

Grootstedenbeleid
Politique des Grandes Villes

LA VILLE A L'ÉPREUVE DE LA SANTÉ

RECHERCHE-ACTION SUR TROIS QUARTIERS

Promoteurs Piérart J., Bodeux F., Francq B. (dir.)
Unité d'Anthropologie et de Sociologie - Université catholique de Louvain

Collaborateurs Snauwaert B., Willems S., De Maeseneer J.
Département de Médecine Générale et de Soins de Santé Primaires - Université de Gand.

A Alain Touraine

qui n'a cessé de nous encourager à prendre de la distance avec le discours
interprétatif dominant qui prétend nous expliquer une société sans acteurs

Avant -propos

Qu'est-ce qui amène des sociologues et des acteurs gestionnaires de la Politique fédérale des Grandes Villes à entamer un parcours sur les façons dont les « gens » vivent dans leur quartier ? Vivent quoi ? Leur santé, physique, mentale, culturelle dans un environnement qui n'est pas toujours dégradé, ni pathogène. A quoi rime cette question que nous rencontrons sur le terrain, dans les immeubles, dans la rue, dans les quartiers et les lieux publics : « pourquoi je ne me sens pas bien ? C'est le quartier, la ville, trop bruyante ou trop isolante. Non, je vais mal parce que mon quartier va mal ou vice-versa ». Une étrange ritournelle qui plonge les épidémiologistes dans les affres de l'incertitude statistique. Une ritournelle préoccupante au vu du nombre – grandissant – de personnes qui vivent seules selon l'âge et le genre : les personnes âgées sans possibilité de quitter leur logement du fait de la faiblesse de leurs ressources financières et relationnelles ; les femmes « monoparentales » aux ressources faibles et à l'insertion précaire ; les jeunes qui sortent du système scolaire sans diplôme et sans qualification et qui connaissent des conditions de logement difficile. Tous prioritaires pour que les services publics, les associations, les agents communaux, les élus fassent attention à eux.

C'est que justement ils vivent, quand on leur demande leur avis, mal ce qui ressemble plus qu'à de l'absence d'attention. Du silence, encore du silence dans l'indifférence ou dans la compassion à distance. La recherche-action

qui s'est déroulée pendant un an en 2007 et 2008 dans trois quartiers – l'un à Gand, l'autre à Schaerbeek, le dernier à Liège – a cherché à prendre à bras le corps ce silence. Que dire sur sa santé qui ne soit pas strictement intime ou qui soit l'occasion de « petits bonheurs » comme le temps pris pour un bain, pour s'occuper de soi ? Les mille petites choses qui font la vie, qui vous donnent le sentiment d'exister, elles ne sont pas souvent au rendez-vous des politiques publiques. C'est aussi que les dizaines de médiateurs de toutes sortes – médecin, infirmière, aide-soignante, agent de quartier, animateur de rue, steward urbain – sont là pour donner des gages, pour assurer la traduction de la ritournelle du « mon quartier va mal, je vais mal ».

Nous avons, avec les moyens du bord, accordé une attention constante à ce qui se faisait et défaisait lorsque l'on observait un travail social et culturel – socio-sanitaire parfois – qui cherchait à cerner cette énigme du rapport entre l'espace et l'existence. C'est que la ville cumule trois séries d'épreuves : celles qui relèvent de l'existence, celles qui renvoient à l'expérience, celles qui se construisent dans l'action. C'est cette accumulation qui aujourd'hui donne à la santé un rôle de révélateur quant à la manière dont les sujets deviennent personnels, à la recherche d'une autonomie jamais acquise, toujours à refaire. C'est de cela que nous avons cherché à rendre compte. Au sens le plus fort du mot « *accountability* » comme pratique démocratique qui casse le silence.

B. Francq

Table des matières

LE PROBLÈME DES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ	7
Un fait têtue	
Insuffisance quantitative et qualitative des réponses apportées	
CONDITIONS PRÉALABLES À RÉUNIR	17
Adopter une définition élargie de la santé	
Agir sur les environnements et les individus	
Agir avec les communautés	
Favoriser les apprentissages	
Pour un diagnostic partagé	
LES ÉTAPES DE LA TRADUCTION	21
LES QUARTIERS ET LES THÈMES	25
TROIS COMPTES RENDUS D'EXPÉRIENCES	29
Bloemekenswijk	
Quartier du Brabant	
Quartier du Longdoz	
LES OBSTACLES ET LEUR DÉPASSEMENT	47
Bloemekenswijk	
Quartier du Brabant	
Quartier du Longdoz	
TROIS SCÉNARIOS	59
Évaluation appréciative et participative	
Veille sanitaire	
Energies	
NOTES	65
BIBLIOGRAPHIE	68



Liège - quartier du Longdoz (c) Francois Bodeux

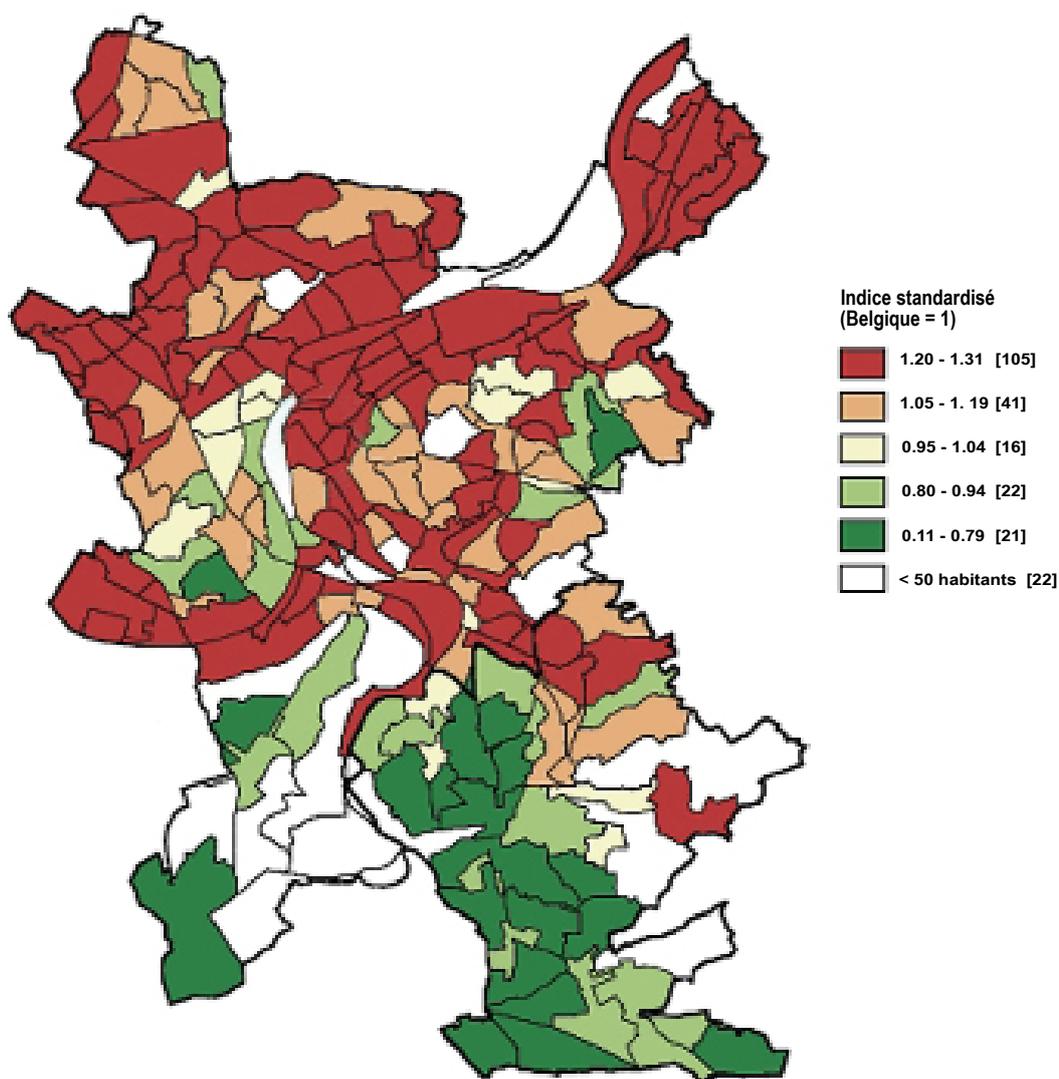
LE PROBLÈME DES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

Un fait têtù

Les inégalités sociales de santé sont un fait têtù. Partout où on les recherche, on les retrouve : entre différents groupes socio-économiques, entre les deux sexes, entre différentes zones géographiques. Elles sont persistantes malgré les progrès constants dans le domaine biomédical et technologique. Elles sont difficiles à réduire. Elles se sont même aggravées depuis une quinzaine d'années¹.

Une première recherche concernant la santé dans les quartiers, intitulée «l'Etat de santé dans les 17 régions urbaines belges et plus particulièrement dans les quartiers défavorisés», a

été commanditée par la Politique fédérale des Grandes Villes en 2004². Celle-ci nous renseigne avec précision sur ce que l'on peut entendre concrètement par inégalités sociales de santé. Elles s'ajoutent aux handicaps socio-économiques habituellement rencontrés dans les quartiers défavorisés. L'indicateur synthétique de perception subjective de la santé nous indique qu'une plus grande proportion de la population se dit en mauvaise à très mauvaise santé dans les quartiers défavorisés. Ces différences d'états de santé individuels agrégés au niveau des quartiers peuvent être visualisés sur une carte.



Perception subjective de la santé à Liège
(données INS de l'enquête socio-économique 2001, traitement Interface Demography/VUB)

L'étude mentionne également comme faits marquants :

- Présence combinée d'affections physiques : dans les quartiers défavorisés, une plus grande proportion de la population a souffert de 2 maladies ou plus au cours de l'année écoulée;
- Consultation du médecin généraliste pour bronchite et crise d'asthme : une plus grande proportion de personnes interrogées consulte dans les quartiers défavorisés;
- Limitation du fonctionnement : une plus grande partie des habitants des quartiers défavorisés affirme être fortement limitée dans ses activités au cours des 6 derniers mois;
- Troubles somatiques : plus fréquents chez les habitants des quartiers défavorisés;
- Dépression plus fréquente dans les quartiers défavorisés;
- Troubles anxieux : les habitants des quartiers défavorisés les rapportent plus souvent;
- Insomnies : les habitants des quartiers défavorisés rapportent plus souvent des problèmes de sommeil;
- Consommation de tranquillisants, antidépresseurs, psychotropes : une plus grande proportion de la population en consomme;
- IMC: une plus grande proportion de la population souffre de surcharge pondérale;
- Régularité du régime alimentaire : nettement moins fréquente dans les quartiers défavorisés;
- Tabagisme : nettement plus de fumeurs actuels dans les quartiers défavorisés;
- Possession d'une carte de vaccination : les habitants des quartiers défavorisés sont nettement moins nombreux à en posséder une;
- Tension artérielle : une plus grande proportion des habitants des quartiers défavorisés a une tension élevée;
- Frottis : une moindre proportion d'habitants des quartiers défavorisés en a déjà fait un;
- Réception d'une invitation à faire un frottis : une plus petite proportion des personnes interrogées a reçu une invitation;
- Contacts avec le service des urgences : une plus grande proportion des habitants des quartiers défavorisés contacte les urgences au lieu du médecin généraliste et une plus grande proportion de la population a contacté les urgences au cours des 2 derniers mois;
- Report de soins médicaux, soins dentaires, médicaments prescrits, lunettes : un plus grand nombre d'habitants des quartiers défavorisés retarde ces soins;
- Indicateurs sociaux (nombre de contacts sociaux, qualité du soutien social instrumental, importance du réseau social, qualité du soutien social) : les habitants des quartiers défavorisés rapportent des scores moins bons pour chacune de ces variables.

Il est évident que ces quartiers défavorisés offrent un cadre de vie moins propice à la santé. Les habitants des quartiers défavorisés doivent supporter une lourde charge d'influences néfastes de leur environnement. Nettement plus d'habitants des quartiers défavorisés se disent affectés par ces conditions environnementales néfastes pour la santé. L'étude de 2004 nous rappelle que dans les quartiers défavorisés, les problèmes s'accumulent et se renforcent de manière négative. Ces quartiers ont manifestement une qualité d'environnement inférieure, ce qui entraîne des loyers moins élevés et attire plus d'habitants défavorisés. **D'où la nécessité d'agir à la fois sur les individus et sur les environnements.**

Insuffisance quantitative et qualitative des réponses apportées

Depuis 2000, la Politique fédérale des Grandes Villes (PGV) organise un financement qui permet aux autorités locales de mener une politique urbaine en faveur des quartiers en grande difficulté : ce sont les **contrats de ville**. Entre 2000 et 2004, quinze contrats de ville³ ont été conclus entre l'état fédéral et les autorités communales sur une base annuelle. Depuis 2005, ces 15 contrats de ville sont conclus sur une base triennale.

Le programme Politique fédérale des Grandes Villes a également étendu ses missions avec l'émergence d'un plan logement qui permet aux villes et communes de réaliser un programme d'investissement pour la création de logements à des prix abordables : ce sont les **contrats logement** (au nombre de 17).

Tant pour les contrats de ville que pour les contrats logement, le principe de subsidiarité s'accompagne de lignes de programmation (directives), lesquelles définissent le cadre et les orientations du programme de la PGV⁴. Les directives du programme se fondent sur cinq priorités stratégiques :

► **Le développement local intégré** : Il s'agit de contribuer à un développement équilibré des quartiers, afin d'accélérer leur insertion dans le tissu urbain de manière durable et intégrée – en concertation avec les habitants concernés ;

► **L'économie et l'emploi** : il s'agit de favoriser la « compétitivité » des quartiers en difficulté, en y soutenant l'activité économique et commerciale et l'emploi des habitants, tout en veillant à leur intégration au bassin d'emplois de l'agglomération ;

► **La cohésion sociale** : il s'agit de soutenir l'intégration sociale individuelle et collective des habitants à leur environnement urbain dans la perspective de renforcer la cohésion sociale des quartiers et de la ville ;

► **La santé** : il s'agit d'améliorer la santé et l'environnement dans les quartiers défavorisés des grandes villes ;

► **Le logement** : il s'agit d'assurer une offre de logements sains, de qualité, à un prix abordable pour tous les habitants des quartiers des grandes villes.

Entre 2005 et 2007, 168 projets ont été développés par les 15 villes ou communes bénéficiant d'un contrat de ville. Ils se répartissent comme suit entre les différents objectifs stratégiques :

	Fréq	Pct
Cohésion sociale forte dans les quartiers	74	44,0 %
Développement intégré des quartiers dans la ville	51	30,4 %
Economie locale dynamique, durable et emplois de proximité	19	11,3 %
Ville saine dans un environnement sain	18	10,7 %
Offre qualitative de logements	6	3,6 %
Total	168	100 %

En bas du classement, on constate le peu de projets concernant les logements (3,6%). Ceci est dû au fait qu'ils sont principalement développés dans le cadre des nouveaux Contrats Logement mis en place en 2005. Les projets rencontrant les priorités stratégiques en matière d'économie et d'emploi (11,3%) et en matière de santé (10,7%) sont actuellement les moins développés.

Mais si 8 nouveaux projets orientés « économie locale » ont été proposés en 2005, à peine 3 nouveaux projets orientés « santé » sont actuellement développés, les 15 autres s'inscrivant dans la continuité du précédent contrat de ville.

	Continuité	Nouveau	Total
Cohésion sociale forte dans les quartiers	47	27	74
Développement intégré des quartiers dans la ville	21	30	51
Economie locale dynamique, durable et emplois de proximité	11	8	19
Ville saine dans un environnement sain	15	3	18
Offre qualitative de logements	3	3	6
Total	97	71	168

Objectifs stratégiques / projets nouveaux ou en continuité

Outre l'insuffisance quantitative des projets visant l'amélioration de la santé et de l'environnement dans les quartiers défavorisés des grandes villes et le manque d'innovation en la matière, on retiendra également une insuffisance qualitative liée à la très faible variété des projets rencontrés.

Quatre objectifs opérationnels sont proposés au sein de l'objectif stratégique «santé» :

- ▶ Promouvoir un environnement sain, entre autres, via des actions de sensibilisation auprès de la population en relation avec les problèmes de santé et d'environnement ;
- ▶ Créer des lieux destinés à un accompagnement et/ou à des soins adaptés à une population cible fragile ;
- ▶ Favoriser l'approche globale de la santé, dans les quartiers défavorisés, en créant des infrastructures de services de soins de proximité ;
- ▶ Mettre à disposition des habitants un service d'orientation aux soins de santé.

Mais les projets orientés « santé » s'inscrivent dans seulement deux objectifs opérationnels sur quatre.

	Fréq	Pct
Actions de sensibilisation en relation avec les problèmes de santé et d'environnement	12	66,7%
Lieux destinés à un accompagnement et/ou à des soins	6	33,3%
Infrastructures de services de soins de proximité	0	0%
Service d'orientation aux soins de santé	0	0%
Total / répondants	18	100%

..... Objectifs opérationnels de l'objectif stratégique « ville saine »

Ils se concentrent principalement sur les problèmes de propreté (11/12) ou sur certains groupes à risque (6/6).

Actions de sensibilisation en relation avec les problèmes de santé et d'environnement

	Ville/ Commune	Budget 2005-2007
Promouvoir la cohésion sociale par un environnement sain (balayage, gardiennage, voirie)	Schaerbeek	2.498.689 €
Balayeurs	Bruxelles Ville	1.749.202 €
Propreté publique et citoyenneté	Molenbeek	1.599.478 €
Actions de propreté et de sensibilisation	Liège	1.591.896 €
Nettoisement public	Seraing	614.100 €
Propreté publique	Saint-Gilles	522.929 €
Ferme du parc Maximilien (activités pour enfant en matière de protection de l'environnement)	Bruxelles Ville	490.004 €
Brigade anti-graffitis	Forest	365.008 €
Les balayeurs de rue	Charleroi	305.711 €
Partenariat asbl Action Environnement (propreté)	Liège	89.244 €

Balayeurs quartiers objectif 2	Forest	84.000 €
Commission communale du développement durable (propreté, mobilité, énergie)	Seraing	75.000 €
Total	12	9.985.261 €

Lieux destinés à un accompagnement et/ou à des soins		
	Ville/ Commune	Budget 2005-2007
Service de soins pour prostitué(e)s	Anvers	2.502.882 €
Service Maraude - équipe mobile de nuit du Centre d'Action Sociale d'Urgence	Bruxelles Ville	753.840 €
Ghapro (service pour prostitué(e)s)	Anvers	582.000 €
Msoc (service pour usagers de drogue)	Gand	300.834 €
Jopro (service pour jeunes hommes prostitués)	Gand	299.230 €
Structure psycho-médico-sociale pour personnes toxicomanes marginalisées	Mons	74.000 €
Total	6	4.512.786 €

Projet, ville/commune de réalisation, budget 2005-2007 / Objectif opérationnel

Ces actions ciblées uniquement sur l'insalubrité et l'offre de soins aux populations marginalisées, réduisent la santé urbaine à une définition hygiéniste de la santé datant du début du XIXème siècle.

Depuis 50 ans au moins, des instances internationales telles que l'Organisation Mondiale de la Santé prônent l'élargissement de cette définition trop restrictive de la santé pour qu'elle soit abordée d'une façon plus globale, plus transversale.

Aujourd'hui, l'Etat fédéral souhaite favoriser une approche transversale de la santé au sein de ses contrats de ville et contrats de logement.

Objectifs : transversalité et innovation

Afin de réduire les inégalités qui affectent le bien-être, la qualité de vie et la santé de la population, la Politique fédérale des Grandes villes souhaite accompagner les opérateurs du programme PGV dans les grandes villes pour leur permettre de développer l'objectif stratégique santé des habitants, au sein de leur contrat ville et de leur contrat logement.

Le questionnement en filigrane est triple :

1. Comment la santé des habitants peut-elle être appréhendée par les opérateurs de la PGV,

au sein de leur contrat de ville/logement ? Quels outils proposer ? Sur quelles méthodes de travail s'appuyer ?

2. En quoi des projets axés sur la santé des habitants des grandes villes peuvent-ils participer à une réponse transversale en terme de politique urbaine dans le cadre de la politique fédérale des Grandes villes ?

3. Comment stimuler une approche intersectorielle en travaillant sur le milieu de vie, et ceci de manière transversale et multipartenariale ?



QUE REVONS-NOUS ?

Il s'agit donc de :

► **Faire de la santé un objectif transversal;**

Au vu de ses nombreux déterminants (emploi, logement, cadre de vie, relations familiales, etc.), la santé a vocation à être à la fois une composante et un objectif transversal d'un projet de développement local. L'Organisation Mondiale de la Santé recommande de développer des politiques publiques qui rendent possibles voire facilitent, les choix des citoyens en faveur de la santé et qui font en sorte que l'environnement social et physique renforce la santé (OMS, Les recommandations d'Adélaïde, 1988, p. 1). Dans son acception élargie d'épanouissement individuel et social, l'amélioration de la santé des habitants peut même devenir la finalité ultime de telles politiques publiques.

► **Promouvoir les innovations en la matière;**

Une telle définition élargie de la santé permet de rassembler des intérêts conçus au départ comme divergents et de construire un réseau capable d'initier du changement. La santé, en ce qu'elle est susceptible de mobiliser à la fois des acteurs du logement, de l'emploi, des transports, du commerce, de l'environnement, etc. constitue une bonne « agence de traduction » des intérêts des uns dans ceux des autres (« je veux ce que vous voulez, pouvons-nous nous

entendre ? »). Elle fournit l'opportunité de créer de nouveaux espaces de négociation et de produire de la convergence entre les différents acteurs d'une situation.

L'usage du terme « traduction », emprunté à la sociologie de l'innovation, souligne l'importance cruciale de la communication lors de l'élaboration d'un projet. La traduction constitue l'un des mécanismes de production de la coopération qui permet :

1. De lier des énoncés et des enjeux a priori incommensurables ;
2. D'établir un lien intelligible entre des activités hétérogènes ;
3. De s'associer durablement.

Faire de la santé un objectif transversal, stimuler les innovations en matière de projets de santé requiert une attention soutenue aux conditions de production de l'accord entre des acteurs peu habitués à collaborer.

► **Réunir les conditions favorables à l'émergence de projets de santé innovants:**

Quelles sont les conditions à réunir à partir desquelles des acteurs peuvent se retrouver en convergence autour d'un changement ou d'une innovation ?

Telle est la question à laquelle une recherche-action d'un an (2007-2008) a tâché d'apporter des réponses, en observant les pratiques à l'œuvre lors de l'élaboration de projets destinés à améliorer la santé des gens et en contribuant au développement de certains projets de santé dans des quartiers subsidiés par la PGV. L'équipe de chercheurs de l'Unité d'Anthropologie et de Sociologie de l'UCL et de l'Université de Gand proposent un compte rendu précis de ces activités.

Ce compte-rendu a pour but de présenter, en suivant les « étapes de la traduction » (décrites plus loin), les conditions à réunir pour que les opérateurs PGV mais aussi les autres acteurs concernés, puissent créer de la convergence autour de projets destinés à améliorer la santé des gens.

Parmi ces conditions, certaines nous ont parues indispensables et nous les présentons d'emblée.



Liège - quartier du Longdoz (c) Marjorie Urbain (ESAS)

CONDITIONS PRÉALABLES À RÉUNIR

Adopter une définition élargie de la santé

Revoir les facteurs qui sont supposés améliorer ou détériorer la santé, en élargir l'éventail, offre des opportunités plus grandes pour la création d'un réseau efficace. Il devient ainsi possible d'inscrire l'ensemble des actions du programme PGV dans le cadre d'une politique publique favorable à la santé. Les 168 projets existant peuvent être mobilisés facilement dans le cadre d'une telle politique à condition d'adopter une définition élargie de la santé.

La définition de la santé a depuis toujours évolué et la manière de la définir oriente considérablement la vision que l'on a des façons de l'améliorer. Les grandes organisations internationales (l'OMS en tête) militent pour une acceptation élargie de sa définition qui ne la réduit plus à l'absence de maladie (ce qui avait pour conséquence de concentrer les subsides dans l'offre médicale de soins uniquement) ni aux comportements de santé.

Comme nous le rappelle Morin, dans les pays industrialisés où les principales causes de mortalité sont les maladies chroniques, on prend pour acquis que la solution passe par des gens qui se nourrissent mieux, qui arrêtent de fumer et qui font de l'exercice physique. Ils deviennent donc responsables de leur état de santé et des maladies qui les affligent. C'est ce qu'on appelle « blâmer la victime ». Or, depuis les années 1980,

la connaissance des déterminants sociaux de la santé donne une image beaucoup plus nuancée et réaliste de la responsabilité individuelle en matière de santé⁵.

A ce sujet, les études du docteur Michael Marmot concernant les maladies cardio-vasculaires et portant sur 10.000 employés britanniques suivis pendant plusieurs dizaines d'années ont confirmé le fait que les personnes appartenant aux couches sociales supérieures étaient en meilleure santé que celles se trouvant à l'échelon inférieur. Elles nous ont appris également que ni le tabac ni le cholestérol n'étaient à même d'expliquer les différences observées entre et au sein des groupes sociaux. La santé ne se limite donc pas aux comportements.

De même que la santé ne se limite pas aux soins. On a vu jusqu'à présent de nombreux programmes se focaliser sur l'offre de soins de santé pour pallier aux inégalités de santé. Une étude récemment parue dans un journal médical renommé vient confirmer le fait que les interventions médicales ne peuvent résoudre à elles seules le problème des inégalités sociales de santé⁶. Par contre une intervention adéquate sur les déterminants sociaux de la santé sera de loin plus efficace. Les contextes dans lesquels les gens vivent et travaillent déterminent de façon importante le risque de maladie.

Agir sur les environnements et les individus

A l'heure actuelle, il n'est plus possible de se contenter d'agir soit sur les environnements soit sur les individus - comme c'est le cas actuellement au niveau de l'objectif stratégique « santé » de la PGV (action sur l'insalubrité ou action sur des groupes à risque).

En cela, la double contrainte qui consiste à agir à la fois sur les environnements et sur les individus participe du renouveau de l'action publique.

Agir sur les comportements ne donnera de résultats probants qu'à condition d'agir également sur les environnements dans lesquels les gens vivent. Il s'agira par exemple de créer des environnements favorables à l'adoption des comportements de santé. Dans l'environnement, il nous faut inclure la présence de communautés, de réseaux, de cercles de relations qui expliquent également les différences d'états de santé entre les individus.

Agir avec les communautés

Les recherches de Marmot n'ont pas seulement permis de relativiser l'impact des comportements de santé sur la santé des gens, elles ont aussi permis d'identifier une nouvelle gamme de facteurs plus ou moins bons pour la santé. Dans son étude sur les fonctionnaires britanniques, les gardiens ou employés situés au bas de la pyramide de la fonction publique présentaient un taux quatre fois plus élevé de maladies cardio-vasculaires que les responsables au sommet de la hiérarchie. Ici on invoquait comme explication la pauvreté de ces personnes, les mauvaises habitudes alimentaires, leur faible niveau d'instruction, etc. Mais les professionnels situés à l'échelon juste en-dessous du sommet de la pyramide présentaient aussi un taux plus élevé de maladie cardio-vasculaire que leurs supérieurs hiérarchiques, jusqu'à deux fois plus élevé. Or ces professionnels étaient tous des cadres dont

la relative mauvaise santé ne pouvait être attribuée à la pauvreté, au manque d'éducation, à une mauvaise alimentation ou à un mauvais logement.

L'énigme de ce gradient de santé, découvert pour à peu près toutes les maladies dans tous les pays industrialisés du monde, a fait dire au professeur Syme que la capacité à contrôler son destin (« control of destiny ») y est sans doute pour quelque chose⁷. Il évoquait la capacité qu'ont les gens de faire quelque chose de ces forces qui affectent leur vie. Meilleure est cette capacité de contrôle, meilleure est la santé des gens. **D'où l'importance de l' « empowerment » et du rôle que les communautés peuvent jouer dans la maîtrise des destinées collectives. Tous deux sont susceptibles d'avoir un impact direct sur la santé publique.**

Favoriser les apprentissages

Quand il s'agit d' « empowerment », l'apprentissage est la clé du développement des capacités organisationnelles individuelles ou communautaires. Pour qu'un collectif converge dans l'élaboration d'un projet de santé innovant, pour qu'il développe des projets créatifs et variés, il est utile d'opérer un changement de cadre, autant physiquement que mentalement, de varier les regards, de chercher des ressources ailleurs, d'apprendre. Le simple fait de quitter les endroits habituels de réunion pour se rendre sur le terrain peut déjà suffire à voir les choses différemment. Plus tard, on envisagera de véritables apprentissages nomades qui feront voyager des habitants de Bruxelles à Londres, en passant par Milan ou Belfast (voir plus loin).

Les vertus de l'apprentissage en situation, c'est ce qu'à mis en évidence une précédente étude commanditée par la PGV qui avait pour but de développer des démarches d'exploration urbaine afin de mieux cerner les problèmes d'ac-

cessibilité aux équipements. On constate qu'un diagnostic réalisé en situation favorise les apprentissages divers et confronte les préjugés ou les automatismes de la pensée à la réalité. Il permet de déstandardiser les connaissances. Comme l'indique l'auteur, « de nombreuses analyses statistiques et cartographiques nourrissent la connaissance de villes « vues-du-dessus ». Mais on manque d'outils permettant aux acteurs politiques une compréhension plus qualitative de la ville, l'envisageant telle qu'elle est perçue, vécue, ressentie par ceux qui la traversent et l'occupent. Cette connaissance, plus terre-à-terre, aux prises avec la complexité du quotidien, fait encore souvent défaut aux acteurs amenés à intervenir sur la ville. Ceux-ci en gardent alors une vision simplifiée, désincarnée, découpée selon des catégories spatiales et sociales strictes qui n'ont que peu à voir avec les perceptions et conceptions nourries par ceux qui y vivent, l'arpentent au jour le jour »⁸.

Pour un diagnostic partagé

Adopter une définition élargie de la santé, vouloir agir à la fois sur les environnements et les individus, avec les communautés, en favorisant les apprentissages, telles sont les conditions nécessaires et préalables à l'élaboration d'un diagnostic partagé. La dimension partagée de ce diagnostic conditionnant elle-même l'élaboration de projets de santé innovants et efficaces.

Les Ateliers santé-ville développés en France sont là pour nous rappeler que le diagnostic ne vise pas à produire une analyse froide et neutre d'une situation, mais « au contraire, à favoriser l'expression de l'ensemble des subjectivités des acteurs concernés. Ainsi, l'enjeu du diagnostic

est bien de créer de l'acteur, de susciter de l'engagement, et de mobiliser ces acteurs autour d'un projet »⁹.

Le diagnostic que nous appellerons partagé nourrit en son sein un projet démocratique fort fondé sur le développement de dispositifs de démocratie participative. Jusqu'à présent, la politique de la ville accorde à la question de la « participation » un statut paradoxal : « toujours réclamée dans les rapports et textes officiels depuis ses origines, elle peine à s'incarner dans des programmes de politiques publiques et reste impalpable pour beaucoup de professionnels du développement social urbain »¹⁰.

Nous pensons à l'instar de Blondiaux qu'il est nécessaire de repenser les institutions de la démocratie participative afin d'offrir une dernière chance aux institutions démocratiques représentatives traditionnelles¹¹.

Penser les dispositifs de participation s'avère capital dans ce type de projets de santé développés au niveau de l'action publique locale. On sait que la maîtrise du cadre de la participation constitue un enjeu de pouvoir décisif. On sait également que ces dispositifs contribuent à l'institutionnalisation d'une gouvernance locale démocratique¹².





Liège - quartier du Longdoz (c) François Bodeux

LES ÉTAPES DE LA TRADUCTION

La traduction est une opération permettant de transformer un énoncé intelligible en un autre énoncé intelligible pour rendre possible la compréhension de l'énoncé initial par un tiers. Ce faisant, la traduction est un mouvement qui lie des énoncés et des enjeux a priori incommensurables, et par là permet de relier différents acteurs au sein d'un même réseau. On voit ici toute l'importance qu'il y a à s'intéresser aux dispositifs qui facilitent le dialogue entre acteurs en améliorant les capacités de traduction de leurs intérêts dans ceux des autres.

Un exemple d'application concrète de cette hypothèse de travail en santé publique concerne

le saturnisme en France. S'agissant d'associer des comités d'habitants, des pouvoirs publics en charge de la précarité urbaine et le secteur médical confronté à des problèmes de santé liés à la précarité, le saturnisme infantile a fonctionné comme une « agence de traduction » idéale. En tant que maladie affectant principalement les enfants exposés au plomb contenu dans les anciennes peintures murales, le saturnisme a été traduit dans le registre des politiques urbaines en plans de rénovation des logements précaires et a constitué un enjeu d'autant plus fédérateur qu'il concernait la santé des enfants.

Pour parvenir à ce type de réseau fructueux en santé publique, diverses opérations de traduction-association sont nécessaires. Un **canevas en dix étapes** adapté des découvertes de la sociologie de l'innovation permet de retracer les processus à l'œuvre dans les tentatives d'élaboration d'un réseau autour d'une démarche innovante¹³.

1 Analyser le contexte :

- Prendre en compte les bonnes raisons qu'ont les acteurs de faire ce qu'ils font ;
- Repérer les intérêts en présence, ce qui unit ce qui sépare.

2 Problématiser et traduire :

- Formuler une question générale, dégagée des intérêts particuliers, susceptible de produire de la convergence ;
- Cette question générale a pour but de faciliter l'acceptation de coopération et la mise en mouvement qui s'opère autour d'un projet provisoire et minimum ;
- Traduire c'est intéresser ;
- Un traducteur légitime (ou du moins qui n'est pas illégitime) problématise et formule l'enjeu commun ;
- A noter : l'absence d' « essence » d'un problème ; sa qualité n'est pas dans son contenu mais dans son processus d'énonciation ou de production.

3 Identifier un point de passage obligé favorisant la convergence :

- Un lieu ou un énoncé incontournable qui rend effective la collaboration active de toutes les parties.

4 Désigner des porte-parole :

- Pour que le réseau se rallonge (et donc se solidifie), il faut une capacité à faire écho, à diffuser ;
- Les porte-parole permettent le dialogue entre entités fort différentes ;
- Ils représentent les intérêts des uns et des autres ;
- Ils sont indispensables à l'élaboration d'un réseau.

5 Investir dans les formes :

- Stabilisation des relations pour une certaine durée au moyen de formes diverses (inscriptions, chartes, conventions, contrats, etc.) ;
- Travail consenti par un acteur-traducteur pour substituer à des entités nombreuses et difficilement manipulables un ensemble d'intermédiaires moins nombreux, plus homogènes et plus faciles à maîtriser et à contrôler ;
- Cela produit des intermédiaires.

6 Mettre des intermédiaires en circulation :

- Les intermédiaires mettent en relation les acteurs du réseau ;
- C'est tout ce qui circule entre les acteurs : les infos, les objets, l'argent, les êtres humains et leurs compétences ;
- Ils servent à relier et à lier : savoir commun qui solidifie le réseau.

7 Enrôler et mobiliser :

- Il convient maintenant d'enrôler les acteurs pour obtenir d'eux une mobilisation ;
- De l'affectation de rôle découle la mobilisation ;
- Les acteurs se voient-ils attribuer un rôle précis (mission, tâche incontournable) ou celui de figurant (la structure peut fonctionner sans eux) ? ;
- Avoir un rôle c'est trouver du sens et de l'intérêt à l'élaboration du réseau ;
- On peut également s'inventer un rôle et se répartir les tâches.

8 Rallonger le réseau :

- Rallonger le réseau est une condition de sa solidité ;
- Des entités nouvelles doivent être agglomérées pour donner une consistance plus grande au projet qui à la fois porte et est porté par le réseau ;
- Ce n'est possible qu'à condition que les traductions continuent d'intéresser et les enrôlements de mobiliser.

9 Rester vigilant :

- Il faut toutefois rester attentif aux nouvelles formulations de l'enjeu ;
- Toute innovation suppose une lente et patiente construction d'alliances, de coopérations dans un contexte qui, s'il doit être rendu maîtrisable, n'est jamais entièrement stabilisé ni prévisible ;
- Les traductions peuvent devenir trahisons ;
- Des traductions concurrentes peuvent apparaître.

10 Assurer la transparence :

- A toutes les étapes de la constitution du réseau autour de l'élaboration du projet, de l'éparpillement d'entités singulières à la mise en réseau ;
- La confiance en dépend ;
- Or la méfiance entre acteurs est le principal obstacle à l'élaboration d'un projet.



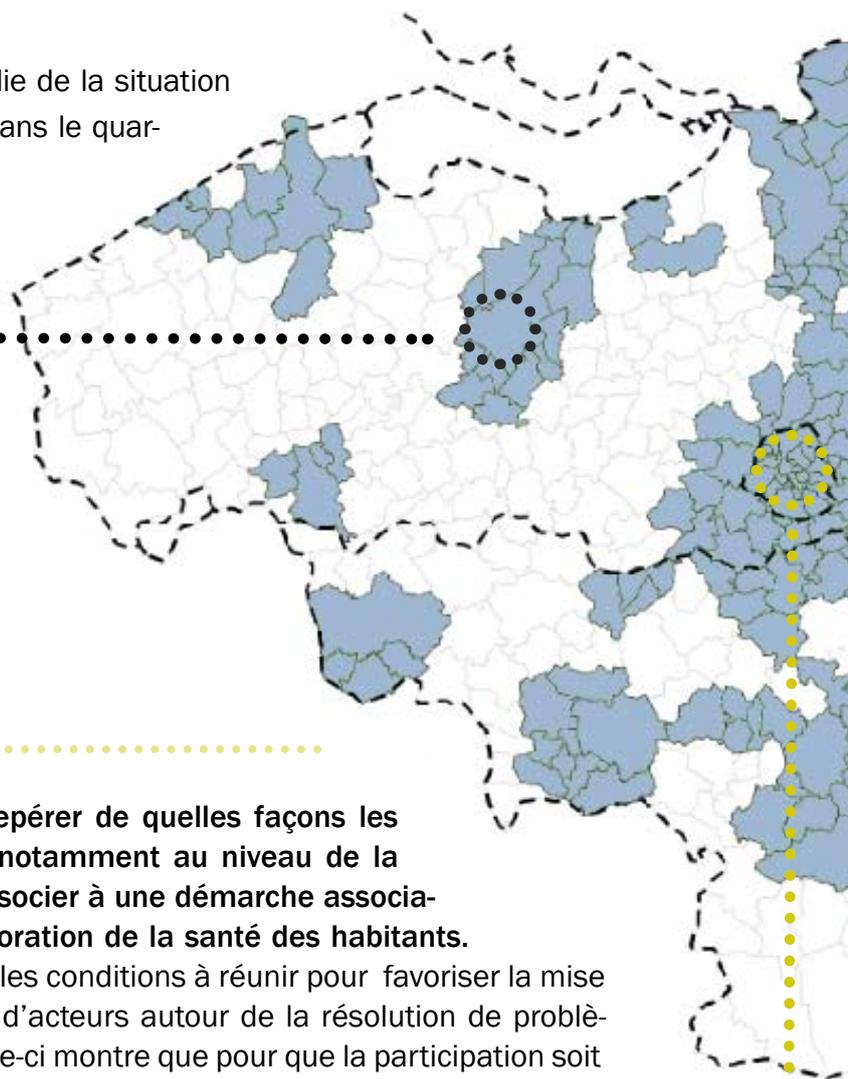
Liège - quartier du Longdoz (© Virginie Damiglio (ESAS))

LES QUARTIERS ET LES THÈMES

Comment développer, au niveau du quartier, un projet sur la santé – au sens le plus large du terme – adapté au contexte du quartier, soutenu par les intéressés et qui a de fortes chances de réussir ? L'analyse approfondie de la situation dans le quartier constitue une première étape cruciale dans ce processus. Cette analyse permettra ensuite, via un processus participatif, de développer un projet concret qui ne soit pas seulement adapté, pertinent et réalisable mais qui offre également les garanties d'un impact concret.

Au départ : une analyse approfondie de la situation concernant le thème de la santé dans le quartier.

Bloemekenswijk



La question ici est de repérer de quelles façons les opérateurs de la PGV - notamment au niveau de la commune - peuvent s'associer à une démarche associative locale visant l'amélioration de la santé des habitants.

Elle se déploie alors vers les conditions à réunir pour favoriser la mise en place d'une coalition d'acteurs autour de la résolution de problèmes locaux de santé. Celle-ci montre que pour que la participation soit crédible, cela suppose un travail sur soi (la nécessaire confrontation de ses préjugés à l'épreuve de la réalité) autant qu'un travail avec les autres (la nécessaire construction d'un contrat de confiance).

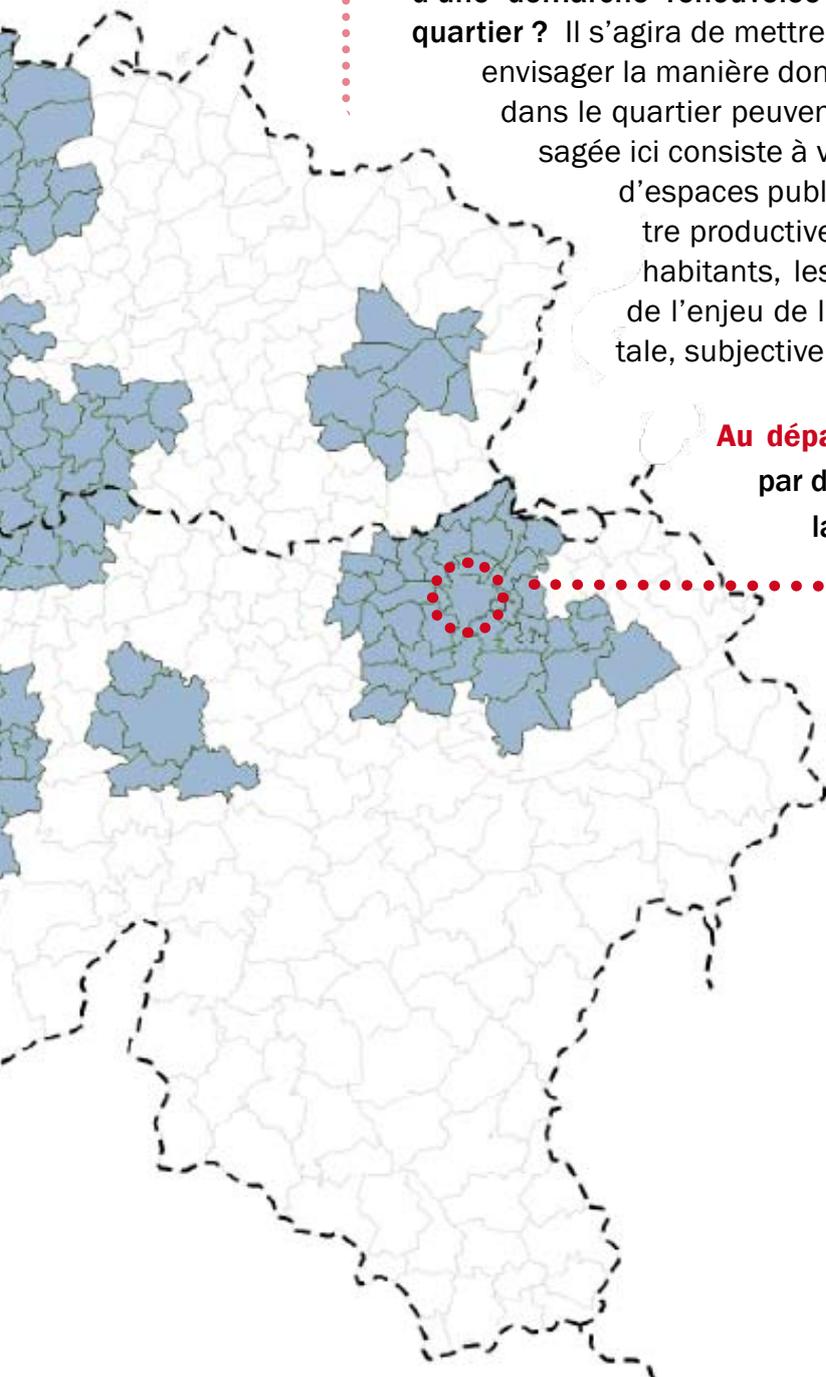
Au départ : une consultation des habitants visant l'appréciation de leur santé et de leur cadre de vie, impulsée par un collectif d'associations.

Quartier du Brabant

Quartier du Longdoz

Comment favoriser la mise en place de coalitions d'acteurs autour d'une démarche renouvelée d'identification des potentialités d'un quartier ? Il s'agira de mettre en évidence les conditions à réunir pour envisager la manière dont espace public et action de mobilisation dans le quartier peuvent aller de pair. La question centrale envisagée ici consiste à voir comment l'aménagement participatif d'espaces publics peut constituer le socle d'une rencontre productive entre le secteur associatif, scolaire, les habitants, les usagers et les pouvoirs publics autour de l'enjeu de l'amélioration de la santé physique, mentale, subjective.

Au départ : une exploration du quartier menée par des écoliers et des étudiants au moyen de la photographie et des arts plastiques.





Liege - quartier du Longdoz (c) Olivia (ESAS)

TROIS COMPTES RENDUS D'EXPÉRIENCES

Bloemekenswijk - Gent

(c) 2008 Google - Imagerie (c) 2008 DigitalGlobe, Cnes/Spot Image, GeoEye

1 2

1 L'analyse de la situation

analyser le contexte

En 2004, le Service de santé de la Ville de Gand a exprimé le besoin d'informations plus détaillées sur la santé au niveau du quartier, avec une attention particulière pour les quartiers défavorisés. Dans ce contexte, le Service de Santé a confié une mission de recherche au Département de Médecine générale et de Soins de santé primaires et au Département de Médecine sociale de l'Université de Gand, en vue d'établir un profil de santé de l'un des quartiers défavorisés de Gand, le Bloemekenswijk.

Nous ne donnons ici que les grandes lignes des constatations. Une conclusion importante est que seule une petite minorité des habitants du Bloemekenswijk se sentent mal en général, alors que la majorité se sent bien, voire très bien. Cependant, plusieurs questions prioritaires très claires se manifestent en ce qui concerne la santé dans le quartier, notamment :

► Même après un contrôle des variables telles que l'âge, le sexe, la formation, l'emploi et le revenu, il semble que les habitants du Bloemekenswijk ont, par rapport aux habitants du reste de la Flandre, plus de risques de juger leurs contacts sociaux insatisfaisants, plus de risques de manifester une profonde tristesse et des problèmes mentaux et plus de risques de souffrir d'obésité.

- L'alimentation dans ce quartier est peu équilibrée et les habitants ne pratiquent pas assez d'exercice physique.
- Les principaux problèmes éprouvés dans le quartier sont les suivants : parking, vitesse et volume de la circulation, crottes de chiens, jeunes qui traînent dans les rues, immondices et pollution.
- 2/5 des habitants sont mécontents des équipements pour les enfants et les jeunes et de la police de quartier.
- 2/5 des habitants estiment ne pas être suffisamment informés des décisions politiques relatives au quartier.

Les résultats de ce sondage correspondent parfaitement aux résultats relatifs à la qualité de vie dans le quartier dans le cadre de l'élaboration du programme de quartier. Dans le cadre de l'action zonale, tous les quartiers de Gand, y compris le Bloemekenswijk, ont lancé un processus participatif avec des habitants du quartier en vue de définir des points d'action prioritaires pour les quartiers. L'action zonale met déjà en pratique un certain nombre de ces questions prioritaires.

Les résultats de l'enquête par questionnaire ont été examinés avec les membres de la plate-forme de concertation sur le bien-être du Bloemekenswijk. La plate-forme de concertation sur le bien-être réunit toutes les organisations professionnelles qui œuvrent au bien-être dans le quartier. Les organisations classiques de bien-être et de santé (comme le CPAS, Kind en Gezin, les soins à domicile, le centre d'activités, l'aide sociale aux jeunes marginaux, les organisations interculturelles, l'animation socioéducative, le centre de santé du quartier, les médecins de famille, ...) ne sont pas les seules à y être représentées ; en effet la plate-forme accueille également des partenaires importants du quartier comme les petites écoles communales, la police de quartier et le musée Dr Guislain. La concertation sur le bien-être est organisée quatre fois par an et est coordonnée par le CPAS.

Les thèmes suivants ont été abordés au sein de groupes de discussion : le tabac, l'excès de poids, l'alimentation, l'activité physique, l'accès aux soins de santé et les sentiments d'insécurité.

À titre d'exemple, nous présentons ici aussi quelques orientations de la réunion de groupe sur la prévalence élevée d'obésité dans le quartier. Chaque groupe a souligné que les personnes obèses ont besoin de beaucoup de soutien et d'encadrement pour pouvoir perdre du poids. De nombreux professionnels ont indiqué que ce n'est pas leur mission de parler aux personnes de leur surcharge pondérale, mais bien celle du médecin généraliste. Souvent, un médecin de famille bénéficie de la confiance du patient et peut donc parler avec lui de choses délicates comme l'excès de poids. De plus, un médecin dispose également de la compétence requise pour pouvoir aider le patient et l'orienter. Bien que chacun était convaincu qu'il appartient au médecin de famille de suivre les personnes, des questions ont été soulevées en ce qui concerne l'aspect pratique du traitement. Les professionnels ont signalé qu'il existe une pléthore de possibilités de perdre du poids pour les personnes obèses, mais que la coordination entre les différentes organisations fait défaut.

Afin de mieux comprendre ce qui se passe dans le Bloemekenswijk, une série d'entretiens exploratoires ont été organisés avec des personnes-clés du quartier, à savoir :

- ▶ le coordinateur des contrats de ville,
- ▶ le coordinateur de la concertation sur le bien-être,
- ▶ le coordinateur du travail de proximité, le coordinateur de l'équipe de proximité et le groupe de travail jeunesse,
- ▶ le coordinateur de l'action zonale,
- ▶ le coordinateur du projet local d'animation socioéducative
- ▶ le coordinateur des activités d'émancipation du CPAS du Bloemekenswijk.

Les intéressés ont exprimé leur satisfaction quant à la possibilité offerte par la recherche-action d'approfondir l'étude déjà menée (sondage et groupes de discussion). En même temps, ils ont mis en garde contre le fait d'interroger (une fois de plus) les habitants sans pouvoir offrir des garanties concernant la mise en place d'initiatives concrètes pour répondre à leurs besoins. À plusieurs reprises, ils ont souligné que, en raison du projet limité de la recherche-action, il était plus urgent de se concentrer sur une communication optimale et une coordination des initiatives existantes que d'envisager le développement d'une initiative supplémentaire.

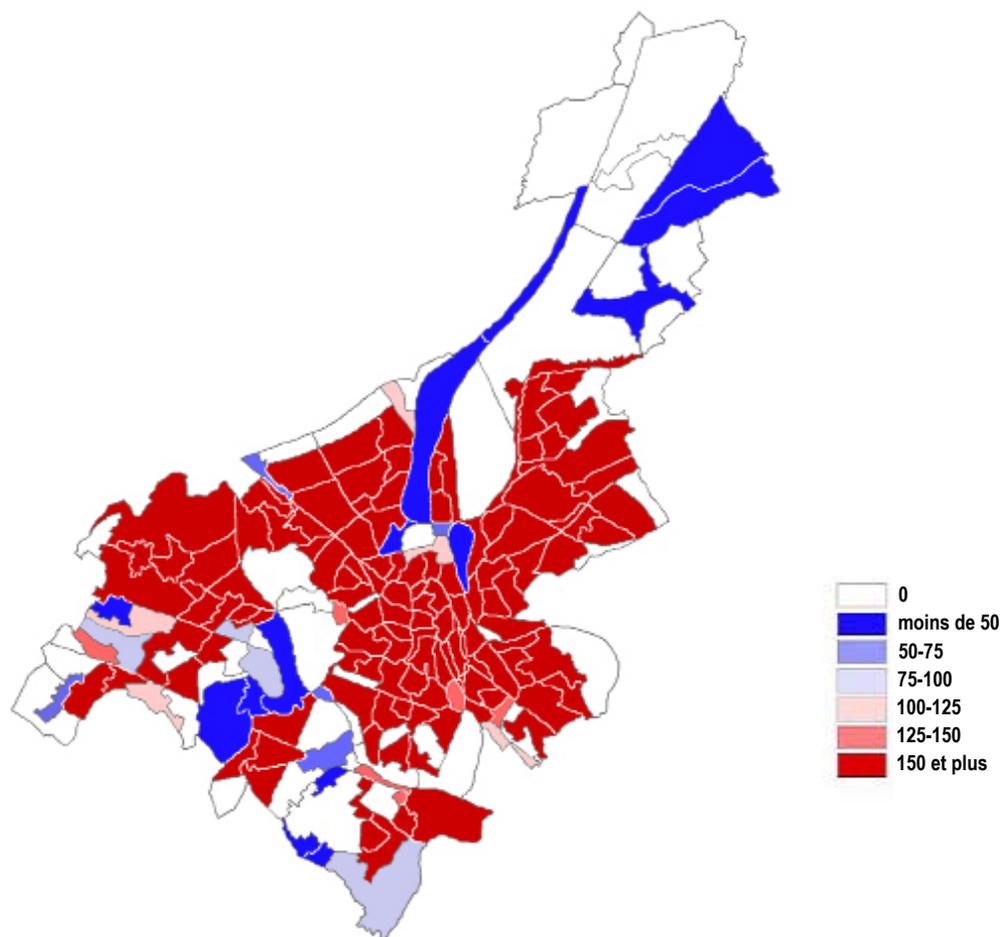
Le CPAS dispose, dans la ville de Gand, de quatre actions collectives axées sur le quartier qui font partie de ses activités d'émancipation. Les thèmes de ces activités de base sont toujours déterminés par les participants (habitants du quartier). Pendant un an, un groupe d'une quinzaine d'habitants du Bloemekenswijk s'est penché activement sur le thème de la santé. Le groupe a demandé que son expertise soit valorisée dans le cadre de la recherche-action. On a envisagé concrètement de rassembler dans un carnet les connaissances et les expériences acquises par le groupe. Ce carnet pourrait ensuite être proposé à d'autres habitants du Bloemekenswijk (via le CPAS et d'autres parte-

naires) comme instrument pratique pour tenter de mener une vie saine (greffé sur la situation dans le Bloemekenswijk).

Il y a quelques années, un carnet similaire a été élaboré au niveau de la ville par Samenlevingsopbouw Gent et ce via un vaste processus participatif.

Cette expérience a démontré que l'élaboration d'un manuel de ce type est un long processus dans lequel des moyens (encadrement pro-

fessionnel et frais de fonctionnement) doivent également être investis. En outre, une garantie de continuité (ce qui implique également le maintien des moyens) est essentielle si l'on veut pouvoir actualiser le produit fini. Puisque ni les activités d'émancipation du CPAS, ni le projet actuel ne laissaient de la marge (moyens/temps) pour développer un tel instrument, et encore moins pour en assurer le suivi, il a été décidé de ne pas l'intégrer dans la recherche-action actuelle.



*Satisfaction par rapport aux services sociaux à Gand
(données INS de l'enquête socio-économique 2001, traitement GEDAP/UCL)*

Sur base de l'examen de l'analyse de la situation dans le Bloemekenswijk et des possibilités de la recherche-action en cours, il a été choisi de donner suite à la demande d'une meilleure circulation des informations dans le quartier. Sans perdre de vue les réflexions des personnages-clés, il a été décidé de poursuivre le processus participatif avec les professionnels actifs dans le quartier tels qu'ils sont représentés dans la plate-forme de concertation sur le bien-être. Via un questionnaire individuel écrit adressé aux membres de la plate-forme de concertation sur le bien-être, la question de base a été approfondie et les différentes possibilités, envisagées par les intéressés dans ce contexte, ont été identifiées. Lors du premier tour, les thèmes suivants ont été évoqués : création d'une carte sociale au niveau du quartier, optimisation de l'agenda du quartier, optimisation de la concertation sur le bien-être. Lors d'un second tour (via e-mail), les principaux résultats du premier tour ont été soumis à toutes les organisations représentées dans la plate-forme de concertation, pour les approfondir ensuite. Dans ce cadre, deux thèmes centraux ont été mis en évidence : l'agenda du quartier et l'action de la plate-forme de concer-

tation sur le bien-être. En ce qui concerne l'action de la plate-forme de concertation sur le bien-être, les personnes interrogées étaient très enthousiastes à l'idée de travailler autour d'un thème spécifique afin d'encourager une participation plus active et un plus grand dynamisme de la plate-forme. Une approche thématique de la concertation permet également, au cours d'une seule concertation, de présenter toutes les organisations actives dans des domaines relatifs au thème en question. De cette façon, les participants obtiennent «d'un seul coup d'œil» un aperçu de la thématique : «une carte sociale vivante» pour ainsi dire. Les avis étaient encore partagés quant aux modalités concrètes d'une organisation plus thématique de la concertation. Afin d'arriver à un consensus à ce sujet, ces modalités ont été présentées pour discussion à la concertation sur le bien-être du 16 mai 2008.

Le développement bottom-up d'un projet 2

problématiser et traduire

Sur base des étapes précédentes, il a été décidé de concentrer le projet (à développer) sur l'action de la plate-forme de concertation sur le bien-être. Les membres de cette plate-forme ont indiqué que, pour eux, il s'agissait d'un instrument essentiel et utile, mais qu'il était encore sous-exploité. Ils ont souligné que des améliorations pouvaient être apportées surtout dans le domaine de la dynamique générale, du taux de participation et de l'efficacité.

Lors de la concertation sur le bien-être du 16 mai 2008, les résultats des tours précédents ont été présentés. Une discussion sur l'action de la plate-forme de concertation sur le bien-être a été soulevée à l'aide d'une série de cita-

tions issues des tours précédents (c'est-à-dire des propos de membres de la plate-forme proprement dite). Dans ce cadre, il a été demandé de réfléchir à une série de nouvelles méthodes de travail pour la concertation sur le bien-être.

La mission qui consistait à se pencher, en petits groupes, sur des questions très concrètes, s'est immédiatement soldée par une discussion très animée et productive. Les idées générées dans les petits groupes individuels ont ensuite été soumises à l'ensemble du groupe. En règle générale, les participants étaient très enthousiastes à l'idée d'organiser la concertation sur le bien-être de façon plus thématique. Des suggestions très variées ont été formulées

quant à sa mise en œuvre concrète. De plus, une série de suggestions relatives à la technique de réunion ont été émises dans le but d'assurer une participation accrue à la discussion.

Ces suggestions ont été, une fois de plus, présentées pour discussion lors de la concertation sur le bien-être. De petits groupes de travail ont développé un certain nombre d'idées qui ont ensuite été débattues dans l'ensemble du groupe jusqu'à l'obtention d'un consensus. Ensuite, le groupe a élaboré, avec beaucoup d'enthousiasme, un plan par étapes afin de transposer les engagements pris dans l'action de la plateforme de concertation sur le bien-être.

Il est évident que la fin de la recherche-action annonce le début du projet proprement dit. L'élaboration, la mise en œuvre et l'ancrage des idées développées pour améliorer le dynamisme et l'efficacité de la concertation sur le bien-être exigeront un effort soutenu de la part de tous les intéressés. Par ailleurs, le projet contribuera largement à alimenter la discussion sur le développement et l'uniformisation du rôle et de l'action de la plate-forme de concertation sur le bien-être dans les différents quartiers gantois.

L'écriture du script et l'enrôlement 7

enrôlement et mobilisation

Printemps 2006, des organisations locales du quartier Brabant ont pris l'initiative de réaliser, en collaboration avec LOGO Brussels Gezondheidsoverleg, un projet pour la promotion de la qualité de vie au sein du quartier Brabant. Ces organisations sont la Maison Médicale du Nord, Pléiade Nord, Samenlevingsopbouw Brussel, Espace P et Limiet Limite. Cette coalition d'acteurs a démarré sur le constat que les campagnes de prévention traditionnelles n'at-

teignaient pas les habitants des quartiers défavorisés. Pour remédier à ce problème, l'un des atouts du quartier Brabant est la participation des habitants aux activités proposées par les différentes associations locales existantes. En misant sur ces ressources locales, ce collectif d'associations envisageait d'aborder les problèmes de santé d'une façon intersectorielle et de mettre en œuvre des actions sur mesure pour le quartier.



Automne 2006, lors de la journée sans voiture à Bruxelles, ces associations fêtent leur récente adhésion au projet régional « Bruxelles Ville-Région en Santé » et le lancement officiel de leur projet dénommé « Quartier Brabant Bouge! / Brabantwijk beweegt! ». Ce fut l'occasion pour les partenaires de réaliser un premier round d'interviews des habitants du quartier avec le soutien du projet « Bruxelles Nous Appartient » (<http://www.bna-bbot.be>). Confortablement installés dans un "lit d'amour" mobile, ces habitants ont pu donner leurs premières impressions sur la qualité de vie dans leur quartier, évoquant différents thèmes tels la sécurité, le logement, la vie sociale, les espaces publics, la mobilité, etc.

Souhaitant approfondir cette ébauche de diagnostic local de santé, les associations envisagent alors de rédiger un « Portrait de santé du quartier Brabant », à l'instar du "Bilan de santé

du Vieux-Molenbeek” réalisé par le LOGO en 2000. Printemps 2007, un questionnaire est rédigé collectivement. Il se structure en trois sections concernant :

- ▶ la qualité de vie autour de la première question générale “Est-ce un quartier agréable à vivre?”;
- ▶ les problèmes de santé autour de la deuxième question générale “Le quartier a-t-il une influence sur la santé des habitants?”;
- ▶ les priorités d'action autour de la troisième question générale “Quels problèmes de santé devraient-ils d'abord être travaillés?”.

Les associations parviennent en deux mois à interviewer 55 usagers du quartier (dont 41 professionnels) et 67 habitants du quartier (dont 7 professionnels). Des permanences de rue sont organisées ainsi que des rencontres avec les professionnels.

Il est important de remarquer ici que le contexte n'a pas été défini autrement que via l'expérience des professionnels et l'analyse des réponses aux questionnaires qu'ils ont eux-mêmes réalisés et diffusés. A aucun moment, les données existantes (celles reprises dans l'atlas de la PGV ou dans celui de l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles) n'ont été

mobilisées pour décrire le contexte du quartier du Brabant.

Une première analyse effectuée par les deux chercheurs associés au collectif - Isabelle Doucet (UDelft) et Julien Pierart (UCL) - a démontré certaines divergences de vue entre les répondants. Au terme d'une analyse factorielle de correspondance, deux types de répondants sont apparus clairement :

- ▶ les **habitants**, d'une part, qui insistent davantage sur l'environnement immédiat (le quartier) et son incidence néfaste sur la santé mentale;
- ▶ les **professionnels**, d'autre part, qui citent davantage le logement parmi les problèmes de qualité de vie et son incidence néfaste sur la santé physique.

Parallèlement à l'analyse des résultats de l'enquête, une autre approche est développée selon la méthode du “diagnostic en marchant” habituellement utilisée dans les projets de Bruxelles Ville-Région en Santé (OMS) : au départ d'une invitation à parcourir leur quartier, les habitants relèvent précisément ses forces et faiblesses et tâchent d'imaginer par la suite des solutions concrètes aux problèmes identifiés.

10 La récalcitrance et la méfiance

assurer la transparence

Automne 2007, on constate premièrement que faire état des divergences entre professionnels et habitants apparues dans l'analyse de l'enquête n'est pas propice aux traductions-associations permettant de constituer un réseau d'acteurs efficaces. Ainsi, l'intérêt manifesté par le coordinateur du Contrat Logement (PGV) de la commune de Schaerbeek ne rencontre pas d'emblée l'intérêt du collectif “Quartier Brabant Bouge!” soucieux d'adopter le point de vue des habitants (axé sur l'environnement immédiat) plutôt que celui des professionnels (axé sur le logement).

Deuxièmement, on constate également que les invitations répétées à pratiquer un diagnostic en marchant dans le quartier du Brabant n'ont pas rencontré le même succès que dans les autres projets de Bruxelles Ville-Région en Santé. Chacun des trois diagnostics en marchant qui furent organisés a donné lieu à un très faible taux de participation des habitants. Le collectif de professionnels étant chaque fois en surnombre par rapport aux deux ou trois habitants présents, celui-ci décide finalement de ne pas poursuivre dans cette voie et de remettre à l'ordre du jour les résultats de son enquête. La présentation

publique du « Portrait de santé du quartier Brabant » offrirait l'occasion de mobiliser, plus tard, les habitants.

Une deuxième analyse permet d'identifier un troisième type de répondants mêlant indistinctement professionnels et habitants autour de la désignation de problèmes de santé physique engendrés par l'environnement immédiat du quartier. Parmi ces problèmes de santé physique, le collectif "Quartier Brabant Bouge! / Brabantwijk beweegt!" identifie comme prioritaire celui qui concerne les troubles du sommeil.

Les troubles du sommeil présentent un intérêt certain et suscitent rapidement l'enthousiasme du collectif en ce qu'ils permettent d'aborder une problématique plus large concernant les activités nocturnes au quartier du Brabant. Mais aussi parce qu'ils ne semblent pas être suffisamment pris en compte par les autres associations ou par les pouvoirs communaux.

Il s'agit alors de définir un point de passage obligé - un lieu, un moment, une action - où la collaboration active de toutes les parties devient effective et constitue un moment important de la convergence des acteurs et de la stabilisation du réseau. Le 21 mars 2008, journée internationale du sommeil, sera la première occasion annoncée de présenter le « Portrait de santé du

quartier Brabant » (la date a ensuite été reportée).

L'annonce de cette date a circulé au sein de l'administration communale de Schaerbeek. Le rôle joué par les coordinateurs des contrats de ville et logement de la PGV y est pour beaucoup, ceux-ci ayant pris soin d'informer leurs collègues des différents services (mobilité, prévention-sécurité, rénovation, logements sociaux, échevinat de la santé) du diagnostic local en cours et de l'opportunité de développer des actions ciblées sur le sommeil des habitants du quartier Brabant. Au grand étonnement des coordinateurs PGV en place à Schaerbeek, les problèmes de sommeil des habitants du quartier Brabant semblent constituer une bonne "agence de traduction". Plusieurs réactions positives émanant de différents services et diverses propositions de projets leur sont parvenues.

Mais, malgré le constat d'un intérêt certain pour cette problématique tant du côté de l'administration communale que du côté des associations, les allers-retours du chercheur entre les uns et les autres ne parviennent pas à susciter une traduction-association. « Les loups sortent du bois ! » et « ils doivent jouer le jeu sinon rien ! » furent les seules prises de position constatées de part et d'autre, trahissant la nécessité d'un contrat de confiance.

De la participation à la planification

5

investir dans les formes

Le collectif "Quartier Brabant Bouge!" décide quant-à-lui de remettre à plus tard une possible collaboration avec l'administration communale et de poursuivre l'organisation de la présentation publique du « Portrait de santé du quartier du Brabant ».

Pour éviter la cacophonie lors de la présentation du « Portrait de santé », il est nécessaire de consentir à des investissements de forme, c'est-à-dire de réduire la complexité des situations évoquées pour les rendre saisissables,

surtout par les habitants.

Pour ce faire, le collectif "Quartier Brabant Bouge!" délègue à une agence de graphisme le soin de nourrir les habitants (« feed-back ») avec des informations du diagnostic local de santé qui soient claires et propices à une mobilisation collective autour de leurs enjeux de santé.

En même temps, un petit film concernant les problèmes de sommeil dans le quartier est réalisé par le collectif d'associations avec l'aide d'un habitant-réalisateur-monteur-producteur.

Assumer les conséquences 4

les porte-parole

La question de la légitimité du collectif à être porte-parole des habitants dans une démarche de diagnostic local de santé ne va pas de soi. Elle place les associations face à leurs bonnes intentions initiales d'agir comme des organes d'*empowerment*¹⁵ dotant les habitants de certaines capacités. Vœu pieu réitéré lors de leur inscription dans la lignée des projets de Bruxelles Ville-Région en Santé dont l'un des objectifs est d'équiper les habitants pour qu'ils soient en mesure de dialoguer avec les administrations, notamment communales.

Les habitants ont tout d'abord été consultés dans un « lit d'amour » puis lors des permanences de rue destinées à récolter des réponses à l'enquête. Le fait de se tenir en rue à grandement favorisé le travail de collecte des données. Pourtant, les trois rendez-vous fixés aux habitants dans ces mêmes rues en vue de réaliser un diagnostic en marchant n'ont pas produit la rencontre espérée.

Suite à cet échec, il fut décidé que la présentation du « Portrait de santé » soit plus qu'un simple feed-back auprès des habitants. On espérait qu'elle puisse donner naissance à la constitution d'un noyau d'habitants autour de l'identification de solutions concrètes à leurs problèmes de sommeil. Un « journal du sommeil » a même été créé à l'intention des habitants pour les inviter à recenser durant un mois les nombreux bruits et autres événements qui les réveillent durant la nuit.

Lorsque vint le jour de la présentation du « Portrait de santé » dans une salle à peine inaugurée au milieu du parc Reine-Verte, parmi des représentants d'associations du quartier et des rares services communaux présents (dont le contrat Logement de la PGV), les quelques habitants invités parce qu'ils apparaissaient dans le film se sont montrés quelque peu récalcitrants. Ils ont en effet réagi davantage aux problèmes d'hygiène publique à peine entrevus lors de la projection plutôt qu'aux problèmes de sommeil sensés depuis le début susciter leur intérêt et les mobiliser. « J'en ai marre que des gens pissent sur ma porte ».

Le collectif « Quartier Brabant Bouge! / Brabantwijk beweegt!» se divise. Certains souhaitent mener un travail d'approfondissement de la problématique des troubles du sommeil, en menant une enquête sur la prescription de somnifère dans le quartier. D'autres souhaitent réorienter le projet sur base des réflexions des habitants et travailler sur la propreté. Ils n'hésitent pas à revenir sur le moment d'identification du problème prioritaire au départ de l'enquête. Ce faisant, ils remettent en question la chaîne de traductions-associations qui a fait tenir le réseau jusqu'à présent et testent sa capacité à rester réversible, c'est-à-dire ouvert à de nouvelles formulations de l'enjeu. L'extrait du mail ci-dessous résume les hésitations et vraisemblablement l'abandon de l'un des membres du collectif. Hésitations sur lesquelles se clôture ce compte rendu.

« Bonjour,

Je me suis renseigné auprès de médecins sur la faisabilité d'une étude concernant la prescription des somnifères dans différents quartier pour pouvoir comparer et voir s'il y a une différence entre des quartiers défavorisés / favorisés ? => il faut compter un chercheur à temps partiel durant un an.

Notre équipe reste néanmoins toujours sceptique par rapport à l'amplitude du travail et est d'avis qu'on risque de ne pas aboutir. Un médecin m'a référé à une publication de la

SSMG (Société Scientifique de Médecine Générale) sur l'insomnie et sa prise en charge en première ligne. Je vous invite à aller voir cette publication, accessible sur le net <http://www.ssmg.be>. On peut y lire que d'après l'Enquête de Santé par Interview réalisée en 2001, 1 personne sur 5 (20%), de 15 ans ou plus, mentionnait des problèmes récents liés au sommeil. Nous pouvons y lire également que les problèmes augmentent suite à plusieurs facteurs dont l'appartenance à une classe socio-économique défavorisée. (Plus besoin de faire une recherche alors). Il est donc tout à fait logique que nous ayons trouvé le problème de sommeil si présent, et ce n'est pas forcément un problème de santé du quartier mais plutôt un problème général.

Je vous invite à réfléchir pour savoir si le travail d'approfondissement que nous avons programmé a vraiment un sens ? Qu'allons-nous faire avec les résultats ? Nous pourrions éventuellement réfléchir sur ce qu'on pourrait mettre en place (ou dynamiser) comme réponse à ces problèmes de sommeil ? (voir aussi la publication de la ssmg).

Mais notre équipe trouve que ce serait plus concret de travailler sur la propreté et rendre le quartier plus agréable, malgré que beaucoup d'efforts aient déjà été faits dans ce sens. Et il est vrai que si on reprend le Portrait de santé, on voit que le plus important qui devrait changer selon les habitants/professionnels c'est d'obtenir plus de propreté. Après il y a le besoin d'améliorer les espaces publics et autres encore (voir la rubrique « Que doit-on changer dans le quartier ? »)

Je n'ai donc pas l'appui de mon équipe pour pouvoir m'investir dans les enquêtes et personne n'est chaud pour chercher des personnes pour le journal du sommeil, parce que pour eux ce travail risque de ne pas aboutir.

Qu'est-ce qu'on fait avec ça ? »

Limites de la perplexité et intéressement

7

enrôlement et mobilisation

Comment favoriser la mise en place de coalitions d'acteurs autour de la résolution de problèmes locaux de santé ? A la différence du projet au Quartier du Brabant - où l'on a affaire à une sédimentation importante d'associations multiples et variées - et du projet au Bloemekenswijk - où l'on dispose d'informations socio-sanitaires pointues -, le quartier du Longdoz offre un territoire en friche.

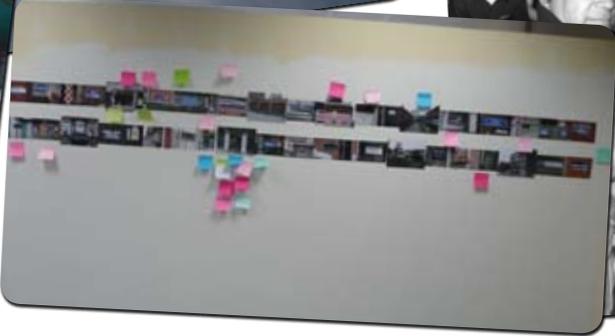
Historiquement, ce quartier est touché par la désaffectation d'une gare importante et de nombreuses usines (dont Espérance-Longdoz) qui ont laissé une grande partie de son territoire à l'abandon. De plus, une désaffectation politique notoire a contribué à laisser ce quartier en l'état pendant près de trente ans. La "friche du Longdoz", la "friche Palmolive" ou "l'assiette du chemin de fer" en sont les exemples marquants, de même que la galerie commerçante qui se vide peu à peu de ses commerces et de ses clients.

Ceci est du moins une première façon de contextualiser les problèmes de santé au Longdoz dont on peut se faire une idée au vu du risque élevé de mauvaise santé subjective à cet endroit (enquête socio-économique, INS, 2001). Ce qui ressort principalement de cette mise en contexte est l'impact négatif de l'environnement

physique sur la santé des habitants et la nécessité de trouver des améliorations en matière d'aménagement des espaces publics urbains. La tendance actuelle consiste à remplir certains de ces espaces vides par des projets "en béton" pourrait-on dire puisque 6,5 hectares de friches vont bientôt être occupés par un complexe géant appelé "Médiacité" et figurant parmi les 12 grands travaux du projet de ville liégeois. L'Association pour la Promotion du Longdoz (composée d'habitants et de commerçants) et le Comité de concertation des riverains figurent parmi les acteurs particulièrement attentifs au développement de la Médiacité. Des compensations (prévues dans les charges d'urbanisme) font l'objet de négociations entre ceux-ci, les promoteurs immobiliers et les autorités communales. Mais le recours à la pétition et aux enquêtes publiques se soldant par de nombreuses plaintes révèle le manque de dialogue et de communication entre ces acteurs.

Une deuxième façon de contextualiser les problèmes de santé au Longdoz a consisté à développer le point de vue des nouveaux arrivants du quartier, des usagers, des jeunes, des enfants, dont **le regard frais** permet:

► d'identifier d'autres acteurs en présence, d'autres intérêts, d'autres enjeux ;



► de formuler d'autres interrogations susceptibles de produire de nouvelles convergences entre acteurs concernés par la santé des habitants du Longdoz.

C'est sur base de cette hypothèse de travail que nous avons choisi de démarrer le diagnostic local de santé avec des étudiants de l'ESAS (Ecole Supérieure d'Action Sociale) et des enfants du Collège St-Louis, ces deux établissements scolaires faisant partie du quartier.

La photographie est le médium qui a été utilisé avec les étudiants de l'école supérieure du quartier. Si la photographie installe d'emblée une certaine familiarité, son usage encadré par un professionnel recèle plusieurs atouts dans une démarche de diagnostic local de santé :

- elle crée des liens, car la prise d'une photo est une occasion pour entrer en relation;
- elle fait émerger différents points de vue sur une même problématique;
- elle permet de les partager rapidement par le biais d'expositions publiques, sites web, cartes postales, etc.;
- elle produit un effet de décalage et d'interrogation du réel, voire une interpellation;
- elle fonde le dialogue hors d'un cadre pré-imposé.

L'usage de la photographie dans ce projet ne peut être assimilé à un regard esthétisant les réalités d'un quartier car il s'ancre dans un dispositif méthodologique conçu pour donner aux habitants du Longdoz la possibilité 1) de se rencontrer, 2) de réagir et 3) d'agir.

Un évènement constituera une fois de plus le point de passage obligé de l'élaboration d'un projet de santé. A l'occasion de la Biennale de la Photographie, les photographies réalisées sont exposées dans un commerce vide de la galerie du Longdoz (future Médiacité). Au moyen de post-it, des habitants, des usagers ou de simples visiteurs du quartier sont invités à réagir aux photographies en laissant à lire aux autres ce qui constitue selon eux « le meilleur du Longdoz ».

Durant cette exposition est également exposée une maquette du quartier réalisée avec des enfants du Collège St-Louis au sein d'un centre d'expression et de créativité du quartier (l'Atelier Graffiti). La réalisation de cette maquette permet d'aborder l'espace physique et social d'un quartier au regard - pour le moins frais et original - d'enfants âgés de 11 à 12 ans.

La narration des parcours maison-école sous la forme de carnets de voyage, la construction de la maquette du quartier avec l'insertion de certaines photographies des étudiants de l'école supérieure, la création de romans-photos relatant des histoires mi-imaginaire mi-vécues qui font la vie du quartier, tous ces éléments offrent à chaque fois de nouveaux regards sur le quartier.

Intégrés dans un dispositif communicationnel focalisé sur l'élaboration d'un projet, ces activités créatives deviennent des outils intéressants qui offrent aux enfants des ressources communicationnelles. Ils donnent à voir leur rapport à l'espace physique du quartier. Ses spécificités marquantes y sont amplifiées au travers des échelles utilisées:

- la hauteur des bâtiments opaques et sans signification propre (le Collège a été placé en premier lieu au centre, puis la galerie commerciale, l'atelier Graffiti et deux pâtés de maison),
- la largeur de certaines voiries toujours perçues comme dangereuses (la rue Grétry apparaissant comme un boulevard),
- les rares coins de verdure (un arbre planté au milieu d'un rond-point, un "très long" sentier qui ne fait pas plus de quinze mètres en réalité),
- la grille (gigantesque) du Collège décrite comme une grille de prison,
- le Collège, lieu central et en même-temps coupé du quartier par sa grille, où les professeurs sont des géants, seul endroit où il y a beaucoup d'arbres et des enfants,
- la localisation précise des arrêts de bus et des quelques passages pour piétons,

► l'eau du cours d'eau proche dont le bleu initial a été peu à peu rendu à sa couleur naturelle (brune),

► le chantier de la Médiacité, trou béant et boueux apparu seulement après de nombreuses séances et suite à l'insistance des chercheurs, figure à l'extrémité de la maquette, hors du quartier.

Les romans-photos réalisés avec des photographies des étudiants de l'ESAS nous racontent

autant de tranches de vie du quartier. Ils évoquent tantôt des problèmes de propreté, d'alcoolisme, une histoire d'amour, une guindaille étudiante, la solitude dans les transports en commun, l'absence de verdure, la misère de certains passants, la mort sur la route ou sous les décombres du chantier, etc. Souvent, une petite morale vient clore le récit, rappelant le point de vue désapprobateur des enfants par rapport aux réalités du quartier qu'ils vivent à leur façon.

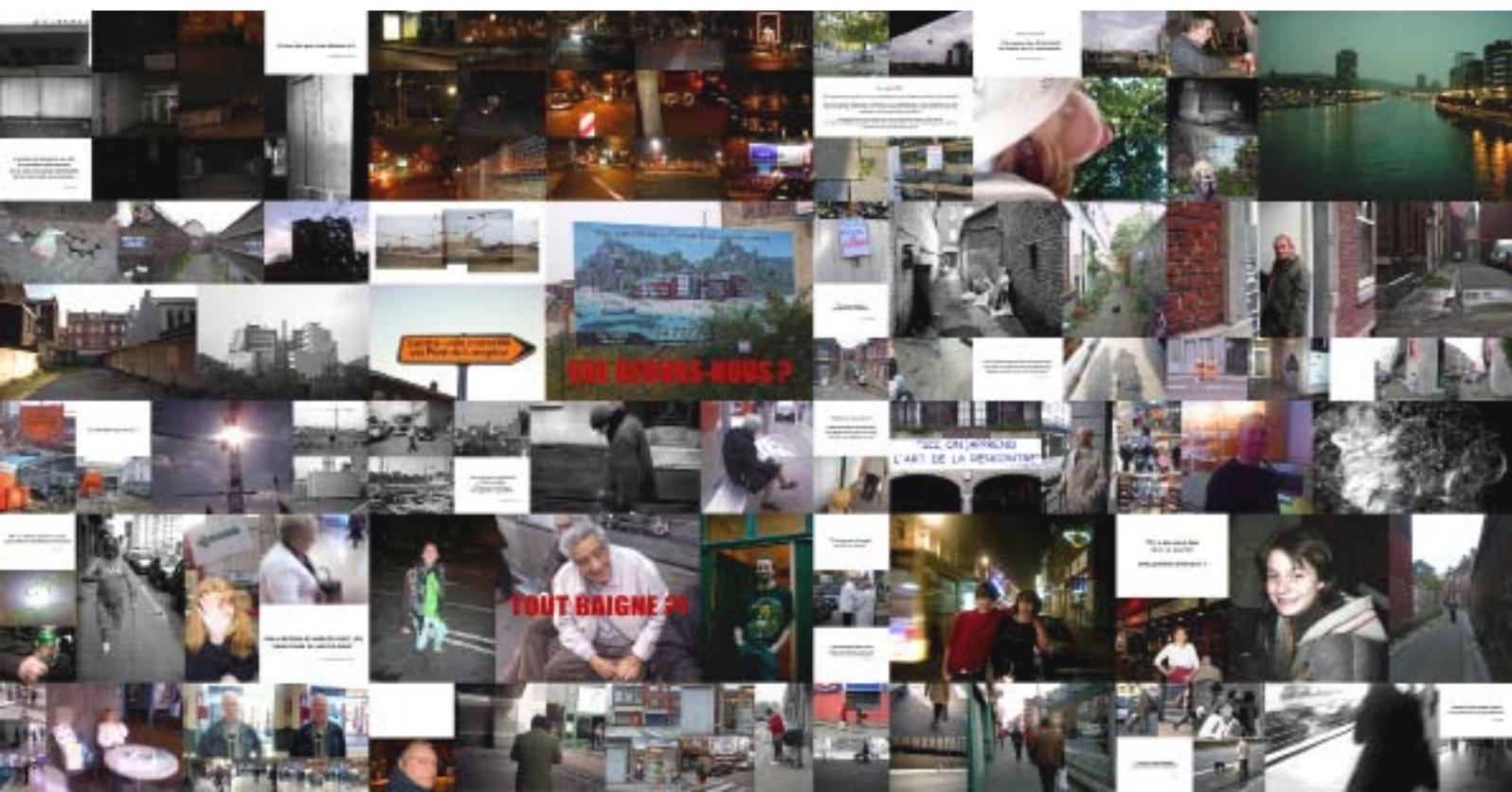
3 Equiper les habitants

L'exposition est un succès. Les photographies et la maquette intéressent. Idéalement situé, le local n'est jamais vide très longtemps. Les visiteurs, pour la plupart habitants du quartier y viennent et y reviennent parfois. Des post-its s'accumulent sur les murs et les photos durant dix jours. L'exercice qui consiste à identifier le meilleur du Longdoz est difficile et fait parler les gens entre eux. Certains habitants nous disent avoir du dormir une nuit sur cette question pour lui trouver une réponse. Pourtant le résultat est là : l'exposition contribue à dépla-

le point de passage obligé et la convergence

cer le regard des habitants, pour un temps seulement, des problèmes du quartier aux ressources du quartier. Même les photos du projet immobilier (la galerie commerciale géante) ne nourrissent pas que des avis négatifs.

En cela, le travail d'identification préalable des ressources d'un quartier contribue grandement à l'identification d'un point de passage obligé susceptible d'engendrer la convergence des acteurs. Une fois de plus, la composition du collectif d'identification des ressources est



intimement liée aux ressources qui sont identifiées. Ce que les habitants identifient comme ressources au cours de cette exposition est très différent des ressources que les professionnels identifient lorsqu'ils composent leur annuaire des services. Par exemple :

- « le meilleur du Longdoz, c'est moi ! Quarante ans de commerce dans le quartier » ;
- « le meilleur du Longdoz ce sont ces barrières qu'on a mises entre les jardins. Quand il fait beau, on peut les ouvrir » ;
- « mon quartier est assez plat, avec de larges artères pour se déployer » ;
- « ici, c'est une autre respiration » ;
- « le meilleur du Longdoz, ce sont ses habitants » ;
- « on vieillit mieux ici qu'à la campagne. Rencontrer des gens, c'est bien meilleur pour le cerveau » ;
- « ce que j'aime c'est que mon quartier ne se cache pas derrière une vitrine ».

De nombreux membres du comité de quartier sont également venus délivrer leur regard positif sur le quartier.

Pourtant le soir du dernier jour de l'exposition, ce même comité se réunit en présence des autorités communales. Le contexte est tout autre et ce qu'on y entend aussi. Il n'est plus question ici d'identifier le meilleur du Longdoz. Un dispositif communicationnel minimum fait s'asseoir d'un côté de la salle, des autorités lo-

cales qui viennent une fois de plus quérir les doléances des habitants par rapport au projet immobilier, de l'autre côté de la salle, des habitants qui viennent une fois de plus se plaindre des nuisances liées au chantier et veulent en savoir plus sur l'affectation des budgets compensatoires. Il est question d'aménager une plaine de jeux sur une ancienne assiette de chemin de fer.

Le début de la réunion en présence de la police donne le ton : la plainte est omniprésente – sans doute l'unique produit possible de ce genre de rencontre. Elle est souvent individualisée, certains habitants profitant de la présence du bourgmestre pour attirer son attention sur leurs problèmes particuliers. A ce type de requête tellement fréquent dans le chef des habitants, répond une écoute polie de la part des autorités qui renvoient les questions trop précises à des techniciens ou à des réunions ultérieures. Des rendez-vous sont pris aux permanences des échevins concernés. Les problèmes gênants qui malgré tout subsistent sont déréalisés à coup d'arguments d'autorité. Le « vrai » problème des habitants finit par ne plus exister. Au problème -crucial pour le comité de quartier-, de l'absence d'espaces verts pour les enfants, répond l'argument d'autorité qui invite les habitants à prendre l'avion pour constater que « leur quartier est situé dans une des villes les plus vertes de Belgique, voir d'Europe... ».

Le scénario classique d'une gestion de proximité qui continue d'œuvrer dans des dispositifs d'acceptation sociale de choix antérieurs¹⁶.

la vigilance

La recherche-action s'achève hors des arènes classiques de la dite concertation, lors d'une visite organisée pour les habitants du comité de quartier. Il s'agit de partir à la rencontre d'autres habitants dans d'autres quartiers, à Bruxelles. Et de découvrir d'autres pratiques institutionnelles qui offrent à la démocratie

Cadrer les rapports de force **9**

participative des chances réelles de venir renouveler la gestion de proximité. Deux projets déjà réalisés laissent les habitants du Longdoz rêveurs.

L'un dans le cadre d'un aménagement participatif d'un parc géré par Bruxelles Environne-

ment/Leefmilieu Brussel. Où on retrouve l'usage d'une maquette permettant aux enfants de réfléchir à la composition de l'espace qui leur est destiné. Où on retrouve également un centre d'expression et de créativité local, des artistes du quartier ainsi qu'une entreprise d'économie sociale locale œuvrant à la réalisation des structures de jeux sur base de dessins d'enfants.

L'autre projet vise à créer un espace de rencontre et d'échange au sein d'un jardin pédagogique. Il émane de l'intention initiale d'un comité d'habitants de Laeken de réhabiliter un terrain vague enclavé situé à proximité d'un chemin de fer. Suite à la découverte des problèmes de

pollution du sol, des solutions ont été imaginées pour reconvertir le potager urbain initialement prévu en un jardin pédagogique avec un potager de cultures hors-sol. Soutenu par l'organisme Bruxelles-Ville Région en Santé (OMS), ce projet contribue à renforcer le rôle des habitants dans la gestion des espaces publics prévue dans les contrats de quartier bruxellois. L'idée de transformer une friche sale et peu sûre en un jardin pédagogique, n'est pas née de nulle part mais bien de la visite d'une initiative londonienne par les habitants du quartier bruxellois. Ces habitants se sont constitués en asbl et, désireux de transmettre leur savoir-faire, ils accueillent régulièrement d'autres collectifs d'habitants intéressés.



Bruxelles - visite des jardins potagers par des habitants du Longdoz (c) Julien Pierart



Liège - quartier du Longjumeau - travaux de la Média-cité (c) Katy Gillon

LES OBSTACLES ET LEUR DÉPASSEMENT



(c) Melissa Lekeune (ESAS)

1 De l'analyse du contexte à problématiser et traduire

L'élaboration d'un projet sur la santé est une affaire de choix bien étayés. En 2001, le COHRED a publié un manuel très clair qui aide les utilisateurs à fixer des priorités de recherche. Toutefois, ce manuel s'avère également utile lors de la mise sur pied d'un projet local sur la santé.

Le COHRED (Council on Health Research for Development) est une organisation internationale qui milite pour la reconnaissance d'une enquête de santé de qualité en tant qu'instrument essentiel de l'amélioration de la santé et de la réduction de la pauvreté et de l'inégalité sociale.

Dans ce cadre, il est très intéressant de constater que le manuel présente un aperçu clair des différents critères qui peuvent être utilisés dans le processus de fixation de priorités. Il faut en effet répondre à des questions essentielles relatives à l'opportunité, la pertinence, la faisabilité et l'impact possible du projet.

- ▶ Le projet cadre-t-il avec le contexte spécifique du quartier et avec le contexte urbain plus large ?
- ▶ Répond-il aux besoins des intéressés ?
- ▶ Quelle est l'ampleur du problème auquel le projet veut apporter une réponse ?
- ▶ Le problème n'est-il pas déjà abordé par d'autres initiatives ?
- ▶ Le projet s'inscrit-il dans la dynamique du quartier ?
- ▶ Les moyens pour développer, mettre en œuvre, suivre et ancrer le projet sont-ils suffisants ?
- ▶ Existe-t-il des garanties d'un soutien durable ?
- ▶ Quel sera l'impact du projet ?
- ▶ En quoi sera-t-il utile pour les intéressés ?
- ▶ Comment les résultats du projet seront-ils utilisés ?

Afin de répondre aux questions sur l'opportunité et la pertinence, il importe de réaliser une analyse détaillée de la situation. Dans ce cadre, il est essentiel de s'appuyer sur les informations qui ont déjà été recueillies dans le quartier. Plus la nature du matériel est variée (d'un point de vue qualitatif, quantitatif, rapports d'expérience, projets photographiques, ...), mieux c'est. Si nécessaire et dans la mesure du possible, les lacunes rencontrées dans les informations peuvent être comblées par une enquête supplémentaire. Comme toujours, la méthode dépend de la question spécifique de l'enquête et de son contexte. Il existe de nombreux manuels qui aident à trouver les méthodes de recherche appropriées.

Par exemple, la Valisette de la participation a été développée par Samenlevingsopbouw Vlaanderen et par le Réseau Flamand des associations qui donnent la parole aux pauvres (<http://www.wvc.vlaanderen.be/lokaalsociaalbeleid/>). À cet égard, la Fondation Roi Baudouin (http://www.viwta.be/content/nl/new_Praktische_toolkit.cfm), le VIG (www.vig.be) en Flandre et le NIGZ (www.nigz.nl, www.wijkslag.nl) aux Pays-Bas proposent une série d'instruments très utiles et axés sur la pratique.

Une telle analyse de la situation demande beaucoup de temps mais est d'une importance cruciale. Cette première étape nous donne en effet une image de la dynamique du quartier, des atouts et des éléments susceptibles d'être améliorés. Un projet qui veut avoir des chances de réussir doit aborder une question prioritaire clairement définie en misant sur les dynamiques et les forces existantes du quartier. Il va de soi qu'il est impossible d'aborder chaque question prioritaire. Ici, la question de la faisabilité, « Can we do it ? » est donc déterminante également.

Ainsi, l'analyse de la situation du Bloemekenswijk a dégagé toute une série de questions prioritaires. Finalement, un seul aspect a été transformé en projet bottom-up réalisable dans le cadre de l'enquête en offrant, en outre, de bonnes chances d'obtenir un impact réel et un ancrage durable.

Évidemment, cela signifie que les autres questions prioritaires n'ont pas été abordées dans ce projet concret. Dans ce cadre, nous devons souligner qu'un certain nombre de ces questions prioritaires ont déjà été abordées (sous forme de projet ou non) par différents acteurs du quartier ou par la Ville de Gand. Un bel exemple est le problème de l'espace récréatif pour les enfants et les jeunes dans le quartier. Différents acteurs (VZW Jong, la maison de la culture, les écoles, l'institut Guislan, la bibliothèque, l'action zonale, des représentants des jeunes, ...) ont développé un plan d'action à la recherche de solutions structurelles qui, jusqu'à présent, fait l'objet d'un suivi. Une analyse approfondie de la situation dresse l'inventaire de telles actions et initiatives (qui ne sont pas toujours aussi visibles) afin d'éviter le chevauchement et les circuits parallèles.

Toutefois, faire un choix n'implique pas nécessairement de perdre quelque chose. Dans notre propre recherche-action, nous avons constaté qu'une analyse élargie de la situation peut, en soi, déjà encourager de nouvelles initiatives, indépendamment du projet concret qui est développé.

Ainsi, les constatations relatives à l'isolement social (enquête de santé) ont directement donné lieu à une action ciblée du service de proximité. En ce qui concerne l'enquête de santé que nous avons réalisée dans le Bloemekenswijk, la maison de la culture a organisé sa propre petite enquête dans une partie limitée du quartier ("Jan Yoens"). Le service de proximité, dont la principale mission consiste à favoriser la cohésion sociale dans le quartier, était en effet très frappé par les résultats du rapport en ce qui concerne l'isolement social et la santé mentale. Dans le cadre de leur petite enquête, menée avec l'aide du Département de Médecine générale et de Soins de santé primaires, ils voulaient traiter le thème de la solitude plus en profondeur : « comment les individus vivent-ils cette situation ? » « Quelle est leur attitude à l'égard des initiatives prises par le service de proximité ? », « Ont-ils eux-mêmes des suggestions concrètes pour y remédier ? » ... Les résultats du sondage constitueront la base d'une action ciblée du

service de proximité.

Les conclusions relatives à l'obésité, à l'alimentation saine et à l'activité physique ont encouragé le développement d'une collaboration entre le service de santé de la Ville de Gand, le centre de santé du quartier et les activités de base du CPAS. Elles offrent aux habitants intéressés la possibilité de suivre un programme pratique autour d'une alimentation saine et de l'exercice physique. Ce programme à petite échelle constituait, à son tour, l'occasion idéale pour mettre en œuvre un projet à plus grande échelle (de la Communauté flamande) sur la même thématique dans le Bloemekenswijk.

Un dernier exemple : l'analyse de la situation générée dans le cadre de cette recherche-action constituera une source d'inspiration essentielle pour l'élaboration du futur plan stratégique du centre de santé du quartier Bloemekenswijk. À la demande du coordinateur du centre de santé du quartier, l'équipe de recherche du Département de Médecine générale et de soins de santé primaires continuera également à offrir son soutien dans ce domaine.

Le simple développement d'un projet adapté, pertinent, réalisable et efficace, même à petite échelle, peut ainsi soutenir et renforcer des dynamiques constructives dans un quartier.

7 L'écriture du script et l'enrôlement

enrôlement et mobilisation

« Qu'allons-nous faire avec les résultats ? ». Malgré toutes les bonnes intentions des professionnels réunis autour de la table d'associer le plus rapidement possible des habitants à leur démarche, malgré le savoir-faire de la plupart d'entre eux en matière de participation, force est de constater que les habitants n'ont jamais participé à l'écriture du script du projet. Deux ans se sont écoulés durant lesquels les habitants ont été consultés et invités sans toutefois répondre présent.

Finalement les habitants se montrent assez dociles une fois transformés en chiffres et en pourcentages. Leur sort est plus facile à régler et leur rôle est à écrire sur leur dos sur base de l'identification experte (avec le soutien de chercheurs associés au collectif) des problèmes qui les concernent.

On reste alors dans des scripts convenus et on passe beaucoup de temps à prévoir le comportement des habitants sur base d'anticipations personnelles dont la justesse est rarement éprouvée.

Certes la multiplication des anticipations (si on fait ça, il se passera ça ; si on ne fait pas ça, il se passera ça, etc.) fait partie de cette activité de contrôle-qualité permanent qui vise à

évaluer la faisabilité d'un projet afin qu'il soit au final réalisé. Mais quant à anticiper les comportements des individus –habitant, employé communal, travailleur social, bourgmestre- il est nécessaire de bien les connaître. Qui peut le prétendre ?

A force de rajouter toujours plus d'éléments dans le script d'un projet en décrivant de plus en plus finement **les rôles attendus**, ces derniers sont de plus en plus susceptibles d'être refusés par les acteurs à qui ils sont destinés. Au plus on avance dans l'écriture du script d'un projet sans les premiers concernés par ces projets, au plus on s'expose à leur récalcitrance... et l'enrôlement finit par échouer.

Lorsqu'il s'agit de prévoir qui va faire quoi, où, quand, comment, pourquoi, pour qui et avec qui, ce n'est pas tout d'avoir l'intention, en tant que professionnel ou habitant, d'ouvrir le collectif d'écriture du script. Encore faut-il le faire à temps, c'est-à-dire au plus tôt pour ne pas dire immédiatement.

la transparence

La récalcitrance souligne le refus de se faire enrôler, de jouer le rôle prévu dans le script du projet. Face à elle, la qualité d'un projet réside dans sa capacité à intégrer le changement. Seul l'avenir du projet mené au quartier du Brabant nous dira si, malgré leur récalcitrance, les habitants finiront par participer aux projets d'amélioration de leur santé. Le fait qu'ils n'aient pas répondu présent à l'invitation réitérée de participer à un diagnostic en marchant est interpellant et pose la question – au-delà du choix des techniques de communication utilisées- du rapport des individus à leur quartier et aux associations qui s'y trouvent.

La construction d'un régime de confiance est une condition sine qua non de la réalisation d'un projet basé sur la participation. Car c'est bien la méfiance qui constitue le principal obstacle à l'élaboration d'un projet et non le manque

d'argent ou de temps le plus souvent invoqués pour se soustraire à la tâche. La méfiance ou le manque de confiance porte tantôt sur les autres partenaires (potentiels) du projet, tantôt sur ses propres capacités à participer ou à mener à bien un projet, tantôt sur les chances de succès du projet lui-même.

C'est en cela qu'il est nécessaire d'assurer un maximum de transparence aux projets et de rendre compte (**accountability**) le plus précisément possible de ses intérêts, de ses agendas, de ses intentions tout en admettant le fait que « chacun a ses raisons, bonnes ou mauvaises, de faire ce qu'il fait ». La confiance est au prix de ce renoncement. Au plus grand est la confiance, au plus grand est l'opportunisme ou la trahison. « Il faut jouer le jeu » semble être une attitude réaliste par rapport à ce dilemme si l'on souhaite qu'un projet avance.

De la participation à la planification 5

investir dans les formes

On sait maintenant que le collectif d'identification des problèmes et les problèmes identifiés sont toujours liés. Ici, l'identification première du problème prioritaire (le manque de sommeil) a correspondu à l'identification d'un trou dans la carte organisationnelle : c'était avant tout quelque chose que personne ne faisait. Un territoire à conquérir, hors des plates-bandes des projets existants sur lesquelles on risquerait de marcher.

Dès lors, il n'est pas dit que la propreté « pour laquelle beaucoup d'efforts ont déjà été faits » (extrait du mail) soit un terrain propice à la réorientation du projet ; même si des habitants se sont montrés très intéressés par ce sujet et plus précisément par les problèmes liés aux gens qui urinent n'importe où.

Une fois de plus, le processus d'auto-confir-mation des besoins poussera-t-il le collectif de professionnels à limiter son travail à l'expression des besoins des habitants ? Ce projet qui avait démarré dans une pure logique de traduction des intérêts des uns dans ceux des autres –logique qui prévalait dans l'effort d'intéressement et d'enrôlement des associations et des chercheurs au sein du collectif « Quartier Brabant Bouge! / Brabantwijk beweegt! »-, finit par emprunter à logique de diffusion lorsqu'il s'agit de faire participer ceux qu'il faut bien appeler « le public-cible », à savoir les habitants. Ou étaient-ce alors les autres associations, les responsables politiques, les bailleurs de fonds qui étaient principalement visés par la publication du « Portrait de santé » ?

Ce qui est clair, c'est qu'agir en santé publique et plus encore en promotion de la santé, c'est comme emprunter un chemin pavé de bonnes intentions. La participation déborde des colloques et des manuels qui circulent dans ce secteur, elle est partout, dans toutes les bouches. Mais on en parle tellement qu'on en fait très peu. Bien ancrée est cette croyance selon laquelle faire correspondre un projet aux attentes du public ne serait que l'affaire d'une **bonne**

communication. Soit. Alors cessons d'émettre et communiquons.

Dans ce cas-ci, l'affaire a quelque chose d'étrange. On met en chiffre le vécu des habitants puis on s'inquiète de leur restituer correctement pour qu'ils puissent s'en saisir et développer des solutions à leurs problèmes. Après coup, on se dit que c'est peut-être un trajet fort long pour enfin revenir auprès des habitants.

4 Assumer les conséquences

les porte-parole

Dans ces conditions, qu'est-ce qu'un bon projet alors ? : 1) un projet réalisé, 2) sans trop contraindre ni trop manipuler.

La première de ces qualités renvoie au « projectisme » une sorte de fanatisme du projet, un « faire pour faire » où l'activité devient le principe supérieur commun au dépend de l'efficacité²¹.

La deuxième de ces qualités pose la tension entre libertés et contraintes au cœur de l'action qui vise à améliorer la santé des populations. Comme il n'est pas question de prendre les habitants en otage, faute d'habitants dans le projet on les délaisse pour de bon. Ou alors on trouve un public docile, c'est-à-dire peu récalcitrant, qu'il est relativement aisé d'intéresser, d'enrôler voire de discipliner : des élèves de très jeune âge à qui l'on peut par exemple facilement demander de ne pas commencer à fumer ou de surveiller leur poids.

Elaborer de tels projets offre rarement de grandes satisfactions. Les désistements surviennent rapidement. C'est l'**effet d'entonnoir** qu'on retrouve dans les projets de santé qui aboutissent dans une situation semblable au confinement originel des experts dans la démarche de planification. La légitimité des porte-parole auto-institués des habitants est alors durement remise en question.

Dans ce cas, le collectif de professionnels aura tendance 1) à se laisser envahir par des états-

d'âme ou 2) à recourir à des solutions techniques ou 3) à abandonner. Il vaut mieux y prêter attention pour pouvoir passer ce cap et poursuivre l'élaboration d'un projet qui serait nettement plus satisfaisant.

1) Attention à l'envahissement des états d'âme:

La participation expose les professionnels, malgré leur profond engagement dans le monde, au désintéret ou à la récalcitrance de nombreuses personnes. Il est alors d'usage d'agiter le « hochet de la participation » tout en s'éloignant radicalement de cette pratique, plutôt que de succomber à ces états-d'âme qui ne sont jamais considérées comme des ressources pour l'action.

2) Attention à la technicité :

Les techniques d'animation peuvent favoriser les innovations comme elles peuvent mener à des erreurs radicales et persistantes. Elles finissent alors par supplanter l'activité politique inhérente à toute pratique de participation.

Techniques d'inscription :

► elles permettent aux professionnels de stabiliser leurs rapports organisationnels ou de diffuser leur message (ou l'expression des besoins des destinataires) plutôt que d'entrer en rapport avec ces-derniers ;

► elles permettent aux habitants, par la tenue du secrétariat des réunions ou par l'écriture de dossiers techniques, de fluidifier leurs rapports avec les administrations et les organes subsidiant.

Techniques de gestion de la parole :

► l'usage de synthèse de synthèse de synthèse... atténue les signaux d'alerte émis en réunion. Les répartitions en sous-groupe de travail ont le même effet et finissent par dissoudre les coalitions possibles d'acteurs.

► les **ressources communicationnelles** doivent être offertes également, au moyen de formations et de dispositifs adéquats, aux habitants qui ne sont pas forcément des habitués des réunions. Ces ressources sont cruciales en ce qu'elles permettent de faire avancer leur

point de vue, de résister aux arguments d'autorité qui sont à même de réduire leur expérience des problèmes à néant, d'enchaîner des requêtes sous un autre mode que la plainte.

3) Attention à l'abandon.

► En l'absence des principaux destinataires des projets, dans le vase clos de l'élaboration des projets où il s'agit de faire faire ou de faire pour faire, on peut finir par perdre le sens de ce que l'on fait.

► Ramener au cœur de la relation entre professionnels et habitants, la notion de service est susceptible de donner un sens au rôle des professionnels dans les dispositifs axés sur la participation²².

(c) Quentin Dewez (ESAS) / François Bodeux

3

7

9

7 Limites de la perplexité et intéressement

enrôlement et mobilisation

La sociologie de l'innovation –d'où émane ici un catalogue de ressources nécessaires à la constitution d'un réseau et à l'élaboration d'un projet de santé- s'est principalement concentrée sur l'activité de scientifiques ou d'ingénieurs qui a priori s'intéressent à un problème ou à une situation particulière et sont même payés pour. Ceci explique que la première étape de l'élaboration d'un projet innovant soit l'analyse de la situation. Ensuite vient la phase d'intéressement où il s'agit pour les porteurs d'un projet d'intéresser d'autres acteurs et de se les associer.

Mais on ne peut affirmer de la même façon que des habitants s'intéressent à leur quartier ou que des usagers d'un service s'intéressent à ce service. Les visiteurs de l'exposition photographique au Longdoz étaient souvent ravis de (re) découvrir certains recoins ou certaines personnes à l'existence insoupçonnée : telle impasse riante, telle maison de caractère, telle dame «

qui vit toujours ?! ». Inviter les habitants à s'intéresser à leur quartier avant d'imaginer qu'ils puissent eux-mêmes intéresser d'autres personnes et les enrôler dans leurs projets, c'est sans doute la première étape d'un diagnostic local de santé. Là réside toute l'importance des **méthodes d'exploration urbaine** : qu'il s'agisse de marches exploratoires²³, d'un diagnostic en marchant, d'une exploration photographique, d'une exploration en trois dimensions à l'aide d'une maquette, etc. Tout est bon pour stimuler l'intérêt des habitants pour leur quartier.

L'une des qualités nécessaires avant d'entreprendre un travail d'exploration, consiste à demeurer perplexe le plus longtemps possible. C'est-à-dire, garder et stimuler cette capacité à se laisser surprendre. Le regard usé des uns, le regard frais des autres. Rafraîchir le regard rend les choses plus intéressantes. C'est ensuite seulement que pour agir, il faudra choisir dans la



diversité certains éléments plutôt que d'autres, il faudra cadrer, s'arrêter sur une image pour identifier plus précisément ce qu'on veut faire. La perplexité a ses limites. Vient un moment où il faut s'engager, c'est-à-dire adhérer à l'une ou l'autre définition d'une situation ou d'un problème. L'action est à ce prix.

L'engagement d'un collectif d'élaboration de projet ne suffit toutefois pas à s'assurer la coopération d'autres acteurs. Ceci nous rappelle

qu'ils sont nombreux ces comités (de quartier, d'usagers, etc.) à défendre leur profond engagement dans le monde, mais que l'œuvre novatrice est le résultat du travail de tout un monde et non de quelques entrepreneurs. Nous avons vu, qu'autant les professionnels que les habitants éprouvent de grandes difficultés à associer à leur dialogue intérieur d'autres partenaires. Faute d'un dispositif adéquat, l'engagement restera impuissant comme autant d'énergie perdue.

Equiper les habitants 3

le point de passage obligé de la convergence

Lors de l'élaboration de projets fondés sur la participation (ce qui est le cas des diagnostics partagés), le premier point de passage obligé susceptible de favoriser la convergence des acteurs, c'est le dispositif communicationnel lui-même. Le cadre et le contenu sont à ce point liés.

Lorsque le cadre de la communication -le dispositif communicationnel- est pensé comme un lieu de fabrication de « l'acceptabilité sociale » de choix antérieurs, on a ce type de contenu « plainte/argument d'autorité ». Dans de telles conditions, faire converger des acteurs pour dégager des accords ou ne fusse que produire un intérêt réciproque, relève de la gageure. S'exprimer dans la plainte permet difficilement d'identifier un enjeu commun susceptible d'intéresser les acteurs en présence. La plainte provoque davantage le désintérêt et la fuite des personnes interpellées par cette forme de requête. Les uns finissent par fuir la plainte in-

cessante, les autres par désertent des organes de participation qui ne servent à rien. La démocratie dialogique est morte avant d'être née.

C'est pourquoi il est nécessaire d'équiper les habitants ou les usagers en ressources communicationnelles et en ressources d'expertise afin de dépasser rapidement le moment de la plainte et d'engager les différentes parties dans un dialogue constructif. Ceci permettra notamment de fluidifier les rapports avec les administrations et d'offrir à chacun un rôle intéressant.

Assurer la présence d'un dispositif favorisant la participation (tels les contrats de quartier à Bruxelles) ne suffit pas si certains acteurs demeurent plus démunis que d'autres dans les arènes de la concertation. Les jurys citoyens organisés en France ou en Allemagne prévoient systématiquement un temps de formation et d'information des citoyens, préalablement à tout débat.



9 Cadrer les rapports de force

la vigilance

L'apprentissage nomade est une façon efficace de stimuler les apprentissages en misant sur le plaisir de la découverte et l'expérience du voyage. Des professionnels mais aussi des habitants ou des usagers concernés par des projets de santé sont invités à se rendre dans d'autres quartiers, d'autres villes, dans des parcours locaux ou internationaux. Ceci pour favoriser la comparaison des situations, la découverte de bonnes pratiques, l'échange d'expériences et de compétences. L'un des résultats importants de ces parcours d'apprentissage concerne le caractère transmissible des expériences : « Visiter les sites sélectionnés par chaque ville (fournit) aux participants l'opportunité de visualiser les actions et d'acquérir une connaissance pratique des différentes expériences. Les personnes impliquées (peuvent) appréhender les projets, les espérances et les difficultés de chaque lieu, les ressources en en tirant une nouvelle énergie, des impulsions et des idées à rapporter dans leur contexte et actions quotidiennes »²⁴.

A l'issue d'un passage en revue des projets de « planification urbaine de la santé », quatrième phase dans laquelle s'engagent aujourd'hui les villes du réseau des Villes et Villages en Santé de l'OMS, on constate qu'une ville sort du lot. Belfast, seule ville du réseau européen à construire son plan urbain de santé avec la participation de la population, est également la seule où apparaît comme thème prioritaire le « *life-long learning* ». Il apparaît clairement que l'institutionnalisation d'une gouvernance locale démocratique des problèmes de santé urbaine passe par la nécessité de veiller à ce que chacune des personnes concernées par un projet soit correctement informée et formée à la participation au sein d'organes démocratiques. La formation d'un nouvel esprit de la démocratie n'est pas affaire de spontanéité mais bien de pédagogie. C'est à cette condition que les institutions de la démocratie participative s'offriront comme une sorte de dernière chance aux institutions démocratiques représentatives traditionnelles²⁵.



Bruxelles - quartier du Brabant (c) François Bodeux

TROIS SCÉNARIOS

C'est contre-intuitif et pourtant, l'élaboration d'un projet de santé ne doit pas emprunter au modèle médical son mode de fonctionnement habituel à savoir : diagnostic-pronostic-traitement.

Si une telle approche a permis de progresser grandement dans les domaines biologiques, physiques ou technologiques, elle s'avère peu efficace en ce qui concerne une organisation humaine. Concevoir d'emblée celle-ci -et ses membres- comme déficiente, malade, ou com-

me un problème à résoudre s'avère en effet extrêmement démobilisateur. Nous ne sommes jamais loin d'une culture du blâme suscitant la plainte, les replis défensifs, la méfiance et à terme l'éclatement des réseaux. Or l'expérience française des Ateliers Santé-Ville -ainsi que les réalisations du réseau international des Villes-Santé de l'OMS- montrent que « l'enjeu du diagnostic est bien de créer de l'acteur, de susciter de l'engagement, et de mobiliser ces acteurs autour d'un projet »²⁶.

Evaluation appréciative et participative

Un premier scénario, en amont d'un projet, consiste à mobiliser une communauté d'acteurs autour de l'identification de ce qui constitue les bonnes pratiques de cette communauté (dans le cadre d'une **évaluation appréciative**²⁷).

Se demander ensemble ce qui rend les habitants d'un quartier en bonne santé permet d'aller plus avant dans le renforcement des points forts de celui-ci. On avance plus confiant dans l'inconnu lorsqu'on s'appuie sur ce qu'on connaît déjà. Un principe très simple, pourtant trop souvent négligé lorsqu'il s'agit de mobiliser un collectif dans l'élaboration d'un projet.

Il renvoie à deux principes de base qu'il est également bon de se rappeler ici : 1) dans toute société, organisation ou collectivité, il y a toujours quelque chose qui fonctionne bien ; 2) la façon dont on pose les questions à un groupe influence son fonctionnement. Le renforcement positif d'un groupe, qu'il soit constitué de professionnels, d'habitants ou d'usagers, n'est pas qu'une simple affaire de « *team building* ». Il s'avère un préalable incontournable à toute élaboration d'un projet de santé. Il passe par divers apprentissages, nomades de préférence, permettant de dépasser rapidement le moment de la plainte pour s'en aller vers des propositions concrètes basées sur l'identification des ressources existantes et une grande part de rêves.

Dans la même veine, mais en aval d'un projet, le développement d'une **évaluation participative** permettrait la valorisation et l'amélioration des 168 projets actuels de la PGV (2007)²⁸.

De façon générale, tous visent l'amélioration de la qualité de vie en ville. La méthode de l'évaluation participative reconnaît la complexité de ces projets au niveau local et encourage le développement des capacités, l'apprentissage et l'augmentation du pouvoir d'agir. En outre, elle propose un processus continu de collecte de données, de réflexion et d'apprentissage qui permettrait d'apporter des changements en cours de route aux projets PGV entrepris. surtout, une évaluation participative permettrait leur appropriation par les publics concernés autour des questions suivantes : en quoi ces projets sont-ils à même d'améliorer la santé des populations concernées ? A-t-on créé des lieux favorables à l'adoption de comportements de santé ? S'agit-il d'initiatives permettant une amélioration de la santé subjective des habitants ou des usagers ?

Pour réaliser une telle évaluation participative il est évidemment nécessaire de se concentrer sur le dispositif d'évaluation. Un budget de fonctionnement doit être prévu en conséquence.

Veille sanitaire

Un deuxième scénario vise la mise sur pied d'une **veille sanitaire** ayant pour but de promouvoir le lien entre les habitants et leur territoire.

A l'instar des projets développés dans le cadre des Interreg III et IV (Four Cities et Voisins d'Europe), il s'agit de faire en sorte que l'espace public (re)devienne l'espace de tous, au travers de diverses formes d'explorations urbaines : marches exploratoires, diagnostics en marchant, ateliers photographiques ou d'arts plastiques, etc., avec des femmes, des enfants, des collectifs d'usagers, d'habitants, etc. Intéresser les habitants à leur quartier ou les usagers à leur service est la première étape de cette veille sanitaire.

De celle-ci on peut s'attendre à voir émerger des propositions concrètes d'amélioration de la qualité de vie en ville et de la santé des habitants. Une telle démarche « bottom-up » se fonde sur la participation des habitants, le service offert par les organismes publics et scientifiques ainsi que sur les ressources des associations locales. Elle est à même de réorganiser de façon plus efficace les rapports entre les administrations et leurs publics. De nouveaux rôles plus valorisants peuvent être joués par les uns et les autres au prix de quelques apprentissages nomades.

Sur ce point, le rôle à jouer par les organismes scientifiques, les observatoires, les universi-

tés, les bureaux d'étude constitue un défi en soi. Il suppose le développement de nouveaux indicateurs utiles aux habitants ou aux usagers ainsi qu'aux opérateurs de la PGV. Ces indicateurs se doivent d'être fabriqués avec leur collaboration²⁹. En cela, il est très important de recontextualiser autant les recherches que les chercheurs. La reconduction au niveau d'un quartier de l'Enquête de Santé par Interview permet d'œuvrer en ce sens. Des recherches in-vivo menées par des habitants ou des usagers dans autant de petits laboratoires mobiles ont aussi de grandes chances de déboucher sur l'élaboration de projets concrets. Il n'est qu'à voir ce que la pratique du PPGIS (Public Participation Geographical Information Systems) a apporté à la géographie urbaine en misant sur une collaboration efficace entre universités, associations locales et habitants³⁰.

Une géographie de la santé qui militerait pour une analyse fine de l'environnement social, une sociologie de la santé qui explorerait plus précisément les déterminants sociaux de la santé, tels sont le type de travaux qui pourraient s'avérer utiles à l'élaboration de projets de santé, ceci au prix de quelques traductions.

Energies

Un troisième scénario consiste à opérer un déplacement du regard, des maladies et facteurs de risque aux communautés et aux **énergies**. Agir sur les problèmes de santé rencontrés à l'échelle d'un quartier, c'est avant tout aider les habitants et les professionnels à bien choisir leur cheval de bataille. En restant focalisé sur des explications en terme de déterminants so-

ciaux de la santé -qu'ils s'appellent « classe sociale », « revenu », « éducation », « alimentation », « soins de santé », « logement », etc.-, il est peu probable d'identifier rapidement un problème faisable (« doable problem ») et d'imaginer une intervention. Le découragement est au rendez-vous. Ici il s'agit plutôt de repérer d'abord un petit quelque chose à changer. Ce-dernier pour-

rait avoir de grandes conséquences ne fut-ce que parce qu'il n'est que le premier d'une longue série³¹. Il ne s'agit donc pas, par exemple, de construire d'emblée un nouvel édifice dans un quartier (une maison des associations par exemple) mais plus simplement de changer le sens de circulation d'une rue ou d'en réduire la largeur³². Se donner des objectifs atteignables est une première façon d'énergiser un collectif.

Car l'essentiel est bien de concevoir l'élaboration de ces projets en terme d'énergie³³. Les renforcements positifs, les apprentissages nomades, l'amélioration du dialogue entre administrés et administrations, la transparence de leurs rapports, ... sont nécessaires à la bonne circulation des énergies. A l'inverse, la baisse d'énergie d'un collectif constitue en soi un problème intéressant à résoudre. Il est souvent emblématique d'une situation partagée par une population plus large et nécessite des réponses. Pour les professionnels, quitter la planification pour la participation -au détour d'un

élargissement de la définition de la santé- suppose un changement de méthodes et des troubles liés principalement au fait qu'ils sont amenés à ne plus travailler avec des gens sur qui ils peuvent compter (leurs relais institutionnels) mais font face à des gens avec qui ils doivent compter (des habitants ou des usagers enclins à la récalcitance). Il est nécessaire de les soutenir dans ces activités usantes. De mêmes que sont usants les rapports qu'entretiennent parfois des habitants avec leurs voisins, leurs représentants ou certaines administrations. Dans ces cas-là, il ne faut pas trop miser sur l'énergie du désespoir pour voir émerger spontanément des projets de santé. Ce sont plutôt les dérives émeutières de ce type d'énergie qui sont à craindre, celles-là même qui ont mené à la création de la Politique des Grandes Villes il y a dix ans.

Redonner de l'énergie aux habitants, aux usagers et aux professionnels est un projet de santé en soi qui mérite qu'une politique publique toute entière y soit consacrée.

Notes

1. Mackenbach J.P., Stirbu I., Roskam A.J., Schaap M.M., Menvielle G., Leinsalu M., Kunst A.E. and the European Union Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health, (2008), « Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries », *N Engl J Med*, Jun 5;358(23), pp. 2468-81. Lire également le document de synthèse de Pierre Chauvin et Jacques Le Bas sur « Les inégalités et disparités sociales de santé en France » publié sur le site de documentation de la Délégation interministérielle à la ville : <http://i.ville.gouv.fr>.
2. Voir l' « Etude Santé 2004 » publiée en ligne sur le site de la Politique des Grandes Villes : <http://www.politiquedesgrandesvilles.be> (publications).
3. En région wallonne : Charleroi, Mons, Liège, Seraing, La Louvière ; en région flamande : Gand, Anvers, Oostende ; en région bruxelloise : Forest, St-Gilles, Anderlecht, Molenbeek, Bruxelles-Ville, Schaerbeek et St-Josse.
4. Le lecteur se rapportera aux directives du programme PGV disponibles sur le site www.politiquedesgrandesvilles.be.
5. Morin R., (2007), « Agir sur les environnements ou sur les individus : comparaisons France-Québec en promotion de la santé », *Santé publique*, n° 5(19), pp. 439-448.
6. Lire les commentaires de Berkman L., Epstein A.M., (2008), « Beyond health care – socioeconomic status and health », *N Engl J Med*, Jun 5;358(23), pp. 2509-10 par rapport aux résultats de l'étude de (Mackenbach et al., 2008) op. cit..
7. Syme S.L., (2004), « Social determinants of health: the community as an empowered partner », *Preventing Chronic Disease*, Jan;1(1), pp. 1-5 disponible sur http://www.cdc.gov/pcd/issues/2004/jan/03_0001.htm.
8. Centre de Recherche Urbaine, (2006), *Recherche-action concernant la mise en place et le suivi de marches exploratoires*, Bruxelles, ULB, p.3 disponible sur le site de la politique des grandes villes <http://www.politiquedesgrandesvilles.be> (expertise).
9. Ateliers santé ville, 2007, p.220. Document en ligne sur le site de la Délégation interministérielle à la ville <http://www.ville.gouv.fr/>.
10. Carrel M., « Faire participer ». *Politique de la ville et participation des habitants en France dans une perspective comparée*, communication au Congrès de l'AFS, 24-27 février 2004, p1.
11. Blondiaux, 2008.
12. Crouzel I., *Démocratiser la gouvernance locale entre ouverture d'un espace public et inertie des pratiques*, CEAN-IEP de Bordeaux, Communication interne, Juin 2007, p8.
13. Inspiré de (Amblard, Bernoux et al., 1996).
14. Enquête de santé par interview disponible sur le site de l'Institut scientifique de Santé Publique belge <http://www.iph.fgov.be/>.
15. La définition qu'en donne le dictionnaire Encarta est la suivante : « Processus par lequel est donné à quelqu'un ou à une organisation du pouvoir ou de l'autorité, de la confiance en soi et de l'estime de soi. » Le terme est employé depuis les années soixante. Il sert de plus en plus à désigner l'objectif du développement communautaire.
16. Lire le compte rendu d'une réunion entre des habitants et un échevin de la santé de La Louvière dans (Piérart, 2004).

17. Taylor, Van Every, 2000.
18. Douglas, 1986.
19. Blondiaux, 2008, pp. 87-89.
20. Projet du Neptunium décrit sur le site du projet Interreg III C « Neighbours of Europe/Voisins d'Europe/Vicini d'Europa » : <http://www.voisinsdeurope.eu>.
21. Boltanski, Chiapello, 1999.
22. En ce qui concerne la collaboration d'associations locales, d'une administration communale et d'habitants (d'HLM), voir le projet Essegghem décrit sur le site du projet Interreg III C « Neighbours of Europe/Voisins d'Europe/Vicini d'Europa » : <http://www.voisinsdeurope.eu>.
23. Centre de Recherche Urbaine, 2006, p.3 (op. cit.).
24. Voir les résultats des parcours locaux et internationaux des habitants et usagers engagés dans les projets de Bruxelles Ville Région en Santé décrits dans le rapport du projet Interreg III C « Neighbours of Europe/Voisins d'Europe/Vicini d'Europa », 2008, p.108-109. Rapport téléchargeable sur le site <http://www.voisinsdeurope.eu>.
25. Blondiaux, 2008.
26. Ateliers santé ville, 2007, p.220.
27. C'est le projet d'une « appreciative inquiry » en partie développée dans le quartier du Longdoz. Plus d'informations à ce sujet dans l'article de Finegold M.A., Holland B.M., Lingham T., 2002, « Appreciative Inquiry and Public Dialogue: An Approach to Community Change », *Public Organization Review*, Sep;2(3).
28. Simar, 2007.
29. L'indicateur de santé subjective pourrait constituer un bon outil d'appréciation standard de l'état de santé d'un quartier. Comme le rappelait l'étude portant sur la santé dans les grandes villes, « l'appréciation subjective que les gens ont de leur propre état de santé est une question essentielle reprise dans un grand nombre d'enquêtes de santé. La validation acquise dans la pratique au cours du temps permet de considérer l'évaluation subjective de la santé comme un des meilleurs indicateurs de santé tant au niveau individuel qu'au niveau de la population. La validité de cette mesure repose notamment sur les nombreuses études qui ont démontré la relation étroite entre la santé subjective et de nombreuses mesures de la santé actuelle et future ». Voir l' « Etude Santé 2004 », p.14, publiée en ligne sur le site de la Politique des Grandes Villes : <http://www.politique-desgrandesvilles.be> (publications).
30. Voir le projet *Hopeworks* : création d'un centre de ressources dans un quartier pauvre de Philadelphie avec mise à l'emploi de jeunes dans des projets en PPGIS, sur <http://hopeworks.org/gis/services.html> ; le projet *Oasis* : inventaire participatif de la canopée à New-York. Collaboration entre Esri Inc., une association d'habitants, l'Université de New-York et le service des Eaux et Forêts, sur <http://www.oasisnyc.net/default.asp> ; le projet *Wun Map* (One Map) : différents projets d'habitants menés avec la collaboration de l'Université de l'Oregon. Concerne l'amélioration de la mobilité et de la qualité de vie dans des quartiers sur <http://www.uoregon.edu/~schlossb/arc-pad/>.
31. Ces points de basculement appelés « tipping points » sont savoureusement illustrés par Malcolm Gladwell (Gladwell, 2000).
32. On a constaté à de nombreuses occasions l'effet de telles mesures sur les relations sociales entre habitants d'une même rue. Les habitants ne limitent plus leurs relations de voisinage aux seules maisons de droite ou de gauche mais ont maintenant davantage la possibilité de traverser

la rue pour aller à la rencontre de leurs voisins d'en face et développent de ce fait davantage de relations. Autant de support social favorable à leur santé.

33. A l'instar de Peter Bogason qui conçoit la gouvernance comme un champ d'énergie (Bogason, 2000).
34. Disponible sur le site de la Politique des Grandes Villes : <http://www.politiquedesgrandesvilles.be> (que faisons-nous ?).

Bibliographie

- Amblard H., Bernoux P. et al., (1996), *Une sociologie de la traduction. Les nouvelles approches sociologiques des organisations*, Paris, Seuil.
- Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, (2004), *Réseaux de santé. Guide d'évaluation*, Paris, Anaes.
- Ateliers santé ville, (2007), *Une démarche locale pour la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé*, Paris, Les éditions de la DIV, coll. Repères.
- Blondiaux L., (2008), *Le nouvel esprit de la démocratie. Actualité de la démocratie participative*, Paris, Editions du Seuil et La République des Idées.
- Bogason P., (2000), *Public policy and local governance : institutions in postmodern society*, Cheltenham, EE.
- Boltanski L., Chiapello E., (1999), *Le nouvel esprit du capitalisme*, Paris, Gallimard.
- Callon M., (2000), « Différentes formes de démocratie technique », *Les Cahiers de la sécurité intérieure*, n°38, pp. 37-55.
- Callon M., Lascoumes P., Barthe Y., (2001), *Agir dans un monde incertain. Essai sur la démocratie technique*, Paris, Le Seuil, coll. La couleur des idées.
- Conan M., (1998), *L'évaluation constructive. Théorie, principes et éléments de méthode*, Paris, Editions de l'Aube.
- Denis B., (2006), « La participation politique. Crise ou mutation? », *Problèmes politiques et sociaux*, n° 927, La Documentation française.
- Donzelot J., Mével C., Wyvekens A., (2003), *Faire société. La politique de la ville aux Etats-Unis et en France*, Paris, Seuil.
- Donzelot J., (2006), *Quand la ville se défait. Quelle politique face à la crise des banlieues ?*, Paris, Seuil.
- Donzelot J., (2008), *Villes, violence et dépendance sociale. Les politiques de cohésion en Europe*, Plan Urbanisme Construction Architecture (PUCA), Paris, La Documentation française.
- Douglas M., (1986), *How institutions think*, London, Routledge.
- Francq B., Piérart J., (1998), *Réseaux sociaux et territoires en santé publique - Comparaison de deux zones géographiques de la Région de Bruxelles-Capitale (Marolles et zone Nord-Est) -*, Louvain-la-Neuve, Unité de Sociologie et d'Anthropologie de l'UCL.
- Francq B., (2003), *La ville incertaine. Politique urbaine et sujet personnel*, Louvain-la-Neuve, Editions Académia-Bruylant, coll. Sciences et enjeux.

Francq B., (2005) « Dilemmes de la gouvernance urbaine », *Recherches sociologiques*, vol. XXXVI, 2-3, pp. 137-155.

Francq B., (2006) (avec Allegretti G., Laino G., Paba G., Pecoriello A., Rispoli F., Rui S.), *European Handbook for Participation. Participation of inhabitants in integrated urban regeneration programmes as a key to improve social cohesion*, European Union, Urbact, Paris, European Union, 95 pages. Disponible sur www.urbact.org/partecipando

Francq B. et al., (2008), « Belgique : Un État à la recherche de son rôle » in Donzelot J., *Villes, violence et dépendance sociale Les politiques de cohésion en Europe*, Plan Urbanisme Construction Architecture (PUCA), Paris, La Documentation française.

Gladwell M., (2000), *The tipping point : how little things can make a big difference*, London, Little Brown.

Hansotte M., (2004), *Les intelligences citoyennes. Comment se prend et s'invente la parole collective*, Bruxelles, De Boeck Université.

Kesteloot C., de Turck, A., Vandermorten, C., Marissal P. & G. Van Hamme, (2001), *Sociale structuren en buurten in moeilijkheden in de Belgische stadsgewesten/Structures sociales et quartiers en difficultés dans les régions urbaines Belges*, Bruxelles, SPP Intégration sociale, Politique des grandes Villes.

Latour B., (2007), *Re-assembling the social. An introduction to actor-network theory*, Oxford (USA), Oxford University Press.

Leurquin B., (2007), *Le projet partagé de santé, d'action sociale et médico-sociale des territoires de développement*, Paris, APFP, coll. Services et territoires.

Parizot I., Renahy E., Bazin F., Chauvin P., (2005), *Santé, inégalités et ruptures sociales. Enquêtes sur la santé et le recours aux soins dans 7 quartiers défavorisés franciliens et proposition d'une méthodologie pour la réalisation d'une enquête représentative en Ile de France*, Rapport pour la Délégation Interministérielle à la Ville, Inserm, 116 pages.

Piérart J., (2004), *Les mondes locaux de la santé publique*, Louvain-la-Neuve, UCL. Thèse de doctorat en sociologie en ligne sur <http://edoc.bib.ucl.ac.be>

Simar P., (2007), *Une trousse pratique d'évaluation*, Préparée par le Groupe de travail sur l'évaluation participative des villes et villages en santé, Les monographies du Centre québécois collaborateur de l'Organisation mondiale de la Santé pour le développement des Villes et Villages en santé, Monographie No. 12, Québec. Disponible sur <http://www.rqvvs.qc.ca>

Sintomer Y., (2007), *Le pouvoir au peuple. Jury citoyens, tirage au sort et démocratie participative*, Paris, La découverte.

Slocum N., Elliott J., Heesterbeek S., Lukensmeyer C., (2006), *Méthodes participatives. Un guide pour l'utilisateur*, Bruxelles, Fondation Roi Baudouin.

Smith B., (2003), *Politiques publiques et participation publique : Engagement des citoyens et des collectivités dans l'élaboration des politiques publiques*, Produit par Bruce L. Smith pour la Direction de la santé de la population et de la santé publique, bureau régional de l'Atlantique, Santé Canada.

Taylor J.R., Van Every E.J., (2000), *The emergent organization. Communication as its site and surface*, London, LEA.

C. Vandermotten, P. Marissal & G. Van Hamme (IGEAT, ULB), C. Kesteloot, K. Slegers & L. Vanden Broucke (KUL), B. Ippersiel, S. de Bethune & R. Naiken, 2007, *Analyse dynamique des quartiers en difficulté dans les régions urbaines belges*, Bruxelles, SPP Intégration sociale, Politique des grandes Villes, 60 pages.

Mai 2008

Adresse de contact :

Professeur Bernard Francq - Université catholique de Louvain
Place Montesquieu n°1, 1348 Louvain-la-Neuve, Belgique - bernard.francq@uclouvain.be

Conception graphique :

François Bodeux - francois.bodeux@yahoo.com