

INTRODUCTION

L'envie est double. Allons nous découvrir la production urbaine de santé publique ? Ou la production publique de santé urbaine ? Qu'est-ce que la santé publique et qu'est-ce que la santé urbaine ? La première est souvent confondue avec une institution. On parle par exemple de « nouvelle santé publique » en désignant par là le mouvement disciplinaire qui consiste à étendre la définition de la santé « du domaine biophysique au domaine socio-politique »¹. La deuxième est directement reliée au nouveau concept de santé diffusé par le réseau des Villes-Santé de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Il implique de concevoir la santé selon un modèle positif et écologique avec un intérêt marqué pour les inégalités sociales de santé².

La production urbaine de santé publique se caractérise depuis plus de vingt ans par un double pluralisme : « d'une part [le champ sanitaire urbain] est traversé par un mouvement continu de professionnalisation et de médicalisation de la santé ; mais d'autre part, l'extension même de cette domination institutionnelle crée un espace toujours plus vaste de potentialités d'actions sociales »³. Parmi ces dernières, on assiste depuis les années 1980 à l'inauguration de nouvelles façons de produire de la santé publique, s'inscrivant pour la plupart dans le courant de la « *new public health* »⁴. Gilles Bibeau situe celle-ci au croisement de trois préoccupations théoriques qui critiquent le fait que les méthodes classiques de la santé publique sont par trop rationalistes, positives et normatives⁵. Ainsi on observe la relégation progressive de la prévention et de l'éducation sanitaire -axées essentiellement sur les comportements- au profit de la promotion de la santé -où chacun est invité à participer à la transformation de ses propres conditions de vie. Cette-dernière oeuvre principalement au niveau local, favorisant une démarche intersectorielle censée « résoudre le problème là où il se pose »

¹ J. K. DAVIES, M. P. KELLY, "Healthy Cities : research and practice" (1993), p. 7.

² T. HANCOCK, "The Healthy City from concept to application : implications for research" (1993), p. 14.

³ G. CORAJOU, *Pouvoirs, ville et santé* (1985), p. 14.

⁴ Bibeau donne un bon état des lieux du débat à l'intention du monde francophone de la santé publique in G. BIBEAU, "Une troisième voie en santé publique" (1999).

⁵ G. BIBEAU, "L'abus de rationalité en matière de santé publique et de toxicomanies : des perspectives critiques" (2000), p. 63.

et est axée sur les idées de responsabilisation et de participation des populations concernées. Selon le discours de la « *new public health* », la production urbaine de santé publique relèverait moins de l'extension du système soins de santé⁶ que de ce genre d'initiatives qui seraient à même d'agir sur des « déterminants de santé ». Or, on constate que malgré ce renouvellement institutionnel de l'exigence de vivre dans un environnement sain et malgré une préoccupation accrue des politiques publiques pour la qualité de la vie, les inégalités sociales de santé n'ont pas diminué dans les pays industrialisés. En effet, nous dit Marcel Druhle, « il n'est pas possible de conclure que l'inégalité sociale face à la mort s'est réduite au cours des deux derniers siècles, du moins elle ne s'est pas réduite entre les populations situées aux extrémités de l'éventail social »⁷. Face à ces « faits têtus »⁸ que constituent les inégalités sociales de santé, plutôt que de prolonger le débat actuel sur les dépenses du système médical qui occulte le fait que l'accès aux soins ne garantit pas la réduction de ces inégalités, nous aimerions arpenter à nouveaux frais les relations entre santé et société et plus précisément entre ville et santé.

La production publique de santé urbaine n'a de cesse de se transformer depuis l'hygiénisme qui caractérisa les politiques urbaines du XIX^e siècle, jusqu'au développement du secteur ambulatoire, la création du réseau des Villes-Santé de l'OMS⁹, des Ateliers Santé-Ville¹⁰ en France, des Politiques Communales de Santé ou des Centres Locaux de Promotion de la Santé (CLPS) en Communauté Française de Belgique. Le fait que certaines villes s'investissent de la sorte (sans forcément investir) dans des politiques locales de santé publique, que certains élus se disent préoccupés par un « souci de santé publique », n'est certes pas nouveau. Les historiens sont là pour nous rappeler qu'il y a à peine un siècle, ingénieurs et médecins oeuvraient déjà ensemble pour une ville propre, saine et sûre. C'est en grande partie de leurs réflexions sur l'hygiène et ses pendants négatifs -la maladie et la contagion- que sont issues les

⁶ M. J. B. M. GOUMANS, *Innovations in a fuzzy domain : healthy cities and (health) policy development in the Netherlands and the United Kingdom* (1995) ; J. K. DAVIES, M. P. KELLY, "Healthy Cities : research and practice" (1993).

⁷ M. DRUHLE, "Fin de siècle et inégalités sociales de santé en France : l'amorce d'un débat ?" (2000), p. 38.

⁸ R. SENNETT, *Respect. De la dignité de l'homme dans un monde d'inégalité* (2003) parle en ces termes de l'inégalité au sens large.

⁹ On dénombre des réseaux continentaux, nationaux, régionaux, linguistiques et culturels.

¹⁰ Initiative des Programmes Régionaux Accès, Prévention et Soins (PRAPS), incluse dans les contrats de ville orientés vers les quartiers difficiles.

institutions et politiques de santé publique actuelles¹¹. Toutefois, à la centralisation des mesures d'hygiène publique en vigueur au XIX^{ème} siècle, il nous faut opposer le processus actuellement constaté de décentralisation de la santé publique au niveau local. La ville occupe une place de choix pour diverses raisons :

1. le rôle joué par l'environnement physique et social sur la santé est maintenant reconnu ;
2. il existe de nombreux réseaux en ville qu'il est possible de mobiliser ;
3. la présence en son sein de divers « milieux de vie » permettent à la promotion de la santé d'atteindre l'individu ;
4. la ville permet également de viser un lieu plutôt qu'un problème spécifique ou un groupe-cible ;
5. de nombreux habitants y sont rassemblés ;
6. les problèmes peuvent y être traités intersectoriellement (logement, criminalité,...) ;
7. on suppose que les gouvernements locaux ont un certain pouvoir d'action sur ces problèmes ;
8. la ville est perçue comme une entité autonome ;
9. la proximité des autorités est censée favoriser la participation des habitants ;
10. la ville donne une légitimité « de terrain » aux organisations communautaires, régionales, fédérales ou internationales¹².

Au croisement de la production urbaine de santé publique et de la production publique de santé urbaine, villes et politiques publiques en matière de santé se lient de diverses façons. Qu'il s'agisse d'un Centre Local de Promotion de la Santé (organisme subsidié par la Communauté Française de Belgique), d'une Ville-Santé (initiative subsidiée par des villes et légitimée par l'OMS¹³) ou d'un Observatoire de la Santé (institution subsidiée par les provinces), que signifie aujourd'hui promouvoir la santé à l'échelon local ? Suivant l'exemple de Didier Fassin et de ses collègues lorsqu'ils analysent « les

¹¹ Sur l'hygiénisme, voir A. DE SWAAN, *Sous l'aile protectrice de l'état* (1995) ; L. MURARD, P. ZYLBERMAN, *L'hygiène dans la République. La santé publique en France ou l'utopie contrariée, 1870-1918* (1996) ; J.-B. WOJCIECHOWSKI, *Hygiène mentale et hygiène sociale : contribution à l'histoire de l'hygiénisme* (1997) ; P. BOURDELAIS, *Les hygiénistes : enjeux, modèles et pratiques (XVIII^{ème}-XX^{ème} siècles)* (2001).

¹² GOUMANS, *Innovations in a fuzzy domain : healthy cities and (health) policy development in the Netherlands and the United Kingdom*, p. 32.

¹³ Dans le cas de Liège et de Bruxelles, c'est respectivement une province et une région qui soutiennent le projet Ville-Santé.

figures urbaines de la santé publique » en France, nous désirions au départ de notre étude reproduire de semblables recherches en Belgique pour parvenir à saisir comme eux la rencontre de la santé publique et de l'espace local, « analyseur fécond des transformations en cours dans les sociétés contemporaines, et singulièrement dans le monde urbain » . C'est d'ailleurs de leur travail qu'est issu le titre du nôtre : les mondes locaux de la santé publique¹⁴. C'est donc très reconnaissants du travail d'exploration déjà accompli, que nous avons entamé le nôtre tout en veillant à lui conserver une dimension exploratoire pour ne pas surcharger d'emblée le terrain avec nos hypothèses. A vrai dire, celles-ci étaient quasiment inexistantes au-début d'une enquête que nous souhaitions ethnographique.

Premièrement, nous avons construit notre dispositif de recherche sur l'envie d'en savoir plus sur l'enjeu essentiel qui fonde le renouvellement historique de la santé publique. De l'hygiénisme à la « *new public health* », il s'agit de reconnaître toujours davantage l'individu comme sujet et non plus seulement comme objet de la santé publique. Comment, en quittant progressivement le domaine de l'éducation à la santé et en avançant les deux mots d'ordre de la promotion de la santé -participation et responsabilisation-, la santé publique peut-elle encore s'énoncer comme une discipline ? Et surtout que devient dans les faits la participation qui fonde en principe la mise sur pied des nouveaux dispositifs locaux de promotion de la santé ? S'intéresser à la façon dont chacun est invité à participer à la transformation de ses propres conditions de vie est l'occasion idéale pour mener une nouvelle réflexion sur la constitution de l'espace public selon une approche pragmatique.

Nous intéresser à la promotion de la santé « en train de se faire »¹⁵ constitue un impératif incontournable au vu de l'immensité du champ discursif qui entoure ces pratiques. De séminaires en colloques, de réunions en entretiens, de décrets en cahiers de charge, les deux mots d'ordre -participation et responsabilisation- sont sans cesse répétés sans que le chercheur ne puisse y déceler l'ombre d'une définition stable. Alain

¹⁴ D. FASSIN, *Les figures urbaines de la santé publique : enquête sur des expériences locales* (1998), p. 19.

¹⁵ A la manière des sociologues de la nouvelle sociologie des sciences et des techniques qui ont étudié « la science en train de se faire ». Voir par exemple, pour les pionniers du genre, H. COLLINS, *Change in order : replication and induction in scientific practice* (1985) ; B. LATOUR, S. WOOLGAR, *La vie de laboratoire. La production des faits scientifiques* (1979) (1988).

Faure relève la difficulté qu'il y a à vouloir évaluer l'impact de telles représentations et visions du monde sur l'élaboration et la mise en œuvre des politiques publiques¹⁶. En outre, appliquer une grille de lecture en terme de référentiel là où la rhétorique domine s'avère peu judicieux. A propos de la pratique du travail intersectoriel local, caractéristique de la promotion de la santé, Faure note la remise au jour de la fonction symbolique primordiale de la rhétorique politique et des phénomènes d'éloquence et de paraître ritualisé qui en accompagnent la mise en scène ; ce qui minimiserait selon lui les antagonismes catégoriels au profit d'une rhétorique plus consensuelle. Ainsi, on remarque tout de suite que la participation dont tout le monde parle, recouvre à peu près tout et n'importe quoi dans un « capharnaüm » de pratiques¹⁷, « un domaine assez flou »¹⁸. Les termes de « participation » (dans la première partie de ce travail) ou de « responsabilisation » (dans la deuxième partie) devront donc faire l'objet d'une approche plus centrée sur les pratiques des acteurs que sur ce qu'ils en disent.

Deuxièmement, cette étude est fondée sur le refus de mobiliser dans nos explications le travail de Michel Foucault et les théories sur la disciplinarisation des corps et des conduites¹⁹. Celles-ci amènent les auteurs de l'ouvrage sur « les figures urbaines de la santé publique » à conclure leur travail sur l'observation de la « médicalisation du social », la santé devenant selon eux le dernier langage du social. Fort liées aux travaux de Deborah Lupton, Alan Petersen et Robin Bunton sur le sanitarisme (*healthism*)²⁰, ces conclusions s'avèrent peu convaincantes lorsqu'on découvre, via une enquête ethnographique veillant à saisir le déroulement de projets de promotion de la santé dans le long terme, l'indiscipline notoire dont font preuve les participants de ces projets. Les professionnels se heurtent dans leurs pratiques à la récalcitrance des publics-cible. Un « paradoxe » selon Fassin qui reconnaît que ni la bio-politique ni l'anatomo-politique ne s'exercent à travers la santé publique locale sans qu'on puisse conclure pour autant qu'il ne s'y passe rien²¹. Ainsi la bio-légitimité permettrait selon lui d'expliquer qu'on parle

¹⁶ A. FAURE, "les politiques locales, entre référentiels et rhétorique" (1995).

¹⁷ FASSIN, *Les figures urbaines de la santé publique : enquête sur des expériences locales*, p. 32.

¹⁸ GOUMANS, *Innovations in a fuzzy domain : healthy cities and (health) policy development in the Netherlands and the United Kingdom*.

¹⁹ Voir sur ce point, l'excellent ouvrage de synthèse de P. ARTIERES, E. DA SILVA, *Michel Foucault et la médecine. Lectures et usages* (2001).

²⁰ Voir par exemple D. LUPTON, *The body, medicine, and society* (1999) ; D. LUPTON, *Risk* (1999) ; A. PETERSEN, R. BUNTON, *Foucault, health and medicine* (1997).

²¹ FASSIN, *Les figures urbaines de la santé publique : enquête sur des expériences locales*, p. 39.

tant de santé publique mais qu'on en fasse si peu. La santé publique permettrait la traduction de problèmes sociaux dans l'ordre sanitaire et l'inscription de ceux-ci dans l'espace public, devenant par là « le dernier langage du social ». Ce déplacement théorique relativement faible de la notion de pouvoir à la notion de légitimité suscite beaucoup trop de « paradoxes » dans l'étude de nos matériaux, pour que nous fassions nôtre ce point de vue.

Certes nous croiserons des médecins fort préoccupés par les problèmes sociaux des quartiers dits en difficulté, mais ceux-ci, bien que se revendiquant d'un profond souci humanitaire, auront toutes les peines du monde à faire valoir leur point de vue aux yeux des autorités communales et à ceux de l'Ordre des médecins. Certes nous assisterons à des tentatives de traduction mais celles-ci seront également opérées dans le sens inverse, du registre médical vers le registre social procédant à « une socialisation du médical » soutenue par une conception positive de la santé (qui ne peut se résumer à l'absence de maladie). Certes nous chercherons attentivement l'inscription de problèmes sociaux dans l'espace public par le biais des nouveaux dispositifs locaux de promotion de la santé. Toutefois, la nature de ces problèmes (souvent limités à ceux des professionnels ou réfléchis en terme d'inadéquation des comportements de l'individu) et la dimension de cet espace (souvent réduit au tout petit monde de la promotion de la santé) nous inviteront à prendre les nouvelles mesures de ce qu'il faut entendre par espace public.

Dans une première partie, nous ramperons sur nos données ethnographiques (première attitude de recherche), sans jamais trop nous aventurer vers des contrées théoriques incertaines du nom de « socialisation du médical » ou de « médicalisation du social » - en préférant par exemple laisser à des acteurs définitivement auto-réflexifs, le soin de nous commenter le dernier séminaire auquel ils ont assisté, qu'il s'intitule « Santé publique : du biopouvoir à la démocratie »²², « Les enjeux éthiques en promotion de la santé » ou « Pouvoir d'agir et pratiques sociales ». Nous choisirons délibérément la notion de « monde » pour décrire le réseau des professionnels à l'œuvre. Celle-ci induit un travail patient et minutieux de la part du chercheur amené à reconstituer le réseau d'acteurs coopérant dans l'accomplissement d'activités spécifiques. « Identifier qui agit

²² Séminaire organisé par le CLPS de Bruxelles lors de la sortie du livre de P. LECORPS, J.-B. PATURET, *Santé publique. Du biopouvoir à la démocratie* (1999).

avec qui, pour produire quoi, selon quel degré de régularité, et sur base de quelles conventions », c'est en somme le but que nous nous sommes donné dans cette première partie en nous demandant plus simplement qui fait quoi, où, quand, comment et pourquoi. Le pour-quoi sera saisi dans les deux sens d'un terme qui lie par un tiret notre double questionnement sur l'origine (pourquoi) et la fin (pour quoi) de l'agir en promotion de la santé. Etendre notre approche pragmatique au sens de l'action publique en nous interrogeant sur les bonnes façons de promouvoir la santé des gens, c'est ce qu'il nous faudrait parvenir à faire dans cette recherche.

La sociologie de la traduction de Bruno Latour et Michel Callon nous aidera à mener à bien ce travail de reconstitution du réseau²³, du moins celui qui se laisse voir dans les réunions d'élaboration de projet. Pour ne pas nous perdre dans son filet ou rester collé à sa toile, nous tâcherons de suivre un fil conducteur : le fil de la discussion. Sorte de fil d'Ariane devant nous permettre de découvrir bien plus de choses que si nous suivions le fil de l'élaboration d'un projet, bien trop haché, trop difficile à renouer de réunion en réunion, vu le nombre de projets à suivre, le nombre de réunions, le nombre d'heures et d'années nécessaires pour le saisir d'un bout à l'autre et vu l'incertitude majeure quant à sa réalisation. A l'étude des pratiques d'intéressement et d'enrôlement qui apparaissent dans les phases d'identification des problèmes et de conception de solutions, s'ajoutera l'observation des pratiques dialogiques. A la manière de Michèle Grosjean, nous accorderons à la communication un rôle important²⁴. C'est premièrement à la sémiotique -telle que la pratique Latour dans son analyse du cheminement d'un projet technique ou d'un texte de loi²⁵- que nous nous référerons pour décrire l'élaboration d'un projet aux travers des échanges discursifs ; deuxièmement, à l'ethnométhodologie en ce qu'elle tient compte de l'intelligibilité mutuelle via l'étude des tours de parole et se distingue de l'analyse conversationnelle en y intégrant des précisions sur les statuts des locuteurs, les rôles et les contextes communicationnels²⁶ ; troisièmement, aux actes

²³ M. CALLON, "Eléments pour une sociologie de la traduction. La domestication des coquilles Saint-Jacques et des marins-pêcheurs dans la baie de Saint-Brieuc" (1986) ; B. LATOUR, *La science en action* (1989).

²⁴ M. GROSJEAN, *Communication et intelligence collective : le travail à l'hôpital* (1999).

²⁵ B. LATOUR, *Aramis ou l'amour des techniques* (1993) ; B. LATOUR, *La fabrique du droit. Une ethnographie du Conseil d'Etat* (2002).

²⁶ A. V. CICOUREL, "L'imbrication des contextes communicationnels : exemples d'entretiens médicaux" (2002).

de langage pour étudier les moments où certains énoncés servent à accomplir des actions au moyen du langage²⁷.

Inscrire notre travail dans une perspective interactionniste, s'en remettre au fondement pragmatique de son approche et à ses développements ultérieurs dans la nouvelle école française de sociologie de l'innovation, souligne l'importance que nous accordons à saisir la créativité de l'agir²⁸. C'est en cela que nous ferons usage de la notion de monde qui « caractérise, selon Becker, en des termes relativistes et non déterministes, les formes d'action collective par leur plasticité et leur perméabilité au changement »²⁹. Celle-ci nous permettra de garder le cap que nous nous sommes donné et qui consiste d'une façon très générale à garder confiance en l'Homme même lorsque nous devons constater premièrement que ce sont essentiellement de femmes dont nous allons parler, deuxièmement que ces dispositifs dits « de participation » sont travaillés par une tendance lourde à la déconnexion. Car, malgré tous nos efforts pour ne pas tracer des frontières préalables « mais bien plutôt de repérer des groupes d'individus qui coopèrent afin de produire des choses (...) »³⁰, nous devons constater la double déconnexion du tout petit monde de la promotion de la santé : par rapport à ses destinataires et par rapport à ses objectifs.

Dans une deuxième partie, nous adopterons une seconde attitude de recherche, celle qui consiste à nous « attacher » aux grands absents des dispositifs étudiés : les destinataires. Quelques fois présents dans les monologues intérieurs du tout petit monde de la promotion de la santé, ceux-ci sont presque toujours absents de l'activité d'élaboration de projets conçus comme autant de solutions aux problèmes censés les concerner. Notre attachement aux habitants d'une Ville-Santé et à des personnes malades du cancer, notre volonté de les faire exister dans l'espace public (avec la complicité de certains promoteurs de santé et l'approbation des autorités communales), implique l'énonciation d'un point de vue moral et une reformulation du problème de

²⁷ GROSJEAN, *Communication et intelligence collective : le travail à l'hôpital*, p. 19.

²⁸ Voir H. JOAS, *La créativité de l'agir* (1992) (1999) qui développe tout ce que les traditions sociologiques citées doivent au pragmatisme américain de Charles S. Peirce, John Dewey et William James.

²⁹ H. S. BECKER, *Les mondes de l'art* (1988), p. 8.

³⁰ Ibid., p. 59.

l'engagement du chercheur via la notion d'attachement³¹. Le principe qui nous anime dans cette critique est celui que formule Jürgen Habermas en parlant de la démocratie délibérative³². Mais nous verrons que les conditions idéales de communication qui la sous-tendent restent « idéales » et que la démocratie ne peut se limiter à un consensus cognitif fondé sur des rapports de reconnaissance réciproque³³. Le fait que nous fréquentions également des auteurs qui opposent à cette conception hégélienne du consensus un principe de controverse³⁴, a pour but de laisser penser que la voie de l'approfondissement de la démocratie n'est pas toute tracée. L'important pour nous est de retenir que les personnes concernées par un problème doivent pouvoir prendre part aux décisions qui visent à le résoudre. Une affirmation de nature à remettre radicalement en cause la distinction entre experts et profanes et entre démocratie représentative et dialogique.

Deux interventions sociologiques seront déployées dans notre dispositif de recherche. La première menée avec la collaboration de Bernard Francq, membre du Centre d'Analyse et d'Intervention Sociologique (CADIS), associe des habitants de La Louvière et des professionnels de la promotion de la santé dans une recherche collective sur le vécu de la santé à La Louvière³⁵. En dix-sept réunions de deux heures ou plus, professionnels, habitants et sociologues tâcheront de faire le tour de la question. La deuxième réunit des personnes malades du cancer à Lille pour explorer les dimensions du vécu social de la maladie. Ce deuxième dispositif de recherche fut quant à lui mis en place par Philippe Bataille (autre membre du CADIS) qui nous a généreusement laissé assister aux dix-huit réunions du groupe. Cette expérience avait pour but principal de nous former à la méthode. Elle nous permettra également de consolider notre construction théorique sur la santé des habitants, dans une perspective comparative telle que promue par la théorisation ancrée (*grounded theory*)³⁶. Au vu des résultats de ces

³¹ M. CALLON, "Ni intellectuel engagé, ni intellectuel dégage : la double stratégie de l'attachement et du détachement" (1999).

³² G. SCAMBLER, *Habermas, critical theory and health* (2001).

³³ Pour l'approfondissement d'une réflexion en ce sens, voir D. MARTUCCELLI, *Sociologies de la modernité. L'itinéraire du XXème siècle* (1999), p. 323-366.

³⁴ M. CALLON, P. LASCOUMES, Y. BARTHE, *Agir dans un monde incertain. Essai sur la démocratie technique* (2001).

³⁵ Ce faisant notre dispositif de recherche déroge quelque peu aux règles de la méthode telles qu'énoncées par le CADIS (dont le fondateur est Alain Touraine), ce qui mérite un long développement dans les annexes méthodologiques.

³⁶ B. G. GLASER, A. L. STRAUSS, *The discovery of grounded theory* (1967).

deux interventions sociologiques, une troisième attitude de recherche s'impose : la perplexité. Peut-être plus encore lorsqu'on s'est habitué à travailler avec des professionnels de la promotion de la santé pendant deux ans. Leurs défections à divers endroits de la recherche nous laisse penser que la participation tant souhaitée par les professionnels suppose que ceux-ci participent également. Ce qui ne va pas de soi. Un bref aperçu de l'implication -évoquée dans les termes de la sociologie clinique- dans ce genre de dispositifs, enrichira notre conception de la déconnexion et notre réflexion sur la mise au point de dispositifs mettant à l'épreuve la séparation entre spécialistes et profanes, professionnels de la politique et citoyens ordinaires. A la réflexion épistémologique qui les accompagne, devait selon nous s'ajouter une brève réflexion sur la rencontre qu'ils supposent, surtout lorsque celle-ci requiert des individus l'expression de leur santé subjective.

Nous serons donc amenés à parler de « la santé subjective » des habitants d'une ville, faute de trouver un meilleur terme pour résumer la santé « telle que vécue par un individu sujet »³⁷. Une phrase assez moche qui trouve de meilleures traductions en anglais chez des auteurs comme Gareth Williams et Jennie Popay qui eux aussi étudient la façon dont les gens font « l'expérience de leur santé »³⁸. Leurs travaux répondent au souhait formulé par les sociologues qui s'intéressent aux inégalités sociales de santé, de pouvoir mieux appréhender les effets des situations urbaines sur la santé des populations. Pour eux comme pour nous, il s'agit d'explorer les effets de la tension entre l'individu et le collectif telle qu'elle s'exprime par exemple dans les notions de soutien social ou d'intégration sociale ; et les effets de la relation entre les situations sociales et les comportements individuels autour des notions de liberté et de contraintes³⁹. En tâchant de décrire longuement l'expérience que font les habitants de leur santé (*the health experience of people*), nous essayerons de rendre compte de la complexité de l'étiologie des problèmes de santé tout en conservant un regard sur la demande de protection formulée par les habitants et l'injonction à la responsabilisation

³⁷ C'est davantage par commodité d'écriture que nous utilisons ce terme de « santé subjective » car nous savons qu'il cache un débat important sur les limites de l'objectivité de la santé et sur la possibilité de parvenir à lui donner une définition ontologique. Un débat qu'il nous faudra explorer dans un autre travail.

³⁸ J. POPAY, S. BENNETT, C. THOMAS, G. WILLIAMS, A. GATRELL, L. BOSTOCK, "Beyond "beer, fags, egg and chips" ? Exploring lay understandings of social inequalities in health" (2003).

³⁹ DRUHLE, "Fin de siècle et inégalités sociales de santé en France : l'amorce d'un débat ?".

que leur adressent les professionnels. En conclusion de notre approche de la santé subjective, nous choisirons d'inscrire la santé des habitants dans le mouvement de déprise et de reprise du monde. La santé subjective doit selon nous être pensée dans les multiples figures de l'implication et de la désimplication dont parle Danilo Martuccelli à propos de la subjectivité. « A proprement parler, la subjectivité n'est rien d'autre que ce qui est pris dans le jeu de ces variations. Elle n'est ni une totalité ni une unité achevées. La subjectivité n'est qu'une volonté de fuite, s'exprimant par une série de textures et affrontant maintes résistances »⁴⁰.

Nous situons notre travail dans la critique de l'approche trop positiviste et fonctionnaliste qui domine en santé publique et qui fait qu'on en vient toujours à se demander où sont les sujets vivants ? Cela suppose de relever un défi conceptuel : « d'une part, préciser les médiations à travers lesquelles les contradictions internes du contexte quotidien de vie atteignent les personnes ; d'autre part, savoir expliquer comment l'ordre du collectif s'articule à l'ordre du personnel »⁴¹. Bibeau rajoute que pour y parvenir, « les chercheurs doivent élaborer de nouveau leur théorie du social et inventer des cadres interprétatifs proches de la réalité des gens »⁴². Il s'agit de quitter la santé publique d'inspiration durkheimienne qui relie des représentations et des comportements⁴³ pour s'orienter vers davantage de « compréhension » de l'expérience des individus. En affirmant que les comportements humains sont mesurables, prévisibles et manipulables, une certaine interprétation fonctionnaliste de la société continue à légitimer une approche en terme d'éducation et de prévention au cœur des dispositifs de participation de la promotion de la santé. Il est nécessaire selon nous de ne pas céder à ce genre de vision du monde qui multiplie les dichotomies -entre souffrances personnelles et tragédies collectives, entre individus et groupes d'appartenance, entre réalités locales et phénomènes macro, entre domicile privé et environnement extérieur, entre conditions matérielles de vie et valeurs spirituelles,

⁴⁰ D. MARTUCCELLI, *Grammaires de l'individu* (2002), p. 467.

⁴¹ BIBEAU, "L'abus de rationalité en matière de santé publique et de toxicomanies : des perspectives critiques" p. 59.

⁴² Ibid.

⁴³ Voir par exemple CORAJOU, *Pouvoirs, ville et santé*, qui s'inspire en page 74 du travail de C. HERZLICH, *Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale* (1969) qu'elle situe dans la foulée des recherches sur le suicide réalisées par E. DURKHEIM, *Le suicide* (1897) (1995).

religieuses et esthétiques des personnes⁴⁴ - et néglige la signification, la narration et l'expérience. Prendre en compte la façon dont les gens se représentent leur santé ne permet ni de comprendre le vécu de celle-ci ni de laisser la place à la narrativité qui permet une remise en ordre partielle du monde dans lequel on vit⁴⁵. « L'unité d'analyse n'est plus ici le système collectif comme dans le modèle durkheimien ; c'est désormais la dynamique des personnes et des systèmes collectifs de signification qui intéresse le chercheur, dynamique qui peut être mise en évidence à travers les expériences des personnes et les récits qu'elles en font »⁴⁶. Ou pour le dire comme Charles Wright Mills, les épreuves individuelles demeurent inséparables des enjeux collectifs⁴⁷.

⁴⁴ BIBEAU, "L'abus de rationalité en matière de santé publique et de toxicomanies : des perspectives critiques" p. 59.

⁴⁵ Ce point renvoie à la thèse défendue par D. DEMAZIERE, C. DUBAR, *Analyser les entretiens biographiques. L'exemple des récits d'insertion* (1997).

⁴⁶ BIBEAU, "L'abus de rationalité en matière de santé publique et de toxicomanies : des perspectives critiques" p. 66.

⁴⁷ C. W. MILLS, *L'imagination sociologique* (1959) (1997).