

LA RECHERCHE EN PROMOTION DE LA SANTÉ : L'ÉTUDE DE LA CASE DE SANTÉ DE TOULOUSE

Contribution à la structuration internationale du champ de la recherche en promotion de la santé

[Jean-Charles Basson](#), [Nadine Haschar-Noé](#), [Thierry Lang](#), [Laurence Boulaghaf](#), [Fabien Maguin](#)

Érès | « Empan »

2022/1 n° 125 | pages 165 à 175

ISSN 1152-3336

ISBN 9782749273853

DOI 10.3917/empa.125.0165

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-empan-2022-1-page-165.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour Érès.

© Érès. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

La recherche en promotion de la santé : l'étude de la Case de santé de Toulouse

Contribution à la structuration internationale du champ de la recherche en promotion de la santé

*Jean-Charles Basson, Nadine Haschar-Noé,
Thierry Lang, Laurence Boulaghaf,
Fabien Maguin*

La définition de la promotion de la santé est introuvable¹. S'il est acquis qu'elle constitue une stratégie visant à soutenir le changement social afin d'améliorer la santé pour tous et de réduire les inégalités sociales de santé (ISS), elle demeure caractérisée par la négative, par l'omission ou par la distinction. Ainsi des débats sans fin

dressent-ils la liste des qualités qui tantôt la rapprochent, tantôt l'éloignent de ses domaines connexes que sont la santé publique, la prévention et la santé communautaire, notamment.

Un retour à la source s'impose. Jalon premier de la promotion de la santé dont on a salué l'ambition et relevé les limites, la Charte d'Ottawa

Jean-Charles Basson, politiste, directeur de l'Institut fédératif d'études et de recherches interdisciplinaires santé société (IFERISS) de l'université de Toulouse. Comité de rédaction de la revue *Empan*. jean-charles.basson@univ-tlse3.fr

Nadine Haschar-Noé, sociologue, IFERISS. hascharnoe@orange.fr

Thierry Lang, épidémiologiste, IFERISS. thierry.lang@univ-tlse3.fr

Laurence Boulaghaf, philosophe, IFERISS. laurence.boulaghaf@orange.fr

Fabien Maguin, Case de santé. fabien.maguin@casesdesante.org

1. C'est le grand mérite du *Handbook of Health Promotion Research* de Didier Jourdan et Louise Potvin, publié en 2022 chez Springer, de combler cette lacune. Le présent article constitue la version française remaniée de notre contribution à ce manuel. Nous sommes très reconnaissants à ses directeur et directrice de nous autoriser à la produire ici pour les lecteurs francophones.

stipule que « la promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci. Cette démarche relève d'un concept définissant la santé comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut, d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie. Il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques. Ainsi donc, la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire : elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être ».

Si le texte constitutif de la promotion de santé s'attarde davantage sur ce qu'il convient d'entendre par « santé » que sur ce que recouvre la « promotion » de celle-ci, il offre un point d'ancrage sur lequel nous nous appuyons pour fonder la recherche en promotion de la santé. En effet, précision peu relevée et pourtant fondamentale, la Charte d'Ottawa avance, dès 1986, que « la démarche de promotion de la santé tente de rendre les conditions favorables [à la santé] **par le biais de la promotion des idées** » (c'est nous qui soulignons). Autant dire que si la charte institue la promotion de la santé, elle rend celle-ci indissociable de la recherche en promotion de la santé.

Plus précisément, « la promotion de la santé [devant] devenir le chantre de la lutte contre les inégalités sociales de santé » (Ridde, 2013), nous proposons de la soumettre à l'épreuve de l'étude des *process* de réduction des ISS tels que les conçoit et pratique la Case de santé (CdS) de Toulouse, notre partenaire et terrain d'étude (Haschar-Noé et Basson, 2019). Plus que les résultats effectifs (les données sont en phase de collecte), il s'agit ici de présenter les principes et les pratiques d'une recherche en train de se faire, tentant d'introduire intelligibilité et rationalités au cœur d'un champ scientifique en cours de structuration. Ainsi, illustré par l'exemple, nous soutenons que, pour présenter une portée heuristique permettant l'objectivation, la conceptualisation, la réflexion paradigmatique, la coproduction méthodique, la diffusion et le partage des connaissances en vue de contrecarrer le cours des ISS, la recherche en promotion de la santé doit être fondée, d'une part, sur trois conditions scientifiques et, d'autre part, sur trois domaines empiriques singuliers.

Trois conditions scientifiques

Sans prétendre poser *Les règles de la méthode* de la recherche en promotion de la santé (n'est pas Durkheim qui veut !), nous avançons que trois conditions sont profitables à la constitution des fondements rationalisés d'un champ de recherche dont nous souhaitons contribuer à la légitimation scientifique : le recours systématique

à une méthode partenariale et collaborative ouverte au dialogue interdisciplinaire ; par ailleurs servie par la délimitation précise d'un objet d'étude propre ; alimentée, enfin, par les rudiments d'une épistémologie des pratiques scientifiques.

Une méthode partenariale, collaborative et interdisciplinaire

Première condition à la constitution de la recherche en promotion de la santé : elle doit être animée par des partenariats engageants et des collaborations effectives. Ainsi s'agit-il de ménager un rôle de choix aux acteurs de terrain : professionnels issus de secteurs différents et usagers socialement ancrés dans des contextes variés et des trajectoires biographiques multiples, unanimement marquées par une ou plusieurs formes de précarité. Dans notre cas, l'initiative vient de la Case de santé qui, *via* son coordonnateur (en vertu de nos principes, il cosigne le présent texte), sollicite l'équipe de recherche pour répondre à un appel à projets ministériel. Le projet retenu, la CdS en devient le porteur. Cette configuration empêche de verser dans les travers descendants d'une recherche faisant du terrain empirique investigué le champ de validation d'hypothèses préconstruites en laboratoire. À rebours d'une caution scientifique artificiellement apposée sur le projet, une démarche collaborative peut alors associer les différents acteurs dans une relation symétrique.

Toutefois, cette ambition ne va pas de soi tant elle préjuge le partage entre tous les acteurs de conditions contraignantes : échanges préexistants à la recherche ; posture d'ouverture ; dispositions sociales et politiques relativement homogènes ; commune volonté de bousculer l'ordre sanitaire établi ; goût pour la réflexivité. Si ces prérequis autorisent l'analyse du projet dans sa plénitude (soit sa conception, sa mise à l'agenda, sa mise en œuvre, son appropriation par les populations ciblées, son évaluation et sa potentielle reconduction, modification ou interruption), ils supposent que la recherche ne soit pas l'apanage des seuls chercheurs académiquement estampillés. Il en résulte, alors, un brouillage des frontières entre chercheurs et acteurs de terrain et la nécessité de composer ensemble au gré de l'avancée de la recherche. Respectant les différences qui donnent sens à la collaboration en train de s'inventer, le jeu consiste à tenter des rapprochements et oser des confrontations, au risque de laisser apparaître des divergences, des tensions et des oppositions. Notre recherche assure ainsi le partage et la confrontation des connaissances issues des travaux scientifiques et des pratiques d'intervention, des savoir-faire et des visions du monde en santé portés par l'ensemble des parties prenantes situées aux différentes échelles du projet : des cycles de séminaires nationaux avec le ministère et des réunions régulières du comité de suivi local comprenant

l'agence régionale de santé, la mairie et les nombreux partenaires du territoire investi sont organisés.

Plurielles, les méthodes sollicitées mêlent entretiens semi-directifs, entretiens biographiques et récits de vie des acteurs impliqués ; carnets de terrain ethnographique ; observations, parfois participantes, des scènes de la Case de santé ; questionnaires de satisfaction des usagers ; analyse des documents élaborés par l'association pour son fonctionnement interne et/ou destinés à une diffusion extérieure ; participation à des formations et animation de certaines d'entre elles ; rencontres, formelles et informelles, avec les principaux acteurs de terrain (intervenants, professionnels, salariés, bénévoles, militants et usagers). Acquis au plus près des publics présentant des vulnérabilités en santé, les réflexions et travaux des chercheurs sont discutés collectivement afin de mesurer leur capacité à rendre compte de la situation présente de la CdS et à objectiver la quête d'autonomie des usagers qui la fréquentent, condition impérative à la lutte effective contre les ISS (Haschar-Noé et Lang, 2017).

Enfin, la variété des méthodes sollicitées tient à la composition interdisciplinaire de l'équipe de recherche. La collaboration fait ainsi dialoguer les quatre disciplines animant les cadres d'analyse respectifs des chercheurs impliqués et du porteur de projet : la science politique, la sociologie, la philosophie éthique et sociale et l'épidémiologie sont convoquées pour

leurs atouts propres et en vertu de leur capacité à couvrir de nombreux objets situés au cœur du contexte investi par l'expérimentation étudiée et accompagnée. Caractérisé par une asymétrie des ressources disciplinaires (le modèle biomédical et l'*evidence based medicine* dominant), le domaine de la santé n'empêche pas les jeux d'alliances objectives permettant un mode de production des questionnements et des connaissances inscrit au cœur de la demande sociale et développant la dimension civique de l'activité scientifique.

***Un objet spécifique :
les expérimentations en santé
à visée de changement social***

Deuxième condition scientifique que nous versons au débat de la recherche en promotion de la santé en cours de construction : celle-ci doit pouvoir s'attacher l'étude et le suivi des expérimentations en santé à visée de changement social qui se développent à travers le monde et en constituer son objet spécifique. La référence à la Charte d'Ottawa est à nouveau explicite : « La promotion de la santé vise l'égalité en matière de santé. Ses interventions ont pour but de réduire les écarts actuels caractérisant l'état de santé et d'offrir à tous les individus les mêmes ressources et possibilités pour réaliser pleinement leur potentiel de santé. Cela comprend une solide fondation dans un milieu apportant son soutien, l'information, les aptitudes et les possibilités permettant de faire des

choix sains ». Soit l'objet même de la Case de santé !

Créée en 2006, selon une approche de promotion de la santé inspirée de son texte fondateur et des traditions québécoises et belges de santé communautaire, la CdS de Toulouse comprend un centre de santé de premier recours et un pôle santé-droits qui, à ce jour, accueille 3 200 usagers par an. L'association est implantée dans un des derniers quartiers populaires du centre de la ville, nourri de plusieurs vagues d'immigrations et concerné par un processus de gentrification. Se définissant comme une alternative à la médecine libérale et prenant en compte l'ensemble des déterminants sociaux de la santé, la CdS se positionne en tant qu'acteur de son environnement direct et milite pour une santé de proximité, intégrée et participative, reposant sur un travail en inter-professionnalité et inter-sectorialité. Son organisation autogestionnaire et la participation active des usagers à son fonctionnement interne visent à accroître leurs capacités, individuelles et collectives, d'agir afin d'améliorer leur santé et leurs conditions générales de vie.

Pour y parvenir, l'association emploie 27 personnes : 5 médecins généralistes, 2 psychologues, 1 sage-femme, 4 assistants de service social, 6 médiateurs, 3 membres du pôle de coordination administrative et financière, 4 accueillants, 1 chargée de projet et 1 agent d'entretien, auxquels s'ajoutent des stagiaires, des internes en médecine et des juristes bénévoles.

Lauréate de « l'appel national à projets-pilotes sur l'accompagnement à l'autonomie en santé », le projet expérimental de la CdS est financé à hauteur de 1 025 000 euros par le ministère des Affaires sociales et de la Santé, pour une durée de cinq ans (2017-2021). Agréé par la préfecture, le centre de santé est sous convention avec l'Assurance maladie et bénéficie de financements de l'agence régionale de santé, du conseil départemental et de la Caisse primaire d'assurance maladie. Les dispositifs d'accompagnement sont gratuits pour ses usagers. Son projet-pilote repose sur trois axes : une dynamique de santé communautaire considérée comme un accélérateur d'autonomie en santé ; la médiation en santé conçue comme le levier privilégié de cette dernière ; la formation et la participation à la construction d'un référentiel pour le métier de « médiateur en santé de premier recours ». Enfin, le projet comporte une dimension évaluative assurée par notre équipe de chercheurs.

Expérimentation volontariste de mobilisation sociale et politique en matière de santé, l'initiative toulousaine connaît des déclinaisons dans d'autres villes françaises cultivant des liens entre elles et atteste le développement récent et les tentatives de structuration en France, à rebours du Québec, de la santé communautaire dans le champ socio-sanitaire. L'ensemble de ses ressorts justifie qu'elle figure au rang des terrains couverts par la recherche en promotion de la santé.

Consacrés à lutter contre les inégalités sociales de santé, le projet et la recherche qui l'accompagne visent, d'une part, à associer les plus précaires à l'accession et à la défense de leurs droits ainsi qu'à l'accroissement de leur autonomie en santé et, d'autre part, à aboutir à la reconnaissance publique du bien-fondé des activités de l'association. Les acquis scientifiques sur la question comptent alors parmi les ressources dont l'association use pour faire progresser son projet. Selon une forme d'instrumentalisation réciproque bien vécue, les chercheurs accèdent, grâce à la Case de santé, à un terrain d'une grande richesse sociologique et, en retour, les acteurs associatifs bénéficient des résultats de la recherche pour faire valoir que, socialement construites, les inégalités de santé font l'objet d'incorporation biologique tout au long de la vie des personnes.

Autrement dit, s'il est acquis que les inégalités sociales de santé trouvent les fondements et ferments de leur reproduction dans la structure de l'organisation sociale au sein de laquelle elles opèrent, les étudier suppose de considérer de près la dimension politique des rapports sociaux : les tenants de la socialisation, les enjeux de pouvoirs, les processus de domination, les mécanismes de stigmatisation et les modalités de fabrication du gouvernement de la santé (Basson et Honta, 2018) qui président à leur perpétuation et qui modèlent les conduites individuelles et les pratiques collectives

sont à intégrer à l'analyse. En effet, « il devient non seulement urgent, mais indispensable que les équipes de recherche se rapprochent de leurs collègues opérationnels afin de mettre en place des protocoles d'évaluation des effets et des processus des interventions au regard des inégalités sociales de santé. [...] Des approches inductives, utilisant notamment des techniques d'observation et la stratégie méthodologique des études de cas, peuvent s'avérer utiles et efficaces dans cette perspective » (Ridde, 2013). Nous ne faisons pas autre chose, à cette nuance près que la Case de santé ne constitue pas une « étude de cas » soumise à notre examen savant, mais qu'elle recouvre le statut de partenaire privilégié d'une recherche co-produite avec elle.

Des pratiques de recherche à la recherche sur les pratiques

Prétendant, par effets réflexifs et dialectiques, passer des pratiques de recherche à la recherche sur ces mêmes pratiques, une réflexion épistémologique s'impose au titre de la troisième condition scientifique. La tentation est grande de lorgner du côté de la sociologie qui constitue une de nos maisons et qui s'affiche parfois comme la discipline-mère des sciences sociales. « Père fondateur » de la sociologie française, Durkheim fonde cette science nouvelle et l'établit institutionnellement en publiant, en 1895, *Les règles de la méthode sociologique*. Deux exigences impératives

sont posées à cette reconnaissance : se forger une méthode de recherche rigoureuse permettant de se détacher des « prénotions » et se doter d'un objet d'étude spécifique. Nous nous sommes essayés ici à l'exercice. Tentons alors d'investir des contrées moins familières.

Autre période, autre espace, autres enjeux, nous sommes également sensibles à *La structure des révolutions scientifiques*, dégagée par Kuhn en 1962, dont les thèses sont à même d'offrir un soubassement théorique à nos pratiques. Loin de tout relativisme, le philosophe et historien des sciences invite au brouillage des frontières entre processus scientifique et non scientifique. Par ailleurs, appelant à déborder l'activité scientifique convenue et à remettre en cause les acquis, au profit de la production et de l'adoption d'un nouveau paradigme, il est convaincu de l'influence du contexte social sur la production des savoirs scientifiques. Autant dire que s'il s'agit de soutenir que la structure des révolutions scientifiques est socialement construite, nous signons des deux mains !

Mais, il y a plus. Invités à oser les options subversives, nous concédons avec Kuhn que l'histoire des sciences n'est pas clairement lisible, linéaire et cumulative. De même, reconnaissons-nous avec lui que, long, complexe et heurté, le processus scientifique peut connaître des transformations violentes. Le « régime normal » de la science « ne se proposant pas de découvrir des nouveautés », c'est au

prix d'une crise, soit une rupture radicale avec le conformisme et la routine scientifiques, que l'innovation est possible. « La découverte commence alors avec la conscience d'une anomalie. » Aussi considérons-nous les inégalités sociales de santé comme autant d'anomalies fondamentales du système de santé qui, portées au jour, supposent des efforts scientifiques d'un genre nouveau qu'il s'agit d'inventer pour comprendre leurs logiques de construction, d'une part, et les combattre, d'autre part. En effet, dira-t-on suffisamment le coût social considérable engendré par le biais biomédical de l'interprétation du phénomène des ISS ? Tout autant paradigmatique que sociale, la crise qui affecte la santé suppose ainsi que la pression sociale vienne court-circuiter les débats internes au monde scientifique pour dépasser cette contradiction et vaincre les résistances aux changements conceptuel et politique.

Trois domaines empiriques singuliers

Disposant d'une méthode élaborée, d'un objet délimité et d'une propension à la réflexivité, il convient d'arrêter trois domaines empiriques singuliers sur lesquels porter un regard évaluatif. Ainsi la participation, la médiation et l'innovation sociales méritent-elles un investissement d'autant plus indispensable que la recherche clinique fondée sur les preuves est incapable de les saisir dans la plénitude de leurs implications.

La participation

À nouveau, le retour à la Charte d'Ottawa est salubre. Conservant toute son actualité (qu'une recherche en promotion de la santé se propose de réactiver), le texte de référence rappelle que « la promotion de la santé procède de la participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise des décisions et à l'élaboration des stratégies de planification, pour atteindre un meilleur niveau de santé. La promotion de la santé puise dans les ressources humaines et physiques de la communauté pour stimuler l'indépendance de l'individu et le soutien social et pour instaurer des systèmes souples susceptibles de renforcer la participation et le contrôle du public dans les questions sanitaires. Cela exige l'accès illimité et permanent aux informations sur la santé, aux possibilités de santé et à l'aide financière ». Dans l'exemple dont nous usons pour expérimenter une forme de recherche en promotion de la santé, la participation de ses usagers, que la Case de santé se refuse à appeler « patients » ou « malades », est essentielle au fonctionnement de son organisation et à la poursuite des objectifs d'autonomie des individus qu'elle se donne.

Processus collectif fondé sur la mobilisation des parties prenantes et somme d'initiatives entreprises par le bas, la participation en santé constitue un levier d'apprentissage, de socialisation et d'activation du changement social promu par les acteurs, usagers

et professionnels de la CdS situés en première ligne. La participation en santé donne ainsi corps à une multitude de pratiques qu'il est possible d'étalonner à l'échelle classificatoire internationale élaborée par Arnstein en 1969, qui constitue un modèle de mesure en la matière, afin d'en dégager la gradation en termes de pouvoir(s). Il en ressort que si les dispositifs animés par la CdS sont susceptibles de faire l'objet d'une appropriation politique, par les personnes d'origine populaire, on sait la distribution sociale fortement inégalitaire des dispositions à participer à des entreprises collectives impliquant le corps et interrogeant les conduites de santé (Basson et Géolini, 2021).

Aussi notre ambition est-elle de porter au jour une série de formes participatives trouvant dans la promotion de la santé l'opportunité de se développer au sein des quartiers paupérisés. Recourant à une sociologie politique de la citoyenneté en cours d'acquisition nourrie de l'observation régulière et continue des scènes et des modalités variées de l'interaction participative, nous recherchons les signes tangibles des effets progressifs et gradués de la formation citoyenne. L'ethnographie classificatoire de la participation en santé prévalant au sein de la CdS permet ainsi d'ordonner les diverses modalités de la construction sociale d'une démocratie en santé ouverte aux plus démunis. Le volontarisme animant les professionnels-militants, la conduite stratégique

de la mobilisation et de ses effets sur l'estime de soi des usagers, le processus de renforcement et d'activation des dispositions attribuées aux plus émancipés, la montée en puissance d'une forme de publicisation de l'action et la formation d'une conscience collective susceptible de comprendre les enjeux globaux sont alors autant d'indicateurs de la portée civique, citoyenne et politique du projet de l'association et des résultats qu'elle obtient.

La médiation

Comptant parmi les trois « stratégies de base » identifiées par la Charte d'Ottawa, la médiation est une « condition préalable » à la recherche en promotion de la santé. Le texte est sans ambiguïté : « Seul, le secteur sanitaire ne saurait offrir des conditions préalables et des perspectives favorables à la santé. [...] La promotion de la santé exige l'action concertée de tous les intervenants : les gouvernements, le secteur de la santé et les domaines sociaux et économiques connexes, les organismes bénévoles, les autorités régionales et locales, l'industrie et les médias. Les gens de tous milieux interviennent en tant qu'individus, familles et communautés. Les groupements professionnels et sociaux, tout comme les personnels de santé, sont particulièrement responsables de la médiation entre les intérêts divergents, en faveur de la santé. »

Résultant d'un « processus contractuel de construction ou de réparation du lien social » (Faget,

2015), les pratiques professionnelles des médiateurs de la Case de santé sont fondées sur une posture de tiers combinant « l'aller vers » les publics, les institutions et les professionnels du social et de la santé et « le faire avec » les personnes selon une logique d'*empowerment*. Toutefois, les acteurs associatifs n'entendent pas cantonner la médiation dans son rôle d'interface de proximité chargée d'informer, orienter et accompagner les populations vulnérables et de sensibiliser les acteurs du système de santé aux obstacles qu'elles rencontrent. Ils visent, plus fondamentalement, à faciliter l'accès des plus démunis aux droits, à la prévention et aux soins et à renforcer leur autonomie et capacités d'agir en santé. Refusant de faire peser sur la personne accompagnée les injonctions à la responsabilité, les médiateurs ajoutent deux principes à leur dispositif : « l'être avec » les personnes et « le faire ensemble ». Par le premier, la médiation en santé ne doit pas se limiter aux publics vulnérables, mais concerner l'ensemble de la population. Par le second, revendiquant leur opposition à « la neutralité de la médiation en santé », les acteurs de la CdS entendent se situer « du côté des personnes accompagnées afin de contrebalancer le rapport de pouvoir existant entre elles et les institutions ».

Cette posture professionnelle relève d'un engagement par lequel les médiateurs combinent des manières de « se joindre à quelqu'un pour aller où il va, en même temps que lui » (Paul,

2012). Prenant appui sur l'expérience des personnes qu'ils accompagnent, ils deviennent des agents socialisateurs en santé. Par ailleurs, en se positionnant dans des relations « égalitaires » vis-à-vis des usagers, les médiateurs, ayant tous vécu des difficultés sanitaires et sociales dans leurs propres parcours de vie, s'engagent et engagent les usagers dans un processus contractuel de confiance réciproque entre pairs. Ils apparaissent ainsi comme des passeurs de leur expérience, dotés d'un « savoir y faire avec la domination » (Demailly, 2014). Usant des méthodes éprouvées de l'éducation populaire, ils écoutent sans jugement, favorisent les prises de parole et permettent aux usagers de se raconter, d'accéder à des connaissances nouvelles et de mobiliser des ressources inconnues et inexploitées jusque-là pour garantir leur emprise sur leur vie. Il s'agit de restaurer la confiance en soi de la personne accompagnée – condition préalable au respect de soi et à la prise en charge de soi par soi – et de s'opposer au cloisonnement entre les mondes sociaux de la santé, du travail social et de la mobilisation politique.

L'innovation

Les dispositifs et pratiques de médiation portés par les acteurs de la Case de santé constituent, autant que l'ouverture des réseaux publics le permette, des instruments de reconfiguration de l'action publique de santé. L'activation du duo expérimentation-évaluation contribue, en effet,

à construire les conditions favorables à des innovations sociales à même de renouveler les façons de faire de la santé publique en cristallisant les problématiques sociales et sanitaires des populations vulnérables. En privilégiant une dynamique ascendante, non gouvernementale, inclusive, collective et coopérative entre acteurs ancrés dans un même territoire d'action, la CdS parvient « à tirer parti de la capacité d'innovation de la société civile [...] afin d'officialiser et d'étendre certaines pratiques nouvelles développées par les acteurs sociaux » (Chevallier, 2005). Répondant à des besoins sociaux non satisfaits, ou non encore perçus par le marché, l'État ou tout autre acteur collectif, ces innovations s'inscrivent dans une perspective de changement des arrangements institutionnels. Véritable laboratoire social en santé, l'association combine recherche d'efficacité, reconnaissance institutionnelle et geste politique. Notre recherche en promotion de la santé s'applique à en rendre compte et vise à objectiver cette expérimentation afin d'autoriser sa généralisation.

De l'élaboration des pratiques de recherche à la codification de la recherche sur ces pratiques, il y a un pas que la recherche en promotion de la santé doit franchir. Nous estimons que celle-ci doit être fondée sur une méthode partenariale et collaborative, consacrée aux expérimentations en santé à visée de changement social,

basée sur une démarche interdisciplinaire et tournée vers l'objectif évaluatif des trois domaines empiriques que sont la participation, la médiation et l'innovation sociales. Ainsi constituée, nous postulons qu'elle contribue à l'élaboration d'un cadre nouveau d'analyse et d'interprétation propre à endiguer l'accroissement des inégalités sociales de santé. La Case de santé de Toulouse s'y consacre à son échelle, avec ses moyens et selon la marge de manœuvre que lui consentent les acteurs dominants de la santé. Notre posture de recherche consiste à la soutenir dans cette entreprise. Plus généralement, trente-quatre ans après la proclamation de la Charte d'Ottawa *Pour la promotion de la santé*, nous prétendons qu'il est temps de lui adjoindre une apostille se déclarant *Pour la recherche en promotion de la santé* et posant le cadre scientifique de réalisation de « l'objectif de la santé pour tous ». Notre texte s'entend comme une pierre versée à cet édifice.

Bibliographie

- BASSON, J.-C. ; GENOLINI, J.-P. 2021. « Ethnographie classificatoire de la participation citoyenne en santé. Une innovation sociale majeure ? Le programme *Ciné ma santé* des quartiers nord de Toulouse (France) », *Innovations*, n° 2, p. 163-187.
- 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*, n° 32, p. 129-153.
- CHEVALLIER, J. 2005. « Politiques publiques et changement social », *Revue française d'administration publique*, n° 115, p. 383-390.
- DEMAILLY, L. 2014. « Les médiateurs pairs en santé mentale. Une professionnalisation incertaine », *La Nouvelle Revue du travail*, n° 5 [En ligne].
- FAGET, J. 2015. *Médiations. Les ateliers silencieux de la démocratie*, Toulouse, érès.
- HASCHAR-NOÉ, 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 », *Innovations*, n° 60, p. 121-144.
- HASCHAR-NOÉ, N. ; LANG, T. (sous la direction de). 2017. *Réduire les inégalités sociales de santé. Une approche interdisciplinaire de l'évaluation*, Toulouse, PUM.
- PAUL, M. 2012. « L'accompagnement comme posture professionnelle spécifique. L'exemple de l'éducation thérapeutique du patient », *Recherche en soins infirmiers*, n° 110, p. 13-20.
- RIDDE, V. 2013. *À quoi sert la promotion de la santé ? Essai introductif sur la réduction des inégalités sociales de santé*, Paris, L'Harmattan.