projets qui cheminent.

[Document 1, 1995]

PROPOSITION DE PROCES-VERBAL DE LA REUNION DU COMITE
REGIONAL DE COORDINATION DES ACTIONS DE PROMOTION DE LA
SANTE DU CŒUR DU 20 OCTOBRE 1995
[suite]

4. DISCUSSION CONCERNANT CE COMITE

De la discussion qui a suivi, on peut retirer les lignes directrices suivantes :

a) Objectifs du comité

1. Diminuer les maladies cardio-vasculaires dans la région du Centre.
2. Agir sur les facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires.
3. Améliorer l'environnement susceptible de favoriser les comportements favorables à la santé (cantine, infrastructures, etc.)

b) Rôle du comité. Voici les différentes propositions émises pendant la discussion :

- Etre un outil de **programmation** et de **coordination**.
- Favoriser des stratégies globales d'action de Promotion de la Santé.
- Assurer un suivi dans le temps aux actions réalisées.
- Augmenter la **PARTICIPATION** et la **COOPERATION**.
- Disposer d'une banque de données, d'informations, de documentation.
- Proposer un inventaire des intervenants, des actions, des possibilités.
- Echanger les **expériences**.
- Rendre la Promotion **plus efficace**.

c) Gestion

La manière de gérer le Comité a également fait l'objet d'un premier échange de vue. Il ressort que le **Comité** dans son entièreté ne pourra se réunir que périodiquement. La continuité du travail devrait être assurée par un groupe plus restreint désigné en son sein (**Bureau** ou **Comité Exécutif**). La préparation concrète des actions devrait se faire par des **groupes de travail** spécifiques, réunissant des partenaires particulièrement intéressés par un thème. Sur le plan administratif, l'Observatoire (antenne de La Louvière) peut se charger du secrétariat avec l'aide de La Louvière/Ville-Santé.

d) Modalités pratiques de mise en place du Comité

- 1) Les participants souhaitent pouvoir disposer d'un **inventaire** des différents intervenants en Promotion de la Santé du Cœur dans la région du Centre. Un questionnaire sera préparé dans ce but et envoyé à chacun. [...] **[Voir Document 4]**
- 2) La discussion sur la manière d'initier les travaux du Comité fait apparaître la nécessité de disposer dès le départ d'un **document de base** décrivant le but du Comité. Il est décidé de constituer un groupe de travail chargé de rédiger un projet de document. [...] **[Voir Document 2]**

e) Divers

Certains participants font remarquer qu'ils représentent leur institution (CPAS,...) mais qu'ils n'ont pas la responsabilité de la prise de décision. Ils rapporteront donc les informations de la réunion à leurs responsables. A terme il sera probablement souhaitable « d'officialiser » les représentations pour rendre le Comité plus performant. La rédaction du texte de base pourra faciliter la chose.

Bien que quelques rôles soient maintenant davantage définis, l'enrôlement se heurte à certaines réticences ou au moins à certaines incompréhensions qui appellent quelques précisions. A la requête de l'enrôlement, répond une contre-requête d'information qui permet à la majorité des personnes présentes à la réunion de temporiser leur engagement par rapport au projet. A cette contre-requête d'information, quelques uns répondent par la création d'un inventaire et d'un document de base⁷³.

[Document 4, 1996, p.1]

MATRICE D'IDENTIFICATION DES ACTIONS DANS LA REGION DU CENTRE

COMMENT LIRE LA GRILLE

Thème	TABAC	ADULTES		Public bénéficiaire
		LIEU	NOM	Nom de l'organisme proposant une activité
Lieu où se situe				
- l'organisation				
- son action				
		ACTIVITE		

Activité ou outil de promotion de la santé proposé(e)
(Nom, type, public précis,...)

La demande d'inventaire est l'incontournable préalable à tout projet de coordination. Il caractérise non seulement la phase de temporisation des engagements mais permet également de cartographier les territoires⁷⁴. Cette carte indique quels sont les territoires institutionnels et à qui ils appartiennent, elle permet de se les représenter, de les rendre plus réels, éventuellement pour s'en saisir, tout au moins pour se situer. Elle sert de guide de navigation qui permet de choisir l'une ou l'autre voie de projection. Comme n'importe quel carte, un inventaire ne fait pas que décrire le monde, il sert aussi à le

⁷³ Document dont une partie a été reproduite dans le premier chapitre.

⁷⁴ Il peut également s'avérer très utile pour trouver de l'inspiration afin de définir ce qu'il faudrait faire, le « quoi » du script.

changer, pouvant parfois constituer de « véritables poudrières »⁷⁵. Une telle production cartographique renvoie à la conception de l'organisation telle qu'on la retrouve dans les recherches en communication organisationnelle : « *we perceive the processes of organization to be a restless searching to fix its structure through the generation of texts, written and spoken, that reflexively map the organization and its preoccupations back into its discourse and so, for the moment, produce regularity (they have, and intend to have, a function of regulating)* »⁷⁶.

[Document 2, 1995, p. 2-7]

COMITE REGIONAL DE COORDINATION
DES ACTIONS DE PROMOTION DE LA SANTE DU CŒUR
DANS LA REGION DU CENTRE.

Document de base

1. INTRODUCTION

Depuis plusieurs années, des actions diverses de promotion de la santé du cœur se déroulent dans la région du Centre (Anderlues, Binche, Chapelle-lez-Herlaimont, La Louvière, Le Roeulx, Manage, Molanwelz et Seneffe). Il est apparu qu'une bonne coordination des efforts de chacun serait bénéfique pour tous. En effet, cette coordination renforcerait la cohérence, l'efficacité et la continuité à long terme des actions et finalement, la démarche renforcerait l'impact des différents intervenants. Le présent document devrait constituer la base sur laquelle se fondera l'adhésion des intervenants au nouvel organe de coordination qu'ils se proposent de créer. [...]

2. LE PROBLEME DE SANTE PUBLIQUE

2.1. Un problème des temps modernes

Les affections cardio-vasculaires sont la première cause de mortalité dans la grande majorité des pays industrialisés. En Communauté Française de Belgique, environ 40% des décès sont provoqués par ces affections. Le début de la poussée épidémique se situe après la Deuxième Guerre Mondiale et le point culminant vers 1965. Une régression sensible de la fréquence des maladies cardio-vasculaires (en terme de mortalité) s'est amorcée à la fin des années 60 et s'est accentuée entre 1970 et 1980. Malheureusement, depuis 1980, cette évolution positive s'est arrêtée et la diminution est devenue beaucoup plus modeste. Les cardiopathies ischémiques (infarctus du myocarde) étaient responsables, en 1988 et pour l'ensemble de la Belgique, de 14.255 décès. D'après plusieurs études, l'incidence est supérieure en Wallonie par rapport au restant du pays. [...]

Par leur impact sur les plans sanitaires, sociaux et économiques, les maladies cardio-vasculaires constituent donc une priorité de santé publique pour la région.

⁷⁵ Comme nous l'avons entendu dire en sortant du deuxième forum sur la santé des jeunes à La Louvière décrit dans le chapitre un.

⁷⁶ TAYLOR, VAN EVERY, *The emergent organization. Communication as its site and surface*, p. 325.

4. LES OBJECTIFS DU COMITE

4.1. Objectif général du Comité

L'objectif général du Comité est de contribuer à l'amélioration de la santé de la population de la région du Centre et, plus particulièrement, d'y diminuer l'importance des maladies cardio-vasculaires, en intervenant favorablement sur les principaux facteurs de risque de ces maladies.

4.2. Missions

[...]

- Les interventions du Comité viseront à modifier favorablement :

+ les comportements qui permettent d'améliorer le niveau des facteurs de risque cardio-vasculaires, par

- une alimentation équilibrée

- l'arrêt du tabac

- l'activité physique régulière

- la gestion du stress

+ les inégalités sociales face à la santé en favorisant la possibilité d'un « choix sain »

+ l'environnement dans le sens d'un « cadre de vie sain »

+ la réorientation des services de santé dans le sens de la promotion de la santé.

- Les interventions du Comité se feront en partenariat avec les responsables politiques dans le sens d'une politique publique saine.

5. PRINCIPES DE FONCTIONNEMENT

Ce Comité ne doit pas être considéré comme une institution nouvelle, mais bien comme un outil mis à la disposition des participants.

Une bonne circulation des informations est indispensable. La prise de décision doit se faire dans un esprit de consensus.

Les représentants d'institutions présents au Comité devraient pouvoir disposer d'une responsabilité leur permettant une prise de décision rapide.

Le Comité dans son ensemble définira les buts, les stratégies générales et les programmes d'activités.

Il pourra former des sous-groupes réunissant des partenaires particulièrement intéressés par un thème, qui travailleront à la préparation d'actions concrètes. [...]

Le Comité pourra aussi se choisir démocratiquement un bureau exécutif qui sera chargé de la gestion générale (préparation des plans de travail et suivi de l'exécution des activités).

Dans un premier temps, le secrétariat scientifique et administratif pourrait être pris en charge en partenariat avec l'Observatoire de la Santé du Hainaut, la Commission Locale de Coordination [CLC ancien CLPS] et La Louvière Ville-Santé. Un partenariat peut également s'instaurer avec d'autres institutions. [...]

Pendant que l'inventaire est rédigé, un petit groupe s'attelle à la tâche de préciser les informations requises par certains avant qu'ils n'« officialisent » leur position par rapport au projet. Ils spécifient des modalités du script qui faisaient encore l'objet de

nettes imprécisions : pourquoi (« le problème de santé publique ») et comment (« les principes de fonctionnement »). Quant au « quoi », il revient aux groupes de travail de spécifier quelles sont les « actions concrètes » à entreprendre. Une fois écrit, ce document constituera la base de l'adhésion officielle des participants au projet, à leur projet, ce « nouvel organe de coordination qu'ils se proposent de créer ». C'est à ces nouveaux propriétaires à qui il revient maintenant de faire la démonstration de l'efficacité de ce projet, de leur projet, après qu'une majorité de promoteurs de santé, rassemblés dans le comité de rédaction du document de base, ait fini d'en achever le script. Qui écrit et qui s'inscrit ?

[Document 5, 1996]

PROPOSITION DE PROCES-VERBAL DE LA REUNION DU COMITE REGIONAL DE COORDINATION
DES ACTIONS DE PROMOTION DE LA SANTE DU CŒUR DU 19 JANVIER 1996

Les différents groupes de travail choisis par le Comité le 19.01.1996 et leur responsable sont :

- un groupe Scolaire représenté par la Cellule de Coordination Jeunes [...]
- un groupe Entreprise – Travailleurs représenté par l'Observatoire de la Santé du Hainaut [...]
- un groupe Défavorisés – Sans travail représenté par les Mutuelles Chrétiennes [...]
- un groupe Familles représenté par la Ligue des Familles [...]
- un groupe Communes représenté par La Louvière Ville-Santé [...]

b. L'appropriation d'un projet

Un an après le lancement du Comité, une vingtaine d'intervenants locaux représentant une quinzaine d'institutions⁷⁷ ont approuvé le document de base et se sont inscrits dans un ou plusieurs groupes de travail. La première cible de PROMOCENTRE est atteinte bien que très peu de « décideurs » soient à dénombrer. Désormais, nous suivrons en plus de l'évolution du Comité, celle du groupe scolaire. Nous pourrions ainsi nous faire une idée du contenu des « actions concrètes » de ce projet -le secteur scolaire, rappelons-nous, représentait l'une des deux « actions prioritaires » de PROMOCENTRE- et nous approcher davantage de la première cible du Comité, la population de la région du Centre, grâce aux « relais ».

⁷⁷ Le nombre sera précisé plus loin.

[Document 6, 1996]

PROPOSITION DE PROCES-VERBAL DE LA REUNION DU COMITE REGIONAL DE COORDINATION
DES ACTIONS DE PROMOTION DE LA SANTE DU CŒUR DU 03 MAI 1996

[...]

3. Etat d'avancement des groupes

[...]

Groupe « Scolaire »

La matrice d'identification des actions de promotion de la santé est acceptée telle quelle, comme état des lieux. Le groupe propose de mettre sur pied, pour le 1.1.97, une pièce de théâtre-action conçue et réalisée par des professionnels, dont le sujet concernerait la promotion cardio-vasculaire. Le public bénéficiaire serait les enfants de 5^{ème} et 6^{ème} primaire et éventuellement de 1^{ère} année secondaire. L'action se déroulerait de la façon suivante : une présentation, la pièce jouée par des comédiens professionnels, une intervention du public dans la pièce, un débat avec les élèves, les professeurs et des professionnels de la santé, un suivi dans le courant de l'année scolaire.

Le budget tournerait autour de 500.000 francs. La Communauté Française et des organismes locaux seraient sollicités. [...]

[Document 10, 1996]

PROPOSITION DE PROCES-VERBAL DE LA REUNION DU COMITE REGIONAL DE COORDINATION
DES ACTIONS DE PROMOTION DE LA SANTE DU CŒUR DU 20 SEPTEMBRE 1996

[...]

4. Etat d'avancement des groupes

[...]

Groupe « scolaire »

Le budget concernant la représentation théâtrale proposée par le groupe s'élève à 1.385.000 francs. Les subsides demandées à la Communauté française et la Région wallonne ont été refusés. Une aide financière de 120.000 francs a été trouvée conjointement auprès d'une des partenaires (l'O.S.H.) et d'une société pharmaceutique (Soc. PLENNEVAUX). Cette participation financière doit permettre la création du texte et du scénario de la pièce ainsi que des représentations destinées à la tester. Le but est de disposer d'une pièce de théâtre existant concrètement pour essayer d'obtenir les fonds nécessaires pour la faire jouer dans les écoles. D'ores et déjà, La Louvière Ville-Santé évoque la possibilité d'en subsidier la diffusion dans les écoles de la commune de La Louvière. [...]

Le groupe insiste sur l'importance du travail de promotion de la santé à faire avec les écoliers en amont et en aval de la représentation théâtrale et du débat qui la suit.

Le programme du groupe est le suivant :

- Création d'un texte et d'un scénario sur base des souhaits du groupe
- Réunions de professionnels de la santé et de l'éducation, pour les corrections à apporter au texte proposé
- Représentations pour tester l'efficacité de la pièce
- Représentation générale début janvier

Le groupe sera attentif à la nécessité d'une bonne diffusion dans tous les niveaux d'enseignements de la région du Centre. [...]

Dans un groupe de travail, on voit les participants d'un projet en élaborer un nouveau. Etant inscrits dans un script, ils en écrivent un autre. Ayant été enrôlés, ils enrôlent à leur tour. Les scripts s'enchaînent comme des poupées russes. Une fois de plus, des personnes travaillent à mettre au point le déroulement d'une action. Il se fait que cette dernière est dans ce cas-ci une véritable pièce de théâtre « dont le sujet concernerait la promotion cardio-vasculaire ». Mais comment s'effectue l'attribution de tâches et de rôles qui, au bout du compte, finit toujours par distinguer ceux qui écrivent le script de ceux qui s'y inscrivent (ou qu'on inscrit, comme c'est le cas ici, ce qui très fréquent avec ce type de jeune public) ? Est-ce sur base de compétences présumées ? En effet, qui d'autres que des comédiens professionnels pourraient être acteurs dans cette pièce ; qui d'autres que des professionnels de la santé et de l'éducation pourraient en écrire le scénario ; qui d'autres que des élèves pourraient en constituer le public ? Ou est-ce parce que « le but est de disposer d'une pièce de théâtre existant concrètement pour essayer d'obtenir les fonds nécessaires pour la faire jouer dans les écoles ». Comment penser alors que chaque classe produise le scénario d'une pièce que des professionnels de la santé joueraient sous les bons conseils de comédiens professionnels ? Ce serait hypothéquer la réalisation du projet et lui faire courir le risque de ne jamais obtenir les subsides délivrés pour financer des « actions concrètes » ; un risque que seuls évaluent les élaborateurs de ce projet.

[Document 7, 1996]

PROPOSITION DE PROCES-VERBAL DE LA REUNION DU COMITE REGIONAL DE COORDINATION
DES ACTIONS DE PROMOTION DE LA SANTE DU CŒUR DU 20 SEPTEMBRE 1996

[suite]

[...]

4. Dénomination officielle du Comité et logo

Actuellement sont utilisés les termes « Comité Régional de Coordination des Actions de Promotion de la Santé du Cœur dans la Région du Centre » soit, plus communément, « PROMOCENTRE ». Le premier présente les inconvénients évidents d'être trop long et peu utilisable par le grand public. Promocentre, quant à lui, n'évoque ni la santé, ni le cœur, semble peu connu du grand public (15% des habitants de La Louvière en ont entendu parler) et historiquement, résulte du choix d'un seul des partenaires du Comité. Au vu du récent élargissement du programme à de nombreux partenaires, la dénomination du projet est remise en question au sein du Comité. Après consultation et vote, le Comité prend la décision de nommer dorénavant son projet d'action « **PROMO CENTRE SANTE** ». Le Logo « Promocentre » existant sera conservé, moyennant l'ajout du mot **SANTE**.

On a déjà pu constater que le Comité devrait être un outil pour les intervenants locaux (voir le document 7). Mais apparemment, vu le caractère si peu « utilisable » de son appellation par le « grand public », il devrait l'être également pour ce dernier. A moins qu'il ne soit destiné à être un service qui pourrait lui-aussi être « utilisable ». Le Comité aurait-il été conçu dans un tel rapport avec la population du Centre que soudain c'est cette relation de service qui justifierait qu'on le rebaptise ? D'avoir suivi un bon nombre d'étapes du projet jusqu'à présent, nous commençons tout doucement à nous douter de quelques subterfuges que d'aucun utiliserait pour tromper notre attention par rapport à l'enjeu de telles situations (ici le logo). Le travail de *backpropagation* est très nettement orienté vers une désobjectivation des débats surtout en ce qui concerne les questions de propriété (voir le document 5). Le rôle initiateur de l'OSH -qui est devenu un « partenaire du Comité » parmi d'autres- n'est pas rappelé à la mémoire des participants. Celui qui raconte au groupe sa propre histoire, le coordinateur, donne à ce projet l'apparence d'un énoncé démodalisé⁷⁸ où les intérêts subjectifs de l'auteur du script initial ont été effacés pour faire place à l'objectivité d'un projet censé appartenir à tous. Voilà comment la planification cède le pas à « la gestion participative », comment le projet de l'OSH devient celui du Comité, « son projet d'action ». Mais, il y a quelque chose qui ne tourne pas tout à fait rond dans cette belle mécanique. Une fois rebaptisé, le nom du projet de l'OSH n'a guère été compromis. PROMOCENTRE reste on ne peut plus présent. On pourrait en fait difficilement le laisser plus présent dans la nouvelle dénomination PROMO CENTRE SANTE. Il faut croire que certaines choses ne s'effacent pas.

[Document 8, 1997]

PROPOSITION DE PROCES-VERBAL DE LA REUNION DU BUREAU EXECUTIF DU 12 MAI 1997

[...]

1. Avenir de Promo Centre Santé, rapport d'activités et demande de subsides

1.1. Historique

Aux yeux de la Communauté française, le programme Promocentre a débuté officiellement avec la période couverte par le premier subside, c'est-à-dire le 01.11.1992. Elle considère que le projet a une durée de cinq ans et qu'il arrivera donc à son terme le 30 septembre 1997.

⁷⁸ Il s'agit d'un énoncé dont on a fait disparaître l'auteur. Ainsi par exemple, un énoncé scientifique « A est en relation avec B » doit une partie de son objectivité au fait qu'on ait fait disparaître la modalité X de l'énoncé « X dit que A est en relation avec B ». LATOUR, WOOLGAR, *La vie de laboratoire. La production des faits scientifiques* (1979).

Le Comité d'Accompagnement [de l'Inspection des Finances] approuvait le 09.11.1995 « *la modification progressive et favorable de l'orientation du projet (mise en place de la structure régionale de coordination, volonté de redéfinition des stratégies d'intervention par une plus grande implication des relais,...)* ».

Toutefois, le 05.09.1996, la Cellule Permanente constatait « *un changement de stratégie globale du projet qui, d'un projet original de communication passe à un projet communautaire reproduisant la démarche de Carolo Cardio Santé. Le projet présenté constitue une juxtaposition d'actions propres au programme et une coordination d'actions extérieures (ce qui est la mission de la Commission Locale de Coordination)...* »

1.2. Avis

Le Bureau considère que le projet Promocentre a engendré, après trois ans de mise en œuvre, un nouveau projet plus adapté aux caractéristiques de la région, appelé Promo Centre Santé, destiné à remplir la même mission, mais au moyen d'une stratégie plus communautaire faisant appel à la collaboration et au partenariat d'une série d'institutions ou d'organismes implantés localement. [...] Ses objectifs visent actuellement les maladies cardio-vasculaires mais doivent s'intégrer dans une optique globale de promotion de la santé.

Ce projet a été présenté officiellement à la presse et aux responsables lors de l'action médiatique du 15.04.1997.

Le Bureau souhaite faire correspondre les activités du projet et la demande de subsides au cadre du futur décret organisant la promotion de la santé en Communauté française. [...] Une première mouture du rapport d'activités et de la programmation 1997-1998 est remise aux membres du Bureau pour lecture et avis. Une deuxième mouture sera préparée en fonction du nouveau décret et des avis des membres du Bureau.

3. Divers

[...]

Certaines institutions membres du Comité souhaitent vivement voir apparaître publiquement leur participation aux actions du Comité. La liste des partenaires doit apparaître dans le rapport d'activités.

[...]

A propos de ce dernier point, lorsqu'il s'agit de visibilité du projet (par exemple lors d'une « action médiatique »), la belle mécanique de la démodalisation entraperçue plutôt s'enraye. Non seulement certains logos et dénominations institutionnelles ne s'effacent pas du projet mais voilà qu'on veut en rajouter. Quelques institutions sortent des rangs et avancent le fait que pour elles le soleil ne brille pas à l'ombre d'un autre logo. Le rédacteur attitré des procès-verbaux et des rapports d'activité aura beau passer ceux-ci sous la meule de la désubjection, il ne parvient pas à réduire en miettes ce souci permanent pour la propriété et l'identité. Souci qui menace les fragiles assemblages de ce qu'on nommera gouvernance : une situation où les rapports de

pouvoir coexistent avec une coalition d'intérêts mutuels. Les rapports de pouvoir restent bien présents au cœur de la coordination, de même que certaines dénominations ou certains logos. Il n'existe pas à véritablement parler de coordination, c'est toujours de la subordination, car comme on a pu le voir avec l'enchâssement des scripts, on n'agit jamais sans enrôler (Latour).

c. Décréter la participation

Le procès-verbal d'une réunion comme le rapport d'activités d'un projet, font donc l'objet d'une « mouture » qui consiste à donner au contenu d'une réunion ou d'un projet une forme différente. Ce travail de mise en forme est entrepris à l'intention des participants du projet dont il faut sans cesse continuer à (re)susciter l'intérêt par des opérations de séduction. Celles-ci deviennent critiques lorsque l'avenir d'un projet est associé à la rédaction d'un rapport d'activité nécessaire pour l'obtention de subsides. Il s'agit dans ce cas de savoir correctement présenter les choses pour éviter l'accusation de copiage ou de doublonnage et parvenir à s'insérer dans l'une ou l'autre modalité de subventionnement (en l'occurrence l'article 16 du projet de décret). Une fois de plus les mots devront être savamment choisis pour parvenir à « intégrer dans une optique globale de promotion de la santé » les objectifs d'un projet qui vise depuis le début à « modifier favorablement les comportements qui permettent d'améliorer le niveau des facteurs de risque cardio-vasculaires par une alimentation équilibrée, l'arrêt du tabac, l'activité physique régulière et la gestion du stress » (voir le document 2) et qui commence à peine à se réaliser.

[Document 9, 1996, p. 2-3]

CONSEIL DE LA COMMUNAUTE FRANCAISE
Session 1996-1997
10 DECEMBRE 1996
PROJET DE DECRET
PORTANT ORGANISATION DE LA PROMOTION
DE LA SANTE EN COMMUNAUTE FRANÇAISE

[...]

EXPOSE DES MOTIFS

La notion même de « promotion de la santé » a connu ces dernières années de profonds bouleversements. Ainsi aujourd'hui, la promotion de la santé se focalise moins sur la correction des

conduites individuelles et vise plutôt à permettre à l'individu et à la collectivité d'agir sur les facteurs déterminants de la santé et ce faisant d'améliorer celle-ci. Elle privilégie l'engagement de la population dans une prise en charge collective et solidaire de la vie quotidienne, alliant choix personnel et responsabilité sociale. Ce passage du concept d'éducation pour la santé à celui de promotion de la santé s'inscrit dans la ligne des recommandations des experts internationaux. [...] Un arrêté de l'Exécutif du 8 novembre 1988 avait fixé les modalités d'agrément et de subventionnement d'organismes d'éducation pour la santé, selon des normes favorisant la continuité, la rigueur et la coordination de leurs actions. En exécution de cet arrêté, trois types d'acteurs avaient été mis en place :

- une « Cellule permanente éducation pour la santé » [...] ;
- un « Centre de coordination communautaire », des « Commissions locales de coordination », et des « Services aux éducateurs » [...] ;
- des programmes d'action ou de recherche [...].

L'agrément de services d'éducation pour la santé et la création de la Cellule permanente d'éducation pour la santé ont permis de sélectionner des programmes de recherches et d'action de qualité, et de les coordonner. Toutefois, au fil du temps, un certain nombre de difficultés sont apparues :

- la politique d'éducation pour la santé n'a fait l'objet que de simples recommandations, ce qui n'a pas facilité la coordination des actions [...] ;
- le secteur a plus privilégié l'amélioration et le développement de ses spécificités que la diffusion des initiatives prises en matière d'éducation pour la santé [...] ;
- certaines Commissions locales n'ont pas joué avec suffisamment d'efficacité le rôle qui leur était imparti.

Le gouvernement a estimé opportun de soumettre à l'approbation du Conseil un projet de décret-cadre visant à renforcer les résultats positifs, à porter remède aux difficultés rencontrées, mais aussi et surtout, à adapter les règles existantes au nouveau concept de « promotion de la santé ». Il prévoit essentiellement l'élaboration et la mise en œuvre d'un schéma directeur, et la décentralisation de la promotion de la santé, dans tous ces aspects, au niveau d'organismes-relais associant pouvoirs publics et personnes privées. Cette nouvelle optique s'appuie sur les stratégies récentes de l'Organisation mondiale de la Santé [OMS], telles qu'elles sont énoncées dans le rapport « Les buts de la santé pour tous » de septembre 1991

Un nouveau projet, celui d'un décret-cadre, est conçu pour répondre à des problèmes, ceux de l'ancien projet d'éducation pour la santé. Le script de ce dernier était sans doute mal écrit puisque des acteurs n'ont pas endossés le rôle qu'on leur avait « imparti ». Ni « la politique d'éducation pour la santé », ni « le secteur », ni « certaines Commissions locales » ne se sont comportés comme prévu alors que l'arrêté de l'Exécutif et la Cellule permanente semblent avoir bien joué leur jeu. Là aussi on s'inspire d'autres projets, on change de mots, on rédige les modalités du script en se concentrant d'abord sur le

« où » et le « quand » (la décentralisation), le « qui » (une nouvelle structure), le « pourquoi » (l'exposé des motifs) et le « comment » (de la correction des conduites individuelles à la permission d'agir, à l'engagement de la population dans une prise en charge collective et solidaire de la vie quotidienne en passant par un schéma directeur et les stratégies de l'OMS). Quant à définir ce qu'est la santé qu'ainsi on promeut, rappelons-nous qu'il s'agit d'un « décret-cadre » qui, comme son nom l'indique, est censé cadrer le contenu, celui-ci étant relégué à plus tard, à plus bas, « au niveau des organismes-relais » ou à l'endroit « des associations locales ».

[Document 3, 1996, p.3]

LES BUTS DE LA SANTE POUR TOUS
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE
Septembre 1991

[...]

Une participation large et active aux activités relevant de la santé pour tous est encouragée au moyen des structures et des processus se situant aux niveaux international, national, régional et local. Il faut obtenir la coopération d'une large gamme de partenaires et permettre en outre :

- la constitution de réseaux et la communication entre partenaires potentiels ;
- l'association des partenaires à la fixation des priorités, à la planification des actions, à la prise des décisions et à l'exécution ;
- la mise en avant du processus décentralisé de prise de décisions ;
- la diffusion des informations sur les questions de santé ;
- le soutien aux activités des associations locales ;
- la mise en place d'incitants facilitant l'action intersectorielle. [...]

La promotion de la santé devient une affaire de cadrage plus que de contenu. Cadrer, toujours cadrer, par des structures et des processus. Du décret-cadre organisant le subventionnement de projets à la programmation d'une pièce de théâtre dans les écoles, le contenu est sans cesse relégué à plus tard, à plus bas ou à plus loin. L'effort régulier de la poussée consiste aussi à repousser sans cesse le moment où il faudra bien que soit défini le contenu de l'action. Agir en promotion de la santé ce n'est plus éduquer mais faire agir.

[suite du Projet de Décret]

Ligne de force de la nouvelle structure

La nouvelle structure proposée est basée sur les principes suivants :

1. Un programme quinquennal et un Plan communautaire de promotion de la santé seront arrêtés par le gouvernement après consultation des partenaires concernés. [...] ;
2. Un organe d'avis centralisé sera créé pour remplacer la Cellule permanente éducation pour la santé et le Conseil communautaire consultatif de prévention pour la santé [...] Ce Conseil supérieur de promotion de la santé regroupera des représentants d'organes et services experts en promotion de la santé sur le plan scientifique et/ou sur le plan de l'action elle-même ;
3. Les anciennes commissions locales de coordination seront transformées en Centres locaux de promotion de la santé. [...] ;
4. Des subventions peuvent aussi financer respectivement des projets ou recherches, menés par des acteurs ou services de recherche d'origine locale ou à vocation communautaire ;
5. Les différents organes et acteurs pourront bénéficier de l'aide de services communautaires, à vocation logistique et méthodologique. [...]

COMMENTAIRE DES ARTICLES

Article 1^{er}

Un consensus international a permis d'aboutir à une définition commune de la promotion de la santé à Ottawa, en 1986. C'est ce concept, largement commenté dans les ouvrages spécifiques (1) qui est repris à l'article 1^{er}. [...]

(1) Voir notamment J.-A. Bury, Education pour la Santé, De Boeck-Université, 1988, pp. 91 et suivantes ; M. Coppee et C. Schoonbroodt, Guide pratique d'Education pour la Santé, De Boeck-Université, 1992, pp. 20 et suivantes.

Article 16

Indépendamment du financement des structures centralisées et décentralisées, des financements pourront être attribuées, afin de favoriser des recherches ou des actions précises au niveau communautaire ou sur le terrain, soit sur base ponctuelle, soit sur base récurrente. [...]

PROJET DE DECRET

[...]

La ministre-présidente chargée de l'Education, de l'Audiovisuel, de l'Aide à la Jeunesse, de l'Enfance et de la Promotion de la Santé est chargée de présenter au Conseil de la Communauté française le projet de décret dont la teneur suit :

CHAPITRE I

Dispositions générales

Article 1^{er}

Par promotion de la santé au sens du présent décret, il faut entendre le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et ce faisant, d'améliorer celle-ci. [...]

CHAPITRE V

Des actions et recherches en promotion de la santé

Article 16

Sur proposition du Conseil Supérieur de promotion de la santé ou d'un Centre local de promotion de la santé, ou d'initiative, le Gouvernement peut subventionner des programmes d'action ou des recherches spécifiques à vocation locale ou communautaire. Le Gouvernement définit les missions spécifiques confiées, le financement accordé, les conditions de son utilisation, les justifications exigées et les délais dans lesquels ces justifications doivent être produites. La durée maximale du financement accordé est de cinq ans, dans la limite des crédits budgétaires. [...]

Le projet PROMO CENTRE SANTE est transporté dans un contexte nouveau, encore en projet, imaginé par les auteurs du décret-cadre. Le voilà mis en contexte par le biais de l'article seize, dans la nouvelle politique de promotion de la santé de la Communauté française. S'ils n'en avaient pas été informés très tôt, ce soudain transport aurait été réalisé à l'insu des participants, du moins jusqu'à ce qu'ils en ressentent les premiers effets⁷⁹. Ils auraient poursuivi leur propre travail de mise en contexte, transbahutant dans le script de leurs propres projets qui des élèves, qui des écoles, qui des intervenants locaux, qui des populations défavorisées, qui des cardiopathies ischémiques. Mais maintenant qu'ils savent, ils doivent reprendre position. Car les coordonnées de leur carte, celles de l'inventaire dont ils s'étaient munis au début du projet, ont changé. Le paysage institutionnel a changé. Par exemple, la Commission Locale de Coordination (CLC) du Hainaut Centre s'apprête à devenir le Centre Local de Promotion de la Santé (CLPS) des arrondissements de Mons et de Soignies, avec d'autres missions et attributions. Or pas question de naviguer à l'aveugle ou avec une ancienne carte pour ceux qui souhaitent pérenniser leur projet. Ils doivent pouvoir être capables d'identifier quelles sont les routes à suivre sans risquer de trop s'approcher par exemple de l'écueil du copion ou du doublon. Ils doivent pouvoir évaluer s'il est intéressant pour eux de se diriger vers ce que d'autres indiquent comme nouveaux points de passage obligés.

⁷⁹ Peut-être une sorte de malaise comparable à celui qu'Amandine a ressenti lorsqu'elle a découvert dans une réunion décrite au chapitre précédent que le projet La Louvière Ville-Santé venait d'être « vendu » ce qui eut pour effet de modifier ses rapports avec le CLPS.

[Document 10, 1998]

PROPOSITION DE PROCES-VERBAL DE LA REUNION DU BUREAU EXECUTIF DU 06 FEVRIER 1998

[...]

Rapport entre le programme Promo Centre Santé et le Centre Local de Promotion de la Santé

Le Centre Local de Promotion de la Santé a pour missions d'élaborer un programme d'actions, de coordonner son exécution, de proposer de la documentation et de suivre l'évolution des besoins dans les domaines de la promotion de la santé en général.

Le programme Promo Centre Santé doit, lui aussi, élaborer un programme d'actions, coordonner son exécution et suivre les besoins dans le domaine plus restreint de la santé cardio-vasculaire.

Les missions de Promo Centre Santé se rapprochent donc très fort de celles du Centre Local de Promotion de la Santé, mais uniquement dans le domaine cardio-vasculaire. Les membres du Bureau sont d'avis que Promo Centre Santé doit être un programme proposé, pour subside, à la Communauté française par l'intermédiaire du Centre Local de Promotion de la Santé. Celui-ci pourrait même en être dorénavant le promoteur. [...] Pour éviter le risque d'impression de double emploi concernant la coordination, l'accent serait mis sur la gestion et le soutien aux actions de la part du coordinateur.

Evaluation

La période « pilote » de Promo Centre Santé s'achevant et une nouvelle période « d'état » étant souhaitée par les partenaires, une évaluation de ce qui a été réalisé semble importante. Des fonds ont été prévus à cet effet dans le budget (200.000 frs). L'évaluation prévue au départ (CATI [Computer Assisted Telephone Interview]) a dû être abandonnée, faute de moyens financiers. Une évaluation transversale a été suggérée. [Voir Document 14]

[...]

Financement de l'action « Votez Louis »

Le docteur LEBACQ et Fabrice DELVAUX présentent un document reprenant, d'une part, les dates, écoles, réseaux et communes concernant les représentations théâtrales à partir du 13.01.97 jusqu'au 27 mars 1998 et, d'autre part, les frais y afférents. Une partie de ces frais ont été avancés sur leurs fonds propres, une autre n'a pas encore été payée et est garantie actuellement par ces mêmes fonds. Ils demandent si Promo Centre Santé est d'accord de rembourser ces avances et de payer ce qui est programmé jusqu'en mars 1998. La parité entre les deux réseaux est respectée pour l'ensemble à concurrence de 36 journées dans le réseau officiel pour 41 dans le réseau libre. Par contre, toutes les écoles des huit communes concernées n'ont pas été couvertes et l'équilibre par réseau n'est pas respecté dans certaines communes.

Le Bureau propose que le problème soit d'abord bien clarifié dans le groupe scolaire lui-même et que celui-ci fasse part de ses propositions au Comité qui prendra officiellement une décision. Le Bureau regrette un manque d'accord préalable à l'action elle-même, concernant la programmation et son budget prévisionnel. [...]

Ce qui était au départ « programmé » en pilotage automatique est devenu une affaire de « pilote », une navigation en eaux troubles et dans des parages difficiles. Contraint d'en suspendre le cours, les « partenaires » vont dresser un premier bilan de la situation,

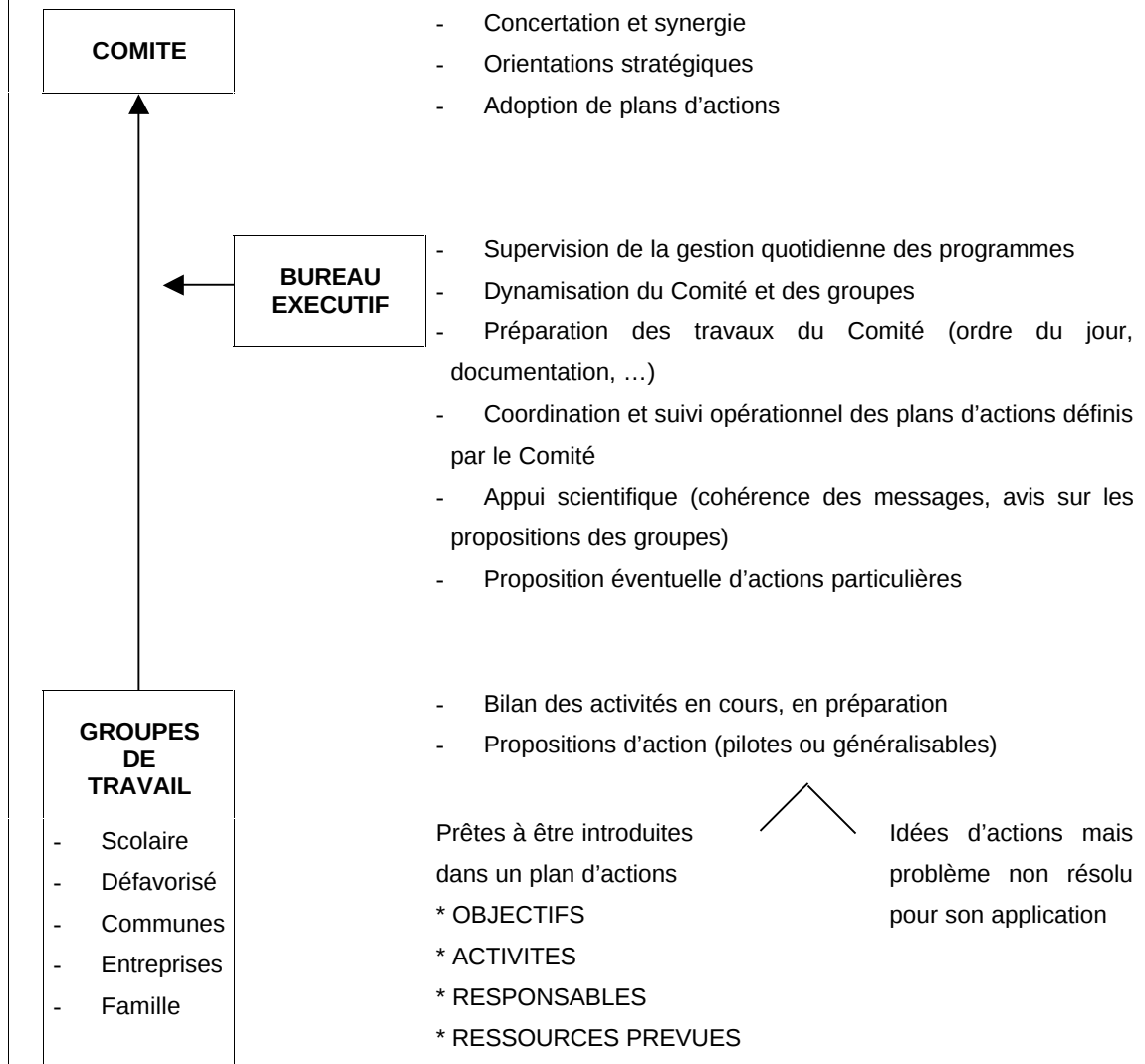
mesurer le chemin parcouru, évaluer les avaries et compter les disparus. Arrivé jusqu'ici, le projet PROMOCENTRE aura déjà résisté au moins six ans bien qu'il ait changé de nom (mais si peu) et qu'on envisage maintenant de lui trouver un nouveau « promoteur », du moins sur le papier. Nuance que semble également faire le Comité d'Accompagnement de l'Inspection des Finances qui précise deux mois après ce repositionnement, dans un rapport daté du 07 avril 1998 à la rubrique « perspective », qu'un problème « d'éthique intellectuelle » risque fort de se poser, l'OSH devenant juge et partie de PROMO CENTRE SANTE en tant que structure proche du CLPS qui pourrait être amené à émettre un avis sur ce même projet⁸⁰.

d. Insubordination et inertie

D'autres difficultés financières, cette fois inhérentes à la réalisation du groupe scolaire, font apparaître quelques nouveaux imprévus dans l'organisation interne de PROMO CENTRE SANTE. Au lieu de faire avancer leur projet de théâtre-action en suivant le chemin fléché pour s'assurer de bonnes relations avec le Bureau et le Comité (voir le schéma ci-dessous), certains membres du groupe scolaire, représentants de l'IMS et des Mutualités Chrétiennes, ont préféré prendre des voies de traverse, mettant le Bureau devant le fait accompli de leur autonomie.

⁸⁰ Document 13.

[Document 11, 1998, p.5]



Deux personnes ont poussé le projet un peu vite et ont engagé les fonds de leurs institutions respectives sans l'accord préalable du Bureau et peut-être même sans celui de leur groupe de travail (ce qui reste à « clarifier »). Le Bureau les rappelle à l'ordre et le Comité tranche. A coup sûr des rapports de pouvoir structurent les relations entre les « partenaires » de cette coalition d'intérêts mutuels. Ici aussi les insubordinations peuvent coûter cher, comme dans n'importe quelle organisation verticale.

[Document 12, 1998]

PROPOSITION DE PROCES-VERBAL DE LA REUNION DU COMITE REGIONAL DE COORDINATION
DES ACTIONS DE PROMOTION DE LA SANTE DU CŒUR DU 27 MARS 1998

[...]

Etat d'avancement des groupes

Groupe « scolaire »

Les communes de La Louvière, Binche, Le Roeulx et Chapelle sont terminées.

Pour rappel, le Comité, réuni en séance extraordinaire le 06.03.1998, a décidé de subsidier la moitié des frais de l'action théâtre-débat (soit 184.000 frs) pour les deux réseaux scolaires des communes de Seneffe, Manage et Chapelle. Le groupe « scolaire » (re)prendra contact avec les communes de Seneffe et Manage ainsi que Morlanwelz et Anderlues afin d'obtenir un subside de la part de celles-ci. La programmation des activités dans ces communes ne sera réalisée qu'en fonction des subsides obtenus et devrait être prévue pour le 1^{er} trimestre scolaire 1998-1999.

Une évaluation des résultats immédiats de l'action a été réalisée sur les 18 premières séances jouées en 1997. Une évaluation concernant les résultats après un an est actuellement en cours dans les classes de La Louvière. Une évaluation de processus est à organiser. [...]

Finalement, les membres du groupe scolaire, ou peut-être seulement certains d'entre eux, se sont bien activés. Ils ont réussi à monter une pièce de théâtre-action intitulée « Votez Louis » selon l'agenda qu'ils s'étaient donnés. Malgré les obstacles rencontrés au départ en matière de subventionnement, ils ont quand-même trouvé le moyen de faire cheminer leur projet. Le budget de la Communauté française n'a pas constitué le principe de réalité de cette action parce qu'il n'a pas été institué comme tel lors de l'écriture des modalités de son script.

Mais qu'en est-il de notre approche de la population grâce aux relais ? Dans la phase d'écriture collective du script qui caractérise toute élaboration de projet, nous pouvions apercevoir des opérations d'intéressement et d'enrôlement de « relais institutionnels ». Il y prédominait une intense activité de traduction des intérêts des uns dans ceux des autres -ce qui transparaît par exemple dans le document de base où il est précisé que « ce Comité ne doit pas être considéré comme une institution nouvelle, mais bien comme un outil mis à la disposition des participants ». En nous rapprochant des populations visées, cette activité de traduction a cédé le pas à celle de la diffusion. Après avoir été vendu à des responsables communaux, un projet clé sur porte est diffusé dans les écoles, à nouveau propulsé comme un missile vers son public-cible. Il n'y a plus qu'à attendre les résultats de l'évaluation pour savoir si ce dernier a été « touché »

et avec quel « impact ». L'inertie est à nouveau à l'ordre du jour. Nul besoin pour agir d'entrer de nouvelles coordonnées dans le programme en ce qui concerne la cible. Les élèves n'ont pas bougé, ils sont toujours les mêmes qu'au début, « répartis entre le réseau communal et le réseau subventionné libre », toujours aussi peu identifié et n'ayant vraisemblablement jamais eu à l'être davantage depuis le lancement du projectile.

3. Evaluer

Une « évaluation CATI » (Computer Assisted Telephone Interview) a été abandonnée, une « évaluation transversale » a été proposée, une « évaluation des résultats » est déjà réalisée pour l'action du groupe scolaire et une « évaluation de processus » doit encore être organisée... L'évaluation, lorsqu'elle est prévue au programme, est une affaire extrêmement codifiée qui a sa place dans la roue du destin des projets : planifier, agir, évaluer pour réagir.

[Document 14, p.1-3]

1. Définition :

L'évaluation est le processus systématique et scientifique visant à apprécier la mesure dans laquelle une activité ou une série d'activités a permis d'atteindre des objectifs prédéterminés.

L'évaluation des projets s'inscrit dans un cycle qui comprend l'analyse de la situation, la conception du programme (ou du projet), la mise en œuvre et l'évaluation. Celle-ci peut alors modifier l'analyse de la situation et le programme (ou le projet). Elle doit donc permettre la prise de décision.

L'évaluation devrait idéalement répondre aux questions suivantes :

- le projet a-t-il atteint ses objectifs ?
- le projet s'est-il déroulé comme prévu ?
- le public cible a-t-il été touché par le projet ?
- quelle était la qualité des interventions ?
- quel est l'impact du projet sur le public-cible et sur la communauté ?
- les changements obtenus sont-ils durables ?
- y-a-t-il des effets non prévus (positifs ou négatifs) ? Si oui, lesquels ?
- faut-il continuer l'action ou le projet ?

2. Types d'évaluation :

Différents types d'évaluation peuvent être envisagées en fonction :

- du niveau de planification
- des personnes impliquées dans le projet (bailleurs de fonds, gestionnaires, professionnels,...)
- de l'objet (du niveau) de l'évaluation : structure, processus, résultat, impact
- des bénéficiaires

[...]

2.3.1. Evaluation de structure

A ce niveau, on évalue les moyens mobilisés pour mettre en œuvre le projet.

Cet aspect reprend le type de structure, sa viabilité à long terme, son niveau de compétence et d'expertise, son mode de fonctionnement et ses ressources humaines, financières et matérielles.

C'est à ce niveau que sera analysé le partenariat : diversité, participation, pouvoir de décision, activité ou passivité, degré d'implication. **[Voir Document 18]**

2.3.2. Evaluation de processus

Ce niveau analyse le déroulement des activités par rapport à ce qui était planifié : respect du calendrier, utilisation des ressources humaines et financières, qualité des interventions, viabilité, moyens mis en œuvre, méthodologie, ajustements,... **[Voir Document 18]**

2.3.3. Evaluation des résultats

Ce niveau s'intéresse aux résultats c'est-à-dire aux effets immédiats d'une action. Pour chaque activité, des objectifs spécifiques ont été définis. Les résultats d'une action permettent de voir si ces objectifs ont été atteints.

Ces résultats peuvent être traduits en terme d'acquisition de connaissances, de services, de clarification d'opinion, d'intention de comportements, de modification de l'environnement,... **[Voir Document 18]**

2.3.4. Evaluation de l'impact

Ce niveau s'intéresse aux effets à long terme du projet en fonction des finalités (des **objectifs généraux**). L'impact se mesure en termes de modification des comportements, de l'environnement ou de la législation. Il peut aussi se mesurer en termes de modification de données sanitaires, de morbidité et/ou mortalité. **[Voir Document 14]**

[...]

3. Références :

- Pineault R. et Daveluy C., *La planification de la santé, concepts, méthodes, stratégies*. Agence d'ARC inc., Ottawa, 1986.

- Boonekamp G., Vaandrager H. et al., *Travelling through Health promotion land, Guidelines for developing and sustaining health promotion programmes, derived from a European experience*. 1995.

[...]

En ce qui concerne l'évaluation de l'impact du projet, elle aurait pu être réalisée grâce à une enquête de type CATI (Computer Assisted Telephone Interview). Mais celle-ci n'aura pas lieu car « elle a du être abandonnée faute de moyens financiers » nous a-t-il été précisé dans un procès-verbal du mois de février (document 10). Après que 1.320.000 francs (33.000 Eur) aient été affectés au poste de coordinateur, 100.000 francs (2500 Eur) à des frais de fonctionnement et 350.000 francs (8750 Eur) pour couvrir les actions, il ne reste plus que 200.000 francs (5000 Eur) pour réaliser l'évaluation⁸¹ ce qui n'est pas suffisant pour une réaliser une évaluation CATI. Deux mois plus tard, dans un procès-verbal d'une réunion du Bureau daté du 10 avril 1998, on apprend que, suite à la présentation du projet PROMO CENTRE SANTE devant le Comité d'Accompagnement de l'Inspection des Finances, « il apparaît qu'une évaluation de

⁸¹ Budget de PROMO CENTRE SANTE du 01/10/97 au 15/11/98 cité dans le document 16.

l'impact du projet est peu réalisable et peu pertinente (évaluation d'une modification de l'importance des maladies cardio-vasculaires, des facteurs de risque et des comportements) »⁸². Suite à cela, les membres du Bureau décident de mettre l'accent sur l'évaluation du partenariat. Ce sont donc principalement les structures et les processus qui vont être évalués. Ceux que l'OMS conseille comme « moyen pour encourager une participation large et active aux activités relevant de la santé pour tous » (voir document 3), ceux sur lesquels s'appuie le décret-cadre de la Communauté française (voir document 9), ceux qui sont censés produire des résultats.

Pourquoi ? Pourquoi devons-nous encore attendre pour savoir de quelle façon la population a finalement été « touchée » par ce type de projet ? Pourquoi l'évaluation de l'impact est-elle ainsi oblitérée ? « Moyens financiers », « faisabilité », « pertinence », les éléments du mobile s'agitent déjà dans la brise. N'y ajoutons pas notre souffle, il risquerait de rompre ce fragile équilibre qui caractérise toute situation de gouvernance et que l'évaluation du partenariat suffirait seule à compromettre. Contentons-nous de constater que pour un projet axé depuis le début sur la modification des comportements d'une population donnée (voir le document ci-dessous qui rappelle qu'une méthode de planification spécifique a été choisie en vue de cet objectif), une évaluation qui consisterait à savoir si le public ciblé se « comporte » comme prévu, existe mais n'est pas utilisée.

[Document 14, 1998, p. 5]

PROPOSITION DE PROTOCOLE D'EVALUATION
DU PROJET
PROMO CENTRE SANTE

[...]

II. RAPPEL DES BUTS ET OBJECTIFS DU PROJET PROMO CENTRE SANTE

But et objectifs

Le but du projet Promo Centre Santé est de contribuer à l'amélioration de la santé de la population de la région du Centre et, plus particulièrement, d'y diminuer l'importance des maladies cardio-vasculaires en intervenant favorablement sur les principaux facteurs de risque de ces maladies.

Les objectifs généraux du projet sont de diminuer les différents facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires, c'est-à-dire

⁸² Document 15.

- L'hypercholestérolémie,
- Le tabagisme,
- L'hypertension artérielle,
- Le manque d'activité physique,
- L'obésité,
- Le diabète,
- Le stress.

Les objectifs intermédiaires du projet sont d'agir favorablement sur les comportements concernant les différents facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires, c'est-à-dire

- les comportements alimentaires
- les comportements tabagiques
- les comportements sédentaires
- les comportements de stress

Les objectifs spécifiques à chaque intervention visent, suivant le modèle PRECEDE/PROCEED, à améliorer

- les facteurs *prédisposant* au bon comportement, c'est-à-dire les connaissances, les attitudes, les valeurs et les perceptions,
- les facteurs *facilitant* le bon comportement, c'est-à-dire l'environnement, le cadre de vie, la disponibilité des ressources, leurs accessibilité ainsi que les compétences personnelles et communautaires,
- les facteurs *renforçant* le bon comportement, c'est-à-dire les attitudes et les comportements de l'entourage, c'est-à-dire le personnel de santé, les parents, les professeurs, les pairs, etc.
- les facteurs *organisationnels* (gestion, coordination, création d'outils, évaluation, etc.). [...]

a. Le processus d'auto-confirmation

Qui va évaluer le projet ? Cette question n'a d'importance que parce que le processus d'auto-confirmation se retrouve dans tout type d'enquête qu'elle soit « de faisabilité », qu'elle soit celle du sociologue ou qu'elle soit une évaluation de projet. Dans chacun de ces cas, on peut surprendre quelqu'un en train de s'étonner de trouver dans son jardin l'œuf de Pâque qu'il a lui-même caché la veille⁸³. La sociologie de la connaissance a montré que pour la science, ce qu'on découvre du monde (à l'extérieur) est précisément ce qui correspond aux prédilections théoriques des chercheurs (à l'intérieur). En sociologie des organisations, certains auteurs jugent cette situation comparable à celle du management où l'on choisit de mettre en lumière certains aspects de

⁸³ M. ASHMORE, *The reflexive thesis : writing sociology of scientific knowledge* (1989).

l'environnement⁸⁴. Le concept d'*enactment* résume cette activité qui consiste à faire apparaître en pleine lumière l'objet de l'action... et les *en-acteurs* de rajouter Taylor et Van Every, car l'*enactment* contribue à les constituer en société⁸⁵. L'environnement, l'organisation et ses *en-acteurs* sont donc, selon une approche communicationnelle des organisations, co-crées simultanément par cette action. Dans le cas qui nous occupe, cette activité a pris la forme d'une évaluation. En analysant certaines des découvertes réalisées par cette activité d'identification, ce qu'elle met en lumière (le produit de l'*enactment*), nous devrions en savoir davantage sur l'organisation et son environnement, ses *en-acteurs* et leurs prédilections.

Mais qui sont les *en-acteurs* de cette évaluation ? C'est peu avant Pâques, en février 1998, que la question de l'identité de l'évaluateur est soulevée. Au Bureau de PROMO CENTRE SANTE, on estime que « cette tâche pourrait être confiée soit à un organisme extérieur, soit à l'OSH pour l'ensemble ou pour l'organisation d'une enquête, les conclusions étant éventuellement confiées à une personne extérieure » (document 10). Un mois plus tard, il est précisé lors d'une réunion du Comité que l'évaluation est à mettre sur pied par des personnes « qualifiées » ; sont cités les noms de quatre professionnels de l'OSH et celui du coordinateur du projet (document 12). En juin 1998, ce sont les infirmières du Service d'Information Sanitaire de l'OSH qui font passer un questionnaire d'évaluation à chaque partenaire du projet et on attend d'un « groupe évaluation » qu'il écrive la synthèse et les conclusions de l'évaluation (document 16). En septembre le « groupe évaluation » s'apprête à « commenter » les résultats de l'enquête « menée par l'OSH » (document 17). A l'automne sort le rapport d'évaluation. Nous ne savons pas qui a écrit le rapport, l'identité de l'auteur ne transparaît pas. Le document n'est pas signé et ne porte que le logo de PROMO CENTRE SANTE comme signe distinctif en couverture. Nous ne savons donc pas qui a déposé cet œuf mais nous savons que c'est lui que le Comité attend depuis le mois de juin pour pouvoir décider de l'avenir du projet.

⁸⁴ TAYLOR, VAN EVERY, *The emergent organization. Communication as its site and surface* p. 263 ; LATOUR, WOOLGAR, *La vie de laboratoire. La production des faits scientifiques* (1979).

⁸⁵ La notion d'*enactment* de Karl Weick est discutée dans TAYLOR, VAN EVERY, *The emergent organization. Communication as its site and surface* p. 144-149.

PROMO CENTRE SANTE
EVALUATION DE LA GESTION DU PROJET
A PARTIR DE 1995

Introduction

[...]

Le présent document présente l'évaluation de la structure, du processus et des résultats de la **gestion** du projet Promo Centre Santé par le Comité, le Bureau exécutif et les groupes de travail. L'évaluation des actions du projet est décrite ailleurs.

Les données utilisées dans cette évaluation sont tirées des procès-verbaux des réunions, des documents réalisés par le projet et d'une enquête auprès des partenaires du Comité. Cette enquête a été réalisée entre juin et août 1998 par le service d'information sanitaire de l'Observatoire de la Santé du Hainaut. Le questionnaire comprenait 60 questions. La plupart de ces questions étaient sous forme fermée, à l'exception des questions d'opinion.

En juin 1998, Promo Centre Santé rassemblait 34 institutions ou organismes. Parmi ceux-ci, 73 personnes étaient tenues informées des travaux du Comité et invitées aux réunions. 28 personnes [(qui semblent ne pas du tout participer au projet)] ont été écartées de l'enquête [...].

1.1.6 Commentaires concernant la structure du Comité

* Le Comité est une association de fait et non une asbl, ce qui présente des avantages et des inconvénients. Parmi les avantages, retenons la facilité de lancer l'association (pas de statuts au Moniteur), la facilité d'y participer, la souplesse pour y apporter des changements, l'appui plus franc de certains partenaires... Parmi les inconvénients, retenons le manque de statut (personnalité ?) juridique (pour obtenir les subsides par exemple), un compte bancaire au nom d'une asbl [rattachée à l'OSH] qui n'est pas Promo Centre Santé, un pluralisme peut-être un peu moins crédible, une certaine méfiance de certains partenaires. Les partenaires ne sont pas considérés officiellement comme les promoteurs du projet. Les partenaires ne se sentent pas suffisamment responsables du projet...

* Le manque de règlement d'ordre intérieur a généré les problèmes décisionnels, un certain flottement dans la responsabilité des groupes, dans l'élaboration des P.V. et des invitations, une incertitude quant au nombre de membres au sein des différentes instances,...

* Le personnel permanent est extrêmement réduit (2 équivalents temps plein) [le coordinateur et sa secrétaire] par rapport à l'ampleur des objectifs.

* Les ressources financières sont modestes, très aléatoires et les décisions de les accorder beaucoup trop tardives. Les ressources en personnel [2 communicatrices x 15% temps plein], en locaux et en matériel destinés à la gestion du projet émanent essentiellement de l'OSH. [La Communauté Française a alloué pour le projet 1.200.000 frs (30.000 Eur) en 1992 ; 1.500.000 frs (37.500 Eur) en 1993 ; 0 frs en 1994 ; 2.000.000 frs (50.000 Eur) en 1995 ; 1.275.000 frs (31.875 Eur) en 1996 ; 1.970.000 frs (49.250 Eur) en 1997. La Province du Hainaut a alloué un subside lors d'une interruption de financement de 415.000 frs (10.375 Eur) en 1997].

* Parmi les 73 personnes invitées aux réunions et tenues informées de ce qui concerne P.C.S., 28 personnes semblent ne pas du tout participer au projet. Il serait bon de redéfinir leur position.

* Les partenaires sont assez diversifiés. Les pouvoirs communaux, le monde des entreprises, les enseignants et les médecins généralistes sont toutefois sous représentés.

* Pour ce qui est de la compétence des membres, relevons que 19% des répondants semblent n'avoir aucune formation en promotion de la santé et que 45% des répondants disent avoir suivi des cours de promotion de la santé. Nous n'avons pas de précision sur ces cours.

* 65% des répondants se disent mandatés par leur institution. [...]

2.1.6. Commentaires concernant la structure du Bureau

Le Bureau est constitué de 9 partenaires ce qui est peut-être beaucoup pour superviser la gestion quotidienne de façon rapprochée. Ils ne sont pas élus par le Comité et ne sont donc pas vraiment représentatifs de celui-ci. Le manque de règlement d'ordre intérieur est un handicap dans la façon de fonctionner et notamment de prendre des décisions. [...]

3.1.6. Commentaires concernant la structure du groupe scolaire

Une mauvaise compréhension du rôle du responsable du groupe semble être à l'origine des problèmes de sa désignation [(un responsable au départ, puis trois par la suite pour des raisons d'engagement et d'équilibre philosophique)] et de l'élaboration des P.V. et des invitations aux réunions. **Le manque de règlement d'ordre intérieur a été un problème au niveau de la présentation des financements des actions et de la prise des décisions.** Les enseignants ne sont plus directement représentés au sein du groupe (désistement d'un professeur). [...] **[Voir Document 19]**

1.2.7. Commentaires concernant le processus de la gestion du Comité

Le nombre de réunions du Comité a augmenté (en raison notamment d'une réunion extraordinaire) [passant de 4 en 1995-1996 à 3 en 1996-1997 puis à 7 en 1997-1998]. Le nombre moyen de participants a fortement diminué chaque année [de 23 participants en moyenne à 19 puis 13]. L'envoi des invitations n'était pas en cause. Une explication pourrait être une diminution de l'intérêt porté par les partenaires qui ne se sentent pas concernés par les actions effectivement coordonnées par le projet. Une autre explication pourrait être que le projet s'étant précisé, ayant pris une certaine tournure, certaines orientations, certains partenaires se sentent moins motivés d'y participer.

Le total du temps consacré à la gestion par les répondants est inférieur à deux équivalents temps plein, ce qui ne grossit que fort peu l'équipe permanente (2 équivalents temps plein) par rapport aux objectifs du projet. [...]

2.2.7. Commentaires concernant le processus de la gestion du Bureau

Le nombre de réunions du Bureau a augmenté [de 3 à 7 par an] et le taux de participation a diminué au fil des années [de 7 participants en moyenne à 6,5 puis 5]. Un des membres a complètement arrêté de venir aux réunions, mais n'a jamais remis sa démission. Un autre membre vient fort peu souvent. [...]

3.2.7. Commentaires concernant le processus de la gestion du groupe scolaire

Le nombre de réunions du groupe a crû fortement au fil des années (de 2 à 12 !). Le taux de participation a diminué de moitié [de 11 à 5 présents par réunion]. Il y a eu quelques problèmes d'envoi de P.V. et d'invitations (problème de compréhension du rôle du responsable du groupe). Les membres relèvent l'absence d'actions dans le secondaire et les conflits entre partenaires. [...]

b. Identifier des problèmes faisables

L'organisation doit pouvoir constituer une réponse aux problèmes qu'elle a identifiés dans son environnement, c'est ce qui justifie qu'on puisse croire en elle. Et c'est aussi ce qui explique que seuls des problèmes jugés faisables (*doable problems*) sont identifiés pour agir. Dans ce cas-ci, ils doivent s'insérer dans le cadre standard, écrit à l'avance une fois de plus, des procédures d'évaluation des programmes de promotion de la santé. Ils concerneront premièrement le type de structure (d'un point de vue juridique), son mode de fonctionnement (promoteur, coordinateur, organes de décision, missions et mandats, règlement), l'état de ses ressources (financières, en personnel et en matériel) et la composition de son personnel et des partenaires (nombre, identité institutionnelle, fonction, compétence et formation, mandats). Deuxièmement, au niveau du processus de gestion, ils concerneront le déroulement des réunions (envoi d'invitations et de rappel, nombre de réunions et envoi de pv) et le degré d'implication des partenaires. Ce dernier étant la combinaison de deux mesures : le taux de participation (soit le nombre moyen de participants aux réunions) et l'investissement moyen de la somme de travail en heure/mois que consacre au projet chacun des membres du personnel et du partenariat. Par exemple, on peut lire dans le rapport que « les répondants disent consacrer 7 heures/mois en moyenne pour l'ensemble du projet Promo Centre Santé. (7 heures/mois x 41 répondants = 287 heures/mois : 160 = 1,8 équivalent temps plein) »⁸⁶. Troisièmement, au niveau le plus mince en volume de pages, celui de l'évaluation des résultats, l'identification des problèmes consistera à donner son avis sur l'effectivité de la réalisation des missions imparties à chacune des structures. Une question ouverte dans le questionnaire permettra de dresser deux listes des points positifs et négatifs de PROMO CENTRE SANTE dont le « groupe évaluation » retiendra certains points pour écrire ses conclusions.

⁸⁶ Document 18, p. 7.

[Document 18, 1998, p. 1-31]

PROMO CENTRE SANTE
EVALUATION DE LA GESTION DU PROJET
A PARTIR DE 1995
[suite]

[...]

3.3. Evaluation des résultats de la gestion du groupe scolaire

3.3.1. Avis des membres du groupe

Rappel des missions :

- bilan des actions en cours
- propositions d'actions
- réalisations d'actions

Le groupe scolaire s'est fixé comme objectif de développer des attitudes et des comportements sains au niveau des écoles.

6 membres sur 10 répondants soit 60% estiment avoir complété le bilan des actions en cours.

10 membres sur 10 répondants soit 100% estiment avoir proposé des actions en faveur de la santé dans les écoles.

10 membres sur 10 répondants soit 100% estiment avoir réalisé des actions en faveur de la santé dans les écoles.

3.3.2. Commentaires

Les résultats semblent assez positifs.

[...]

8. Evaluation des résultats de la gestion du projet

63% des répondants estiment avoir pu travailler en partenariat au sein de Promo Centre Santé.

72% des répondants estiment que Promo Centre Santé a mis en place des interventions coordonnées avec les institutions locales.

71% des répondants estiment que Promo Centre Santé a induit une augmentation des actions de promotion de la santé.

27% des répondants estiment que la collaboration entre partenaires s'est améliorée, 35% qu'elle est restée pareille et 17% qu'elle s'est dégradée.

Points positifs cités par certains partenaires :

- Le partenariat, le lieu de rencontre entre différents acteurs de terrain, l'intersectorialité
- La réflexion sur la promotion de la santé
- La réalisation d'actions
- Le dynamisme
- La diffusion de l'information, la volonté de sensibiliser
- L'apport financier
- L'aide au changement de l'image de l'institution

Points négatifs cités par certains partenaires :

- * Les conflits entre partenaires

- * Les lourdeurs administratives
- * Le manque de concret
- * Le manque d'implication et de prise de responsabilité par les partenaires
- * La mauvaise gestion du programme
- * Les limites de temps et de financement
- * Le manque de statuts légaux
- * Une certaine dispersion des actions
- * La qualité scientifique de la programmation
- * Le manque de structure
- * Le manque d'actions pour l'environnement
- * Le manque de partenariat individuel, non institutionnel
- * L'élitisme

11. Conclusion

Cette évaluation au niveau de la gestion du projet Promo Centre Santé montre certains problèmes et dysfonctionnements. Une partie de ceux-ci sont modifiables par la volonté des membres du Comité d'apporter certains changements. D'autres sont indépendants du Comité lui-même. Environ la moitié des membres « participants aux travaux du Comité » semblent prêts à s'investir dans la suite du projet. Il appartient donc aux membres confiants dans le projet d'apporter les changements qui sont de leur ressort et de faire bonifier le projet sur base des expériences passées. **[Voir Document 19]**

Un *satisfecit* est prononcé. Les résultats du groupe scolaire « semblent assez positifs ». Une action « en faveur de la santé » dans les écoles a été réalisée, autrement dit, les interprétations sur lesquelles se fondait son script ont été réalisées. Toutes ces supputations, ces anticipations qui ont présidé à l'écriture d'un scénario, à la création de rôles et à leur attribution en fonction de compétences présumées ou en fonction d'autres critères, sont devenues réalité. L'intéressement et l'enrôlement ont fonctionné jusqu'à ce que des élèves aient été réunis dans des classes pour assister à une pièce de théâtre, la commenter et éventuellement manifester leur intention de changer de comportement. Au-delà de cet événement, plus tard et plus loin (dans les foyers, au domicile, dans la rue), aucun des membres du groupe scolaire ne saurait nous dire si les élèves se « comporteront » selon les objectifs de PROMO CENTRE SANTE. En fait, on comprend bien que l'avenir de ce projet n'est pas suspendu à ce genre de question. Il n'y a pas de suspens en la matière, la réponse est convenue d'avance : celui qui élabore des projets destinés à promouvoir la santé doit accepter certaines limites.

Mais ces limites sont moins celles qui séparent les idées de liberté et de contrôle que celles qui séparent les personnes qui observent les bons problèmes et proposent les bonnes réponses, des autres ; les observateurs standards et les autres ; nous et eux. Cette évaluation nous apprend que poser la question de l'avenir d'un projet de promotion de la santé, revient essentiellement à interroger le partenariat qui le sous-tend. Les problèmes à identifier sont ceux qui concernent la participation des partenaires (les relais). La solution à leur amener c'est : plus de participation ! Selon Mary Douglas, c'est d'ailleurs le type de réponse habituelle que les institutions fondées sur la participation apportent à une question cruciale. Après avoir parcouru ce projet depuis l'étude de faisabilité jusqu'à son évaluation, nous constaterons à l'instar de l'anthropologue que « les institutions ont la mégalomanie pathétique de cet ordinateur qui verrait le monde à travers son seul programme ».⁸⁷

⁸⁷ M. DOUGLAS, *Comment pensent les institutions* (1986) (1999), p. 108.

4. Réagir

Au terme de son rapport, l'auteur de l'évaluation fait dépendre l'avenir de PROMO CENTRE SANTE de la confiance que ses membres peuvent encore porter à ce projet. L'évaluation du partenariat a menacé dans ses fondements les trois années de fonctionnement du Comité, trois années de gouvernance où rapports de pouvoir et coalition d'intérêts mutuels ont coexisté au moyen du seul et unique contrat de confiance. Ce sont les termes de ce contrat que les membres de PROMO CENTRE SANTE vont maintenant interroger exclusivement pendant près d'un an, avant que le projet finalement ne décède.

[Document 19, 1999]

PROPOSITION DE PROCES-VERBAL DE LA REUNION DU COMITE REGIONAL DE COORDINATION
DES ACTIONS DE PROMOTION DE LA SANTE DU CŒUR DU 22 JANVIER 1999

[...]

3. Résultats de l'évaluation de la gestion et conséquences pratiques.

[...]

Cette évaluation montre la nécessité d'un règlement d'ordre intérieur pour régler les différents problèmes de gestion. Une proposition de ce règlement est jointe en annexe. Si vous et votre institution souhaitez y apporter des modifications, veuillez les transmettre au coordinateur. [...]

Promo Centre Santé est demandeur de propositions de projets non ponctuels et si possible pluriannuels de la part des partenaires afin de pouvoir réaliser une réelle programmation à moyen terme.

Le fonctionnement du Bureau devra être revue en fonction des éléments cités dans le règlement intérieur. Pour être représentatif des institutions partenaires, il faut que le Bureau soit élu par celles-ci. Une liste de candidats sera donc proposés aux institutions partenaires qui auront confirmé leur adhésion à Promo Centre Santé par un document ad hoc. Le vote (secret) se fera en réunion du Comité.

a. Contrat de confiance

Le contrat de confiance s'est retrouvé inscrit dans divers documents mais jamais dans un contrat formel. Celui-ci, une fois signé, aurait permis de stabiliser les positions des uns et des autres, d'identifier leurs intérêts respectifs, de diminuer l'incertitude liée à la variation incessante de leur taille (au nom de qui ils parlent), « en prêtant, comme le dit Latour, à la définition provisoire des alliances le secours du droit, droit dont le poids est énorme parce qu'il est tout formel et qu'il s'applique à tous également »⁸⁸. La charte fut dans les faits le seul document utilisé pour garantir un peu de certitude quant à l'engagement minimum des adhérents. Mais apparemment, son instauration dès le début du projet, n'a pas suffi à ce que les règles de l'élaboration commune d'un projet soient respectées. A « l'adhésion » qui réunit horizontalement les partenaires du Comité, ces derniers veulent ajouter la contrainte d'un règlement -qui devrait leur permettre de se situer verticalement dans une complémentarité de droits et de devoirs- et la constitution démocratique de la subordination : l'élection des membres du Bureau est censée redonner confiance dans le projet.

[Document 21, 1999]

INVITATION A LA REUNION DU COMITE REGIONAL DE COORDINATION
DES ACTIONS DE PROMOTION DE LA SANTE DU CŒUR DU 18 JUIN 1999

Objet : le présent et l'avenir de Promo Centre Santé.

Cher Partenaire,

Le 09 octobre 1998, les partenaires de Promo Centre Santé ont introduit une demande de subside de un million et demi auprès de la Communauté française pour la période du 16/11/98 au 31/08/99.

Le 01^{er} avril 99, soit cinq mois et demi plus tard, la Ministre Onkelinx, nous a informé de son accord pour un montant de un million. [...]

Avant le 31 août 1999, fin de la période couverte par le subside actuel, il nous reste à :

- poursuivre et mener à bien les actions en cours [...],
- restructurer Promo Centre sur base de l'évaluation de la gestion du programme réalisée en juin 98, c'est-à-dire :
 - a) préciser quels sont les organismes qui s'engagent à définir et réaliser un nouveau programme couvrant les trois prochaines années,
 - b) entériner le règlement d'ordre intérieur,

⁸⁸ LATOUR, *Aramis ou l'amour des techniques* p. 45.

- c) élire les membres du Bureau pour mettre le programme en œuvre,
- d) préciser qui souhaite travailler au sein des différents groupes de travail,
- **nous mettre d'accord sur un programme couvrant les trois prochaines années,**
- introduire très rapidement une demande de subside pour les trois prochaines années sur base de ce programme.

Je vous propose donc de nous rencontrer pour une **réunion de Comité particulièrement importante** puisqu'elle doit restructurer le Comité et décider de la voie à suivre pour les trois prochaines années de Promo Centre Santé. **Cette réunion se tiendra le vendredi 18 juin 1999 de 12 à 14 h. à l'Hôtel de Ville à La Louvière.**

Si vous êtes empêchés de venir, renvoyez-moi vos avis au moyen du talon-réponse en annexe. [...]

Une date butoir est annoncée par le coordinateur, celle qui correspond à la fin de son contrat, le seul vrai contrat, au sens juridique du terme, que nous ayons rencontrés jusqu'à présent. Un projet s'arrête-t-il avec la fin des subsides ? C'est ce que nous verrons. En attendant le Comité est invité à réagir à l'évaluation en vue de réorienter le projet vers une nouvelle « voie » de projection. Les obstacles rencontrés par le projet au cours de son cheminement -sélectionnés et identifiés comme des « dysfonctionnements » lors de l'évaluation- vont être transformés en problèmes pour lesquels devra être inventée une solution : un nouveau projet de promotion de la santé.

[Document 20, 1999, p. 1-2]

**RELANCE DES ACTIVITES
DU PROJET « PROMO CENTRE SANTE » (PPCS)**

Note de travail du Dr [nom et prénom],
responsable du « Secteur des Programmes de Promotion de la Santé » (SPPS)
à l'Observatoire de la Santé du Hainaut
(21 mai 1999)

[Note préparant la réunion du 18 juin 1999]

I Constats

1. Mobilisation des acteurs du PPCS

Les structures de fonctionnement du PPCS semblent peu mobilisées : le Rapport d'activité d'août 1998 indique un taux de 59% au Bureau exécutif, de 36 à 53% dans le groupe de travail (qui, par ailleurs se réunissent parfois assez peu), et de 31% aux réunions du Comité régional de coordination. Cette faible mobilisation est due au désintérêt de beaucoup de participants initiaux, dont quelques-uns sont maintenant pratiquement absents des initiatives du Projet. Mais certains participants importants ont toujours été actifs et ont en fait assuré seuls le dynamisme du Projet.

2. Importance des activités

L'ampleur et l'impact des activités entreprises par PPCS sont variables. A côté d'initiatives d'une certaine envergure, comme la pièce de théâtre « Votez Louis », le dossier pédagogique sur l'intégration de l'éducation nutritionnelle à l'école primaire, ou l'exposition « La santé de l'enfant et l'alimentation », le reste des activités concerne un public extrêmement restreint, où le nombre de personnes touchées tourne autour de 25 (spectateurs à la pièce de théâtre au Roeulx), 10 (participants aux ateliers d'écriture), 94 (parents visitant l'exposition vue par leurs 832 enfants), 10 (mandataires communaux présents sur 229 invités pour la présentation des résultats d'une enquête), 4 (représentants d'entreprises sur 347 invités), 9 (fumeurs, en deux ans, aux consultations d'aide à l'arrêt du tabac), etc. Dans ces conditions, même en continuant 50 ans de la sorte, on ne peut attendre d'un tel projet la moindre influence sur l'évolution de l'importance des maladies cardiovasculaires dans le Centre. Non pas parce que les activités entreprises se situeraient « trop loin » d'une action directe sur les facteurs de risque identifiés (tabac, alimentation, activité physique...) – ce qui n'est pas la raison d'être essentielle de la promotion de la santé-, mais parce que les activités entreprises sont trop *ponctuelles* dans le temps (pas de suivi), trop *dispersées* dans l'espace (pas de bonne couverture géographique de la population du Centre), trop *microscopiques* dans leur déploiement (pas de prise suffisante sur les publics cibles), trop *isolées* dans leur réalisation (pas de création progressive d'un « climat » favorable à la santé), et peut-être trop *peu participatives* (pas assez de possibilités d'implication des publics cibles).

On peut parler d' « actions confettis », ou, si on veut utiliser l'image plus positive du puzzle, d'un puzzle de promotion de la santé beaucoup trop incomplet.

Ce manque d'ampleur des activités entreprises s'explique en bonne partie par la modicité des moyens disponibles dans le cadre de la programmation du Projet tel qu'il a été initialement conçu. Cette modicité des moyens initiaux a encore été aggravée en cours de route par la diminution des moyens mis à la disposition de partenaires privilégiés comme l'Inspection Médicale Scolaire. Mais la modicité des moyens n'explique pas tout. Sans doute le Projet a-t-il aussi manqué d'ambition dans ses objectifs, de constance dans la mobilisation de ses membres, et de vigueur dans les divers leaderships. Ces dimensions de l'action ne dépendent que très secondairement des moyens financiers disponibles.

3. Zone géographique couverte

La zone géographique couverte a été fixée à l'origine selon les contraintes du registre de l'infarctus dépendant des bassins de recrutement des hôpitaux de Jolimont et de Tivoli. Il s'agit des 8 communes de Seneffe, Le Roeulx, La Louvière, Manage, Chappelle-lez-Herlaimont, Morlanwelz, Anderlues et Binche. Le critère de sélection retenu est davantage un critère administratif qu'un critère de santé publique (promotion de la santé). En outre, l'inclusion des 8 communes dans le Projet reste assez théorique. En réalité, la plupart des activités ont lieu à La Louvière.

4. Doubles emplois et chevauchements potentiels

[...] A La Louvière, le double emploi est évité grâce au fait que la responsable a pu réunir sur sa tête les responsabilités locales d' « Objectif 1 » et de La Louvière Ville-Santé et qu'elle considère que Promo Centre Santé est le volet « cardio-vasculaire » de son action. LLVVS ne double donc pas par rapport à l'action du PPCS et participe à son Comité (mais plus à son Bureau).

b. Porter un projet

« Programme », « impulsion », « lancement », « pérennité » et « pénétration » étaient les maître-mots qui avaient marqué les débuts de PROMOCENTRE et de PROMO CENTRE SANTE, à l'heure de la planification. Parvenus à la fin du cycle de la roue de Demming, nous commençons à les voir réapparaître à nouveau. Mais avant que le modèle de la diffusion, sa métaphore balistique et l'inertie qui le caractérise, soient à nouveau utilisés pour planifier un projet, c'est le modèle de la traduction qui s'impose pour tirer quelques constats sur le cheminement du projet. Ce dernier n'a pu progresser vraisemblablement que grâce à la poussée ininterrompue de quelques « participants importants qui ont toujours été actifs et ont en fait assuré seuls le dynamisme du projet ». C'est donc aux porteurs du projet qu'on doit le fait que celui-ci n'est jamais resté bloqué devant un obstacle quelconque, statique, à aucun moment depuis six ans mais est au contraire demeuré dynamique, en mouvement, dans une progression millimétrique parfois mais une progression tout de même. Et comme un projet n'avance, selon le modèle de la traduction, que parce qu'il intéresse, on peut supposer qu'il n'a jamais cessé de les intéresser.

Du début à la fin, l'identité des porteurs du projet change peu. On peut dire en relisant les listes de présence dans les procès-verbaux, que ce sont toujours les mêmes institutions qui ont porté ce projet de promotion de la santé, à l'exception de l'une ou l'autre nouvelle venue en cours de route. Cette omniprésence a été rendue inaperçue via l'activité de désubjection opérée par le coordinateur –car le fait de porter un projet si longtemps paraît en effet incompatible avec l'objectif déclaré de son appropriation par les partenaires⁸⁹. Mais l'effet d'entonnoir (selon les propres mots des professionnels) finit souvent par faire apparaître au grand jour qui sont les porteurs du projet. L'OSH fut le promoteur de PROMOCENTRE avec la Province du Hainaut, il assura la mise sur pied de PROMO CENTRE SANTE et mit à sa disposition des locaux, du matériel et du personnel dont le coordinateur. Il fut son principal évaluateur, travailla à sa relance en tant que « conseiller » et figura finalement dans le « groupe technique » né de la dernière réunion du Comité, le 18 juin 1999. La Commission Locale de Coordination du

⁸⁹ Voir le trouble que fait naître la question de l'auto-gestion dans le chapitre sur les destinataires introuvables.

Hainaut-Centre (CLC) s'impliqua dans la rédaction du document de base et s'inscrivit tout au long du processus dans les différents organes de décision (Bureau, groupe de travail, Comité) jusqu'à figurer dans le « groupe technique » sous son nouveau nom de Centre Local de Promotion de la Santé des arrondissement de Mons et de Soignies. La Louvière Ville-Santé, maintint sa présence d'une façon relativement semblable à celle de la CLC, bien qu'elle démissionna finalement du Bureau. A ces trois principales institutions, toutes mandatées pour promouvoir la santé, s'ajoute la présence au sein du Bureau des deux grands hôpitaux de la région, impliqués dans la rédaction du document de base mais finalement absents du « groupe technique » -l'un des deux représentants du secteur hospitalier ayant trouvé la note de « relance » beaucoup trop « négative » et si peu reconnaissante des efforts accomplis. L'Inspection Médicale Scolaire et les Mutualités Chrétiennes se montrèrent jusqu'au bout particulièrement intéressées et actives à tous les niveaux de décision (notamment dans l'action du groupe scolaire).

En tout sept institutions pour porter un projet, avec celles qui en savent plus que les autres (qui sont généralement celles qui donnent des conseils) et celles qui en font plus que les autres; avec parfois différentes personnes pour les représenter (c'est le cas de l'OSH, d'un hôpital et de la CLC lorsqu'elle est devenue CLPS), de profession médicale (infirmière ou docteur) en majeure partie et avec des intérêts qui sont ce qu'ils sont. Sept institutions qu'une présentation par ordre alphabétique rend ni plus ni moins importante que les vingt-sept autres qui composent le Comité au moment de l'évaluation. Ce dernier ajoute à la faible diversité des secteurs représentés par les porteurs du projet (issus du médico-scolaire, du secteur hospitalier et de la promotion de la santé –également développée au sein du secteur des mutualités), le secteur de la jeunesse et de l'enfance, celui des familles, de l'aide sociale, du sport, de l'école, de l'éducation permanente, du psycho-médico-social, du médico-sportif, de la médecine générale, de la santé en entreprise, des pharmaciens et des infirmiers.

**RELANCE DES ACTIVITES
DU PROJET « PROMO CENTRE SANTE » (PPCS)**

Note de travail du
responsable du « Secteur des Programmes de Promotion de la Santé » (SPPS)
à l'Observatoire de la Santé du Hainaut
(21 mai 1999)

[Note préparant la réunion du 18 juin 1999 à laquelle on ajoute en *italique souligné* les remarques de l'auteur contenues dans le document martyr du 30 avril 1999]

II Propositions

Face à ces limitations, une réaction s'impose. Elle se justifie en termes de pertinence et de viabilité des actions entreprises, mais aussi en termes de financement : il est peu probable que la Communauté française acceptera de financer encore longtemps un Projet qui obtient des résultats trop limités et s'enracine peu dans la région.

1. Revoir les structures du PPCS [...]

(Ici, Dominique [prénom du coordinateur], tu pourrais développer ce que tu as déjà proposé : moins de monde, engagement plus clair, groupes restreints s'il le faut, etc.)

Insister sur la plus grande implication/intrication avec LLVVS et le CLPS, qui doivent peut-être revenir au Bureau.

Ne pas écarter l'idée d'avoir un coordinateur à temps plein (ou 2 à mi-temps).

Préciser le rôle de l'OSH.

2. Pérenniser l'acquis de « Promo Centre Santé » [...]

Dominique, à toi de développer. Mais sans jouer à l'illusionniste. Toute la liste des « réalisations » du PPCS ne constitue pas des activités à pérenniser ni même pérennisables... Il faut se limiter à 4 ou 5 grosses initiatives qui se sont avérées crédibles. [Voir document 22]

3. Accroître l'ampleur des actions [...]

4. Etendre la zone géographique de rayonnement [...]

5. Changer d'interlocuteur institutionnel [...]

6. Rechercher les synergies et éviter les chevauchements [...]

7. Se servir du domaine cardiovasculaire comme point d'ancrage des activités [...]

8. Recourir à la méthodologie des « villes-santé » pour la structuration des actions au niveau communal

Dans la mesure où il faudra

* Tenir compte des *singularités locales* dans la région du Centre, et donc des différences de sensibilité entre certaines communes au sein même de la CUC [Communauté Urbaine du Centre]

* Donner une *assise locale* plus solide à la promotion de la santé dans des communes où la présence d'intervenants en nombre suffisant l'autorise ou y incite

* Assurer un *relais local* au Projet (c'est-à-dire une « inscription institutionnelle », doublée d'une aide financière, du moins à terme) pour la pérennisation des actions, même si le dialogue avec la CUC s'établit, et a fortiori s'il ne s'établit pas

* Répondre à des *demandes d'aide des autorités locales* pour mieux organiser la promotion de la santé au niveau communal

il semble intéressant de proposer la méthodologie des « villes santé » comme outil de travail. Cette méthodologie présente l'avantage d'être connue, promue au niveau international par l'OMS, documentée par des publications, et capable d'offrir déjà des exemples, en Belgique et ailleurs, pour des confrontations d'idées ou de projets.

En outre le succès de « La Louvière Ville Santé » pousse assez naturellement à faire profiter de cette expérience les autres communes de la région.

Ici non plus, il ne s'agit pas de fixer comme condition d'intervention du Projet dans une commune donnée que cette commune soit déjà une « commune en santé » (ville santé). Mais *explorer les voies* pour faire des 13 communes du Centre des « communes en santé » pourrait très bien devenir un des objectifs du Projet.

Un projet « crédible », c'est bien là l'enjeu de toutes ces propositions de relance. Un projet devant jouir d'une double crédibilité⁹⁰, qui plus est, pour qu'on lui accorde à la fois du crédit -on y croit- et des crédits -on y investit de l'argent. La (re)mobilisation des partenaires semble à ce prix et exige qu'on investisse dans les formes et la présentation. Les numéros d' « illusionniste » auxquels personne ne croit plus sont à laisser tomber. Il en va ainsi du rappel des actions réalisées par PROMO CENTRE SANTE qui ne bluffe plus les personnes qui ont pris connaissance d'autres chiffres, ceux du taux de participation notamment.

[Document 22, 1999]

Rappel des actions réalisées par Promo Centre Santé

[avant le 18 juin 1999]

Parmi les actions coordonnées par Promo Centre Santé depuis 6 ans, citons :

- le dossier pédagogique primaire qui a suivi les enfants de 67 écoles de la 1^{ère} à la 6^{ème} primaire,
- l'exposition interactive dont 1.115 enfants ont pu bénéficier en 5^{ème} ou 6^{ème} primaire,
- l'implication de 150 parents dans cette activité,
- l'action théâtre-débat « Votez Louis » dont ont pu bénéficier 3000 enfants de 4^{ème} et 5^{ème} primaire,
- l'élaboration d'un film vidéo sur la santé par les enfants eux-mêmes,

⁹⁰ Sur le double sens du terme crédibilité, voir LATOUR, WOOLGAR, *La vie de laboratoire. La production des faits scientifiques* (1979), à propos des projets de recherche.

- le cycle d'animation « Parents-enfants, acteurs de notre santé »,
- la formation-sensibilisation de 80% des aides familiales et aides soignantes des 8 CPAS de la région,
- l'enquête des 229 conseillers communaux et de CPAS des 8 communes de la région,
- la sensibilisation des entreprises,
- la sensibilisation des responsables des relais de la population défavorisée,
- les actions grand public (500 participants à la conférence du 11/3/99),
- les articles de presse (plus de 200),
- les consultations d'aide à l'arrêt du tabac,
- les évaluations,
- etc.

c. Entre routine et créativité

Plutôt que de continuer à faire croire ou à se faire croire -une attitude que certains participants ont qualifié d'éternel optimisme dans le chef du coordinateur-, la crédibilité doit être recherchée ailleurs que dans un discours continuant à dépouiller le projet de toutes ses aspérités. Notamment dans le succès présumé de la méthodologie utilisée par La Louvière Ville-Santé et dans les possibilités de financement de la Communauté Urbaine du Centre (CUC) nouvellement créée. L'auteur de la note (dont il nous reste à constater l'autorité) propose que PROMO CENTRE SANTE s'engage dans une voie plus « participative », ce qui sous-entend qu'il offre davantage de « possibilités d'implication des publics-cibles », selon les objectifs du programme Villes-Santé de l'OMS. Et il soutient également que choisir la CUC comme interlocuteur institutionnel privilégié, sans pour autant « écarter ou court-circuiter » les treize communes de son territoire (ce qui représente une population de 257.000 habitants), ne répond plus à des critères administratifs. Mais bien à une approche de santé publique dont la cohérence, dit-il, repose sur le fait de « couvrir une zone donnée qui ait du sens, et qui ne laisse pas sans raison de « trou » dans la carte ». Il est néanmoins souligné que cet élargissement « concernerait une population plus importante, susceptible de produire des résultats plus significatifs en termes d'impact sur la santé, et de justifier ainsi un financement adéquat de la part de la Communauté française ».

Mais voilà la relance du projet déjà compromise par le fait qu'une approche Villes-Santé suppose de ne pas se limiter à la santé cardio-vasculaire. Comme le dit l'auteur

dans le point 7 de sa note, « une « Ville-Santé cardiovasculaire » n'a pas de sens »⁹¹. Or, un tel élargissement des préoccupations du projet et l'abandon en conséquence « du « socle » du domaine cardio-vasculaire »⁹², consisterait à faire double-emploi avec les missions du CLPS chargé de mettre sur pied un plan global de promotion de la santé. Doublement d'autant plus conséquent que, du fait de l'élargissement du territoire aux treize communes de la CUC, il concernerait non plus un mais deux CLPS (celui de Charleroi-Thuin devenant également concerné). En guise de compromis, l'auteur de la note propose « de conserver au projet PROMO CENTRE SANTE le domaine cardio-vasculaire comme axe principal d'intervention. Le projet serait conçu comme la partie des activités des CLPS concernant le domaine cardiovasculaire dans les communes de la CUC. Toutefois, selon les endroits et les opportunités, aucune occasion ne devra être manquée d'élargir la démarche de promotion de la santé à d'autres aspects »⁹³. L'orientation d'un nouveau projet vers les maladies cardio-vasculaires correspond donc moins dans ce cas-ci à des priorités socio-épidémiologiques, qu'à des priorités institutionnelles. Pourquoi penser que cela se passa différemment à l'origine de PROMOCENTRE ?

Le nouveau projet est présenté comme un compromis intéressant capable de satisfaire au moins chacune des institutions concernées. En fait, dans cette proposition, l'idée du promoteur initial du projet (l'OSH) se trouve aussi peu compromise que lorsque le Comité requit une nouvelle appellation pour rebaptiser PROMOCENTRE. Ce compromis qui n'en est pas un aura-t-il de quoi intéresser suffisamment les membres du Comité lors de la réunion très importante du 18 juin où se jouera l'avenir de PROMO CENTRE SANTE ? Non. Ceux-ci délèguent à un « groupe technique » le soin de réfléchir aux suites à donner au projet. L'intéressement échoue, l'enrôlement aussi. A une requête de (re)mobilisation succède une contre-requête d'information. Seules les institutions explicitement citées dans le compromis s'enrôleront dans les réunions du groupe technique ou y seront invitées (c'est le cas pour le CLPS de Charleroi-Thuin et la CUC). Mais deux institutions qui n'étaient pas a priori concernées par ce petit arrangement, l'IMS et les Mutualités Chrétiennes, continueront malgré tout à se montrer intéressées, ce qui ne manqua pas d'étonner ceux qui leur attribuaient uniquement, durant leur mapping institutionnel, des intentions basement matérielles.

⁹¹ Document 20, p. 6.

⁹² Ibid.

⁹³ Ibid.

[Document 22, 1999]

PROCES-VERBAL DE LA REUNION DU GROUPE « TECHNIQUE »
DE PROMO CENTRE SANTE DU 06 JUILLET 1999

Présents :

[Prénoms et Noms des représentant(e)s de LLVVS – OBJECTIF 1, du CLPS de MONS-SOIGNIES, des MUTUALITES CHRETIENNES, de la MEDECINE SCOLAIRE DU RESEAU LIBRE-IMS, de l'OSH et du coordinateur de PROMO CENTRE SANTE.]

Le groupe [technique] réfléchit au type de suite à donner aux six années du programme Promo Centre Santé. Les membres du groupe sont d'avis de (re)lancer un programme de promotion de la santé dans le Centre sur base, entre autres, des acquis de Promo Centre Santé. Ce programme sera prévu pour un minimum de cinq ans. Il devra reposer sur une planification solide acceptée par les partenaires qui participeront à sa mise en œuvre. L'approche de planification par la méthode PRECEDE/PROCEED de L. GREEN et M. KREUTER pourrait utilement être retenue. (Elle avait déjà été utilisée au départ de PromoCentre). **[Voir Document 24]**

De prime abord, les membres privilégient comme objectifs la promotion de la santé globale, des modes de vie sains plutôt que, de façon plus restrictive mais plus classique, la prévention des maladies cardio-vasculaires. Il est bien entendu que les maladies cardio-vasculaires restent incluses dans la santé globale.

Dans l'état actuel du projet et de la réflexion des membres présents, il ne semble pas que l'introduction d'un nouveau « Projet Promo Centre Santé » soit possible à court terme.

Il conviendrait plutôt de prévoir un projet de recherche (d'un an ?) qui se proposerait de vérifier la pertinence et la faisabilité d'un projet de promotion de la santé de cinq ans (par ex.). **[Voir Documents 24 et 25]**

Nous revoilà donc 8 ans plus tôt, avec au programme la même méthode de planification, le script d'un futur projet à nouveau rédigé par l'OSH (sous forme de propositions dans la note de travail), une étude de faisabilité et un diagnostic en préparation. A cette différence près que les positions sur la carte organisationnelle semblent entre temps s'être considérablement modifiées. Avec la débandade du 18 juin, plus rien n'est sûr en ce qui concerne la participation des membres du Comité. La grande majorité des prises de position par rapport aux suites de PROMO CENTRE SANTE ont été reportées à plus tard, après les résultats des travaux du groupe technique. Ce dernier fait néanmoins apparaître dans la carte organisationnelle davantage de promoteurs pour un éventuel futur projet qu'il y a huit ans. Et même si le script reste écrit (dans la note de travail) par l'OSH, ses modalités connaissent des transformations significatives qui laissent présumer une remise en question de l'autorité de son auteur : « l'axe

principal d'intervention» du futur projet, autrefois « le domaine cardio-vasculaire », est devenu « la promotion de la santé globale ». Mais une chose reste pourtant la même : le diagnostic qui permet d'aligner une nouvelle liste de problèmes faisables, « accessibles » (les *doable problems*), ne nous permet pas, pas plus que les précédents, d'en savoir davantage sur la population de la région du Centre, où elle se trouve, à qui on a affaire, ni même d'espérer pouvoir nous en approcher un jour. La population n'est pas prioritaire mais une fois encore reléguée à plus tard, après que l'étude de faisabilité ait à nouveau permis de sonder les positions des responsables politiques et institutionnels par rapport à un éventuel nouveau programme de promotion de la santé dans la région du Centre.

[Document 24, 1999, p. 6-10]

BROUILLON DE PROTOCOLE DE PROJET DE RECHERCHE POUR LA
PLANIFICATION D'UN PROGRAMME DE PROMOTION DE LA SANTE
DANS LA REGION DU CENTRE

1. Analyse de la problématique et du public

1.1. Analyse de la problématique

[...]

Synthèse de l'analyse de la problématique

Les études récentes montrent que

- le Centre est perçu comme malade de son déclin économique,
- la population y est de type défavorisé,
- la comparaison de la plupart des données de santé avec l'ensemble de la Belgique est « défavorable » à la province du Hainaut,
- l'obésité, la sédentarité et la consommation d'alcool sont particulièrement importants dans la région du Centre,
- les habitudes de vie actuelles des jeunes favoriseront l'apparition de facteurs de risque dans la future population adulte de la Province,
- près de trois-quarts des jeunes sont demandeurs d'une aide dans les domaines du cafard, du stress, de l'avenir professionnel ou de l'école,
- la lutte contre les inégalités sociales de santé apparaît comme une composante prioritaire des programmes susceptibles d'améliorer la santé des habitants du Hainaut.

PROBLEMES SOCIO-SANITAIRES PRIORITAIRES IDENTIFIES

accessibles à un programme de promotion de la santé

*** Les habitudes de vie (alimentation, tabagisme et activité physique) de la population du Centre sont défavorables à la santé.**

- * Les demandes d'aide des jeunes dans les domaines du cafard, du stress, de l'avenir professionnel ou de l'école.
- * La lutte contre les inégalités sociales de santé.

Si rien ne change, le profil épidémiologique du Hainaut (voir le Tableau de Bord de la Santé 1997) ne s'améliorera pas aussi rapidement qu'on pourrait le souhaiter.

Comme le montrent les expériences internationales en santé publique, il est possible d'infléchir favorablement ces tendances par la mise en place de programmes communautaires de promotion de la santé.

1.2 Analyse du public et de sa demande

Dans un premier temps (projet de recherche sur la faisabilité d'un programme de promo. de la santé) :

- Les responsables politiques de la région du Centre
- Les responsables des institutions de la région du Centre partenaires ou non de PCS

Dans un deuxième temps (le programme de promotion de la santé lui-même) :

- La population de la région du Centre

1.2.1. Les responsables politiques de la région du Centre

[à compléter]

- Les membres de la Communauté Urbaine du Centre
- Les responsables de la santé au sein des communes
- Les responsables des institutions de la région du Centre (partenaires ou non de PCS)

d. Le budget n'explique pas tout

Un peu plus d'un mois s'est écoulé depuis que le coordinateur de PROMO CENTRE SANTE a tiré sa révérence, le jour même de la non-reconduction de son contrat faute de subsides. Dans son ultime courrier il rappelle : « le groupe propose donc de se donner le temps de la réflexion (un an ?) avec les partenaires qui le souhaiteront pour fixer la suite à donner au projet PCS. Dans ce cadre, il n'y a pas de possibilité d'obtenir un subside de la Communauté française ». En souhaitant « la meilleure suite possible à ce projet », il précise que le « leadership » du groupe sera assumé par l'auteur de la note de travail (document 26). A partir de ce moment, le courrier est à nouveau marqué du logo de l'OSH, comme au début de PROMOCENTRE (voir document 1), signe que le projet redevient la propriété d'une institution qu'il n'a jamais vraiment quittée ; signe aussi que plus aucun subside spécifique n'alimente un projet que certains néanmoins s'efforcent d'animer et de réanimer en y investissant le temps et l'argent de leur

institution. Comme indiqué dans la note de travail, « la modicité des moyens n'explique pas tout » (voir document 20) et certainement pas qu'un projet s'arrête ou continue, meurt ou vive. Le budget n'est pas le principe de réalité d'un projet. Ce que retiendra finalement le groupe technique pour expliquer l'échec de PROMO CENTRE SANTE n'a plus grand chose à voir avec ses subsides. Et ce n'est pas non plus l'absence de budget spécifique qui les empêchera, quinze jours après leur réunion, d'inviter « les anciens membres de PROMO CENTRE SANTE et les nouveaux membres potentiels » à travailler « sur les contours et le contenu que pourrait prendre un nouveau projet de promotion de la santé dans la région du Centre », nouveau projet « destiné à prendre la relève de PROMO CENTRE SANTE » (document 28).

[Document 27, 1999]

RELANCE D'ACTIVITES DE PROMOTION DE LA SANTE DANS LA REGION DU CENTRE

Note de travail – 8 octobre 1999

[A propos de la réunion du groupe technique

chargé d'envisager l'avenir de Promo Centre Santé, le 07 octobre 1999]

[Prénoms et Noms des représentant(e)s de LLVVS – OBJECTIF 1, du CLPS de MONS-SOIGNIES, du CLPS de CHARLEROI-THUIN, de la CUC, des MUTUALITES CHRETIENNES, de la MEDECINE SCOLAIRE DU RESEAU LIBRE-IMS et de l'OSH.]

[...]

Liste des principales questions abordées

« Promo Centre Santé » (PCS) a répondu naguère à la demande des grandes institutions (Mutuelle, Médecine scolaire, etc.) mais moins à celle « des gens ». Comme « les gens » ne sont pas directement accessibles, il faudrait sans doute tenter de dialoguer avec les **petites associations de quartier**, souvent peu connues², actives dans le domaine social, culturel ou de l'éducation (et des sports ?), qui pourraient devenir des *relais plus proches de la population* et permettre une *approche plus participative*.

² Mais nombreuses apparemment : un relevé fait par la Mutualité chrétienne il y a quelques années recensait 90 de ces groupements rien qu'à La Louvière.

PCS, même dans sa réponse aux grandes institutions, n'a pas « tenu la longueur » et a fini par fonctionner en vase clos, en ne répondant plus qu'aux aspirations des 5 ou 6 institutions les plus proches. Il faudrait s'interroger sur la nécessité réelle d'une « remobilisation/remotivation » de ces **grandes institutions** pour un nouveau projet. Est-elle indispensable ? Faut-il de nouveaux acteurs ?

[...]

PCS n'a pas eu d'interlocuteur politique clair [...].

PCS ne s'est pas inséré dans une approche globale des problèmes d'une région en crise. Un nouveau projet pourrait devenir la « **fiche santé** » (ou un « **axe santé** ») du **Plan de reconversion** du Centre³.

³ Le Plan de reconversion de la région du Centre (à financer par l'Europe, la Région et les Communes) comprend actuellement 3 axes : les infrastructures, l'attractivité (dont l'image de marque), le redéploiement économique et l'emploi. Ces trois axes sont composés en tout de 16 projets (ou « fiches »), dont l'état des lieux est régulièrement dressé. La santé pourrait devenir le 4^{ème} axe de ce plan de reconversion.

Une autre faiblesse de PCS a été le manque de **règles de fonctionnement** : identification précise des lieux de décision, mécanismes de prise de décision, règlement d'ordre intérieur, etc. C'était une somme de bonnes volontés reliées par le coordinateur, lui-même plus ou moins chapeauté par l'OSH.

Le **travail de coordination** dépassait rarement le niveau d'un secrétariat de réunion. La question demeure de savoir si le lien entre les éléments à coordonner pourrait être autre chose qu'un *coordinateur* à financer, par exemple un Bureau élu⁴.

⁴ Avis [d'un responsable des services centraux de la Communauté française] : les CLPS ne sont pas *promoteurs de projets*, et la coordination qu'on leur demande n'est pas la *coordination de projets*.

La **représentativité** des instances de PCS est toujours restée problématique : il n'y a pas vraiment eu d'élection de ceux qui parlaient au nom de PCS.

Les **méthodes de travail** ont peut-être aussi été trop « verticales », conçues de haut en bas : on a créé des groupes de travail par thème ou par public-cible et on s'est attendu à ce que, sur base de leur réflexion, des initiatives surgissent « des gens », du « terrain », de « la base ». N'est-ce pas s'y prendre à l'envers ? Et cette tendance ne risque-t-elle pas de s'accroître avec un projet encore plus vaste ? Comment trouver, en effet, pour une initiative qui se veut *régionale* (zone de la CUC) et hérite d'un projet conçu *d'en haut*, voire *d'ailleurs* (OSH à l'origine), *une alternative à l'approche par groupes de travail*, une alternative *plus participative*, qui *part d'une demande* des groupes locaux, et *négoce*, à partir de cette demande, un projet qui se fixe des *objectifs* qui en valent la peine, des *moyens* adaptés à une couverture régionale et des *outils d'évaluation* permettant critiques et corrections ?

Un nouveau projet de promotion de la santé peut-il se limiter à être un intéressant lieu d'échanges d'expériences ? Autrement dit, doit-il être plus que la somme des activités de ses membres ? Si oui, comment impulser des **initiatives supplémentaires** ? Est-ce possible sans coordinateur ? [...]

Il faut définir clairement quel sera le « **groupe porteur** » du nouveau projet. Il faudra recontacter les anciens membres, mais aussi d'autres acteurs. Il faudra, ce faisant, éviter le piège du « gros groupe » difficile à gérer mais aussi éviter de fermer des portes. D'où l'importance de la méthode de travail qui sera choisie. [...]

TOUS LES MEMBRES PRESENTS ADMETTENT QUE TOUT CECI DEFINIT SIMPLEMENT UN EVENTUEL NOUVEAU PROJET COMME UN MOYEN (moyen d'échange, d'apprentissage, de

rencontre, etc.). **CETTE REFLEXION NE FIXE ENCORE AUCUN OBJECTIF CONCRET DE PROMOTION DE LA SANTE. CET EFFORT RESTE A ACCOMPLIR.** [...]

L'OSH souligne précisément l'intérêt qu'il y aurait de ne pas se précipiter et de définir ces objectifs après un effort d'implication des « acteurs de proximité » évoqués, sans retomber dans les discussions en vase clos entre grandes institutions. D'autres font remarquer que les grandes institutions peuvent justement servir de relais pour atteindre ces petites associations, sans quoi l'effort en question risque de devenir épuisant (et la démarche utopique).

[...]

Enfin nous allions pouvoir nous rapprocher des populations locales grâce à « ces relais plus proches » que seraient ces petites associations de quartier, enfin nous allions aller vers « plus de participation » à l'aide de méthodes de travail moins « verticales », mais, malheureusement pour notre projet de recherche, il ne nous restera de la tentative de « relève » qu'une longue liste de questions semblable à celle ci-dessus, à laquelle aucun nouveau projet n'amènera de réponse. Même au sein du comité technique, le cœur n'y est plus. Chacun pose ses conditions à une éventuelle participation : une charge de travail déjà très importante ou des ressources financières insuffisantes constituent les principales justifications d'un investissement limité ; deux obstacles en plus dans le cheminement du nouveau projet, deux grandes figures classiques d'un refus prévisible⁹⁴. Le représentant de la CUC, réitère que celle-ci ne peut plus rien pour sauver l'ancien projet de promotion de la santé cardio-vasculaire, « par manque de budget » et malgré son slogan « le Centre au cœur du futur ». Faute d'être subsidié, le représentant de l'IMS annonce sa disparition possible en tant qu'« interlocuteur scolaire « naturel » dans le réseau libre » (ainsi donc c'était dans la nature des choses que certaines grandes institutions soient restées jusqu'au bout ?!) ; les Mutualités chrétiennes de se dire dans « l'attente d'un fil conducteur crédible ». L'OSH se montre quant à lui d'emblée d'accord pour aider à la conception et à la planification du nouveau projet PROMO CENTRE SANTE, pour autant qu'il n'en assume plus le leadership et qu'il n'y ait pas d'identification « PCS=OSH » (oh le bel aveu !). Le CLPS ne se prononce pas. Quant à La Louvière Ville-Santé, sa coordinatrice demande d'y voir plus clair tout en assurant chacun de sa collaboration jusqu'à la fin mars 2000, date d'expiration des subsides européens Objectif 1 pour La Louvière.

⁹⁴ Voir la réaction identique d'Amandine dans le chapitre trois qui annonce de cette façon son refus de participer au projet de foire aux idées. Voir plus loin également.

Il y eut encore quelques réunions où on dénombra à peine trois ou quatre personnes en plus, où l'animateur exigea de faire une « convocation » pour ramener du monde, où l'on évoqua la nécessité d'un inventaire et où l'on imagina la création d'un forum pour savoir ce qu'il conviendrait de faire en matière de promotion de la santé dans la région. Et puis plus rien. Sauf l'écho d'une interrogation persistante -comment faire ?- dans l'immense silence du pour quoi ?