

# Présentation

**Frédérique Déjou \***, **Noémie Hubin \***, **Vérane Vanexem \*\***,  
**De l'association Les Pissenlits \*\*\* Bruxelles**

\* Responsables de projets en santé communautaire

\*\* Coordinatrice et responsable de projets en santé communautaire

\*\*\* Association de Santé communautaire financée par Actiris et la Cocof

« Pourquoi Éric est-il à l'hôpital ? Parce qu'il a une grave infection à la jambe. Pourquoi a-t-il cette infection ? Parce qu'il s'est coupé gravement à la jambe et qu'elle s'est infectée. Mais pourquoi cela s'est-il produit ? Parce qu'il jouait dans le parc à ferraille près de l'immeuble où il habite, et qu'il est tombé sur un morceau d'acier tranchant qui s'y trouvait. Mais pourquoi jouait-il dans un parc à ferraille ? Parce que son quartier est délabré. Beaucoup d'enfants jouent là sans surveillance. Mais pourquoi habite-t-il ce quartier ? Parce que ses parents ne peuvent se permettre mieux. Mais pourquoi ses parents ne peuvent-ils habiter un plus beau quartier ? Parce que son père est sans emploi et que sa mère est malade. Mais pourquoi son père est-il sans emploi ? Parce qu'il n'est pas très instruit et qu'il ne peut trouver un emploi. Mais pourquoi... ? » (Berner & Bower, 1982 *cité par* Gouvernement du Canada, 1999, p.176).

A propos de ce dialogue, invitons nos lecteurs/trices à s'interroger. A quel moment avez-vous estimé que le sujet était la santé ? Avez-vous estimé que l'histoire quittait le champ de la santé, pour aborder d'autres secteurs comme l'environnement, les conditions socio-économiques, l'urbanisme, l'éducation... ? Les enchaînements questions-réponses établissent un lien de causalité entre ces secteurs et l'hospitalisation d'Éric. Si nous nous accordons sur le fait que les causes de l'hospitalisation relèvent effectivement de ces multiples facteurs, alors nous serons d'accord pour les définir comme autant de déterminants de la santé. De là, si tout secteur peut être incriminé comme pouvant nuire à la santé, il peut donc, inversement, devenir

vecteur de santé. Ainsi, agir sur ces déterminants de la santé, n'est-ce pas une façon indirecte de faire santé? Les réponses possibles à cette question dépendent de la façon dont on définit et appréhende la santé.

La santé est, en effet, un concept polymorphe, défini de façon bien différente selon les époques et les sociétés (Dufresne, 1985), dans un continuum qui va du sens le plus restreint (l'absence de maladie ou de dysfonctionnement) au plus global (la santé individuelle et collective comme reflet de l'ordre social et cosmogonique). A titre d'exemple, dans certaines sociétés dites traditionnelles, ce qui fera santé pour guérir ce que la médecine occidentale définirait comme une crise de paludisme ou une dépression pourra consister en un rituel collectif recréant du lien entre les vivants et les ancêtres, car les « symptômes » seront analysés comme le reflet d'un désordre ou d'un manque de respect des règles sociales. On est alors bien loin d'une réponse en santé sous forme d'injection d'antipaludéen ou d'un traitement antidépresseur !

Plus la vision que l'on a de la santé est restreinte, plus le champ d'action se restreint: seul le soin peut alors pallier. Mais plus la définition admise de la santé s'étend, et plus les possibilités d'actions sur la santé se multiplient. Se multiplient aussi les champs d'intervention faisant santé, autant de champs qui peuvent être désignés comme déterminants de la santé. De nos jours, la définition de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), définition censée être universelle, est celle d'un bien-être, reflet d'un équilibre entre le physique, le psychique, le social et le spirituel (OMS, 1986, 2005). Dans sa Déclaration d'Adelaïde sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques, l'OMS (2010) réaffirme que « les déterminants de la santé et du bien-être sont extérieurs au secteur de la santé et sont d'ordre social et économique » (*Ibid.* p.1).

La représentation de la santé influence le portrait que l'on se fait de ceux et celles qui en détiendraient les savoirs, les pouvoirs et les responsabilités. En Occident, la conception toujours largement répandue définissant la santé par l'absence de maladie, la fait reposer entre les mains de spécialistes professionnels médicaux et paramédicaux. La santé publique relèverait, elle aussi, de la responsabilité de spécialistes, mais également des décideurs politiques. Plus largement, dans les sociétés industrialisées dites « modernes », mais

aussi dans une partie du monde non occidental, l'avènement de l'Etat-providence, l'informatique et les administrations, l'individualisme, l'éclatement de la famille, le vieillissement de la population, l'urbanisation, la professionnalisation et le développement du tertiaire, etc., ne constituent-ils pas quelques facteurs qui ont contribué à déléguer aux professionnels certaines tâches, et aux politiques certaines responsabilités ?

Mais alors, quel que soit le secteur concerné, *quid* de la marge de manœuvre des individus ? *Quid* de la participation citoyenne ? *Quid* des populations et de leurs possibilités de prise en charge collective des conditions de vie de chacun/e et de tous ?

Est donc ainsi posée la question de la méthodologie et des acteurs/trices impliqués/es. Les articles réunis dans ce numéro ont pour point commun de présenter des méthodologies de travail qui ont pour effet de briser certains de ces cloisonnements. Ces méthodologies ont pour particularité d'impliquer les individus et la population, conférant aux premiers leur statut d'acteur/trice de leur vie et de celle de la société, et offrant à la seconde un certain pouvoir de dire et d'agir, et donc une possibilité de changement. Cette méthodologie caractérise la démarche communautaire, réelle stratégie d'action dans le champ de la promotion de la santé. Quand elle est appliquée dans ce secteur, elle est dénommée « démarche communautaire en santé » ou « santé communautaire ». Au-delà des principes mis en œuvre en promotion de la santé (avoir une approche globale et positive de la santé, agir sur les déterminants sociaux de la santé, travailler en partenariat intersectoriel), cette stratégie se spécifie par la conjonction de différents points de repère méthodologiques (1) : concerner une communauté, favoriser l'implication de tous les acteurs/trices) concernés/es (co-construction), favoriser un contexte de partage des pouvoirs et des savoirs, valoriser et mutualiser les ressources de la communauté et avoir une démarche de planification par une évaluation partagée, évolutive et permanente.

Mais ces points de repère méthodologiques ne sont aucunement le monopole de la santé communautaire. En effet, sous des horizons proches ou lointains, dans des secteurs aussi divers que l'urbanisme, la justice, la cohésion sociale ou la protection des enfants, la démarche communautaire est une stratégie annoncée pour, entre autres, lutter contre les inégalités, alliant processus et résultats. Par-

fois même, sans que l'appellation de démarche communautaire ne soit revendiquée, les repères méthodologiques de cette démarche sont présents en tant que leviers d'action dans ces mêmes secteurs. Il est de bon ton de nos jours, quand ce n'est pas une obligation, que ce soit dans le développement, le réaménagement des territoires, en politique, etc., de prétendre à la mise en œuvre de tels repères. Les initiatives de consultation populaire se multiplient et l'« usager » envisagé en tant qu'« acteur/trice », responsable de ses actes, se retrouve au centre de nombreuses actions locales ou à plus grande échelle, telles que « villes en transition », Agenda 21 (2) ou, en Belgique, les Centres publics d'action sociale (CPAS), les associations d'Aide en milieu ouvert (AMO), les organisations d'éducation permanente, les contrats de quartier ou services d'aide à domicile...

Il y a 20 ans déjà, un numéro de la revue Les Politiques Sociales consacré à « la santé communautaire » présentait un cadre de référence et un ensemble d'articles mettant en lumière des expériences diverses à travers les continents (3). Dans la continuité, cette édition 2016 souhaite élargir le thème de la « santé communautaire » vers celui de « la démarche communautaire », en l'ouvrant à diverses questions, interrogeant notamment les corrélations complexes entre la méthodologie communautaire appliquée dans divers secteurs - y compris celui de la santé - et ses impacts en santé :

1. Quelles sont les mises en œuvre possibles de cette démarche dans différents secteurs ?
2. Ces mises en œuvre ont-elles des impacts sur des déterminants structurels de santé (Dalhgren & Whitehead, 1991) liés à chacun de ces secteurs, et donc sur la santé, quel qu'en soit le secteur ?
3. Au-delà de l'impact positif de l'action sur le secteur qui constitue un déterminant de santé, cette méthodologie serait-elle donc performative de santé, de façon intrinsèque, notamment en agissant sur certains déterminants intermédiaires comme l'estime de soi, la capacité de dire et d'agir, les réseaux de soutien social, les conditions de travail, les modes de vie, les compétences psychosociales, etc. ?
4. Y aurait-il de nombreux acteurs/trices qui, comme « Monsieur Jourdain fait de la prose sans le savoir », ou tout au moins sans se revendiquer pour autant professionnel/les de la santé, agiraient positivement sur la santé par la mise en œuvre de certaines

méthodes, ainsi que par l'action sur des secteurs constituant autant de déterminants de santé ?

Voyons comment ces quatre questions sont abordées dans ce numéro, et ceci de façon transversale.

## **1. Des mises en œuvre de la démarche communautaire dans différents secteurs**

Afin d'illustrer les marges de manœuvre envisageables dans la mise en œuvre d'une démarche communautaire, différents auteur/es, de formation et de parcours variés, nous présentent des projets tout aussi variés. Si un œil réfractaire à la mise en lien y verra peut-être un foisonnement un peu décousu, celui qui est ouvert au décloisonnement saura relever les multiples fils qui les relie. D'autant plus que chaque auteur/e met en lien la mise en œuvre des repères méthodologiques de la démarche communautaire qu'il présente et les principes qui sous-tendent cette démarche: citons la question de la citoyenneté, de l'implication et de l'engagement dans son quartier, du militantisme...

Afin de soutenir l'œil analytique du/de la lecteur/trice, deux articles nous proposent des clés de lecture de cette édition 2016. Un premier article introduit les principes sous-tendus par la démarche, via la présentation du numéro des Politiques Sociales sur la santé communautaire publié en 1997 sous la coordination de l'auteure même de cet article, Nathalie Thomas. A l'instar du présent numéro, cette publication réunissait un recueil d'articles issus des différents continents et présentait des projets divers. L'auteure nous expose ces articles au travers d'une lecture articulée autour de quatre thématiques qui leur sont transversales: une approche multifactorielle et pluridisciplinaire, une démarche centrée sur les processus, un changement dans les rapports entre professionnel/les et « usager(e)s », et enfin le contexte social et politique. Elle nous livre ainsi, outre la richesse des projets auxquels ces articles renvoient, quelques pistes d'éclairage tout aussi valables pour les articles et projets de ce numéro consacré à la démarche communautaire.

En conclusion de cette livraison 2016, l'article de Gaëtan Absil nous propose d'autres clés de compréhension. Chaque article de ce numéro a été lu par ce chercheur, dans l'objectif d'explicitier, d'une part, les liens entre eux, et, d'autre part, les liens entre les projets pré-

sentés et notre question en filigrane, question qui structure ce numéro: toute démarche communautaire, quel que soit le secteur dans lequel elle est appliquée, fait-elle santé, et, si oui, en quoi? Pour répondre à cette question, l'auteur commence par interroger comment les liens entre santé et société sont envisagés dans chacun des articles. Il confronte ensuite les différents projets de démarche communautaire présentés dans ce numéro à plusieurs recherches menées sur les inégalités sociales de santé. Il conclut par une mise en relation entre les objectifs et les processus des initiatives et projets décrits dans les articles d'une part et, d'autre part, les visages de l'oppression issus des travaux de philosophie politique de Young, et plus précisément la théorie de la justice sociale.

## **2. La démarche communautaire et ses impacts en santé, quel que soit le secteur**

Pour découvrir comment la démarche communautaire peut être mise en œuvre dans divers secteurs, le /la lecteur/trice pourra choisir de parcourir les articles de ce numéro dans l'ordre qui lui plaira. Il découvrira une variété de projets présentant des méthodologies de travail similaires, choisies en raison de leurs impacts profonds sur le secteur concerné et les acteurs/trices concernés.

Mais le/la lecteur/trice pourra aussi suivre le parcours dans l'ordre proposé: entre les deux textes de Thomas et Absil, riches en clés de lecture, il/elle pourra découvrir dans un premier temps des articles présentant des projets dont la démarche communautaire en santé est une finalité en soi; puis le /la lecteur/trice pourra parcourir dans un second temps d'autres articles relatant de projets dans les secteurs de l'environnement, de l'urbanisme, du droit et de la protection de l'enfance, projets qui usent de certains repères méthodologiques de la démarche communautaire, sans que la finalité annoncée soit celle de « faire santé ». Il/elle verra alors comment l'action communautaire peut avoir des retombées sur la santé par son action sur autant de secteurs qui constituent de primordiaux déterminants de santé.

En effet, dans la continuité de l'article de Nathalie Thomas, l'article de l'Asbl Les Pissenlits, association de démarche communautaire en santé localisée à Bruxelles, propose une mise en lien entre la méthodologie de travail (une démarche communautaire comme mise en œuvre d'un processus nécessairement à long terme) et les

contraintes liées au contexte notamment institutionnel demandant de rentrer dans une logique de projets : comment un travail de réduction des inégalités sociales de santé peut-il être mis en œuvre à la croisée de deux logiques complémentaires pourtant parfois en tension ?

L'article de Marcel Jaeger présente un autre exemple de dispositif innovant relevant de la démarche communautaire en France, les GEM: Groupes d'entraide mutuelle, des collectifs « d'usagers » comme alternative à l'hospitalisation psychiatrique pour des personnes en situation de handicap psychique, avec une méthodologie particulière conçue par et pour les usagers. Cette méthodologie, qui s'inscrit selon l'auteur dans un processus de désinstitutionalisation, permet d'aboutir à une coproduction des politiques publiques tout en incitant à s'interroger sur l'avenir de telles méthodologies.

Puis, à la charnière entre le secteur de la santé et celui d'autres secteurs, Caroline Maeyens et Catherine Bosquet nous offrent un article sur la méthodologie communautaire dans le travail social, interrogeant ses spécificités, valeurs, enjeux et ce qui la distingue d'autres méthodologies. Les deux auteures apportent un essai de modélisation des différentes terminologies utilisées en Belgique, France et dans les pays anglo-saxons et questionnent l'engouement actuel pour les méthodologies de type communautaire.

Le premier article présentant une expérience non directement rattachée au secteur de la santé est celui de Monique Ferguson. Elle y relate le combat mené par *East Yard Communities for Environmental Justice*, une association regroupant des résidents de villes de la périphérie de Los Angeles avoisinant un complexe industrialo-portuaire ; ce combat vise à faire pression sur les pouvoirs publics et les industries afin d'encourager l'implémentation de mesures favorables à un environnement plus sain.

L'article co-écrit par Jocelyne Bernier et Karine Triollet livre un aperçu de diverses stratégies d'action mises en œuvre par un réseau communautaire du quartier Pointe-Saint-Charles à Montréal pour faire reconnaître le droit à la ville ainsi que la nécessité et la légitimité que les citoyen(ne)s interviennent sur les enjeux reliés à l'aménagement du territoire. Ces stratégies contribuent à renforcer le pouvoir d'agir collectif et le contrôle par la population de ses conditions de vie et de santé.

Lassina Zampou expose quant à lui l'approche développée par l'association burkinabè Keogo, valorisant l'apport des familles et communautés dans la protection des enfants et des jeunes en situation de vulnérabilité. L'objectif défendu est de soutenir la prise de responsabilités des communautés vis-à-vis de ces problématiques, en réaction à l'échec de nombreux projets humanitaires conçus en dehors des conditions locales du milieu, sans prise en compte des modes traditionnels de protection des enfants et sans participation des citoyens concernés.

Enfin, sous la plume de Shira Stanton, l'article illustrant la stratégie déployée par Avocats Sans Frontières sur les cinq continents examine le lien entre participation, accès à la justice et réalisation des droits humains, paramètres qui permettent la réalisation de tous les autres droits, et donc entre autres du droit à la santé. En plus de participer à travailler à cet accès à la santé via le travail sur l'accès à la justice, de nombreux exemples de projets développés par l'ONG montrent le processus par lequel l'approche du *legal empowerment* s'immisce notamment dans le cycle de l'inégalité et de la discrimination via des repères méthodologiques communs à la démarche communautaire.

Ainsi, les différents projets présentés par les auteur(e)s usent de méthodes (participation, co-construction, etc.) qui, de par la mise en œuvre de ces méthodes elles-mêmes, contribueraient à agir sur des déterminants de santé.

### **3. Une démarche performatrice de santé ?**

En parcourant les articles décrits ci-dessus, reliés par le fil rouge de la démarche communautaire en tant que méthodologie de travail, l'œil du/de la lecteur/trice) sera parfois nourri directement par une mise en lien entre les principes de cette démarche et les déterminants de la santé sur laquelle elle agit au niveau des acteurs/trices), de façon globale et indépendamment des secteurs concernés. Parfois encore, le/la lecteur/trice sera mis à contribution et devra repérer de lui/elle-même en quoi des projets, axés sur d'autres préoccupations que celle de la santé, interviennent cependant de fait sur des déterminants intermédiaires de santé, comme la cohésion sociale ou les compétences psychosociales chez les personnes concernées, notamment de par leur approche globale de la problématique et de la per-



sonne/collectivité concernée. Ces impacts sont ainsi explicités dans l'article des Pissenlits, mais aussi dans celui de Jaeger sur les GEM, ou encore celui de Mayens/Bosquet sur le travail social, celui de Triollet/Bernier sur l'engagement de la population dans l'aménagement de l'espace, ou encore celui de Ferguson concernant la lutte citoyenne pour un environnement meilleur. Ils apparaissent en filigrane dans l'article de Zampou qui nous montre efficacement comment l'implication de la population permet d'insuffler un cercle vertueux entraînant les acteurs/trices bien au-delà de leurs objectifs restreints, notamment par l'action sur des facteurs psychosociaux.

#### **4. Feriez-vous partie des acteurs/trices en santé qui s'ignorent ?**

Nous espérons vivement que cette dernière question mettra la puce à l'oreille du/de la lecteur/trice. Peut-être s'interrogera-t-il/elle alors sur son propre pouvoir de dire et d'agir en la matière, que ce soit en tant que citoyen/ne, professionnel/le quel que soit son secteur, ou en tant qu'engagé/e politique. Et s'il/elle ne se sent pas, tel Monsieur Jourdain, comme un/e acteur/trice de santé qui s'ignore, nous espérons qu'il/elle aspirera à le devenir.

#### **Notes :**

1. Sous l'égide du Secrétariat européen des pratiques de santé communautaire (SEPSAC), des acteurs/trices en santé communautaire français, belges et espagnols ont identifié et explicité ce qu'ils ont appelé des « points de repère méthodologiques » communs qui balisent leurs pratiques. Ce travail a fait l'objet de deux publications : Action communautaire en santé : un observatoire international des pratiques (Sepsac, 2009) et Action communautaire en santé, un outil pour la pratique (FMM et al., 2013).
2. Voir <http://villesentransition.net/>,  
<http://www.un.org/french/ga/special/sids/agenda21/>
3. Voir le numéro de la revue Les Politiques Sociales de 1997 consacré à la santé communautaire

## Bibliographie

- Dahlgren, G. & Whitehead, M. (1991). What can we do about inequalities in health? *The Lancet*, 338, 1059–1063.
- Dufresne, J. (1985). La santé. In J. Dufresne, F. Dumont & Y. Martin (Eds.), *Traité d'anthropologie médicale. L'institution de la santé et de la maladie* (pp. 985-1013). Québec: Les Presses de l'Université du Québec.
- Fédération des maisons médicales (FMM), Santé Communauté Participation (SACOPAR) Centre local de promotion de la santé de Charleroi-Thuin (CLPSCT). (2013). Action communautaire en santé, un outil pour la pratique. En ligne [http://www.clpsct.org/files/SEPSAC2013\\_6\\_tma.pdf](http://www.clpsct.org/files/SEPSAC2013_6_tma.pdf), consulté le 18 février 2016.
- Gouvernement du Canada. (1999). Pour un avenir en Santé: Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne. Préparé par le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population pour la Conférence des ministres de la Santé, Charlottetown, Île-du-Prince-Édouard, septembre 1999. Disponible en ligne <http://publications.gc.ca/collections/Collection/H39-468-1999F.pdf>, consulté le 18 février 2016.
- Organisation mondiale de la Santé. (1986). Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Adoptée le 21 novembre 1986 en vue de contribuer à la réalisation de l'objectif de la Santé pour tous d'ici à l'an 2000 et au-delà. En ligne [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/129675/Ottawa\\_Charter\\_F.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf), consultée le 18 février 2016.
- Organisation mondiale de la Santé. (2005). Charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation. En ligne [http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP\\_fr.pdf](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_fr.pdf), consultée le 18 février 2016.
- Organisation mondiale de la Santé. (2010). Déclaration d'Adélaïde sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques. Rapport de la réunion internationale sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques, Adélaïde 2010. En ligne [http://www.who.int/social\\_determinants/french\\_adeelaide\\_statement\\_for\\_web.pdf](http://www.who.int/social_determinants/french_adeelaide_statement_for_web.pdf), consultée le 18 février 2016.
- Secrétariat Européen des Pratiques en Santé Communautaire (SEPSAC). (2009). Action communautaire en santé: un observatoire international des pratiques.