

# CONCERTATION DES DÉMARCHES COMMUNAUTAIRES DE PROMOTION DE LA SANTÉ EN RÉGION BRUXELLOISE

## Table des matières

<b>CONCERTATION DES DÉMARCHES COMMUNAUTAIRES DE PROMOTION DE LA SANTÉ EN RÉGION BRUXELLOISE .....</b>	<b>1</b>
<b>1. Introduction.....</b>	<b>2</b>
<b>2. Clarification conceptuelle.....</b>	<b>3</b>
2.1 Action individuelle / action collective / action communautaire / groupe d'activités .....	3
2.2 Communauté / communautaire / communautarisme .....	5
2.3 HUC+ / Population et territoire .....	6
<b>3. Démarches communautaires en promotion de la santé : délimiter les spécificités .....</b>	<b>9</b>
3.1. Objectifs spécifiques des démarches communautaires en santé.....	9
3.2 Multiplicité des mises en œuvre à Bruxelles .....	13
3.3. Mixité/non mixité : outils intéressants dans quels contextes ?.....	19
3.4. Parties prenantes.....	24
<b>4. Temporalité : analyse des pratiques .....</b>	<b>24</b>
<b>5. Postures des professionnel-le-s en démarches communautaires .....</b>	<b>27</b>
<b>6. Que peut-on attendre comme changements avec le développement des démarches communautaires ?.....</b>	<b>28</b>
<b>7. Perspectives.....</b>	<b>29</b>

## 1. Introduction

La démarche communautaire est la mise en œuvre de la mobilisation communautaire en santé, l'une des stratégies de la promotion de la santé définie par l'Organisation mondiale de la santé (1986). La diversité des formes qu'elle peut prendre explique que l'on parle en 2023 de démarches communautaires. Le secteur de la promotion de la santé et les démarches communautaires en santé œuvrent à réduire les inégalités sociales de santé, avec une approche intersectorielle et interdisciplinaire des problématiques de santé globale. Réduire les inégalités sociales de santé permet d'agir pour le bien-être de tous les groupes sociaux, des plus défavorisés au plus favorisés. Renforcer la place de la promotion de la santé et des démarches communautaires en santé dans les stratégies de santé publique et les inscrire dans toutes les politiques est essentiel pour faire face aux multiples crises actuelles et à leurs conséquences.

La concertation des institutions mettant en œuvre des projets en démarches communautaires en santé en région de Bruxelles-Capitale, impulsée par un collectif d'associations membres de la Fédération Bruxelloise de Promotion de la santé (FBPS), naît en 2021 dans un contexte de revendications liées à la gestion de la crise sanitaire. Afin de remettre la participation citoyenne et une vision ascendante de la prévention au cœur des stratégies de lutte contre la Covid et ses conséquences sociales et sanitaires, la FBPS met en place une concertation des structures inscrivant leurs actions dans le cadre des démarches communautaires en santé et ceci, au-delà des membres de la FBPS.

Conduite sur 2021 et 2022, l'objectif de la concertation est double :

- Inviter les acteur·rice·s à échanger sur leurs projets, pratiques et méthodologies pour mieux en saisir les tenants et les aboutissants.
- Produire un référentiel comme outil de plaidoyer pour une meilleure intégration des démarches communautaires en santé à la santé publique.

## 2. Clarification conceptuelle

### 2.1 Action individuelle / action collective / action communautaire / groupe d'activités

#### **Action communautaire en promotion santé**

Prenons le cas d'un couple de personnes vivant dans un logement social au sein d'un immeuble à appartements. Iels découvrent des cafards.

Le couple part rendre visite aux voisin·e·s pour en parler et constate que le problème est généralisé. Des discussions s'engagent, un dîner entre voisin·e·s est organisé pour voir que faire et du coup, des liens se créent. L'action finit par les rapprocher les un·e·s des autres, une entraide entre familles s'est organisée, et d'autres difficultés sont mises à jour dans plusieurs ménages : problèmes respiratoires, problèmes cardiaques, problèmes de cholestérol ou de diabète, dépressions, problèmes de sommeil, isolement, désœuvrement, manque d'accès à l'emploi... Le groupe d'habitant·e·s constate qu'agir communément porte ses fruits et iels se demandent s'il n'y a pas lieu de faire ensemble d'autres actions qui permettraient d'améliorer leur santé et leur bien-être, ainsi que ceux de leurs enfants et du voisinage. Une attention est alors portée pour que l'action soit proportionnelle aux difficultés rencontrées par les un·e·s et les autres.

Les habitant·e·s décident de créer des groupes d'activités. Un comité de quartier qui se penchera sur les conditions de logement dans le quartier finit par être constitué, en partenariat avec la commune et les bailleurs des logements sociaux du quartier. En plus de la question de la salubrité, le comité de quartier se penchera alors aussi sur d'autres éléments pouvant contribuer à la santé du quartier: parking à vélos, plaine de jeux...

L'action locale et les avancées de cette communauté peuvent s'étendre et être répliquées dans un cadre plus global, en venant irriguer les multiples niveaux de la société et les différents échelons du pouvoir politique.

*Remontons dans le temps : comment ce processus a-t-il abouti à une mobilisation citoyenne pour le bien-être de tous et toutes?*

#### **L'action individuelle de prévention**

Après avoir constaté la présence des cafards, le couple est intervenu rapidement avec des produits achetés à la droguerie du quartier. L'intervention est, ici, individuelle (les personnes concernées cherchent des solutions par elles-mêmes). Elle est de nature à la fois individuelle, curative (on traite les cafards présents) et préventive (on met un produit pour éviter que le problème ne se reproduise).

#### **Action collective en prévention**

Les cafards réapparaissent, et le couple s'en ouvre à ses voisin·e·s qui iels aussi vivent le même problème, ne l'ayant avoué jusqu'ici. Iels décident ensemble de traiter le problème en prenant des renseignements et en traitant ensemble les nuisibles.

L'intervention est, ici, collective, puisque deux familles mettent leurs forces en commun pour tenter de solutionner leur problème. Mais on reste entre mêmes, entre soi.

#### **Action communautaire en prévention**

Les cafards persistent. Après avoir tenté d'y parvenir seul, notre couple, avec ses voisin·e·s, s'adresse à la société de logement social afin de parvenir à mobiliser de nouvelles ressources et à

plus grande échelle, mieux appréhender aussi les causes et les différentes solutions à mettre en œuvre.

Plusieurs rencontres sont organisées avec les propriétaires, les locataires de tout l'immeuble, les organismes de lutte contre les nuisibles et un responsable santé de la commune. Des actions sont mises en place par ce groupe : informations, affichages, réunions de formation, intervention coordonnée de la société de lutte contre les nuisibles, accompagnement des familles par une institution afin de trouver des solutions adaptées à chaque ménage/famille, logements provisoires pendant les traitements, recherches sur les causes de ces nuisibles, interventions sur le bâti etc. On se trouve ici dans un registre collectif, et même communautaire ; processus participatif + implication d'acteur·rice·s de natures différentes et la recherche de ressources à collectiviser. Différents aspects et pistes sont mis en œuvre.

On reste dans le domaine de la prévention dans la mesure où les habitant·e·s, aidé·e·s de professionnel·le·s, s'unissent pour faire face à un problème spécifique et éviter qu'il ne se reproduise. Leur action ne vise que la prévention de ce problème, elle ne vise pas leur santé ou leur bien-être de manière plus générale.

Le processus continue d'évoluer et prend la forme d'une démarche communautaire en promotion de la santé, de par l'extension des parties prenantes et l'action structurelle sur le déterminant de la santé que constitue l'habitat dans une visée de réduction des inégalités sociales de santé.

Tableau 1 : synthèse des différentes actions repérées en regard des types d'acteur·rice·s, des ressources et de l'implication des acteur·rice·s –

	Action individuelle et prévention	Action collective et prévention	Action communautaire en prévention	Action communautaire en santé
Les acteur·rice·s	Unique	Plusieurs et entre-soi	Ensemble et de nature différente	Parties prenantes ensemble
Les ressources	Propres	Propres	Multiplés (propres et externes) et partagées	Multiplés (propres et externes) et partagées
L'implication	Motivation personnelle ciblée sur un problème	Motivation du groupe ciblée sur un problème	Motivation d'une communauté d'activité ciblée	Motivation d'une communauté ciblée sur l'amélioration de sa santé-bien-être + perspective de changement global pour l'ensemble de la société

## 2.2 Communauté / communautaire / communautarisme

### **Communauté**

Dans les démarches communautaires, la communauté peut se fonder sur deux principes :

#### **1) Un point de rencontre commun**

Ce point de rencontre est l'élément au cœur de la « communauté » se définissant selon des territoires, histoires, intérêts, besoins, problématiques, luttes, discriminations subies, rapports sociaux, identités sociales, religieuses ou culturelles, superposables ou non, envisagé dans une perspective commune.

Des communautés, envisagées à partir de groupes sociaux se définissant par des conditions matérielles ou des notions d'identité et de discrimination subies, se sont développées dans un contexte historique de travail social et de luttes diverses (féministes, LGBTQIA+, antiracistes, décoloniales, luttes contre le VIH).

#### **2) Un sentiment d'appartenance mutuel**

Ciment de la communauté : se reconnaître, s'identifier à un groupe, avoir la conscience d'une particularité commune et distincte des autres.

Souvent, l'émergence d'une conscience de communauté est identifiée comme la conséquence des discriminations; les personnes se percevant dans ce cas comme étant en dehors des normes.

Mais les démarches communautaires n'impliquent pas nécessairement la militance et des enjeux politiques ou identitaires ; elle peut concerner l'identification des besoins d'une communauté et la volonté de trouver des réponses à ses besoins. C'est le cas des personnes vivant avec le VIH ou souffrant du diabète, leur identification à un groupe fait communauté.

Les démarches communautaires peuvent faire émerger, évoluer, renforcer ou créer ce lien entre les participant·e·s, à travers une construction collective, une implication des membres et un cadre relationnel particulier, et ainsi faire communauté.

### **Communautaire**

« Démarche communautaire » désigne une méthodologie de travail qui concerne une ou plusieurs communautés dans l'optique de créer des espaces de rencontres et d'interactions entre plusieurs groupes. C'est une méthodologie qui associe la communauté au travail engagé pour travailler l'objet commun, par exemple à résoudre une problématique commune, dans une perspective d'action globale et structurelle, pouvant s'étendre à l'ensemble de la société.

### **Communautarisme**

À distinguer de « communauté » et « communautaire », le communautarisme est le principe hermétique faisant obstacle à l'autonomie des personnes au sein et en dehors du groupe et à son évolution.

## 2.3 HUC+ / Population et territoire

### **HUC+ : Habitant·e·s Usager·e·s Citoyen·ne·s**

Innovation sémantique du sociologue Michel Bassand en 1996, qui met en avant l'interdépendance de trois figures des personnes concernées par l'action sociale : les habitant·e·s qui tendent à s'approprier l'espace urbain ; les usager·e·s qui se définissent par l'utilisation de services publics ; les citoyen·ne·s dès lors qu'ils s'impliquent dans la vie sociale et dans la gestion urbaine. Le + adjoint au terme est une proposition de la Concertation, en référence au mouvement LGBTQIA+, permettant d'intégrer tout statut de personnes non inclus parmi ces trois appellations, tel·le·s que les patient·e·s ou encore, les sans-papiers qui ne sont pas juridiquement considéré·e·s comme citoyen·ne·s.

### **Population et territoire**

Le territoire où se déroule une action communautaire peut se définir géographiquement, démographiquement, en fonction des dispositifs qui y sont implantés ou encore selon le sentiment d'appartenance des personnes qui y vivent, ou y travaillent ou y passent leurs loisirs. Il se caractérise par ses ressources, ses offres de services, ses infrastructures, ses équipements, les profils socio-économiques de ses HUC+, son histoire, et par là, le territoire impacte la santé de ses HUC+.

Toute la population présente sur un territoire est appelée à jouer un rôle d'acteur·rice qui se définit par sa capacité à agir. L'agir se développe tout autant par :

- Les professionnel·le·s selon qu'ils sont des responsables d'institution, des professionnel·le·s en proximité et en accompagnement des HUC+, des professionnel·le·s qui par leur technicité apportent une aide à la décision, des personnes relais (des volontaires).
- Les élu·e·s et les cadres administratif·ve·s porteur·euse·s des politiques publiques

### **Empowerment la participation et l'émancipation**

Les démarches communautaires vont mobiliser à la fois comme processus et comme but la notion d'empowerment. Cette notion polysémique issue du monde anglo-saxon a une histoire multiple servant des visions politiques et sociales tout aussi diverses. Nous pourrions la définir en premier lieu comme l'acquisition de capacités par des individus et/ou groupes pour exercer une forme de pouvoir. L'empowerment est d'abord mobilisé dans les années 70 par les mouvements féministes et de libération noire, principalement aux Etats-Unis. Pour ces mouvements, l'empowerment fait référence au développement d'une « conscience sociale » et à l'acquisition de capacités d'action individuelles et collectives dans une perspective de changement social.

Dans les années 80, l'empowerment est utilisé par les universitaires et professionnels du champ social, psychologique ou du développement international pour repenser les interventions selon des modèles en rupture avec une vision paternaliste, hiérarchique et inégalitaires du travail social et du développement.

En 1990, la notion d'empowerment fait son entrée dans le vocabulaire des politiques publiques et de l'expertise internationale, notamment celui de l'ONU et de la Banque Mondiale. Cette intégration sera accompagnée d'un net affaiblissement de sa portée radicale dans un contexte de crise économique généralisé et de pensée néolibérale. Une vision qualifiée de libérale ou sociale-libérale va alors naître comme alternative au sein des institutions, nourrie à la fois des mouvements radicaux des années 70 et d'une approche plus institutionnelle.

La notion d'empowerment est donc utilisée dans des visées diverses et parfois opposées par différents acteurs. Bacqué et Biewener (2013) distinguent 3 catégories existant le long d'un continuum :

- Une vision radicale de l'empowerment nourrie des mouvements des années 70 dont les enjeux sont la reconnaissance des groupes sociaux afin de lutter contre leur stigmatisation, l'autodétermination, la redistribution des ressources et les droits politiques. L'objectif est l'émancipation individuelle et collective et la transformation sociale voire la fin du système capitaliste.
- Une vision sociale-libérale qui porte à la fois attention à la cohésion sociale et aux libertés individuelles. Cette vision interroge les conditions socioéconomiques et politiques du pouvoir mais n'interroge pas ou peu les inégalités sociales d'un point de vue structurel. Ce modèle cherche à améliorer les conditions de vies des individus et communautés au sein du système socio-économique actuel plutôt que la transformation radicale de la société.
- Une vision néolibérale centrée sur l'action individuelle et la responsabilisation des acteurs sociaux. L'objectif est la gestion des inégalités sociales et l'acquisition de capacités individuelles afin de s'adapter aux contraintes du marché et de se développer comme « entrepreneurs de sa propre vie ».

Les démarches communautaires en santé s'inscrivent également dans ces histoires et catégories d'empowerment. Elles ont pour objectif l'acquisition de capacités, par les individus et les communautés, leur permettant d'agir sur leur environnement et leur santé afin d'améliorer leurs conditions de vies et in fine réduire les inégalités sociales de santé. Le processus d'acquisition de capacités ainsi que son résultat est nommé empowerment ou pouvoir d'agir.

Cette notion d'empowerment dans les démarches communautaires en santé implique la participation. Pour ces démarches, la participation n'est pas seulement « écouter le citoyen », c'est renforcer les capacités des publics à agir par eux-mêmes, ils deviennent experts de leurs problématiques. Les démarches communautaires reconnaissent la capacité des communautés à développer leur propre expertise sur leurs réalités, leurs enjeux et leurs histoires, à s'autodéterminer ; elles leur reconnaissent une subjectivité. La participation est donc un moyen de redonner du pouvoir aux communautés qui sont systématiquement exclues des prises de décisions et politiques de santé. Cependant, la notion d'empouvoirement peut avoir des effets pervers. Les situations sociales et sanitaires des personnes ne sont pas que le résultat d'actions individuelles ou collectives mais également le résultat des structures et dynamiques inégalitaires à l'œuvre dans nos sociétés.

Les démarches communautaires en santé ont alors aussi comme projet de créer des espaces de discussions où ces structures créatrices d'inégalités sont visibilisés. Elles ont pour projet de faire prendre conscience de ces structures comme le montre leur héritage idéologique commun avec la pédagogie des opprimés de Paolo Freire.

Les démarches communautaires en santé ont aussi comme projet de créer des espaces de discussions où les structures créatrices d'inégalités sont visibilisées. Elles réaffirment l'existence des dynamiques d'exclusion et d'oppression, questionnent les structures qui les créent et visibilisent la marge de manœuvre des individus et communautés sur leurs problématiques.

Elles ont également comme rôle politique de défendre et d'être garantes de l'accès des minorités à la construction politique, à la concertation démocratique. Dans ce sens, elles envisagent la santé comme



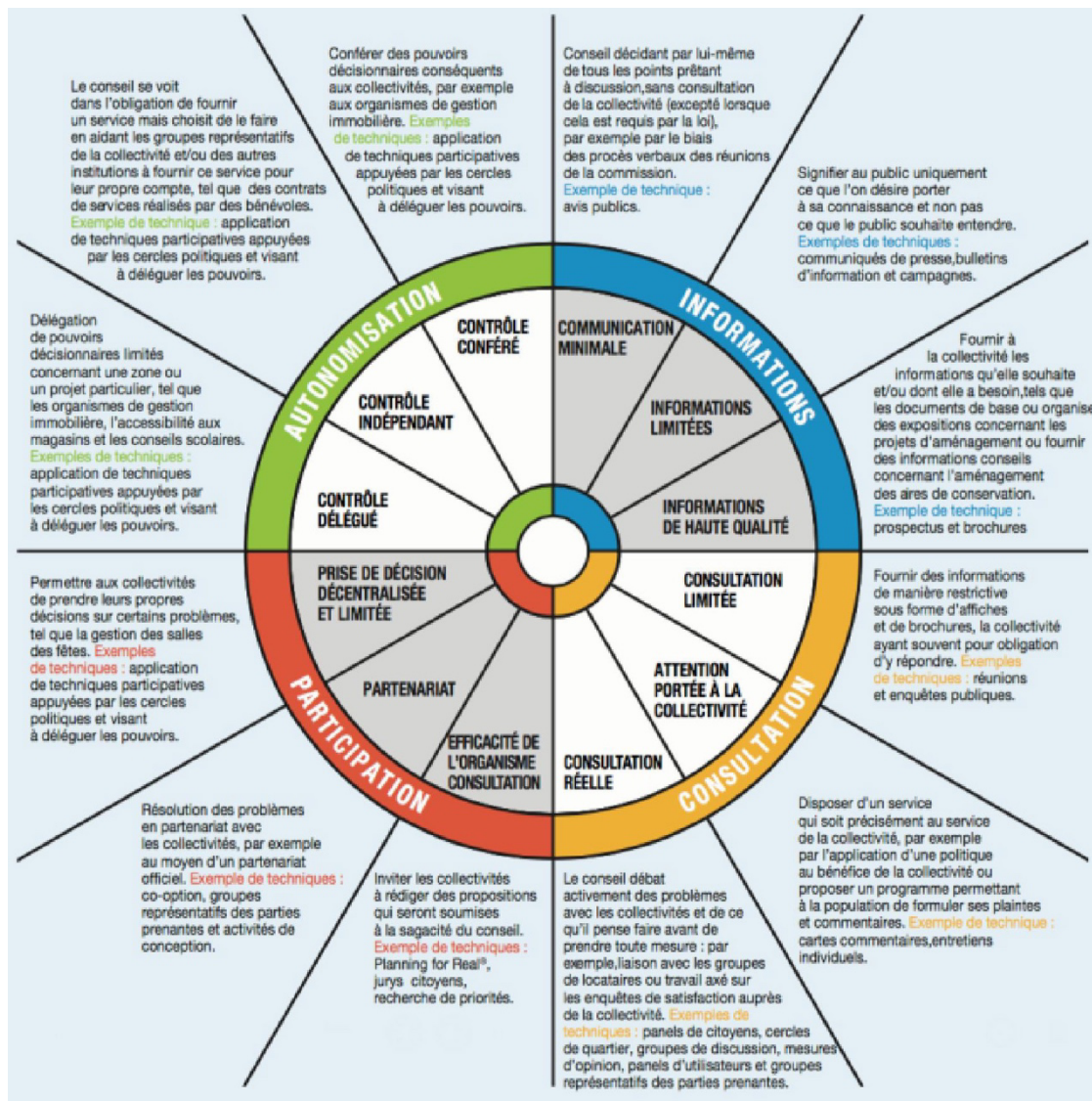
un bien commun ancrée dans un territoire où chaque acteur, dont les acteurs les plus minorisés, participe à sa construction et préservation.

En répondant aux besoins spécifiques des minorités, les démarches communautaires promeuvent une réelle universalité amenant à une plus grande cohésion sociale.

Les démarches communautaires en santé ont donc, d'une part, une visée de transformation sociale et d'émancipation proche du modèle radical de Bacqué et Biewener (2013). Elles envisagent l'empowerment dans ses dimensions individuelles, collectives et politiques et cherchent à agir à la fois sur les individus, les communautés et les structures créatrices d'inégalités. D'autre part, l'approche institutionnelle des démarches communautaires en santé peut être une limite à cette visée de transformation radicale, les rapprochant alors du modèle plus institutionnel « social-libéral » cherchant à améliorer les conditions au sein d'un système inégalitaire.

## ROUE DE LA PARTICIPATION

Schéma de Davidson (1998) traduit par Bruno Van De Putte et Jacques Morel (2018)





### 3. Démarches communautaires en promotion de la santé : délimiter les spécificités

#### 3.1. Objectifs spécifiques des démarches communautaires en santé

Les démarches communautaires constituent une des 5 stratégies de Promotion de la santé, définie par l'OMS. (Baish MJ – 2009)

Les approches et discours sur les démarches communautaires révèlent une grande diversité de pratiques, et font collaborer un grand nombre de professionnel·le·s de différentes disciplines qui en font la richesse.

Ainsi, nous considérons, à l'instar de D.Jourdan , M. O'Neill, S.Dupéré, J.Stirling (2012)<sup>1</sup> que les démarches communautaires en promotion de la santé sont fondées sur un ensemble très divers d'expériences et pratiques, et non sur une définition unique.

Cette stratégie a été théorisée sur base des pratiques par le Secrétariat européen (SEPSAC) afin d'aboutir non pas à une définition, restrictive et excluante, mais à des balises méthodologiques, avec ses spécificités propres<sup>2</sup>.

Huit points de repère sont présentés dans cet outil méthodologique, issus de la théorisation des pratiques des parties prenantes : quatre spécifiques à l'action communautaire, un repère méthodologique (ces 5 repères seront présentés plus loin dans le texte) et trois s'appliquant de manière transversale à toute démarche de promotion de la santé (avoir une approche globale et positive de la santé, agir sur les déterminants de la santé, travailler en intersectorialité).

Les démarches communautaires s'articulent autour de 5 balises spécifiques dont la participation citoyenne constitue le cœur :

#### 1. CONCERNER UNE COMMUNAUTÉ

« La démarche communautaire concerne une communauté, définie comme un ensemble de personnes présentant un sentiment d'appartenance commun (habitant·e·s, professionnel·le·s, élu·e·s, institutionnel·le·s). La communauté peut se définir selon son espace géographique, et/ou ses caractéristiques et/ou son intérêt commun et/ou sa situation problématique commune »<sup>3</sup>.

Il s'agit entre autres de :

- Identifier les éléments qui caractérisent la communauté
- Définir le territoire de l'action communautaire
- Veiller à faire émerger la conscience communautaire collective

---

<sup>1</sup> Jourdan, D., O'Neill, M., Dupéré, S. & Stirling, J. (2012). Quarante ans après, où en est la santé communautaire ?. *Santé Publique*, 24, 165-178. <https://doi.org/10.3917/spub.122.0165>

<sup>2</sup> Le secrétariat européen des pratiques de santé communautaire regroupait des institutions de 3 pays (France, Espagne, Belgique), dont pour la Belgique : Les Pissenlits | la maison médicale des Marolles, Forest Quartier Santé, Le Méridien | la Louvière Ville santé, L'«Inter groupe liégeois des maisons médicales» | le Centre public d'aide sociale de Charleroi. Le Sepsac a publié en 2009 une première brochure : « Action communautaire en santé : un observatoire international des pratiques-2004-2008, Belgique-France-Espagne ». Une deuxième version a été remaniée en 2013 : HEYMANS I. & al. (2013). Action communautaire en santé : un outil pour la pratique", Bruxelles, FMM, Sacopar, CLPS Charleroi-Thuin. [https://sites.uclouvain.be/reso/opac\\_css/doc\\_num.php?explnum\\_id=3463](https://sites.uclouvain.be/reso/opac_css/doc_num.php?explnum_id=3463)

<sup>3</sup> Secrétariat européen des pratiques de santé communautaire. Action communautaire en santé : un observatoire international des pratiques-2004-2008, Belgique-France-Espagne. SEPSAC 2009.

## **2. FAVORISER L'IMPLICATION DE TOUS LES ACTEUR·RICE·S CONCERNÉ·E·S DANS UNE DÉMARCHE DE COCONSTRUCTION**

"La démarche communautaire favorise la création d'un contexte qui permet et encourage la coconstruction et l'implication de tous les acteurs et actrices (citoyen·ne·s, habitant·e·s, professionnel·le·s intersectoriel·le·s, pouvoirs publics) dans les différentes étapes de la démarche (le diagnostic, la prise d'initiative, la décision, l'évaluation et l'évolution). C'est ce contexte qui est garant de la reconnaissance de la légitimité des compétences et de la capacité d'agir des citoyen·ne·s.<sup>4</sup>"

- Multiplier les lieux et moments où les différent·e·s acteur·rice·s pourront intégrer l'action
- Veiller à la meilleure représentativité possible des groupes concernés
- Articuler et valoriser de manière identique les savoirs expérientiels et les savoirs professionnels
- Prendre en considération la gestion du temps souvent différente en fonction des acteur·rice·s
- Veiller à ce que tous les acteur·rice·s comprennent bien les enjeux, le cadre du partenariat, l'ensemble des informations en lien avec l'action.

## **3. FAVORISER UN CONTEXTE DE PARTAGE DES SAVOIRS ET DES POUVOIRS**

Les démarches communautaires visent à mettre en place des relations où la spécificité de chaque partie prenante (professionnel·le·s, institutions, politiques, habitant·e·s-citoyen·ne·s- usager·e·s) est reconnue. Ces relations reposent sur un partage des savoirs et des pouvoirs.

Pistes pour favoriser un contexte de partage des savoirs

- Définir un langage commun
- Soutenir la libre expression mue par les principes de confidentialité et de non-jugement.
- Privilégier l'écoute active
- Identifier l'ensemble des ressources de chacun·e
- Intégrer de nouveaux outils

Pistes pour favoriser un contexte de partage des pouvoirs

- Considérer le rôle et la responsabilité de chacun·e
- Utiliser des modalités de communication et de négociation pour aboutir à un consensus.
- Assurer un accès libre et entier à l'information
- Définir collectivement un mode de gestion des conflits et des désaccords, des règles communes d'écoute et de partage
- Désigner un·e médiateur·rice / animateur·rice pour fluidifier les échanges.

## **4. VALORISER ET MUTUALISER LES RESSOURCES DE LA COMMUNAUTÉ**

---

<sup>4</sup> Secrétariat européen des pratiques de santé communautaire. Action communautaire en santé : un observatoire international des pratiques-2004-2008, Belgique-France-Espagne. SEPSAC 2009.

Les démarches communautaires cherchent à identifier, stimuler, mobiliser les ressources du territoire et de chaque acteur·rice individuel·le et collectif·ve, en reconnaissant leur spécificité et leur complémentarité.

Pour ce faire, la concertation des démarches communautaire a mis en évidence :

- Prendre le temps, lors de l'état des lieux, d'identifier un maximum de ressources existantes au sein de la communauté
- Mettre à jour cet inventaire sur base régulière
- Valoriser et mettre ces ressources à la disposition de tous les acteur·rice·s
- Entraîner une synergie entre les ressources au profit des acteur·rice·s et de l'action communautaire

## **5. METTRE EN PLACE UN PROCESSUS D'ÉVALUATION PARTAGÉE COMMUN ET PERMANENT ET PERMETTRE UNE PLANIFICATION FLEXIBLE**

Un cinquième repère est convoqué ici de par son importance dans la régulation du processus communautaire : celui de l'évaluation partagée.

Les démarches communautaires se réfèrent à un plan d'actions construit et élaboré à partir d'une approche des besoins, de leur priorisation, de la recherche d'une utilisation optimale des ressources et des stratégies les plus adéquates. Mais ce plan doit rester souple, permettre aux acteur·rice·s de réorienter l'action en fonction d'événements imprévus, de nouveaux obstacles, avoir une approche globale et positive de la santé. C'est pourquoi le processus d'évaluation partagée est souhaitable. Les participant·e·s soulignent aussi que l'évaluation est non seulement sommative (regard sur les résultats finaux) mais aussi processuelle (regard sur les étapes du processus (formulation des objectifs, des activités, de la stratégie, de la mobilisation, etc.)

### **NOUVEAUX REPÈRES ISSUS DE LA CONCERTATION 2021-2022**

En plus d'adhérer aux repères méthodologiques issus du SEPSAC, les membres de notre concertation 2021-2022, ancré·e·s dans le territoire bruxellois, ont fait émerger à l'unanimité, de nouvelles balises et points de repères, dans la perspective d'exprimer toute la diversité des démarches communautaires :

#### **POSTURE AVEC LES HABITANT·E·S USAGER·E·S CITOYEN·NE·S**

- Travailler en proximité et établir un contact privilégié avec les HUC+
- Appuyer sur l'informel, les contacts « hors action », la spontanéité
- Respecter les valeurs des publics auxquels « on n'impose pas mais on propose »
- Écouter, savoir mettre en relation, créer du lien d'appartenance

#### **APPROFONDISSEMENT ET MISE EN ŒUVRE DE PROJET**

- Connaître les besoins reposant sur un diagnostic initial puis continu
- Transformer les besoins en demandes
- Offrir et construire des espaces communautaires qu'ils soient physiques, ancrés territorialement, virtuels, ponctuels et/ou aléatoires

- Faire preuve de créativité et d'adaptabilité
- Privilégier une position partenariale des « publics » : participant·e·s, bénévoles, aidant·e·s proches, pair·e·s-aidant·e·s, accompagnateur·rice·s... au-delà de la participation
- Maintenir une logique d'action ascendante
- Multiplier les approches (pas exclusivement territoriales)
- Inscire ces démarches dans un temps long

## **PORTÉE POLITIQUE DES DÉMARCHES COMMUNAUTAIRES**

- Affirmer le statut des démarches communautaires en tant que projets et non comme « activités »
- Assurer un travail de plaidoyer
- Inscire les actions menées dans une perspective de changement global et structurel

### **S'impliquer dans les démarches communautaires en santé : aller à contrecourant**

Les démarches communautaires en santé se situent au carrefour des secteurs santé et social, elles proposent des réponses « sur-mesure » innovantes et non standardisées. Elles préconisent le travail à long terme, l'action collective porteuse d'émancipation, de changement social dans une société favorisant l'individualisme et une approche de l'action sociale-santé caritative et gestionnaire. De plus, elles englobent des acteur·rice·s souvent marginalisé·e·s, socialement, économiquement et/ou culturellement.

### **Des modèles de santé antagonistes**

Le milieu de la santé et la société définissent la santé comme l'absence de maladie, et l'action publique s'oriente vers les soins de santé. Dans un tel contexte, il est compliqué de rendre compte de l'importance d'intervenir sur les milieux de vie pour améliorer la santé. Parler des inégalités sociales de santé semble de plus en plus difficile.

Il est essentiel de rendre aux personnes et aux collectifs leurs compétences pour ce qui les concerne, individuellement et collectivement. C'est ce à quoi la promotion de la santé et les démarches communautaires en santé se consacrent.

### **Des discours contraires**

Les démarches communautaires en santé sont des approches plurielles, complexes, adaptées aux terrains et aux contextes, enracinées dans un ensemble très varié et multiple de pratiques et d'interventions. Il peut être malaisé de parler du travail réalisé dans les démarches communautaires composant avec un caractère propre à chaque communauté, des codes particuliers, un langage particulier, des canaux propres, et parfois, la crainte de trahir la communauté en braquant les projecteurs sur elle. Certaines institutions évoquent la peur de l'amalgame avec le communautarisme, très sujet à critiques, à soupçons, à polémiques.

### **Les démarches communautaires en santé : un lieu de ressources en temps de crise pour des communautés fragilisées.**

Les crises d'envergure et les situations sanitaires bouleversent les repères de chacun·e, mais frappent plus durement les groupes déjà précaires. Les démarches communautaires en santé, en interaction avec les réseaux socio-sanitaires (aide sociale, aide alimentaire, hébergement, réseau

médical), apportent une multitude de ressources, garantissant un filet de protection aux plus démunis. En valorisant le partage d'un vécu commun et en créant un sentiment d'appartenance au sein d'un groupe, elles s'efforcent de briser l'isolement social et tissent un réseau de solidarité au sein des communautés.

### **Les démarches communautaires en santé : un espace de littératie en santé permettant à tous et toutes de faire des choix de santé éclairés**

En tant que vectrices d'informations et de littératie, les démarches communautaires de santé donnent aux citoyen-ne-s les outils indispensables à la bonne compréhension des enjeux sanitaires, afin de pouvoir faire des choix éclairés et conscients sur leur propre santé. Par exemple, dans une démarche d'éducation populaire, lors de la pandémie COVID-19, des débats sur la vaccination ont été organisés. Encadrés par des intervenant-e-s compétent-e-s, croisant regards personnels et expériences individuelles, chacun-e a pu librement échanger, débattre, faire entendre sa voix et enfin choisir.

### **Les démarches communautaires en santé : des espaces à l'interface entre communautés et politiques**

Les démarches communautaires en santé font le pont et relayent les besoins et les informations des communautés vers les pouvoirs publics et des pouvoirs publics vers les communautés. Les actions de proximité permettent de mesurer et analyser les vécus de terrain et les revendications qui doivent être reconnus dans les prises de décisions politiques. Au niveau d'un quartier et/ou d'une communauté, ces actions sont au plus proche des personnes et de leurs contextes de vie. Ce lien de confiance privilégié est rendu possible grâce à un travail à long terme et facilite les communications, la connaissance des publics accompagnés, pour in fine penser et réfléchir collectivement les interventions de santé et enseigner les impacts et la faisabilité des interventions.

## 3.2 Multiplicité des mises en œuvre à Bruxelles

De l'usage d'une grille comme référentiel.

Une grille d'analyse des pratiques en démarche communautaire en santé a été administrée aux associations membres de la concertation. Cette grille a ensuite été évaluée en concertation lors de la séance du 5 octobre 2022. La grille a été construite à partir de la littérature et vise à situer les choix d'une organisation sans prendre parti pour un modèle spécifique. La grille a servi de support pour aborder les thématiques énumérées ci-dessous.

### **Les caractéristiques des démarches communautaires en santé**

Certaines caractéristiques des démarches ont fait consensus au sein de la concertation :

- La diversité des mises en œuvre de la démarche : tout comme les démarches communautaires qui ne sont pas spécialisées sur la santé, il existe une grande diversité des approches et des méthodologies. La grille présentée ne révélera pas des questionnaires aux réponses identiques, et il n'y a pas de « bonne réponse » ou bonne configuration de réponses vers lesquelles tendre.

- Une démarche multi-acteur·rice·s : une démarche communautaire inclut différentes parties prenantes et vise à intégrer la communauté ciblée à toutes les étapes de la démarche – et non à des étapes exclusives et prédéterminées.
- Une démarche réflexive : c'est une démarche qui exige constamment de se questionner sur les termes et les catégories utilisés, les objectifs initiaux, individuellement et collectivement. Elle nécessite du temps et des outils pour analyser ses pratiques, les déconstruire et les reconstruire.
- Une démarche rigoureuse et exigeante sur le terrain : conséquence des deux caractéristiques précédentes, la démarche communautaire en santé demande de l'investissement en moyens et en temps. Elle n'est ni une économie de moyens, ni une simple juxtaposition de missions. La diversité des acteur·rice·s, les nécessités d'égalisation des savoirs et des pouvoirs qui, articulant des cultures de groupes sociaux différents, demandent des compétences spécifiques et du temps.

### **Les freins aux démarches communautaires en santé**

En regard des caractéristiques identifiées, une série d'éléments ont été identifiés comme des freins à l'adoption des démarches communautaires en santé dans les institutions.

- **Le manque de moyens financiers** : la démarche est rigoureuse et exigeante, et demande essentiellement du temps humain pour permettre de se faire parler des cultures différentes dans une approche réflexive.
- **Le manque de financements** structurels : plus particulièrement, les financements renouvelés annuellement ou ponctuellement poussent à l'action au court terme et au turnover de travailleur·euse·s – ce qui nuit à la continuité du projet. C'est un frein majeur puisque la continuité, la bonne compréhension des objectifs, la réflexivité collective entre parties prenantes aux cultures différentes est un aspect fondamental des démarches communautaires.
- **Les difficultés en termes d'évaluation** : l'évaluation d'une démarche communautaire a des besoins propres, elle ne correspond pas aux évaluations classiques en termes d'activités. Les actions doivent être évaluées en cohérence avec l'ensemble de la démarche communautaire.
- **La participation des membres de la communauté concernée** : c'est un aspect fréquent des démarches communautaires, l'absence des membres de la communauté ciblée étant absent aux activités groupes qui leur sont proposées par des institutions. Cette difficulté est liée à la nécessité d'impliquer ces membres dans l'ensemble de la démarche, ce qui demande la construction de la confiance entre les travailleur·euse·s communautaires et les membres de la communauté – et donc des financements structurels.
- **La difficulté du travail de terrain** : les démarches communautaires nécessitent un travail relationnel de traduction et de négociation constantes, qui sont peu visibles dans des livrables. Pour certaines organisations dont les travailleur·euse·s sont aussi des membres de la communauté, elle demande aux travailleur·euse·s d'être capables de circonscrire leur rôle entre vie professionnelle et vie privée. Le travail communautaire se fait toujours en dépassant les cadres établis – que ce soient les catégories institutionnelles ou les heures de travail et demande donc un engagement fort, avec un soutien approprié en termes de positionnement.
- **Toutes les catégories sociales n'ont pas la même disposition à l'action collective** : les personnes souffrant de troubles cognitifs, les communautés disparates géographiquement

qui se rencontrent peu, sont demandeuses en énergie de travail. Ces populations demandent des méthodologies et des gouvernances spécifiques.

### **Les besoins exprimés vis-à-vis d'un référentiel**

La concertation a été interrogée au sujet des besoins vis-à-vis d'un référentiel. Les besoins suivants ont été exprimés :

- **Avoir des balises claires** : ceci permet de se demander constamment si l'organisation ne s'écarte pas d'une démarche communautaire. En effet, les résistances institutionnelles et les manques de ressources tendent à mettre en avant des logiques d'efficience qui présupposent que les caractéristiques listées ci-dessus sont parfois facultatives, alors qu'elles sont fondamentales (l'investissement dans la participation de toutes les parties prenantes à toutes les étapes, la démarche réflexive, l'évaluation).
- **Avoir un cadre méthodologique** : la référence à un cadre méthodologique est une nécessité, et le référentiel y contribue.
- **Ancrer la pratique de terrain dans un ancrage théorique** : c'est là un élément d'une démarche réflexive, des balises conceptuelles permettent d'orienter les choix de méthodes et les différentes étapes de la démarche.
- **Reconnaître la diversité et de la complexité de la démarche** : ce référentiel rend compte de cette diversité et de cette complexité qui ne répond pas toujours aux catégories institutionnelles existantes.

### **Résultats de l'utilisation de la grille**

La grille d'analyse de pratiques a elle-même été questionnée au sein d'un panel de membres de la concertation qui l'ont testée au sein de leur équipe et a fait l'objet des retours suivants :

- Pour certain·e·s participant·e·s, la grille rend compte de la diversité des méthodologies.
- Elle donne également des balises claires à l'action afin d'évaluer si la démarche reste communautaire au fur et à mesure du déroulement des actions.
- Elle forme un bon outil d'auto-évaluation pour les équipes.
- Elle peut servir d'outil pédagogique : à destination des travailleur·euse·s, les membres de la communauté en action, etc.
- Pour certain·e·s membres de la concertation, elle reste encore trop rigide.

La diversité des projets de démarches communautaires, déjà relevée lors de la première étape de concertation, a été confirmée. L'application d'une grille d'analyse à 8 projets, lors de la deuxième étape de concertation y apporte des nuances.

L'approche du concept de santé fait l'unanimité : le vocable « qualité de vie » lui est apparenté, les liens entre santé et ses déterminants sont établis, et les interventions agissent le plus souvent sur plusieurs déterminants. En conséquence, les équipes porteuses des projets sont le plus souvent pluridisciplinaires et associent des acteur·rice·s issus de différents secteurs à leur projet, en mettant en œuvre des moyens intégrateurs à la démarche participative

Les finalités de ces projets les plus significatives portent sur la promotion et la défense des droits, la résolution de problèmes par des interventions publiques ou associatives, et l'organisation de l'entraide entre des personnes et des groupes fragilisés. Sont cités également, le développement du pouvoir d'agir et l'autonomisation des personnes.



Les finalités sont à mettre en lien avec les éléments qui ont été à l'origine des projets, à savoir : des observations diagnostiques, réalisées par des professionnel-le-s et/ou par une communauté accompagnée par des expert-e-s, mettant en lumière des problématiques. Mais pas seulement, les états des lieux des ressources et des désirs des acteurs de la communauté mis en œuvre sont le point de départ des démarches communautaires.

La forme d'organisation la plus répandue pour poursuivre ces finalités est l'offre de services de proximité, accompagnée pour certain-e-s de démarches participatives sous forme de coordination, concertation, plateforme. Celles-ci reposent partout sur des partenariats multi-acteur-ric-e-s. Il est dès lors logique d'y retrouver des axes méthodologiques qui, avant tout, favorisent la participation et l'implication des parties prenantes, en diversifiant les formes et les conditions de réussite. De nombreux efforts sont consentis en vue de faciliter l'intégration des différents groupes d'acteur-ric-e-s : documents fondateurs rassembleurs, outils favorisant la compréhension par tous, ainsi que le soutien au pouvoir de réflexion, d'action et de décision des habitant-e-s. La mobilisation des HUC+ et de leur réseau de proximité ainsi que l'investissement de moyens pour faciliter un changement de positionnement relationnel entre les groupes d'acteur-ric-e-s, et plus particulièrement celui des professionnel-le-s par rapport aux savoirs et aux ressources des HUC+, sont cités par les porteur-euse-s de projet.

Malgré ces efforts, le niveau d'implication des HUC+ est généralement fragile tant dans la formulation des problèmes que le portage des activités. Leur participation reste faible au sein des institutions et dans les lieux de concertation.

Les démarches communautaires en santé à Bruxelles : cartographie et présentation synthétique des institutions

La Concertation des démarches communautaires en santé en situation de Covid a rassemblé 37 collectifs et institutions du territoire bruxellois, dont 22 membres de la FBPS. Leur expertise repose sur le travail de terrain avec les parties prenantes et le travail d'accompagnement ou de support au secteur.



- Les associations/collectivités qui couvrent tout le territoire Bruxellois ayant participé à la concertation
- Les associations qui travaillent dans plusieurs communes/quartiers ou dans une commune/un quartier ayant participé à la concertation.

## INSTITUTIONS

Alias

ADI: L'Appétit des Indigestes

ALZHEIMER B: Alzheimer Belgique

BdBd: Bras dessus Bras dessous

CBPS: Centre Bruxellois de Promotion de la Santé

C&S: Cultures et Santé

DF: Douche Flux

DIEDA: D'Ici et d'ailleurs

DUNE: Dépannage d'Urgence de Nuit et Échanges

EAM: Entr'Aide des Marolles

Exaquo

FARES: Fonds des Affections

Respiratoires

FLCPF: Fédération Laïque des Centres de Planning Familial

FMM: Fédération des Maisons Médicales et des Collectifs de santé francophones

FQS: Forest Quartiers Santé

GAMS: Groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles en Belgique

HB: Hispano Belga

I.Care

MdM: Médecins du Monde

Méridien (Le)

MM: Maison Médicale Neptune

MMWba: Maison Médicale

Watermael-Boitsfort - Auderghem

MSA: Maison de Santé Atlas

MV: Modus Vivendi

Nos Oignons

OSS: Observatoire du sida et des sexualités

O'YES: Organization for Youth

Education & Sexuality

Pissenlits (Les)

PPS: Plateforme Prévention Sida

RAQ de Cureghem:

Relais d'Action de Quartier

RSDB: Réseau Santé

Diabète de Bruxelles

SACOPAR: Santé

Communauté Participation

SAMBIE'PAD - Réseau Santé Mentale et

Bien-Être Afrocentré

SIPES ULB: Le Service d'Information, Promotion, Éducation Santé (Sipes) de l'École de Santé Publique (ESP) à l'Université Libre de Bruxelles (ULB)

Univers Santé

UTSOPI: Union des Travailleur euses du

Sexe Organisé•es pour l'Indépendance

Le profil des projets en démarches communautaires représentés sont très diversifiés.

1) **Diversité des sources du projet** : tantôt issu de mouvements sociaux ou de besoins communs entre citoyen·ne·s d'agir sur une problématique commune et faire valoir leurs droits, tantôt issu de diagnostics locaux ou thématiques établies par des institutions (sans-abrisme, pathologie, assuétude, etc.).

2) **Diversité des secteurs** : La démarche communautaire en santé est à la fois une stratégie d'action et relève du secteur promotion santé défini par un décret promotion santé bruxellois et un Plan Promotion de la Santé (COCOF). Cette stratégie d'action est également mise en œuvre par d'autres secteurs, ce qui peut donner lieu à des divergences.

3) **Diversité des missions de travail avec les parties prenantes** : des institutions travaillant sur le terrain et/ou en acteur·rice de formation, de plaidoyer, de soutien...

4) **Diversité des profils institutionnels variés et des modes de gouvernance** : De collectifs constitués de HUC+ à des institutions formalisées publiques et associatives, financés ou pas. À cet égard, pour certain·e·s participant·e·s, les subsides contribuent largement à la réussite d'un projet en démarche communautaire. D'autres, à l'opposé, font reposer les succès ou échecs sur leur autonomie, y compris financière, et la qualité de mobilisation des personnes concernées et des bénévoles associatif·ve·s.

5) **Diversité de nature des projets** : Projets issus de la base (personnes psychiatisées, personnes vivant avec le VIH, Alzheimer et leurs aidant·e·s-proches) ou des projets mandatés plus institutionnalisés.

6) **Diversité des modes de fonctionnement entre parties prenantes** : De cette diversité de situations et des stratégies différentes en démarche communautaire se développent des actions qui s'articulent entre elles selon :

- La mise en œuvre des démarches communautaires sur le terrain et/ou la diffusion des démarches communautaires en tant que stratégie et/ou l'accompagnement d'équipes et de collectes de données en lien avec les démarches communautaires
- La Promotion Santé / l'ambulatoire / la cohésion sociale etc...
- L'éducation du·de la patient·e / la prévention / les démarches communautaires constituent un continuum nourrissant un processus général.

### 3.3. Mixité/non mixité : outils intéressants dans quels contextes ?

#### **La question de la mixité ou non-mixité dans l'action communautaire**

Certains projets de démarche communautaire n'intègrent pas ou très peu de personnes n'appartenant pas à la communauté. D'autres projets seront co-construits entre personnes appartenant à la communauté et personnes n'y appartenant pas : on parle alors de mixité (avec une contribution et une implication différente également selon les projets).

Cette question de la mixité est intéressante, car elle peut modifier la dynamique d'un groupe. En effet, la présence d'une personne n'appartenant pas à la communauté modifie ce qui se passe dans le

groupe : par sa position (rapport de force vécu ou ressenti), par son absence de vécu, par ses connaissances et expertises, par la structure qu'elle donne, etc. Cette différence de dynamique sera souhaitable ou non, en fonction du contexte historique, des finalités et des enjeux des différentes institutions et actions communautaires mises en œuvre. En fonction des besoins, à un moment donné, le choix de la mixité ou de la non-mixité sera un outil privilégié ou évité.

### **La non-mixité**

La non-mixité sera choisie dans les actions communautaires mises en œuvre dans un besoin particulier de rassemblement de la communauté. La condition de faire partie de la communauté pour participer à l'action est alors privilégiée. L'accent est mis sur le vécu commun, la position commune au sein d'un rapport social ou l'identité commune, et non sur les compétences à avoir.

Cette non-mixité s'observe lorsqu'il y a un besoin de se rassembler et de partager autour du vécu commun, au sein de la communauté, où la communication et la compréhension est sentie plus facile. Les personnes de la communauté vivent ou ressentent des limites, dans les perceptions et les compréhensions d'un vécu, de la part des personnes n'appartenant pas à la communauté. Ces personnes vont fournir du temps et des efforts supplémentaires d'explications sur leur vécu, avec toutes les implications que leur situation/problématique représentent (institutionnelles, pratiques, physiques, émotionnelles, etc.), à des personnes n'ayant pas ce même vécu commun. Ces personnes éprouvent une certaine fatigue à cet égard, et se rassemblent alors pour une « économie d'explication ». Elles peuvent également se rassembler pour éviter des situations où elles se sentiraient gênées avec des personnes qui n'ont pas le même vécu. Par exemple, des aidants-proches et malades qui privilégieront des rencontres en communauté, car l'incompréhension du comportement de la personne malade, en dehors, est ressentie comme difficile par l'aidant-proche.

La non-mixité s'observe également lorsqu'émerge un besoin d'identifier une situation vécue. Le groupe a besoin de se constituer autour du vécu commun, de construire une communauté, d'identifier et de se réappropriier les particularités de la situation vécue. Les personnes de la communauté échangent sur leur vécu, pour identifier ce qui relève du « commun », par exemple une stigmatisation et/ou discrimination subie. L'identification et la compréhension de leur situation commune, par la communauté, permet alors la mise en œuvre d'une action visant un changement des représentations des autres ou une revendication institutionnelle ou politique.

La non-mixité peut aussi être privilégiée lorsque des personnes se rassemblent dans un besoin de se renforcer dans une communauté en tant que zone de sécurité. Les personnes vivent ou ressentent une place difficile « à l'extérieur » ; elles se sentent elles-mêmes mises dans une position de faiblesse par la société, de par leur caractéristique commune. La communauté se sécurise alors en dehors de « l'extérieur » qui est vécu comme inadapté ou violent. Par exemple, lorsque des personnes subissent ou ressentent fortement une étiquette, une stigmatisation, une discrimination ou un rejet systémique, elles peuvent avoir besoin de créer une communauté avec une limite de protection (la limite de non-mixité) afin de créer une zone de sécurité, invisible à « l'extérieur » où se situe justement le problème vécu.

De manière générale, ce choix de non-mixité est souvent mis en œuvre dans des actions communautaires où l'enjeu se place autour de la déstigmatisation et/ou de la revendication. Il s'agit, par exemple, d'actions où l'enjeu est de défendre des droits d'un groupe minoritaire (exemple : LGBTQIA+), ou de contester un élément institutionnel (exemple : une prise en charge différentielle, discriminatoire ou inadaptée), ou encore d'acquérir des droits par rapport aux soins de santé. On observe, dans ces cas, un besoin de rassemblement de la communauté, au moins dans un premier temps, pour réfléchir soi-même au problème identifié et aux revendications à porter. On y retrouve

alors notamment ces besoins d'identification et/ou de sécurité que les personnes ne trouvent parfois que dans la communauté même. On observe également, dans certaines actions liées à ces enjeux de déstigmatisation et de revendication, que les personnes qui font partie de la communauté ont un autre niveau d'implication : l'investissement est plus fort, la créativité plus grande, le projet est nourri de ce qui fait profondément écho en soi.

### **La mixité**

Le choix de la mixité est davantage observé dans le cas où le projet s'inscrit principalement autour d'une réponse à des besoins identifiés, sans faire émerger un enjeu politique ou identitaire.

Par exemple, lorsque l'action communautaire est axée sur des thématiques larges qui touchent un grand nombre de personnes, les participant.es ne viennent pas en raison d'une appartenance à une caractéristique commune. Les personnes viennent travailler autour d'une problématique, dans une démarche qui leur permet de prendre conscience qu'elles ne sont pas seules à la vivre et qu'elles peuvent la travailler ensemble pour acquérir du pouvoir et de l'autonomie face à la thématique en question.

Certains projets vont se construire principalement sur des valeurs identiques ; dans ce cas, la condition pour être impliqué dans la démarche communautaire est davantage le fait de porter l'objet de la démarche que d'appartenir à la communauté au sens strict. C'est le cas particulièrement des professionnel-le-s qui vont être impliqué-e-s dans une démarche communautaire pour animer le commun et/ou gérer la question ou thématique qui fait l'objet du projet en démarche communautaire.

La mixité peut également être utilisée dans un objectif d'activités inclusives - dans une finalité de toucher un grand nombre de personnes différentes -, ou dans un objectif de sensibilisation par rapport à une situation - rendre visible une problématique « invisible ».

Le choix de la mixité est également observé lorsque l'enjeu de l'action communautaire se fonde sur un besoin d'intégration et de « gommer » des différences ou des stigmatisations. L'action, centrée d'abord sur le vécu des HUC+, se développe alors avec des activités ouvertes à tout le monde. L'expertise du vécu alimentera le projet au même titre que l'expertise professionnelle intersectorielle pour une approche polysémique de la problématique.

La mixité peut être mise en œuvre de façon plus ou moins forte aussi. Certaines actions sont ouvertes à tous. D'autres actions, bien qu'ouvertes à des personnes n'appartenant pas à la communauté, restent fortement centrées sur le vécu commun de la communauté et privilégient les personnes y appartenant. En fonction du travail à effectuer dans la démarche communautaire, il peut être parfois difficile de garder ce sentiment « d'être ensemble » en incluant trop de personnes.

On observe également, dans certaines actions mixtes, un besoin particulier d'identifier l'appartenance ou non des personnes à la communauté : le besoin de savoir quelles personnes du groupe ont ou pas le même vécu et/ou la même représentation d'une situation. On peut lier cette particularité aux besoins, identifiés ci-dessus, d'une communication plus facile et d'un sentiment de sécurité. Les personnes de la communauté s'ouvrent à d'autres, mais doivent sentir que ces derniers sont concernés par leur situation et peuvent être considérés comme des « alliés ».

**La limite entre mixité et non-mixité n'est pas figée, elle dépend de l'angle de vue porté à ces notions et peut évoluer au cours du processus de démarche communautaire.**

***La notion de mixité doit être envisagée de manière souple, dépendante de l'angle de vue pris :***

Comme la notion de communauté, à laquelle les termes de mixité ou de non-mixité se rattachent, la limite entre ces deux approches n'est pas rigide et objective. En ce sens, les termes de mixité ou non-mixité peuvent être envisagés différemment selon les institutions et actions.

Les termes non-mixité et mixité peuvent être compris et utilisés différemment en fonction de la compréhension de la communauté dans un sens strict ou dans un sens plus large. Pour illustrer, on peut prendre l'exemple d'une action communautaire mettant en œuvre un travail sur une thématique (exemple : diabète, sport, mobilité), à laquelle toute personne, intéressée et ayant quelque chose à apprendre ou envie de construire sur le thème, pourra participer. On pourra observer une grande mixité de personnes (au niveau social et culturel, des professionnel-le-s et HUC+). Il y a cependant un point de rencontre qui fait communauté ; se pose alors la question de l'identification de la communauté. Un point de rencontre qui peut faire communauté pour l'ensemble des personnes participantes est l'intérêt envers un accès aux connaissances dans un processus d'émancipation, sur la thématique en question ; on peut considérer que l'action est alors mise en œuvre en non-mixité. Cette dernière considération renvoie à la compréhension large du terme « communautaire » : toute personnes participant à cette méthodologie de démarche communautaire fait partie de la communauté.

Dans le même sens, se pose la question de la mixité entre professionnel-le-s et HUC+. Des actions communautaires privilégiant l'appartenance à une communauté au niveau des personnes impliquées volontairement dans le projet, peuvent laisser une place à des professionnel-le-s de la démarche communautaire, qui n'appartiennent pas à la communauté au sens strict, pour porter le cadre du projet. Ces « encadrant.es » peuvent s'inscrire dans une communauté, à laquelle ils n'appartiennent pas tout à fait, en raison de leur regard particulier sur la situation ou problématique qui fait communauté. Ces personnes offrent un cadre relationnel dans lequel le HUC+ sentira la compréhension et la communication facilitée, et/ou la zone de sécurité, recherchées en non-mixité. La question de la mixité entre professionnel-le-s et HUC+ peut également être mise en lien avec la délimitation floue et mouvante des professionnel-le-s de la démarche communautaire, comme exposé ci-dessus. Les personnes-relais ont acquis des compétences et finissent par être « relais » dans leur environnement et communauté respectifs (relais de thématiques ou ressources, et/ou relais de la méthode de démarche communautaire), devenant également expert-e-s, ayant autant de compétences que des professionnel-le-s ; mais elles font, initialement, partie de la communauté au sens strict. Les mêmes observations peuvent se poser avec des bénévoles, défrayé.es ou non, qui sont particulièrement impliqués dans le projet. Des personnes qui portent ensemble et de la même manière le projet, mais où seule une partie est rémunérée, pose la question de la mixité.

On observe également que la non-mixité est parfois moins visible quand celle-ci est définie par l'appartenance à un groupe majoritaire. La caractéristique commune sera davantage perçue si elle est minoritaire dans la société que si elle correspond à un groupe majoritaire. Pour illustrer, un groupe de personnes d'origine culturelle et linguistique étrangère sera davantage considéré comme non-mixte qu'un groupe constitué de personnes « blanches » parlant français.

De manière générale, un groupe présentera toujours des caractéristiques communes et de mixité, et pourrait être considéré comme mixte et non mixte à la fois. Par exemple un groupe de femmes qui se rassemble, avec des personnes de classes sociales et économique et d'origines culturelles différentes, présente une certaine mixité ; mais le lien particulier plus fort qui les met ensemble est commun et donc non-mixte : ce sont des femmes. Elles se sont réunies autour de cette caractéristique commune car c'est précisément celle-ci qui leur pose problème : elles se trouvaient dans une position où, par exemple, elles n'avaient pas accès à quelque chose, en raison précisément de cette caractéristique.



Ce mélange de mixité et de non-mixité permet de rassembler les richesses des 2 approches : la non-mixité peut renforcer les personnes qui ne se sentent plus seules face à une problématique et coconstruisent ensemble une réponse à leur problématique ; et la mixité nourrit la dynamique par des échanges de ressources.

La détermination de considérer l'action en mixité ou non-mixité dépendra des éléments identifiés comme définissant la communauté et, de nouveau, du contexte historique, des finalités et des enjeux de l'action communautaire. De manière plus générale, cette détermination pose continuellement la question des rapports entre les personnes et de l'attention portée aux différences et aux similitudes entre elles.

***La mise en œuvre en mixité/non-mixité peut évoluer au cours du processus de démarche communautaire :***

Dans un même projet global, la question de la mixité sera liée à l'action portée à un certain moment. Or, l'action communautaire s'inscrit dans le temps et évolue selon un processus d'adaptation en fonction des besoins et objectifs. Une communauté se forme autour d'une position dans des rapports sociaux ou d'une situation problématique, mais cette position ou cette situation peuvent changer au fil du temps. Dans l'histoire de l'institution ou de la communauté, il peut donc y avoir des temps en non-mixité et des temps en mixité. Ainsi, au fur et à mesure du temps et de ce que traverse la communauté, dans son processus de démarche communautaire, le choix de la mixité/non-mixité peut revenir constamment.

Il est possible aussi de passer de la non-mixité vers la mixité, ou inversement, pour une activité ou un projet précis qui s'inscrivent dans l'action communautaire générale. Par exemple, une communauté non-mixte peut s'associer à d'autres associations ou institutions pour un partage sur des questions ou activités spécifiques, pour apporter une certaine expertise ou une vision transversale. Une action communautaire peut également recouvrir des activités mixtes et non-mixtes. Par exemple, un projet, incluant des aidants-proches et malades, peut prévoir des activités uniquement pour les premiers, d'autres activités uniquement pour les seconds, et enfin des rencontres tous ensemble pour travailler justement sur le lien entre aidants-proches et malades.

On observe souvent une évolution d'un projet non mixte, à l'origine, vers la mixité. Ainsi, une action communautaire peut s'inscrire dans la non-mixité par naissance, étant un projet créé par la communauté au sens strict ; avec le temps, les besoins et moyens peuvent évoluer et impliquer des professionnel·le·s. Ces besoins de professionnel·le·s peuvent être liés à une certaine organisation (responsabilité, manque de temps, besoin de cadre stable) ou à un besoin de partage de connaissances (connaissances spécifiques dans un domaine).

Un projet peut également s'inscrire, à l'origine, dans la non-mixité pour ancrer d'abord une certaine intimité dans les relations du groupe, ou pour s'approprier l'élément commun. Une communauté se forme en non-mixité pour identifier un problème et des droits non accessibles, réfléchir aux revendications à porter, etc. Après un moment, l'action s'ouvre à la non-mixité, par exemple pour transmettre et partager cette identification de droits à acquérir à des professionnel·le·s ou pour sensibiliser le public.

Une même évolution peut s'observer dans une communauté qui se rassemble en non-mixité car la communication et la compréhension du vécu y est ressentie plus facile. Au début, l'expérience du vécu commun leur paraît favorable à une meilleure compréhension mutuelle. Le processus de démarche communautaire peut induire une déconstruction à ce sujet, les personnes observant que leur même situation est vécue de façon différente par certaines personnes de la communauté. L'ouverture vers une mixité permet, dans l'autre sens, d'observer que les représentations d'une situation peuvent se rejoindre entre personnes vivant cette situation ou non.

On remarque que passer par un temps de non-mixité peut renforcer les apports d'une mixité ultérieure. Si la communauté est bien soudée et constituée autour d'une forte intimité, l'ouverture vers la mixité peut être plus riche, car toutes les personnes sont à l'aise, se sont renforcées individuellement de par la force du travail effectué en communauté.

Enfin, la diversité et l'intégration de la mixité peuvent également, dans le temps, gommer l'élément commun de la communauté et élargir la communauté à l'ensemble des participants à l'action. La particularité commune des personnes de la communauté d'origine subsiste, mais la différence avec les autres personnes s'estompe et le point de rencontre entre tous évolue. En ce sens, une action communautaire peut partir du vécu d'un ensemble de personnes pour qu'ils s'approprient ce vécu commun, par exemple un stigmatisé. Le processus évolue vers une mixité avec des échanges sur ce vécu avec d'autres personnes, puis s'en détache pour aboutir à une action axée sur un autre intérêt commun qui devient le point de rencontre commun de tous les participants.es.

### 3.4. Parties prenantes

Quelles sont les parties prenantes des démarches communautaires en santé ?

Dans un processus de démarche communautaire, les acteur·rice·s se retrouvent autour d'enjeux communs, mais avec des modalités d'implication et des postures qui diffèrent selon les statuts et les rôles.

- Les Habitant·e·s Usager·e·s Citoyen·ne·s à divers titres : habitant·e·s d'un quartier, personnes appartenant à des groupes sociaux particuliers..., leur place est centrale dans le processus de démarche communautaire.
- Les travailleur·euse·s chargé·e·s des projets veillent aux objectifs, au cadre, aux repères méthodologiques, assurent un dialogue entre les parties prenantes, animent et coordonnent les propositions et les activités.
- Le réseau interne au collectif/institution composé de bénévoles, les personnes relais, les employé·e·s des acteur·rice·s des démarches communautaires, et le cas échéant les administrateur·rice·s et membres de l'assemblée générale.
- Le réseau étendu composé des partenaires intersectoriels et des services publics.
- Les acteur·rice·s économiques et techniques
- Le monde académique
- Les médias
- Les institutionnel·le·s, politiques, bailleurs de fonds, à la fois pouvoirs subsidiaires et partenaires, ils participent à l'établissement de politiques publiques favorables à la santé de toutes en luttant contre les inégalités sociales de santé.

## 4. Temporalité : analyse des pratiques

La temporalité est « le caractère de ce qui existe dans le temps »<sup>5</sup>.

Le repérage, l'appréciation, et la façon d'agir dans le temps présentent des différences majeures selon la perspective de travail, entre temporalités objectives et subjectives, convergences et discordances. La temporalité est un élément essentiel des démarches communautaires en santé.

### Deux logiques temporelles

---

<sup>5</sup> Wikipédia

Les acteur·rice·s énoncent deux logiques dont les temporalités sont différentes : la logique de projet et la logique de processus<sup>6</sup>. Bien que complémentaires, on note de nombreuses tensions entre ces deux logiques, difficilement conciliables avec les appels à projets qui opposent courte portée et vision à long terme.

Logique de processus	Logique de projet
Temporalité indéfinie et à long terme	Temporalité planifiée et à court/moyen terme
Réponse à des besoins exprimés par les parties prenantes et collectés en continu	Réponse à des appels à projets périodiques (annuels, quinquennaux, etc.)
Objectifs généraux visant un changement social en matière d'inégalités sociales de santé dans une temporalité non définie précisément	Objectifs spécifiques visant des changements tangibles, concrets, observables à l'échéance d'une période définie
Planification évolutive	Planification annoncée à respecter
Adaptation des activités en fonction des évaluations continues	Maintien du cap des activités (planning-étapes d'exécution-lignes budgétaires, etc.)
Techniques d'animation à l'écoute des changements, des besoins qui ne rentrent pas dans le cadre initial, etc.	Techniques d'animation avec des ordres du jour pour aboutir à une production, à des résultats concrets liés au projet
Évaluation en continu qualitative, prise en compte du ressenti des différentes parties prenantes, participant au processus d'empowerment (développement du sens critique)	Évaluation à des moments précis (avec des indicateurs plus quantitatifs) par l'équipe pour rendre compte aux pouvoirs subsidiant
Évaluation d'effets en santé qui se mesurent sur le long terme	Évaluation de résultats, de la réalisation des différentes étapes du projet

### Le temps comme agent de changement

Les démarches communautaires en Promotion de la santé ont pour point commun d'utiliser **le temps comme une ressource** à part entière. Le temps et la réalité agissent aussi quand on n'est pas là. Un peu comme dans la confection d'un pain qu'il faut pétrir et laisser reposer, les démarches communautaires nécessitent de mener des actions puis de **laisser le temps agir**, pour une durée qu'il n'est souvent pas possible de définir *a priori*.

Dans l'exemple d'une action de littératie en santé, différentes interventions sont menées pour faciliter la compréhension puis l'appropriation d'une information santé par les HUC+. Le processus de transformation de cette information en savoir-être ou en savoir-faire prend un certain temps, si

---

<sup>6</sup> Ces deux logiques ne constituent pas vraiment une dichotomie mais plutôt un continuum sur lequel reposent des tendances. La version première de cette schématisation, issue d'un article de la revue Les Politiques sociales 2016 (n° 1/2) sur la démarche communautaire, coordonnée par l'ASBL Les Pissenlits, a ainsi été actualisée et enrichie par les membres (article : **Agir sur les inégalités sociales de santé : une mise en œuvre de démarche communautaire en santé**).

bien qu'**enchaîner les interventions serait contre-productif**. Il convient d'observer la situation régulièrement pour juger du moment opportun d'une nouvelle action, afin que les acquis précédents ne « retombent pas comme la pâte qui a trop levé » .

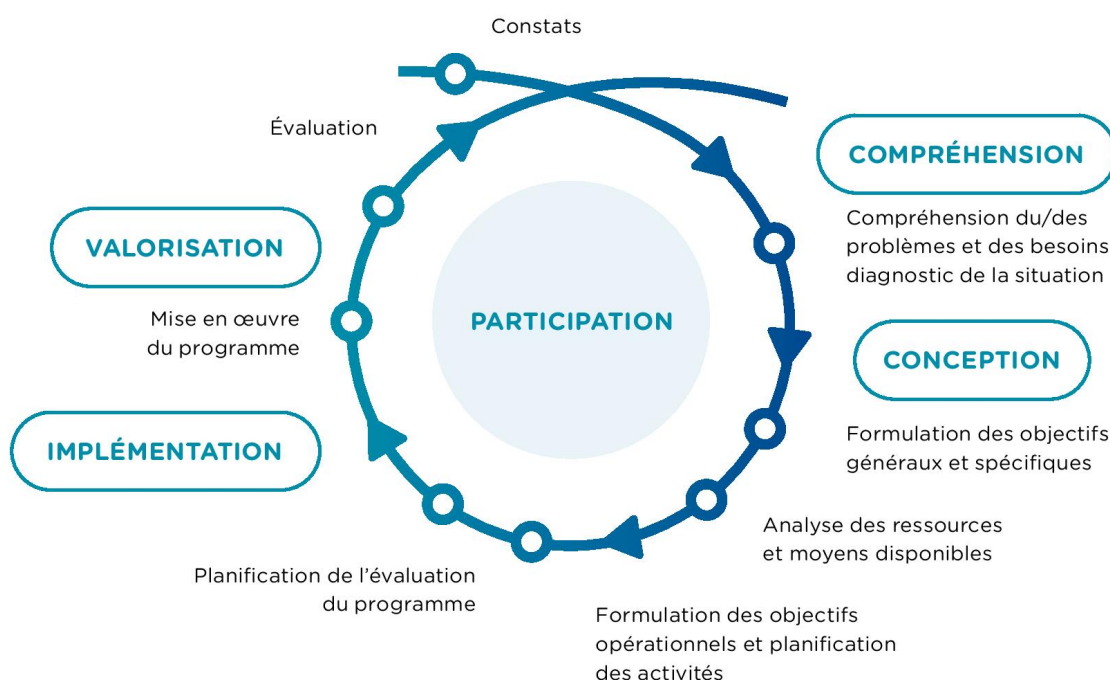
### **Des temporalités extérieures**

- **Les calendriers des instances de financement** : ils rythment le déroulement des projets, la rédaction des demandes de subsides, des rapports, des dépenses... Ils font peser une certaine pression sur les projets mais apportent aussi de la structure, bien que ne cadrant pas toujours avec la « logique de processus » des démarches communautaires. Aussi, le poly-financement provoque des temporalités contradictoires dont les échéances strictes vont paradoxalement de pair avec des délais de réponses souvent très longs, au point que des projets doivent voir le jour sans certitude d'être financés.
- **Les calendriers civils, scolaires** : ils rythment les projets des démarches communautaires au même titre que la vie quotidienne.
- **Temporalité des parties prenantes** : selon le type de public partie prenante des démarches communautaires, le rapport à ces calendriers sera plus ou moins fort (hommes plus souvent disponibles le soir et le week-end, mères de famille indisponibles durant les vacances scolaires...). De plus, le rapport au temps est éminemment culturel, d'où l'enjeu des responsables de projets de concilier les temporalités des un·e·s et des autres, tout en étant garant·e·s d'une norme nécessaire au vivre ensemble.
- **La saisonnalité** : le cycle des saisons répond à un rythme qui lui est propre et affecte les projets selon leur nature (maraîchage, projets organisés lors de festivals...).
- **Les « journées internationales de »** : de nombreuses démarches communautaires inscrivent leurs projets dans le sillon des journées internationales ou mondiales dédiées à un thème particulier (1<sup>er</sup> décembre Journée mondiale de lutte contre le SIDA, 14 novembre Journée mondiale du diabète...).
- **Le rapport au numérique** : le numérique a permis que le temps ne s'arrête pas totalement durant la crise sanitaire du Covid-19, et la concertation s'accorde sur le fait que l'utilisation du numérique est dorénavant essentielle entre toutes les parties prenantes. Pour autant, elle ne doit jamais exclure les spécificités de certaines personnes touchées par la fracture numérique, quitte à prendre plus de temps. Le numérique c'est aussi la disponibilité permanente, une vision qui vient saper la temporalité des démarches communautaires, dans lesquelles les « temps morts » ont aussi une valeur.

### **Des temporalités individuelles et collectives**

La finalité de chaque projet influence le « temps de parcours » individuel et collectif des HUC+ et la durée peut être définie *a priori* (un suivi thérapeutique par exemple) ou non. Le projet communautaire est avant tout un processus dans lequel les participant·e·s s'impliquent quand iels le veulent et en ont la possibilité, au degré qu'iels souhaitent de façon variable dans le temps. Le « voyage collectif » doit aboutir même si des personnes manquent, et plusieurs « générations » d'HUC+ peuvent se succéder au fil d'un projet. Dans tous les cas, il convient de prendre le temps de construire une collectivité, un groupe à partir des individus, de ce qu'ils ressentent, de ce qui les

touche et de ne pas sous-estimer la période nécessaire à la prise de conscience de l'appartenance à une communauté, à un projet.



-----  
**Source** : schéma de Blum (1981) : Pineault et Daveluy (1995) adapté par le service universitaire de promotion de la santé UCLouvain-RESO modifié par le comité de pilotage de la concertation (2023)

## 5. Postures des professionnel-le-s en démarches communautaires

La posture professionnelle renvoie à **une attitude, une manière d'être dans son rapport à l'autre**. Malgré la volonté de gommer les rapports de hiérarchie ou de pouvoir entre les HUC+, dans une situation de demande, et les professionnel-le-s, en position de réponse, on constate une « ligne démarcative » entre les deux. Il paraît essentiel d'explicitier ce qui la caractérise, d'unifier l'équipe autour d'un consensus afin de conscientiser cette posture et de la réinterroger régulièrement. Cette notion peut s'articuler autour de quatre cinq aspects :

**La représentation des HUC+ :** Il est essentiel de s'interroger sur la manière donc les professionnel-le-s se représentent les personnes de l'autre côté de cette « ligne », en particulier lorsqu'il s'agit d'un public pris à l'intersection de plusieurs préjugés et stéréotypes. Les démarches communautaires s'accordent à les dépeindre comme des personnes actrices de leur vie et pleines de ressources, encourageant et valorisant toute forme de mobilisation, voire même une implication dans le mode de gouvernance de l'organisme.

**Le rapport à l'autre :** La posture des professionnel-le-s consiste à trouver où placer le curseur selon le contexte, entre un rapport d'aide et d'entraide et une relation de collaboration ou de partenariat, en sollicitant le savoir expérientiel des HUC+ et leur vécu pour alimenter le projet communautaire. Trouver une juste proximité (plutôt qu'une juste distance) nourrie de contacts informels, tout en maintenant un cadre sécurisé et garant d'une certaine équité entre participant-e-s.

Dans une action hors champ communautaire, une permanence médicale par exemple, le rapport entre publics et professionnel-le-s peut être confus et doit faire l'objet d'un ajustement. Plusieurs organismes de démarche communautaire préfèrent confier les suivis individuels à des membres différent-e-s de l'équipe afin d'éviter cette confusion.

**Les aptitudes liées à cette posture qui favorisent le travail en démarche communautaire :** elles relèvent, d'une part, d'aspects relationnels (non-jugement et non-stigmatisation, bienveillance, empathie...) qui s'acquièrent plutôt avec l'expérience, et d'autre part, de la communication (écoute active, distribution de la parole...), pouvant faire l'objet de formations. Il est important de se penser comme professionnel-le vecteur-riche d'une dynamique communautaire, doté-e d'une méthode plutôt qu'expert-e, en s'efforçant de ne pas « juste » transmettre un savoir mais plutôt créer les conditions favorables à l'appropriation d'une information de santé par les personnes elles-mêmes en quête d'améliorer leur propre santé. la garantie du cadre, des techniques d'animation adéquates à tout type de HUC+, la gestion de la dynamique de groupe, ...

**La réflexivité et l'opérationnalisation face aux freins à la participation des HUC+ :** Les freins à la participation peuvent être aussi variés, que les compétences psycho-sociales, la possibilité de se déplacer, de se payer un billet de métro pour se rendre sur les lieux du projet, de ne pas craindre un contrôle de police sur le chemin en lien avec une injonction de quitter le territoire, etc. Les professionnel-le-s se doivent d'avoir une attention particulière à lever les freins à la participation, en faire une matière réflexive et y trouver des solutions opérationnelles, créatives et responsables.

**Ce qui nourrit les professionnel-le-s et enrichit leur posture :** Elle est conditionnée par un certain **bien-être au travail** et souvent alimentée par une **intelligence émotionnelle** assez développée, une « capacité à être touché-e » et une **militance** vis-à-vis des valeurs portées par son institution.

## 6. Que peut-on attendre comme changements avec le développement des démarches communautaires ?

Les démarches communautaires en santé, en tant que stratégie de promotion de la santé, inscrivent la santé globale au cœur de leurs objectifs d'intervention. Elles travaillent collectivement et de manière participative sur les déterminants sociaux de la santé afin de réduire les inégalités sociales de santé et ainsi améliorer la santé de toutes et tous. Cette stratégie de promotion de la santé est complémentaire des réponses médicales et hospitalières aux questions de santé. Elles répondent donc à une logique ascendante et partent de la population. Elles sont au plus proche de la population et constituent une approche adaptée, et « cousue sur mesure », contrairement aux logiques plus ascendantes des autres stratégies de santé publique.

Les inégalités sociales de santé sont le produit final des déterminants sociaux de la santé, c'est à dire qu'elles résultent de trajectoires de vie et réalités sociales ainsi que de rapports politiques et de domination entre groupes sociaux. La santé et ses déterminants sont donc analysés du niveau local au national, de l'individu, aux groupes sociaux, aux communautés à l'ensemble de la société. Afin de lutter contre les inégalités sociales de santé, elles mettent en place des approches plurielles des problématiques, adaptées continuellement au contexte et à la diversité des individus et des communautés, leurs enjeux et besoins spécifiques. Cette adaptation est le résultat d'un travail de proximité avec les HUC+. Ces approches impliquent également l'intersectorialité et l'interdisciplinarité comme dynamique des échanges et pratiques. Les démarches communautaires sont donc des espaces où différents groupes d'acteurs sont reliés aux diverses étapes de la démarche.

## 7. Perspectives

Deux années de concertation avec plus d'une trentaine d'acteur·rice·s impliqué·e·s dans les démarches communautaires en santé à Bruxelles ont permis de produire un référentiel des pratiques au plus proche des expériences diverses des membres de la concertation.

L'ensemble des acteur·rice·s membres de la concertation se retrouvent autour des repères méthodologiques du SEPSAC et mettent en œuvre ces repères selon des approches qui s'adaptent à leurs contextes, histoires et thématiques respectives. La concertation a également été l'occasion de renouveler et d'approfondir des thématiques de la brochure SEPSAC, mais aussi d'aborder de nouvelles thématiques innovantes.

La concertation a également été le lieu pour réaffirmer l'importance des démarches communautaires en santé dans la santé publique. Ces démarches luttent contre les inégalités sociales de santé grâce à la mise en place de démarches participatives agissant de manière planifiée sur les déterminants sociaux de la santé. Avec un objectif d'empowerment et d'émancipation, leur place et leur renforcement au sein des dispositifs actuels social-santé tels le Plan Promotion de la Santé (PPS) ou le Plan Social Santé Intégré (PSSI) sont essentiels. Les institutions développant des démarches communautaires en Promotion de la Santé doivent donc bénéficier d'un soutien financier plus large et structurel.

De plus, compte tenu des multiples initiatives (RAQ, CLSS, HCW, CPPS...) qui ont émergé à différents niveaux, il est nécessaire d'assurer une plus grande cohérence des politiques et programmes soutenant les démarches communautaires en santé et de les rattacher à des principes de promotion de la santé. Pour cela, l'expertise des démarches communautaires en santé du secteur Promotion de la Santé, doit être reconnue dans ce nouveau cadre avec un financement de cette expertise.

Enfin, les crises sanitaires, économiques et écologiques actuelles doivent être l'occasion de tirer des enseignements sur la participation des communautés à l'élaboration des politiques de santé. Stimuler cette participation passe par la mise en place de mécanismes institutionnels assurant aux structures portant des démarches communautaires en santé d'avoir un espace de concertation entre les acteurs et les politiques sur les politiques de santé.