



HAL
open science

Ethnographie classificatoire de la participation citoyenne en santé : une innovation sociale majeure ? Le programme Ciné ma santé des quartiers nord de Toulouse (France)

Jean-Charles Basson, Jean-Paul Génolini

► To cite this version:

Jean-Charles Basson, Jean-Paul Génolini. Ethnographie classificatoire de la participation citoyenne en santé : une innovation sociale majeure ? Le programme Ciné ma santé des quartiers nord de Toulouse (France). *Innovations - Revue d'économie et de management de l'innovation*, 2021, N° 65 (2), pp.163-187. 10.3917/inno.pr2.0112 . hal-04947232

HAL Id: hal-04947232

<https://ut3-toulouseinp.hal.science/hal-04947232v1>

Submitted on 21 Feb 2025

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Ethnographie classificatoire de la participation citoyenne en santé : une innovation sociale majeure ? Le programme *Ciné ma santé* des quartiers nord de Toulouse (France)

Jean-Charles BASSON

IFERISS (FR 4142), CreSco (EA 7419), LEASP (UMR 1027)

Université de Toulouse

Haut Conseil de la Santé Publique

Institut ReCAPPS

jean-charles.basson@univ-tlse3.fr

Jean-Paul GENOLINI

IFERISS (FR 4142), CreSco (EA 7419)

Université de Toulouse

jean-paul.genolini@univ-tlse3.fr

RÉSUMÉ

Présentée comme une innovation sociale majeure, la participation citoyenne en santé est couramment sollicitée pour animer le volet sanitaire de la politique de la Ville auprès des populations paupérisées. Ainsi donne-t-elle corps à une multitude de formes et de pratiques dont nous tentons de dresser la typologie en recourant à l'ethnographie empirique fouillée, et menée pendant une durée de dix ans, d'un programme d'éducation à la santé structurant les activités de l'Atelier santé ville des quartiers nord de Toulouse (France). Quatre modalités différentes de participation se dégagent alors. Nous choisissons de les étalonner à l'échelle

élaborée par Arnstein afin d'en faire apparaître la gradation en termes de pouvoir(s). Il en ressort que, si le dispositif est susceptible de faire l'objet d'une forme d'appropriation, éventuellement politique, par des acteurs sociaux d'origine populaire, il reste fortement cadré et largement soumis aux aléas de l'engagement des institutions publiques en matière de santé.

MOTS CLÉS : Innovation sociale, Participation citoyenne, Santé publique, Prévention, Politique de la Ville, Typologie

CODE JEL : I18

ABSTRACT

A Classificatory Ethnography of Civic Participation in Health: A Major Social Innovation? The *Ciné Ma Santé* Program in the Northern Districts of Toulouse (France)

Presented as a major social innovation, civic participation in health is commonly elicited to facilitate the public health aspect of urban policy among impoverished populations. This civic participation takes on multiple forms and practices, a typology of which we drew-up using an empirical and carefully examined ethnography. Our research was conducted over ten years in the context of a health education program using the device "Atelier santé ville" (Urban Health Workshop), a set of activities in the districts of northern Toulouse (France). While four different modes of participation can be drawn from this, we choose to use the standardized scale elaborated by Arnstein to clearly examine the gradation in terms of power(s). Our results indicate that, while the device itself is likely to be the object of potentially political appropriation by social actors of working-class origin, it remains highly well-defined and widely subject to the contingency of public institutions commitment to health.

KEYWORDS: Social Innovation, Citizen Participation, Public Health, Prevention, City Policy, Typology

JEL code: I18

La participation citoyenne en santé est en voie d'accéder au rang d'innovation sociale majeure « *devenue synonyme de modernité et de progrès* » (Boukamel, Emery, 2019, p. 16). Elle peine, toutefois, à pallier les travers délétères des profondes restructurations actuellement à l'œuvre. La période est, en effet, marquée par la fragilisation du système de protection sociale, par la réduction du montant des dotations de l'État aux collectivités territoriales et à leurs groupements (Honta *et al.*, 2018), par le repositionnement de la puissance publique centrale opérant *via* les agences

régionales de santé (Basson *et al.*, 2013b), par la métropolisation de la santé (Honta, Basson, 2017a, 2017b) et par la recherche du bon gouvernement des régimes politiques urbains (Basson *et al.*, 2013a ; Basson, Honta, 2018, 2019 ; Honta, Basson, 2015).

La participation n'en fait pas moins figure de panacée à même de « *tirer parti de la capacité d'innovation de la société civile [...] afin d'officialiser et d'étendre certaines pratiques nouvelles développées par des acteurs sociaux* » (Chevallier, 2005, p. 390) résolu à contester les routines dominantes caractéristiques d'un environnement qu'il s'agit de modifier dans un sens plus favorable aux usagers (Grenier, Denis, 2017). Processus collectif fondé sur l'association et la mobilisation des parties prenantes et somme d'initiatives entreprises par le bas et porteuses d'une vision du monde en santé, la participation citoyenne constitue un levier d'apprentissage et d'activation du changement social (Haschar-Noé, Basson, 2019) promu par des acteurs situés en première ligne, diversement dotés et peu disposés à se satisfaire de l'ordre sanitaire.

Afin de « *saisir l'épaisseur de cette innovation* » (Grenier *et al.*, 2019, p. 6), il convient de soumettre ce « *concept volontairement indéterminé et adaptable à différentes situations* » (Harrisson, 2012, p. 197) au questionnement sociologique. Car si « *l'innovation est la capacité [...] de mener à terme de nouvelles possibilités ou capacités dans la réalité sociale* » (Harrisson, 2012, p. 198), il s'agit de se demander comment cette dernière est socialement construite (Berger, Luckmann, 2012). Ainsi proposons-nous de tenter d'évaluer en quoi la somme des interactions sociales intervenant entre différents acteurs, au cœur de l'environnement empirique ici restitué, est susceptible, au gré de multiples coopérations, accords, négociations, tensions, oppositions et conflits, de contribuer à l'avènement d'une forme d'innovation sociale en santé.

Pour y parvenir, nous choisissons de dépasser la lecture traditionnelle formulée en termes de politiques publiques au profit d'une analyse ancrée dans la sociologie politique de l'action publique de santé (Bergeron, Castel, 2018). Laquelle accorde un rôle aux ressortissants dans l'élaboration du processus démocratique (Warin, 1999 ; Giraud, Warin, 2008) et ce à l'échelle locale car « *c'est bien l'articulation du micro-local et de l'échelle métropolitaine qui pourrait permettre une montée en généralité et une politisation des débats* » relativement aux questions de participation (Bacqué, Gauthier, 2011, p. 55). Les différents acteurs publics affichant la prétention d'introduire la santé « dans toutes les politiques », il s'agit de se départir d'une lecture essentiellement descendante, sectorielle,

administrative et institutionnelle des questions de santé qui n'est pas à même de rendre compte de l'action publique en train de se faire et de lui préférer une étude centrée sur la pluralisation des échelles, des niveaux et des acteurs de gouvernement(s) ménageant une part aux ressortissants d'origine populaire directement « visés » par les différents dispositifs de participation mis en œuvre.

Aussi l'ambition est-elle ici de porter au jour une série des formes et pratiques participatives trouvant dans une acception très large de la santé l'opportunité de se développer au sein des quartiers paupérisés. Recourant à une sociologie politique de la citoyenneté nourrie de l'observation sensible, régulière et continue des scènes et des modalités variées de l'interaction participative, nous proposons de rechercher les traces effectives et les signes tangibles des effets lents, progressifs et gradués de la formation citoyenne. Dégager les conditions de la compréhension des règles de l'échange, de l'acquisition des compétences, de la maîtrise relative des enjeux, aussi modestes soient-ils, et de la portée des investissements nécessaires à l'incorporation aléatoire de l'ordre participatif est permis par « *l'analyse des pratiques et des relations au travers desquelles l'action publique se réalise. Dans cette perspective, deux propositions principales conduisent à mobiliser une enquête de type ethnographique. La première consiste à considérer que les politiques [...] existent concrètement à travers ce que font les agents de terrain [...]. La seconde proposition consiste à intégrer l'expérience de ses destinataires à l'analyse d'une politique* » (Dubois, 2012, p. 84).

Si « *l'ethnographie des pratiques civiques révèle [alors] des modalités d'engagement participatif d'une incroyable variété* » (Cefai et al., 2012, p. 23), nous proposons d'en dresser la typologie (Genolini et al., 2017) en les soumettant aux standards internationaux posés par l'échelle classificatoire d'Arnstein qui « *a inauguré un geste de recherche qui ne cessera de se répéter dans la littérature ultérieure au point d'en devenir un réflexe : tenter d'évaluer l'impact réel des dispositifs de participation à la décision* » (Blondiaux, Fourniau, 2011, p. 11). Nous estimons alors que c'est en considérant la participation comme norme sociale et comme opération de pensée, tout à la fois, que celle-ci est susceptible d'accéder au rang d'innovation en santé.

Menée sur le temps long, de 2010 à 2019, l'observation participante du programme *Ciné ma santé* piloté par l'Atelier santé ville (ASV) des quartiers nord de Toulouse permet d'envisager l'ethnographie des formes et pratiques de la participation en santé des habitants d'origine populaire. Outre la participation aux éditions annuelles de l'événement lui-même se déroulant dans un parc public pendant une après-midi d'automne (et

réunissant, selon les années, de 100 à 200 personnes alimentant, respectivement, les différents ateliers selon une fréquentation moyenne de l'ordre de 20 à 30 participants), le suivi régulier du programme concerne l'ensemble des très nombreuses réunions de préparation et d'évaluation de la manifestation auxquelles viennent s'ajouter les réunions du groupe de pilotage et du comité technique et les présentations publiques du dispositif associant certains habitants, les opérateurs de première ligne et le collectif de recherche interventionnelle que nous animons. Nous nous réclamons, en effet, de la recherche interventionnelle en santé des populations (RISP) qui « se définit comme l'utilisation des méthodes scientifiques pour produire des connaissances concernant les interventions, les programmes et les politiques [dont l'ambition est de] modifier la distribution des facteurs de risque des maladies ou des déterminants de la santé dans une population » (Potvin *et al.*, 2013, p. 14).

Pour y parvenir, nous suivons les principes de la RISP selon lesquels il s'agit de « scruter en profondeur les caractéristiques des interventions visant la santé des populations, incluant leurs effets et leur contexte de mise en œuvre, de recourir à une démarche scientifique éprouvée et de poser comme fondement la coopération entre les professionnels intervenants, les décideurs et les chercheurs » (Potvin *et al.*, 2013, p. 14 ; Hawe, Potvin, 2009). Les différents temps et scènes ainsi observés sont, en moyenne annuelle, de l'ordre d'une quinzaine. Par ailleurs, le dispositif méthodologique est enrichi d'une série de 22 entretiens approfondis menés, respectivement, avec les responsables du programme (3), les élus en charge des questions de santé, de la politique de la Ville et des sports (3), le chef du service communal d'hygiène et de santé, les principaux responsables associatifs partenaires du programme (5), les cuisiniers de la cuisine centrale associés à la manifestation (2) et des habitants impliqués dans le programme (8). Le contenu des entretiens et des observations est analysé sur la base d'une grille de catégories dégageant les diverses modalités participatives.

La participation comme norme sociale

Les Ateliers santé ville : un cadre expérimental

Créés en décembre 1999, les ASV incarnent le volet sanitaire de la politique de la Ville. La santé y est considérée comme un état général de bien-être dont la préservation, l'entretien, la garantie et la sauvegarde impliquent d'agir sur l'ensemble des facteurs constitutifs de l'environnement

social, économique et matériel des populations. Consacrés à la réduction des inégalités sociales de santé, à l'accès aux droits et aux soins, à l'amélioration de l'état sanitaire des quartiers en difficulté et à l'éducation à la santé des habitants qui y résident, les ASV sont animés par une approche sociale, préventive et territorialisée des questions de santé traitées selon une démarche partenariale de projets visant la participation active des habitants et la valorisation des ressources locales. La mutualisation des moyens, le développement des actions en réseau, la mixité des publics, la promotion de la diversité, le recours à des approches conviviales et ludiques et la proximité des actions sont ainsi encouragées afin de faire de la santé un axe de développement social et de promotion de la citoyenneté active.

Dans le détail de leurs activités menées au gré des dispositions et des besoins des habitants, les ASV expérimentent des formes de mobilisation, de collaboration et d'échanges entre professionnels des champs sociaux, éducatifs et thérapeutiques, élus, associations et habitants, optant, par ailleurs, pour une gouvernance réticulée impliquant la société civile organisée et poursuivant, enfin, des objectifs de justice sociale (Bacqué *et al.*, 2005a, 2005b), le tout à la demande et sous le contrôle de la ville. Véritables dispositifs qui voient dans le citoyen un ressortissant capable de contribuer, à son échelle, à la rénovation du système de santé et de pallier les carences de l'action publique en la matière, les ASV ont ainsi la capacité « *de capturer, d'orienter, de déterminer, d'intercepter, de modeler, de contrôler et d'assurer les gestes, les conduites, les opinions et les discours* » des acteurs (Agamben, 2007, p. 31), jusqu'à générer « *un processus de subjectivation aboutissant à la constitution d'une citoyenneté en bonne conscience sanitaire* » (Basson, Honta, 2018, p. 139 ; Arborio, Lechien, 2019).

Établis en 2007, les ASV toulousains sont conformes à la géographie prioritaire dressée par la politique de la Ville et concernent plus de 42 000 personnes inégalement réparties entre les quartiers nord, Empalot et Grand Mirail. Coordonnés, depuis 2008, par le service communal d'hygiène et de santé, leur institutionnalisation est accentuée par leur introduction progressive dans le plan municipal de santé. L'action publique de santé y est construite comme un bien commun qui traverse l'ensemble des secteurs de la politique municipale. Les ASV de Toulouse s'inscrivent ainsi au sein d'une action publique locale promouvant une approche globale, contractuelle et territorialisée de la sanitarisation du social (Fassin, 1998) au profit d'une forme de citoyenneté urbaine (Donzelot, 2009). En la matière, l'impératif délibératif (Blondiaux, Sintomer, 2002) ne va pas

sans son corollaire : l'injonction participative. Le propre de la citoyenneté en santé visée par les ASV réside dans la conjugaison de ces deux fondements qui l'animent selon une tension dialectique (Carrel, 2013). La délibération implique la participation sociale qui, en retour, permet d'engager une dynamique de contre-pouvoirs du fait qu'elle donne lieu à délibérations. Encouragée par la promesse d'une forme d'autonomisation des personnes, la participation se voit ainsi conférer un surcroît de légitimité par l'entretien des échanges propres à un débat public, tout en assumant le risque que le droit à la décision revienne *in fine* aux représentants institutionnels.

Ciné ma santé : un laboratoire local de la participation citoyenne en actes

La méthode mise en œuvre par les ASV de Toulouse trouve une forme de concrétisation dans le programme *Ciné ma santé*. Débutant en 2009, dans les quartiers nord de la ville, l'action propose, annuellement, pendant une demi-journée d'automne au sein d'un jardin public, une série d'activités relatives à la santé considérée dans sa large acception : projection de films (d'où le nom de la manifestation), débats, théâtre-forum, animations sportives et culinaires, ateliers de sensibilisation inspirés des pratiques de l'éducation populaire y sont proposés, un « repas partagé » concluant ce « temps convivial et festif ». Dès son origine, la manifestation agrège des associations et des acteurs publics susceptibles de donner une impulsion au projet participatif. Déplorant la difficulté à mobiliser les habitants des quartiers populaires autour d'une cause commune relative à la santé, la coordinatrice de l'ASV du nord-toulousain conçoit une stratégie consistant à inviter, autour d'une action fédératrice, des relais qui drainent des habitants vers des activités familières valorisant le « *plaisir d'être et de faire ensemble* ».

Pour mener à bien son projet, elle réunit auprès d'elle un noyau stable constitué de deux autres professionnels-militants disposant chacun d'une ingénierie participative fondée sur un idéal de santé communautaire (Haschar-Noé, Basson, 2019) et une expérience du développement social différemment générée par leur parcours biographique respectif et déterminée par leurs dispositions relatives à la santé. Âgée de 64 ans, infirmière formée en santé communautaire, la coordinatrice de l'ASV incarne le pilier de cette petite équipe de première ligne dont le volontarisme et les convictions contribuent à conférer au programme une prégnance sociale

insoupçonnée des arcanes municipaux. Ayant œuvré dans le domaine humanitaire, elle cumule des expériences en psychiatrie, en secteur libéral, en milieu rural et auprès des gens du voyage. Elle développe une conception sociale du soin et de la prévention animée d'une vive sensibilité aux inégalités de toutes sortes. « *Pour parler santé, explique-t-elle, il faut trouver des choses que l'on peut partager entre tous. Ce qui marche le mieux dans les groupes ASV, c'est les ateliers de cuisine. Autour du repas, tout peut se dire !* ». Sa mission consistant en « *la mise en synergie de groupes qui travaillent chacun sur des problématiques proches, mais dans une ignorance mutuelle* », il s'agit de créer un réseau d'acteurs (publics, professionnels et habitants) intervenant en matière d'éducation nutritionnelle à l'échelle micro-locale.

Elle œuvre en étroite collaboration avec une médecin de 56 ans, diplômée en santé communautaire, dont la trajectoire est déterminée par une expérience dans le domaine de la protection médicale infantile des quartiers paupérisés de plusieurs grandes villes françaises. Caractérisant son métier par la capacité d'expérimentation au profit des populations précaires et marginalisées, son engagement dans une « *médecine sociale, vocationnelle et éducative* » s'oppose à la « *domination médicale symbolisée par l'expertise, le savoir et l'argent* ». Coordinatrice du réseau de prévention et de prise en charge de l'obésité pédiatrique, elle se « *porte garante des messages nutritionnels diffusés* » au sein de *Ciné ma santé*. Le capital social respectif de ces deux professionnelles de santé est élargi au champ sportif puisqu'elles choisissent de s'associer à un club d'aviron qui, dès la première édition de la manifestation, devient « *porteur administratif et financier* » du programme. Troisième opérateur, le club partage le même ancrage territorial au cœur des quartiers nord de Toulouse au sein desquels il propose une offre sportive conjuguée à de nombreuses actions sociales et éducatives de proximité : lutte contre les inégalités d'accès à la pratique sportive, soutien scolaire, sensibilisation aux questions de santé, éducation à la qualité nutritionnelle... Recruté sur une mission d'insertion, âgé de 33 ans et issu de la faculté des sciences du sport de la ville, un animateur sportif « *directement concerné par la perspective politique du développement du quartier* » intègre ainsi le groupe de pilotage de la manifestation.

Au fil du temps, plusieurs associations et acteurs publics s'agrègent à ce premier collectif, selon des niveaux d'implication divers et des intérêts variables. De même, le réseau intègre progressivement des groupes d'habitants et diversifie ses domaines d'intervention qui concernent bientôt la vie quotidienne dans tous ses aspects. Si l'action regroupe, en 2009, cinq

acteurs institutionnels et dix associations partenaires, elle est promue au rang de programme, en 2014, et compte, en 2019, dix acteurs institutionnels et 19 associations auxquels s'ajoutent trois prestataires et une vingtaine d'habitants, essentiellement des femmes âgées de trente à soixante ans, dont sept d'entre elles assurent, depuis 2013, la responsabilité du groupe de travail « éducation et nutrition ». Continuellement en chantier, la construction d'une identité collective est alors le fil rouge qui conduit les différentes éditions de la manifestation. Il s'agit, par-delà l'ouverture du noyau initial à de nouveaux partenaires, de maintenir, de développer et d'entretenir un sentiment commun d'appartenance à une même mobilisation collective qui va s'élargissant. Sont conjointement recherchées, d'une part, l'unité du groupe par la réactivation permanente du plaisir d'y participer ; d'autre part, l'intégration au groupe par la mise en scène de la tolérance et de l'égalité entre les participants ; enfin, la continuité du groupe par la confrontation permanente entre les expériences passées et le nécessaire renouvellement des activités que suppose la place ménagée à de nouveaux partenaires.

Si bien que *Ciné ma santé* privilégie dorénavant les cinq axes d'investigation distincts et complémentaires suivants : 1) une animation publique en éducation à la santé à destination des publics scolaires et adultes résidants dans les quartiers nord de Toulouse (*via* la manifestation elle-même) ; 2) la constitution d'un groupe de réflexion sur la santé travaillant sur « *l'inter-sectorialité* » ; 3) l'établissement et l'activation régulière d'un réseau d'associations et d'habitants dans une visée communautaire (*via* les réunions de préparation, d'organisation et d'évaluation de la manifestation) ; 4) des actions assurant la consolidation du lien social, la découverte des institutions publiques ainsi que la formation et la prise de parole des habitants (*via* des ateliers, des jurys citoyens, le théâtre-forum...) ; 5) des interventions publiques de valorisation du programme (*via* la participation de certains habitants à des recherches interventionnelles, des communications à des journées d'études et des colloques, la co-écriture de textes de vulgarisation...). Afin d'affiner la classification de cette participation citoyenne en santé, il reste à étalonner ce programme à une référence couramment admise.

La classification comme opération de pensée

L'échelle de la participation citoyenne d'Arnstein pour étalon

Élaborée pour l'étude de l'Amérique urbaine et ghettoisée des années 1960, l'échelle de la participation citoyenne (Arnstein, 1969) « *sous-tend la plupart des travaux ultérieurs* » (Blondiaux, Fourniau, 2011, p. 12) et constitue, aujourd'hui, un modèle de mesure en la matière. Condamnant les solutions au rabais, formulations creuses, abus de langage, euphémismes et autres expressions outrancières qui nimbent le sujet et « frustrent les faibles », le texte précise, d'entrée de jeu, qu'il y a lieu de parler de participation citoyenne si, et seulement si, la redistribution du pouvoir permet aux citoyens exclus des processus politique et économique d'y être sciemment inclus. Une classification comprenant trois niveaux de participation positionnés sur une échelle, dont chacun des huit barreaux mesure la gradation du pouvoir consenti aux citoyens, est alors proposée.

Décrivant « la non-participation » (I), le premier niveau comprend deux barreaux situés au bas de l'échelle correspondant à *la manipulation* (1) et *la thérapie* (2) et suppose un public absent et passif, voire dominé. Représentant « la coopération symbolique » (II), le deuxième niveau de l'échelle est constitué de trois nouveaux barreaux : *l'information* (3), *la consultation* (4) et *la réassurance* (5). Les deux premiers permettent aux citoyens qui n'ont ni « le pouvoir d'entendre » et ni le pouvoir de « se faire entendre » d'accéder, d'une part, à l'information et, d'autre part, à la consultation. Toutefois, ces niveaux d'engagement correspondent, le plus souvent, à une forme de « participation vitrine » car l'information opère uniquement des autorités vers les citoyens et la consultation reste factice, sans assurance que les préoccupations et idées des habitants soient prises en compte. De même, si la réassurance permet l'élaboration de « stratégies » par lesquelles les citoyens peuvent exercer une certaine influence, ceux qui ont le pouvoir conservent le droit inaliénable de juger de la légitimité ou de la faisabilité des conseils émis.

C'est au troisième niveau de l'échelle que les citoyens accèdent au « pouvoir effectif » (III) et peuvent prétendre exercer une influence croissante sur la prise de décision, selon trois derniers degrés-barreaux distincts. En premier lieu, *des partenariats* (6) leur permettent de revendiquer et de négocier un partage des responsabilités selon la logique du

« donnant-donnant » et ce avec d'autant plus de chances d'en tirer profit qu'ils disposent d'une base puissante et organisée. Par ailleurs, par *la délégation partielle de pouvoir* (7), les citoyens acquièrent une autorité dominante leur permettant d'engager des négociations à leur avantage en vue de l'élaboration et de la mise en œuvre d'un programme d'actions général. Enfin, par *le contrôle citoyen* (8), ils obtiennent le pouvoir de piloter un programme en tant que tel.

Malgré son caractère « *hybride, descriptif et normatif* » (Blondiaux, Fourniau, 2011, p. 11), l'échelle d'Arnstein inspire de nombreux sociologues à la recherche d'un outil d'étalonnage susceptible de leur permettre de caractériser les divers cas observés. Ayant « *pour objet [...] de faire comprendre et de rendre intelligibles les relations qui existent entre les êtres* » (Durkheim, Mauss, 1969, p. 167), la classification qu'elle autorise s'apparente, à leurs yeux, à une opération de pensée pertinente. C'est ainsi que Donzelot et Epstein se livrent à l'exercice afin d'estimer en quoi la rénovation urbaine constitue un domaine privilégié de mise en pratique de la participation citoyenne. Relevant que « *l'instrument fait consensus dans la plupart des pays, sauf en France* », ils décident de s'y référer car l'échelle fournit « *un principe très clair de hiérarchisation des pratiques* » (Donzelot, Epstein, 2006, p. 6-7). Ils classent alors les opérations étudiées parmi les deux premiers niveaux dégagés par Arnstein et relèvent que si « *la participation est si peu effective en France, [c'est] parce que ceux qui veulent participer et qui ne s'inscrivent pas dans le schéma préféré des décideurs sont vite perçus et dénoncés comme les défenseurs de leurs intérêts privés face au souci de l'intérêt général dont se parent les décideurs publics* » (Donzelot, Epstein, 2006, p. 32-33).

De même, Bacqué et Gauthier (2011) envisagent la « *cartographie ou bilan critique des recherches [selon une] une typologie basée sur le pouvoir consenti aux citoyens* » (p. 37). Complétant alors l'échelle d'Arnstein par des paramètres relatifs aux publics concernés, à la temporalité des opérations et aux modalités participatives que permettent les audiences et débats publics portant sur les projets d'aménagement urbain, ils regrettent, à leur tour, que si les « *programmes ont souvent amené des effets concrets dans l'amélioration de la gestion quotidienne, ces effets restent cependant modestes et s'accompagnent, dans un contexte néolibéral, d'un discours de responsabilisation faisant reposer sur les individus la responsabilité des difficultés sans leur donner les moyens d'agir sur les grands processus et choix politiques qui en sont à l'origine* » (Bacqué, Gauthier, 2011, p. 53).

Notre entreprise classificatoire est d'un autre ordre. Centrée sur l'étude détaillée des pratiques et méthodes participatives mises en œuvre dans l'élaboration, la préparation, l'organisation, le suivi et l'évaluation d'un événement structurant le volet santé des quartiers prioritaires du nord-toulousain, la proposition exclut, de fait, le premier niveau arnsteinien consacré à la non-participation. Loin d'estimer que le programme pris en compte dispose de la faculté magique de mobiliser l'ensemble des membres d'une population rendue disponible, volontaire et enthousiaste (on relève, à ce titre, que les participants sont essentiellement des participantes ; Faure, Thin, 2007), notre investigation empirique n'a de sens que si une trace, même infime et fugace, de participation se fait jour. Ainsi les implications participatives concrètes autorisées par la politique de la Ville convergent-elles principalement vers l'échelon intermédiaire dévolu, selon la sociologue américaine, à « la coopération symbolique ». Toutefois, cette centration sur le milieu de l'échelle d'Arnstein s'accompagne d'une élaboration détaillée des formes de participation dégagées.

En effet, l'étude du large répertoire d'engagements permis par l'initiative toulousaine de *Ciné ma santé* (et, avec elle, l'ensemble des actions soucieuses de donner de la matière à une démocratie un tant soit peu partageuse de pouvoirs, même extrêmement limités) autorise la mise au jour de quatre modalités différentes de participation citoyenne en santé, celle-ci pouvant être « civique », « d'émancipation », « d'adhésion » ou « de mobilisation ». Sollicitant respectivement une forme distinctive de pouvoir, nous pensons que l'analyse fine de chacune d'entre elles est susceptible d'illustrer empiriquement quelques-uns des barreaux médians, tout autant que moyens, mis en lumière par l'échelle d'Arnstein. Ainsi « *retravaillée et complétée, elle demeure un bon outil pour interroger [les formes participatives] car c'est bien la question du pouvoir des citoyens et de leur accès à la délibération et à la décision qui reste posée* » (Bacqué, Gauthier, 2011, p. 56).

La participation civique ou « le pouvoir d'entendre » et l'ambition de « se faire entendre »

Régie par les nombreuses et régulières réunions de travail du groupe de préparation de la manifestation, la dynamique participative du programme *Ciné ma santé* peut être qualifiée, en premier lieu, de civique. Ainsi s'applique-elle à garantir le temps et les espaces permettant de délivrer les connaissances nécessaires à chacun afin d'accéder à une forme de conscientisation documentée, éclairée et raisonnable sur les questions de

santé les plus fondamentales et tenant à l'équilibre individuel et social de la personne. De même, elle autorise les prises de parole diverses, sollicite les discours des habitants et favorise les échanges qui, par le jeu du débat contradictoire et la confrontation bienveillante des différents points de vue, permettent la recherche d'un consensus propre à aboutir à des décisions collectivement partagées, par ailleurs respectueuses de chacun.

La participation civique opère selon le principe de l'ouverture à l'autre et repose sur la conviction que de la confrontation d'acteurs différents naît l'enrichissement mutuel. De nombreuses pratiques sont ainsi instituées dans le but de livrer des informations d'origines diverses et de provoquer de fréquentes rencontres pour, au bout du compte, décloisonner le fonctionnement associatif traditionnel qui tend à reposer sur un ancrage social privilégié constitué d'acteurs issus des classes moyennes fortement dotées en capitaux scolaire et culturel. L'objectif est, du même coup, de déroutiniser les formes associatives et militantes au profit de l'élargissement du répertoire d'actions et, pour y parvenir, de tenter d'étendre le périmètre de mobilisation, voire de recrutement, à l'ensemble des habitants des quartiers populaires, sans distinction de genres, de générations et d'origines sociale, culturelle et religieuse.

Visant la promotion de tous, la méthode consiste à travailler selon une « *mentalité élargie* », explique la coordinatrice de l'ASV, qui ajoute qu'une telle ambition suppose la « *déconstruction des représentations de sens commun et des normes disqualifiantes* ». C'est ainsi que la notion, péjorativement considérée, de « *communauté* » qui renvoie à une logique de fermeture sur des valeurs culturelles, morales et religieuses exclusives et potentiellement dangereuses, par ailleurs peu compatibles avec le modèle républicain de citoyenneté « à la française », est questionnée par la référence, fréquemment convoquée, à la santé communautaire (Haschar-Noé, Basson, 2019). Cette dernière est, au contraire, présentée comme un gage d'ouverture à des pratiques, des habitudes, des mœurs et des styles de vie d'origines diverses qu'il convient de confronter aux schémas traditionnels, aujourd'hui en grande partie inopérants.

Présentée comme équivalente à celle des professionnels, la parole des habitants est ainsi recueillie dans un climat d'écoute et de respect qui garantit la qualité du débat démocratique et objective la décision partagée. Ce que les opérateurs signifient fréquemment par l'usage du terme de « *co-construction* ». Les délibérations quant aux décisions à prendre pour mener l'action sont d'autant plus engageantes et impliquantes, individuellement comme collectivement, que se discutent au sein du groupe, non seulement

les modalités techniques d'organisation de la manifestation, mais aussi la sélection des nouvelles animations, les principes de la participation au collectif, le devenir de la manifestation et son utilité sociale-même. Les débats sont ainsi placés au service d'une montée en généralité questionnant tant les modes d'action du collectif que l'efficacité de sa mission et l'avenir du programme.

Via les questions de santé, la participation œuvre donc à l'émergence et au développement publicisé d'un esprit civique érigé au rang de fondement d'une éducation effective aux enjeux de la chose publique. Ainsi civiquement fondées, l'information et la consultation (soit les premiers barreaux de la « coopération symbolique » dressés par Arnstein) sont à même de dépasser la figure allégorique d'une participation foncièrement fictive pour permettre aux citoyens d'accéder au double « pouvoir d'entendre » et de « se faire entendre ». Potentiellement partielles et éventuellement dictées par des motivations instrumentales, l'information et la consultation sont, en effet, susceptibles d'induire, d'une façon ou d'une autre, des éléments relevant de l'apprentissage, de la formation, de l'appropriation, de l'intériorisation. Ces facteurs socialisateurs sont à même de constituer, à terme, des ressources disponibles pour les « publics cibles » qui peuvent décider de les activer afin de contrarier le cadre de l'offre publique de participation, aussi factice soit-elle, et de la détourner à leurs maigres avantages.

La participation d'émancipation ou le pouvoir de déjouer la « participation vitrine »

Plus probante, la participation d'émancipation offre une autre opportunité de déjouer la « participation vitrine » caractéristique du deuxième niveau de l'échelle qui nous sert ici d'étalon. Dépassant la dimension convenue de la modalité civique de la participation évoquée plus haut, il s'agit à ce degré d'engagement plus poussé d'autoriser les « sans voix » à défendre leurs intérêts et à développer une pensée critique et une motivation à agir qui leurs soient propres. La mixité sociale située au fondement des contextes d'interactions créés par la manifestation, étendue à ses phases de préparation et d'évaluation, permet la prise en compte de l'ensemble des points de vue et pratiques valorisés tant par les professionnels que les habitants eux-mêmes, sans interdire l'expression publique de leurs confrontations directes, opposition franche et éventuelle irréductibilité. Autorisés, et plus encore encouragés, à exprimer des positions, à prendre des responsabilités, à gérer des situations conflictuelles, à exposer

et à défendre la légitimité d'un mode de vie et d'une culture populaires alternatives, les habitants en viennent à incarner une voie d'accès au changement tendant vers la santé pour tous. Selon le principe de l'égalité, toutes les différences sont alors respectées, même si elles conduisent à renoncer à un accord.

La faculté émancipatrice de la participation opère principalement par la dimension formatrice que comprennent les nombreuses situations propices générées par *Ciné ma santé*. En effet, les activités inhérentes à la manifestation favorisent l'accueil, se situent à proximité des habitants des quartiers précarisés prioritairement concernés et nourrissent le débat public sur la santé et les styles de vie, avec pour but la dissonance et les prises de position publiques. La participation d'émancipation crée ainsi de nombreuses micro-mobilisations rendues accessibles par la proximité spatiale des activités proposées, par l'adaptation des savoirs à des « publics-cibles » et par de faibles coûts d'entrée dans un dispositif qui favorise l'enrôlement général des différents acteurs invités à prendre une part active à de multiples activités éducatives présentées selon un mode ludique et convivial.

Cette ambition émancipatrice s'est construite chemin faisant, au cours de l'évolution du programme qui a progressivement introduit et fait valoir des exigences de formation. S'adressant aux professionnels comme aux habitants, ces dernières se sont précisées et étendues à des objets associés à une dimension englobante de la santé comprenant l'alimentation, le sommeil, l'activité physique, la nutrition, la gestion du stress, la lutte contre la sédentarité... C'est ainsi, par exemple, que « *le passeport* » introduit à l'occasion de l'édition de 2013 de la manifestation demande aux participants de recenser les ateliers visités afin d'enrichir leurs connaissances sur les multiples aspects des conduites de santé. De même, les actions de formation auprès des enfants d'âge scolaire développées depuis 2011 et « l'atelier nutrition » animé au sein-même des cuisines centrales de la ville de Toulouse, créé à partir de 2012, misent sur l'acquisition d'aptitudes individuelles à la bonne gestion de la santé. La participation d'émancipation suit ainsi une approche redistributive au profit des bénéficiaires potentiels dans l'objectif affiché de les former *via* l'émulation collective qui caractérise l'organisation de la manifestation.

Ces activités éducatives concernent, d'une part, des populations captives que le groupe de pilotage sélectionne selon des critères sociaux, culturels et économiques (c'est ainsi que sont retenues certaines classes de certaines écoles dont les enseignants se montrent intéressés par la

manifestation ; soit environ 90 enfants) et, d'autre part, des publics captés par les associations et les réseaux tissés avec les habitants (comme « l'atelier nutrition », par exemple). Si, selon les opérateurs, l'école est un gage qui permet d'instituer une éducation pour la santé équitable, pour les adultes, l'expérience partagée du vécu au sein d'un service public offre l'opportunité d'éprouver l'institution républicaine. Les cuisiniers des cuisines centrales se font ainsi un honneur d'accueillir les habitantes « *au cœur d'un service public au service de la santé publique* », de leur montrer les techniques de la cuisine professionnelle, d'agir sur leurs représentations en partageant les expériences culinaires attestant « *qu'on peut faire bien avec peu de moyens* » et, enfin, de faire valoir la portée de leur « *mission de santé qui transcende les communautés* ». Si un tel niveau d'exigence (auquel les participantes se plient bien volontiers) contribue à l'émancipation des habitantes engagées dans cette activité, la dynamique participative est assujettie à une certaine forme de loyauté qui apparaît comme une condition impérative au maintien de la mobilisation collective. En regard de leur propre investissement personnel, les cuisiniers de la cuisine centrale demandent, en effet, aux habitantes une plus grande participation aux tâches (de rangement, de nettoyage...) périphériques à la préparation des repas et se montrent déçus lorsque le contrat n'est pas respecté.

La participation au théâtre-forum atteste une autre forme d'émancipation, en ce sens que l'activité pousse progressivement les acteurs impliqués à passer de la prise de parole réactive au récit d'histoires personnelles. Dans le premier cas, les personnes réagissent à une situation fictive par la dénonciation ou l'accord ; dans l'autre, les récits d'expériences vécues sont déclinés publiquement et reconstruits en vue d'influer sur les conduites en santé adoptées individuellement. L'option des animateurs est ainsi de permettre aux habitants de créer eux-mêmes les saynètes qui les concernent directement, de les mettre en scène et de les jouer. Ces récits de vie scénarisés sont alors l'occasion d'exposer des pratiques propres relativement à l'éducation des enfants, à la vie conjugale, aux modes de consommation domestiques... Évoluant dans différents espaces intermédiaires créés par le dispositif, les participants mêlent ainsi activités privées et scène publique, s'exposent, prennent position, s'émancipent de leur condition première, réorientent leur parcours de vie et, ce faisant, changent de statut. Enfin, cette approche de la participation est bien rendue par la formation à l'évaluation qui, depuis quelques années, complète le bilan de l'édition précédente et la préparation de l'édition à suivre de la manifestation.

La participation d'adhésion ou le pouvoir de tirer parti de la « stratégie de réassurance »

Dernier barreau du deuxième niveau de l'échelle échafaudée par Arnstein, la réassurance peut faire l'objet de stratégies diverses permettant aux citoyens de tenter d'exercer une certaine influence sur le dispositif public potentiellement contraignant qui leur est formellement proposé. C'est la vocation première prêtée à la participation d'adhésion qui vise à attirer de nouveaux publics au cœur de la manifestation elle-même afin de contribuer à la changer. À la différence des deux précédentes modalités de la participation pour lesquelles la délibération porte sur les connaissances en santé, c'est ici le plaisir d'être ensemble et les manières de se reconnaître les uns les autres qui font l'objet de débats et d'échanges. La mise en scène des identités culturelles et des différences individuelles pousse, en effet, les acteurs les plus éloignés des questions de santé à se rapprocher d'une action collective en la matière et à s'y joindre, à terme. La délibération au sujet des facteurs de cohésion du groupe invite ainsi au ralliement du plus grand nombre aux valeurs communes d'auto-assistance et de soutien social. La légitimité de la délibération repose sur différentes formes d'implication afin que chaque acteur puisse se reconnaître dans la décision du groupe et que la santé accède ainsi au statut de bien public revendiqué par tous. De même, les délibérations présidant à la préparation et au bilan du programme général de *Ciné ma santé* permettent aux habitants des quartiers populaires mobilisés et aux professionnels impliqués dans les territoires prioritaires de la politique de la Ville d'exprimer leurs opinions, mais aussi leurs goûts et leurs sentiments d'appartenance à un mouvement collectif dont ils partagent le bien-fondé et apprécient l'engouement qu'il suscite.

La participation d'adhésion est première dans la formation du programme *Ciné ma santé*. Située à son origine, elle s'est progressivement enrichie de la multiplication d'activités agrégeant de nouveaux habitants et organisations associatives. L'objectif de la manifestation est ainsi de toucher des « *publics* » de passage sur le lieu de l'animation et des habitants guidés par les associations partenaires. Le choix du site (présenté par la médecin diplômée en santé communautaire comme « *facile d'accès, à côté du métro qui amène un autre public que le public des quartiers et qui permet le mélange, tout en restant intimiste* ») est induit par l'ambition de s'affranchir des barrières territoriales de la ville, de permettre à des habitants de s'approprier l'espace public et de créer de nouveaux territoires d'échanges moins marqués par les clivages sociaux. Le rapprochement

entre les habitants des quartiers voisins, socialement hétérogènes, l'abaissement des frontières symboliques distinguant des territoires limitrophes et l'encouragement à la mobilité urbaine sont autant de facteurs de mixité sociale et culturelle favorisant la porosité entre les espaces et les groupes sociaux. Selon la même logique, les réunions préparatoires à l'événement se tiennent, tout au long de l'année, tantôt dans un quartier, tantôt dans un autre. Cette alternance contribue à institutionnaliser une approche décroisée du territoire et dessine les contours d'une nouvelle géographie urbaine de l'action locale en santé propice à l'appropriation sociale.

Si la participation d'adhésion relève d'un attachement progressif aux activités d'animations, elle est aussi une technique pédagogique utilisée par les professionnels et certains habitants organisateurs de la manifestation. À l'issue de la journée de préparation des repas au sein des cuisines centrales, les professionnels, les habitantes et les « *chefs cuisiniers* » font ainsi un bilan de la formation. C'est l'occasion pour les habitantes de faire déguster aux cuisiniers quelques spécialités issues du savoir-faire culinaire de leur pays d'origine. Cet exemple de mise en scène de l'adhésion au groupe par le partage de moments de cohésion vise à garantir les conditions d'égalité et de réciprocité. Ils sont l'occasion, pour les habitantes impliquées de longue date dans le dispositif, de montrer aux nouvelles recrues des façons de rétablir, dans un lieu public valorisé (ici, les cuisines centrales), les conditions d'une félicité domestique. La réunion bilan avec les cuisiniers voit ainsi les habitantes échanger des recettes avec « *les cuisiniers* » et gratifier ces derniers de chants et d'improvisations théâtrales de leur cru. Il s'agit pédagogiquement de fluidifier les échanges, de valoriser des opinions et des conduites socialement disqualifiées et, surtout, d'éviter que le pouvoir de la parole et de l'animation soit monopolisé par les professionnels.

De même, la projection d'un film en fin de manifestation a pour objectif de susciter des réactions dans le public. La critique et l'autodérision quant aux recommandations en matière d'hygiène pratiquées par des animateurs de la manifestation interrogent également le savoir et les normes, stimulent la prise de parole et déclenchent des débats. Ces différents dispositifs pédagogiques facilitent l'adhésion, valorisent les appartenances, favorisent la prise d'initiatives et de responsabilités (fabrication des affiches annonçant la manifestation, préparation d'un atelier diététique...) et confèrent une visibilité publique aux participants (ainsi l'étiquetage des animations s'est-il progressivement affirmé comme une nécessité). La dynamique d'une participation d'adhésion traverse aussi les

bilans de chacun des ateliers délimitant ainsi un entre soi qui confère à la communauté ses unité et originalité. Selon le même processus, la réorganisation dans l'urgence de la manifestation face aux conditions climatiques qui, en 2013, empêchent qu'elle se déroule en extérieur renforce encore le processus général de cohésion.

Si la participation d'adhésion traduit une dynamique de groupe tendue vers le renforcement interne, elle est aussi tournée sur l'extérieur. Il s'agit certes de faciliter la prise de parole, mais également de valoriser une rhétorique du débat relativement à la défense de certaines valeurs morales. C'est l'autre objectif du théâtre-forum qui propose des saynètes plus ou moins polémiques sur les implications sanitaires de certaines habitudes de vie prenant peu en considération les questions de nutrition ou de sommeil, par exemple. Confronté à des positions contradictoires assurées par des comédiens, le public formule des commentaires, demande que les scènes soient rejouées selon une autre orientation, voire réagit vivement en dénonçant tels propos aux telles attitudes adoptées par les acteurs se produisant sur la scène improvisée. Dans un contexte au format démocratique de libre expression, « *les tactiques de subversion, de détournement ou de braconnage dont les dispositifs participatifs sont ainsi l'objet de la part des citoyens concernés, mettent en évidence des savoirs pratiques, des définitions de la justice ordinaire et des capacités ironiques et créatives* » (Blondiaux, Fourniau, 2011, p. 23) opérant comme autant de facteurs tangibles d'adhésion au cadre proposé et d'appropriation de ce dernier. Ainsi quelques habitantes ayant vigoureusement pris part aux échanges lors d'un théâtre-forum s'associent, pour un temps, aux réunions d'organisation de la manifestation.

La participation de mobilisation ou le pouvoir effectif du « donnant-donnant »

Si l'information, la consultation et la réassurance peuvent relever d'une forme symbolique de coopération, elles sont également, *via* le processus de socialisation politique qu'elles initient et contribuent à perpétuer, grosses de « pouvoir effectif » présent ou à suivre potentiellement. Permettant ainsi l'accès au troisième niveau de l'échelle d'Arnstein, la participation de mobilisation voit certains citoyens à même de prétendre exercer une influence d'autant croissante sur la prise de décision qu'ils disposent d'une base associative puissante et organisée. Cette dernière les autorise, en effet, à se hisser sur le sixième barreau dévolu aux partenariats

et à revendiquer et négocier un partage des responsabilités selon la logique du « donnant-donnant ».

Centrée sur la réduction des inégalités sociales de santé et la capacité à promouvoir un changement social, la participation de mobilisation incite les individus, groupes et organisations parties prenantes de *Ciné ma santé* à augmenter sensiblement leur pouvoir d'action et de décision. Fondée sur un principe général d'association à la gestion des affaires de la cité, elle est articulée au contrôle des personnes sur leur propre vie et à un certain volontarisme institutionnel visant à permettre à des populations en situation précaire de prendre une part active à l'action publique de santé déployée localement à leur endroit. Se structurant progressivement, les pratiques mobilisatrices développées au sein de l'ASV des quartiers nord de Toulouse en viennent ainsi à emprunter aux logiques et répertoires d'action des associations, mouvements sociaux et organisations militantes.

La démarche qui anime principalement la coordinatrice de l'ASV vise, en effet, à doter un groupe d'habitantes des compétences et dispositions suffisantes leur permettant de s'engager dans des responsabilités associatives et de revendiquer une amélioration générale de leurs conditions de vie en faisant des considérations de santé publique un indicateur pertinent de ces dernières. Ce faisant, l'ASV contribue à donner naissance et à promouvoir publiquement une instance de représentation au sein des quartiers prioritaires du nord de la ville dont une des préoccupations premières est de combattre la stigmatisation qui pèse sur la population de ces territoires. Une opération de formation de ces responsables associatives émergentes est alors entreprise dans le cadre du programme *Ciné ma santé*. Ainsi celui-ci est-il présenté par trois habitantes des quartiers concernés à l'occasion du bilan 2010-2013 du plan municipal de santé devant une assistance constituée de nombreux acteurs publics et associatifs locaux. Préparée avec la coordinatrice, l'intervention est répétée par les habitantes qui retirent un surcroît d'estime de soi de cette expérience réussie. De la même façon, la coordinatrice intègre ces mêmes habitantes dans deux autres opérations de publicisation et de valorisation de leurs actions militantes : un congrès professionnel et une recherche interventionnelle. Initiées à la participation à des cercles et forums qui leur étaient étrangers jusque-là, elles s'autonomisent progressivement et, à terme, sont rendues responsables de leur organisation propre et de leurs revendications.

L'activité de représentation des quartiers nord de Toulouse est encadrée par les professionnels du groupe de pilotage du programme qui veillent à

« protéger » les habitantes. Il s'agit de les mettre à l'aise face à des publics différents (chercheurs, acteurs publics, professionnels de divers secteurs), de les aider dans l'expression de leurs expériences et dans la capacité à faire face aux questions. La formation de ces habitantes consiste, pour les animateurs du programme, à leur apprendre à changer de registre de communication et à leur donner les clefs du langage professionnel leur permettant de réduire la distance culturelle qui les en sépare, sans verser dans un discours convenu et plaintif. Ce travail de mise en accessibilité de la langue est une passerelle qui déclenche une conscience d'égalité et une forme sociale et politique de reconnaissance : « *Finally, on disait la même chose, mais avec nos mots à nous* », note l'une d'entre elles.

De même, la visibilité donnée à leur implication interroge ce nouveau rôle que les habitantes assimilent à un changement de statut : « *Avant on était de simples spectateurs, explique la plus jeune. Maintenant, on est dans le groupe. On nous sollicite pour beaucoup de choses. On n'est pas rien du tout. On n'est pas au plus bas. D'ailleurs, on ne devrait plus nous appeler des habitantes. Il faut trouver un nouveau nom correspondant à tout le travail qu'on fait dans le quartier, pour la santé et tout ce qui va avec !* ». Assurant, de fait, le rôle de médiatrices et d'intermédiaires sociales et culturelles, elles tendent à devenir des représentantes légitimes de leur quartier, dotées de ressources et de capitaux leur permettant de contester les insuffisances de l'action publique développée, en matière de santé comme dans d'autres domaines, en faveur des territoires de la politique de la Ville. Ainsi contribuent-elles, à leurs manières et échelle, à la fabrication politique du gouvernement urbain de la santé de Toulouse (Basson, Honta, 2018).

Conclusion

L'ethnographie classificatoire de la participation citoyenne en santé prévalant, à ce jour, dans les quartiers nord de Toulouse permet de tenter de qualifier et d'ordonner les diverses modalités de la construction sociale d'une démocratie en santé ouverte aux plus démunis. Les indicateurs de la portée non seulement civique et citoyenne, mais également proprement politique, du programme *Ciné ma santé* sont alors nombreux : le volontarisme animant les professionnels-militants ; la conduite stratégique de la mobilisation et de ses effets sur la confiance des habitants des quartiers concernés ; le processus de renforcement et d'activation des dispositions attribuées au plus émancipés d'entre eux ; la montée en puissance d'une forme de publicisation de l'action ; la formation d'une conscience

collective susceptible de comprendre les enjeux globaux et de dépasser les intérêts particuliers... L'ambition du programme est, en effet, de dépasser le processus participatif « ritualisé, vide de sens et frustrant les faibles » dénoncé par Arnstein.

Exemple de « mise en procédure de la participation, sous forme de dispositifs institués plus ou moins standardisés, mais le plus souvent organisés et contrôlés par une autorité politique ou administrative » (Blondiaux, Fourniau, 2011, p. 19), la manifestation étudiée peut s'apparenter à une voie, modeste et originale, d'innovation sociale qui « se construit par l'inclusion des acteurs qui la font et lui donnent une signification » (Harrisson, 2012, p. 206). Plus généralement, il n'est pas interdit d'y déceler une forme de revitalisation de la vie publique locale et, ce faisant, de renouveau du pacte social tout entier par lequel les personnes démunies acquièrent, pour peu qu'on n'entrave pas leurs velléités et qu'elles acceptent de jouer le jeu *a minima*, la propension à opérer dans les marges, voire dans le dos, du cadre formel proposé afin de le rendre plus conforme à leurs propres intérêts et visions du monde social. Susceptibles de contrecarrer l'action publique municipale et de rechigner à se soumettre au rôle dévolu par l'institution (Dupuy, Halpern, 2009), de surcroît bien équipés, les publics peuvent tirer profit de l'invitation à la mobilisation qui leur est adressée et ainsi se départir de la logique tautologique selon laquelle la participation sert déjà à participer. « *L'ethnographie est alors à même de saisir sur le vif tous les débordements de la participation programmée* » (Cefaï et al., 2012, p. 16) et tous les modes d'appropriation des dispositifs ménageant une place aux tactiques des dominés.

Toutefois, personne n'est dupe dans cette affaire : ni les metteurs en œuvre de première ligne, ni les ressortissants eux-mêmes, et encore moins les analystes nécessairement convaincus des vertus de la déconstruction critique des dispositifs participatifs publiquement vantés. Ainsi ces derniers sont-ils volontiers enclins à reconnaître que *Ciné ma santé* est susceptible de permettre une révélation à soi et aux autres, une implication directe et indirecte dans une organisation ouverte, au cœur d'un moment festif et publicisé, au sein d'une dynamique collective valorisée et valorisante, portée par une mobilisation associative et placée sur la scène locale, soit un ensemble de conditions qui font de l'événement une « *opportunité socialisatrice* » (Darmon, 2006, p. 105) autorisant divers degrés d'engagement participatif. Contribuant à « ré-intéresser à la chose publique, voire à ré-enchanter la démocratie », ils savent également que la manifestation est à même d'opérer en ce sens à la condition expresse que « *l'apprentissage*

et la socialisation [qu'elle génère] s'inscrivent dans le temps long » (Talpin, 2013, p. 17, 23). Or, l'actualité récente du volet sanitaire de la politique de la Ville développé à Toulouse est marquée par l'incertitude quant aux remplacements de la coordinatrice de l'ASV des quartiers nord (et Empalot) partie, depuis peu, en retraite et de sa collègue en charge de l'ASV du Grand Mirail (ensemble de quartiers de plus de 30 000 habitants considéré comme un des plus préoccupants à l'échelle nationale) qui n'a pas repris ses fonctions à l'issue de son congé maternité. Dans le même temps, les premiers effets de la pandémie du COVID-19 attestent une nouvelle aggravation des inégalités sociales de santé et viennent ainsi confirmer, si besoin était, que « *la structure sociale est un élément essentiel de la réalité de la vie quotidienne* » (Berger, Luckmann, 2012, p. 83).

RÉFÉRENCES

- AGAMBEN, G. (2007), *Qu'est-ce qu'un dispositif ?*, Paris, Payot & Rivages.
- ARBORIO, A.-M., LECHIEN, M.-H. (2019), La bonne volonté sanitaire des classes populaires. Les ménages employés et ouvriers stables face aux médecins et aux normes de santé, *Sociologie*, 10(1), 91-110.
- ARNSTEIN, S. (1969), A Ladder of Citizen Participation, *Journal of the American Institute of Planners*, 35(4), 216-224.
- BACQUE, M.-H., GAUTHIER, M. (2011), Participation, urbanisme et études urbaines. Quatre décennies de débats et d'expériences depuis « A ladder of citizen participation » de S. R. Arnstein, *Participation*, 1(1), 36-66.
- BACQUE, M.-H., REY, H., SINTOMER, Y. (2005a), La démocratie participative, un nouveau paradigme de l'action publique ?, in Bacqué, M.-H., Rey, H., Sintomer Y. (dir.), *Gestion de proximité et démocratie participative*, Paris, La Découverte, 9-46.
- BACQUE, M.-H., REY, H., SINTOMER, Y. (2005b), La démocratie participative urbaine face au néo-libéralisme, *Mouvements*, 39-40(3), 121-131.
- BASSON, J.-C., HASCHAR-NOE, N., HONTA, M. (2013a), Toulouse, une « figure urbaine de la santé publique ». À propos de l'action publique municipale de lutte contre les inégalités sociales de santé, *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 61S2, S81-S88.
- BASSON, J.-C., HASCHAR-NOE, N., THEIS, I. (2013b), Territorial Translation of the National Health and Nutrition Program in Midi-Pyrénées, France, *Healthcare Policy/Politiques de santé*, 9, 26-37.
- BASSON, J.-C., HONTA, M. (2018), Se bien conduire dans une ville saine. La fabrication politique du gouvernement urbain de la santé de Toulouse, *Terrains & Travaux*, 32, 129-153.

- BASSON, J.-C., HONTA, M. (2019), The Paradoxical Dynamic of Urban Health government: A case in Toulouse. Editorial, *Journal of Health Science & Education*, 3(1), 152.
- BERGER, P., LUCKMANN, T. (2012), *La construction sociale de la réalité*, Paris, Armand Colin.
- BERGERON, H., CASTEL, P. (2018), *Sociologie politique de la santé*, Paris, PUF.
- BLONDIAUX, L., FOURNIAU, J.-M. (2011), Un bilan des recherches sur la participation du public en démocratie : Beaucoup de bruit pour rien ?, *Participations*, 1, 8-35.
- BLONDIAUX, L., SINTOMER, Y. (2002), L'impératif délibératif, *Politix*, 15(57), 17-35.
- BOUKAMEL, O., EMERY, Y. (2019), Les treize postulats de l'innovation publique : Identification et discussion dans le champ de la santé, *Innovations*, 60, 15-41.
- CARREL M., (2013), *Faire participer les habitants ? Citoyenneté et pouvoir d'agir dans les quartiers populaires*, Lyon, ENS Éditions.
- CEFAÏ, D., CARREL, M., TALPIN, J., ELIASOPH, N., LICHTERMAN, P. (2012), Ethnographies de la participation, *Participations*, 3(4), 7-48.
- CHEVALLIER, J. (2005), Politiques publiques et changement social, *Revue française d'administration publique*, 115(3), 383-390.
- DARMON, M. (2006), *La socialisation*, Paris, A. Colin.
- DONZELOT, J. (2009), *Vers une citoyenneté urbaine ? La ville et l'égalité des chances*, Paris, Ed. Rue d'Ulm.
- DONZELOT, J., EPSTEIN, R. (2006), Démocratie et participation : L'exemple de la rénovation urbaine, *Esprit*, 7, 5-34.
- DUBOIS, V. (2012), Ethnographier l'action publique. Les transformations de l'État social au prisme de l'enquête de terrain, *Gouvernement et action publique*, 1(1), 83-101.
- DUPUY, C., HALPERN, C. (2009), Les politiques publiques face à leurs protestataires, *Revue française de science politique*, 59(4), 701-722.
- DURKHEIM, E., MAUSS, M. (1966), De quelques formes primitives de classification. Contribution à l'étude des représentations collectives, in Mauss, M., *Essais de sociologie*, Paris, Seuil.
- FASSIN, D. (1998), Politique des corps et gouvernement des villes. La production locale de la santé publique, in Fassin, D. (dir.), *Les figures urbaines de la santé publique. Enquête sur des expériences locales*, Paris, La Découverte, 7-46.
- FAURE, S., THIN, D. (2007), Femmes des quartiers populaires, associations et politiques publiques, *Politix*, 78, 87-106.
- GÉNOLINI, J.-P., BASSON, J.-C., PONS, E., FRASSE, C., VERBIGUIÉ, D. (2017), Typologie de la participation en santé. La méthode de l'atelier santé ville des quartiers nord de Toulouse, in Haschar-Noé, N., Lang, T. (dir.), *Réduire les inégalités sociales de santé. Une approche interdisciplinaire de l'évaluation*, Toulouse, Presses universitaires du Midi, 259-279.
- GIRAUD, O., WARIN, P. (2008), *Politiques publiques et démocratie*, Paris, La Découverte.

- GRENIER, C., DENIS, J.-L. (2017), S'organiser pour innover : Espace d'innovation et transformation des organisations et du champ de l'intervention publique, *Politiques et Management Public*, 34(3-4), 191-206.
- GRENIER, C., PAUGET, B., HUDEBINE, H. (2019), Quels renouvellements conceptuels pour soutenir l'innovation dans le champ de la santé ? Un regard par les arrangements organisés, les politiques publiques et les capacités entrepreneuriales, *Innovations*, 60, 5-14.
- HARRISSON, D. (2012), Quatre propositions pour une analyse sociologique de l'innovation sociale. *Cahiers de recherche sociologique*, 53, 195-214.
- HASCHAR-NOE, N., BASSON, J.-C. (2019), Innovations en santé, dispositifs expérimentaux et changement social : Un renouvellement par le bas de l'action publique locale de santé. La Case de santé de Toulouse (France), *Innovations*, 60, 121-144.
- HAWE, P., POTVIN, L. (2009), What is Population Health Intervention Research?, *Revue canadienne de santé publique*, 100(1), I8-I14.
- HONTA, M., BASSON, J.-C. (2015), Healthy Cities: A New Political Territory. An Analysis of Local Health Care Governance in the city of Bordeaux, *French Politics*, 13(2), 157-174.
- HONTA, M., BASSON, J.-C. (2017a), Entreprise métropolitaine en santé et ordre public local. Les limites socio-politiques à l'innovation institutionnelle. Le cas de l'agglomération bordelaise, *Politiques et Management Public*, 34(3-4), 286-300.
- HONTA, M., BASSON, J.-C. (2017b), La fabrique du gouvernement métropolitain de la santé. L'épreuve de la légitimation politique, *Gouvernement et action publique*, 6(2), 63-82.
- HONTA, M., BASSON, J.-C., JAKSIC, M., LE NOÉ, O. (2018), Les gouvernements du corps. Administration différenciée des conduites corporelles et territorialisation de l'action publique de santé, *Terrains & Travaux : Revue de sciences sociales*, 32, 5-29.
- POTVIN, L., DI RUGGIERO, E., SHOVELLER, J.-A. (2013), Pour une science des solutions : La recherche interventionnelle en santé des populations, *La santé en action*, 425, 13-16.
- TALPIN, J. (2013), Former des sujets démocratiques. Les effets de la participation sur les individus, *Idées économiques et sociales*, 3(173), 17-24.
- WARIN, P. (1999), Les ressortissants dans les analyses des politiques publiques, *Revue française de science politique*, 1(49), 103-121.