



COLLECTION

sa nt é
c o m m u n a u t a i r e
e t p r o m o t i o n d e
la sa nt é

4

"La participation communautaire en matière de santé"

Cette brochure s'inscrit dans les suites du colloque "Santé communautaire"

avec le soutien du Ministère de la Communauté fran-

organisé en octobre 1998 à l'initiative et avec le soutien de
la Commission Communautaire Française de la Région de Bruxelles-



COLLECTION

sa nt é
c o m m u n a u t a i r e
e t p r o m o t i o n d e
l a s a n t é

4

"La participation communautaire en matière de santé"

avec le soutien du Ministère de la Communauté fran-



Cette brochure s'inscrit dans les suites du colloque "Santé commu-
taire"
organisé en octobre 1998 à l'initiative et avec le soutien de
la Commission Communautaire Française de la Région de Bruxelles-



Rédaction
Martine Bantuelle,
Jacques Morel, Denis Dargent



Relecture
Marie Anne Beauquin, Thierry Lahaye,
Patrick Trefois

Mise en page et production
asbl Question Santé

Maquette et illustrations
Sébastien Bontemps

© asbl " Santé, Communauté, Participation "
Editeur responsable P. Trefois
72 rue du Viaduc 1050 Bruxelles
n° dépôt D/2000/3543/14

SOMMAIRE

INTRODUCTION	6
REPERES	7
LA DIMENSION COMMUNAUTAIRE	10
LE COURANT COMMUNAUTAIRE	12
Pou une pédagogie conscientisante	15
Faire "avec" eux, pas "pour" eux	17
Faire évoluer les représentations	18
LES ENJEUX DE LA PARTICIPATION	20
Participation ou individualisme collectif ?	20
Un enjeu politique	20
Citoyenneté, solidarité	22
LES FORMES ORGANISEES DE LA PARTICIPATION	24
Le partenariat	24
L'action intersectorielle	26
Le réseau	27
Réseau au cas par cas, réseau autour d'un projet	28
LES ACTEURS ET LEURS SPECIFICITES	31
Les habitants	31
L'implication des habitants	33
Le pouvoir de dire et d'agir	35
Les professionnels	37
L'agent de développement	37
Les professionnels de proximité et les extérieurs	38
Les institutionnels	39
AUTANT SAVOIR	41
BIBLIOGRAPHIE	43

INTRODUCTION



REPERES



Au cours des années 60 se développe l'idée d'une démocratisation des structures sociales par le biais de la participation. Elle entend donner aux citoyens la possibilité de devenir eux-mêmes des acteurs de l'évolution sociale en favorisant leur implication dans les processus décisionnels qui les concernent. Dans le domaine qui nous occupe ici, celui de l'action communautaire en matière de santé, la participation repose sur l'hypothèse que les personnes le plus exposées à la dégradation de l'environnement socio-économique sont à même d'analyser leurs propres problèmes et de participer à la recherche et à la mise en œuvre de pratiques nouvelles.

L'essentiel c'est l'homme considéré comme un être en devenir avec les possibilités qu'il a de s'accomplir, de s'affirmer, de trouver un équilibre plus grand

Ce courant de pensée a été concrétisé par des écrits relatant des pratiques initiées sur le terrain du sous-développement. En Amérique latine notamment, où des personnalités comme Paulo Freire et Yvan Illich ont axé leurs réflexions sur les alternatives permettant à chaque homme

de prendre réellement en main sa destinée. Ces travaux ont mis en évidence la nécessité d'une action conscientisante auprès des populations défavorisées et d'une critique radicale de la " santé-marchandise " qui entraîne une perte de contrôle de l'individu sur les déterminants de sa santé.

Dans les années 70, se développent chez nous, des expériences dites " autogestionnaires ". Fruit de la pensée socialiste et anarchiste, développée en réaction à la montée en puissance du capitalisme industriel au cours de la seconde moitié du XIXe siècle, l'autogestion, développée dans les entreprises, nous renvoie aux concepts de participation communautaire, aux formes d'émancipation individuelles et collectives par la prise de conscience et l'augmentation du pouvoir de contrôle.

En 1978, la conférence internationale d'Alma-Ata, organisée par l'OMS et centrée sur les soins de santé primaires, met en valeur la notion de participation, qu'elle définit comme une caractéristique déterminante de l'action en santé communautaire. Alma-Ata proclame notamment que " les hommes ont le droit et le devoir de participer individuellement et

1 Cité dans Pissarro B., Promotion de la santé : et la citoyenneté ??, p.9, in Contact Santé, n°132, novembre 1998
2 Ibidem

collectivement à la planification et à la mise en œuvre des mesures de protection sanitaire qui leur sont destinées " (OMS, 1978). La conférence insiste sur l'organisation des soins de santé primaires ": (ils) exigent et favorisent au maximum l'auto responsabilité de la collectivité et des individus, et leur participation à la planification, à l'organisation, au fonctionnement et au contrôle de ces soins de santé primaires ." (1)

Huit ans plus tard, à Ottawa, une nouvelle conférence internationale adopte une charte sur la promotion de la santé qui définit celle-ci comme " l'ensemble des processus qui permettent aux gens, individuellement et collectivement, d'augmenter leur contrôle sur leur santé et sur ses déterminants. " (2)

La promotion de la santé nécessite donc de renforcer l'action de la communauté et de développer les compétences individuelles. On notera que, dès Ottawa, la notion de contrôle remplace celle de responsabilité, jugée trop culpabilisante. Dans un processus participatif en effet, le contrôle semble constituer un objectif plus concret à atteindre pour un

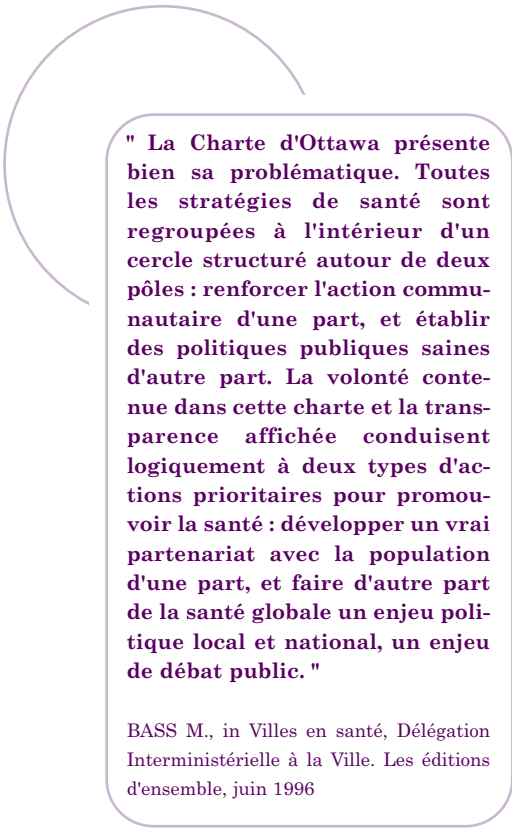
individu, alors que la responsabilité, pour sa part, renvoie à une forme de contrainte psychologique strictement individuelle, d'autant plus lourde à assumer chez des individus fragilisés.

De même, à partir d'Ottawa, la notion de promotion de la santé s'est progressivement substituée à celle de prévention. Ainsi, deux parallélismes apparaissent. L'un, prévention/responsabilisation, traduit une action qui reste relativement extérieure au milieu concerné. L'autre, promotion/contrôle, implique la participation de tous, habitants, professionnels et non professionnels, à l'analyse et à l'amélioration des pratiques de santé.

Le décret du 14 juillet 1997, organisant la promotion de la santé en Communauté française de Belgique, définit celle-ci comme " le processus qui vise à permettre à l'individu et à la collectivité d'agir sur les facteurs déterminants de la santé et, ce faisant, d'améliorer celle-ci, en privilégiant l'engagement de la population dans une prise en charge collective et solidaire de la vie quotidienne, alliant choix personnel et responsabilité sociale. La promotion de la

santé vise à améliorer le bien-être de la population en mobilisant de façon concertée l'ensemble des politiques publiques."

Lors des débats préparatoires à l'élaboration de ce décret, les interlocuteurs ont mis en évidence l'importance d'inscrire les processus éducatifs et informatifs dans une optique participative c'est à dire de reconnaître les personnes et les groupes concernés comme des acteurs de l'information et de l'éducation, et non seulement comme des "cibles" ou des "récepteurs". Ils insistent sur la dimension citoyenne et démocratique en matière de santé qui " signifie favoriser la participation active de tous les acteurs concernés, non seulement les professionnels mais aussi la population. Cette participation peut apparaître à différents niveaux : l'information, l'éducation, la formation; l'expression des acteurs quant à leurs besoins, leurs problèmes, leurs aspirations; l'implication des acteurs dans le choix des stratégies, la mise en œuvre des actions et l'évaluation de celles-ci."(3)



" La Charte d'Ottawa présente bien sa problématique. Toutes les stratégies de santé sont regroupées à l'intérieur d'un cercle structuré autour de deux pôles : renforcer l'action communautaire d'une part, et établir des politiques publiques saines d'autre part. La volonté contenue dans cette charte et la transparence affichée conduisent logiquement à deux types d'actions prioritaires pour promouvoir la santé : développer un vrai partenariat avec la population d'une part, et faire d'autre part de la santé globale un enjeu politique local et national, un enjeu de débat public. "

BASS M., in Villes en santé, Délégation Interministérielle à la Ville. Les éditions d'ensemble, juin 1996

LA DIMENSION COMMUNAUTAIRE

La participation des citoyens est une des conditions essentielles à la réussite d'un projet

Le terme de " participation " nous renvoie à deux notions distinctes : "faire partie de" ou "prendre part à ". "Faire partie de" indique une conception passive de la participation, elle n'implique pas forcément une activité au sein du groupe auquel on appartient (ville, quartier, association...). " Prendre part à " se réfère, par contre, à une notion d'engagement, une conception active au sein du groupe, fondée sur l'acte de participation en lui-même. La promotion de la santé privilégie ce point de vue actif, voire interactif. C'est le point de vue de l'acteur. L'essentiel est de permettre à l'individu d'obtenir un pouvoir de contrôle sur une décision ou sur la production d'un service qui le concerne. Cet acte de participation pourra être stimulé tout en restant un acte volontaire.

La participation peut être caractérisée en fonction de trois variables : la diversité des acteurs concernés (une population, des habitants-relais, des décideurs politiques...), l'intensité de leur implication et l'objet de la participation

Va-t-on intervenir à chaque étape d'un projet ou à certaines étapes seulement ?

La participation peut être effective tout au long du processus, de l'identification des besoins à l'évaluation des solutions mises en œuvre.

La notion de communauté prend ici toute son importance. C'est le résultat, une fois encore, d'un courant de pensée issu des années 50 et 60, qui a envisagé le social et la santé selon un angle beaucoup plus sociologique, prenant en compte le mode de vie et la sensibilité des habitants. M. Bass définit la communauté suivant ses dimensions ethniques et culturelles (appartenance à une religion, à une ethnie...), ses dimensions socio-démographiques (âge, sexe, profession...) et ses dimensions communautaires proprement dites (les réseaux, les associations, les clubs...). On peut également caractériser la communauté en fonction des intérêts de la population ou de manière strictement géographique (la ville, le quartier...).

Ainsi, Doucet et Favreau définissent la communauté comme "un ensemble de personnes et de groupes disposant d'un dénominateur commun : des conditions de vie sem-

blables, l'appartenance physique et sociale à un même espace géographique, l'identité de sexe, d'âge et de race. Plus souvent qu'autrement, ce dénominateur commun est fait non seulement de besoins, c'est-à-dire de problèmes sociaux partagés, mais aussi d'intérêts communs et de valeurs communes."(4)

Deux conceptions de la communauté : la conception épidémiologique et la conception sociale

La conception épidémiologique de la communauté relève d'une conception étatique, institutionnelle. C'est la communauté envisagée non plus dans sa complexité, dans sa diversité, mais bien comme un groupe cible défini selon certains paramètres préalables (âge, sexe, etc.). " Cette préoccupation qu'a l'épidémiologie de comprendre et de décrire la répartition des problèmes de santé de la population conduit à fractionner cette dernière en sous-groupes aussi spécifiques que possible, que l'on 'traite' avec des programmes spécialisés. (...) Cette conception épidémiologique tend à professionnaliser la relation avec la communauté."(5)
La seconde conception est de type social. " Elle nous invite à considérer la totalité d'une communauté, à étu-

dier les regroupements naturels et à agir selon les perceptions de la population plutôt que selon celles des professionnels."(6)

Ce point de vue est celui de la participation communautaire qui ne saurait être effective sans la prise en compte des diverses formes d'organisation et d'interaction au sein d'une communauté.

Doucet et Favreau distinguent la communauté locale, la communauté d'intérêts et la communauté d'identité.

La communauté locale se réfère à des dimensions démographiques et géographiques (le village, le quartier...), mais aussi à des dimensions psychologiques (le sentiment d'appartenance), culturelles (croyances, modes de vie...) et institutionnelles (associations, organismes, etc.).

La communauté d'intérêts nous renvoie aux intérêts particuliers de groupes d'individus spécifiques (les chômeurs, les minimes, un comité de défense de l'environnement, un syndicat de locataires...).

4 Doucet L. et Favreau L., Théorie et pratiques en organisation communautaire, PUQ, Sainte-Foy, 1991

5 Lamoureux H., Lavoie J., Mayer R., Panet-Raymond J., La pratique de l'action communautaire, PUQ, Sainte-Foy, 1996

6 Ibidem

Enfin, la communauté d'identité se réfère également à des segments particuliers de population envisagés sous l'angle de l'appartenance culturelle, ethnique, religieuse, sexuelle, etc.

Ce sont des communautés d'intérêts auxquels le travail communautaire s'efforce de redonner une dimension d'identité.

" Le sentiment d'appartenance à une communauté peut préexister à l'action ou être révélé ou suscité par celle-ci ", précise pour sa part le Programme quinquennal de promotion de la santé de Communauté française de Belgique.

Doucet L et Favreau L, Théorie et pratiques en organisation communautaire, Sainte-Foy, PUQ, 1991, p. 238

LE COURANT COMMUNAUTAIRE

La notion d'autogestion a perdu de son acuité. Les luttes ouvrières se sont déplacées en dehors des entreprises



Les principes autogestionnaires sont issus, on l'a vu, du développement d'un prolétariat ouvrier lié au progrès de l'industrialisation dans la seconde moitié du XIXe siècle. Cette forme de participation n'est à l'origine envisa-

gée qu'au sein de l'entreprise, pour des raisons d'ordre économique essentiellement. La notion d'autogestion a donc perdu de son acuité. La conscience de base naît en dehors des entreprises et ce, d'autant plus que nous sommes entrés, depuis plusieurs années déjà, dans l'ère " post-industrielle ". La littérature actuelle ne parle presque plus d'autogestion bien que, en lui-même, ce concept pourrait représenter une forme très

aboutie de participation communautaire, où les habitants sont associés directement à la gestion d'institutions ou d'associations qui oeuvrent dans le domaine de la santé.

Dans son ouvrage *Pédagogie de l'autogestion*, publié en 1980, Jef Ulburghs décrit notamment une action d'autogestion en matière de santé, menée à Alken (Limbourg) et destinée à mettre en œuvre une approche qualitative du malade. Voulant s'insérer au mieux au tissu associatif de leur village, deux médecins assurèrent dans un premier temps un travail de prévention en organisant régulièrement des réunions à la demande de différents groupes d'habitants. " Leur maison devint rapidement un centre d'information et d'action sanitaire inséré dans l'ensemble du mouvement social et dans la construction d'une vie communautaire meilleure. Le centre de santé était géré par les habitants du quartier suivant les principes autogestionnaires. "(7)

Chacun est potentiellement maître de son existence

Dès la fin des années 40, le pédagogue brésilien Paulo Freire entame ses travaux d'alphabétisation avec

les paysans pauvres de la région du Nordeste. C'est au début des années 60 que prend forme sa méthode d'éducation dite " conscientisante ", visant à une découverte permanente de la réalité par les individus et, par là même, à l'émergence des consciences.

Dans son ouvrage majeur, *Pédagogie des opprimés*, publié en 1969, Freire n'utilise quasiment pas le terme de " participation ". Celle-ci se manifeste toutefois en filigrane d'une pensée originale qui oppose opprimés et oppresseurs. Soit, selon un schéma plus " actuel ", les exclus, marginaux et autres laissés pour compte du système et les " propriétaires " de ce même système, politique, économique, financier et éducatif.

" Ce que nous devons faire, explique Paulo Freire, c'est proposer au peuple, par le biais de certaines contradictions essentielles, sa situation présente comme un problème qui le met au défi et donc exige de lui une réponse non seulement au niveau intellectuel, mais aussi à celui de l'action. "(8)

Le fatalisme et la résignation ne constituent pas des facteurs naturels mais le produit de conditions sociales dégradées qu'il convient de transcender. Chacun est potentiellement maître de son existence.

7 Ulburghs J., *Pour une pédagogie de l'autogestion - Manuel de l'animateur de base*, Ed. Vie Ouvrière, Bruxelles, 1980
8 Freire P., *Pédagogie des opprimés*, Petite collection Maspéro, Ed. Maspéro, Paris, 1974

Le pédagogue pose ainsi les bases de la participation communautaire, comprise comme une méthode par laquelle le sujet devient acteur et auteur de sa propre histoire.

Freire en définit les enjeux, les moyens mais aussi les obstacles que seule une pratique patiente et exigeante permet de surmonter. Car si le modèle de la participation, envisagée à la fois comme un moyen et une fin en soi, est acquis, encore faut-il permettre à chacun d'exercer son rôle d'acteur, de redonner à chacun la capacité de devenir acteur. Au stade suivant, c'est la question du pouvoir et de sa réappropriation qui est posée. Les solutions esquissées dans la Pédagogie des opprimés restent à cet égard tout à fait d'actualité, même s'il convient de les adapter aux situations nouvelles.

La médicalisation, en réduisant l'autonomie personnelle, entraîne nécessairement une diminution de l'état de santé global.

Autre penseur influent du courant communautaire, Ivan Illich, prêtre d'origine autrichienne (redevenu laïque en 1969), fondateur de l'université libre de Cuernavaca au Mexique. Comme Freire, Illich entame une critique radicale des diffé-

rents systèmes sociaux qui entretiennent l'homme dans son aliénation. Il vise en particulier l'éducation, les rapports de production dans l'industrie, mais aussi les transports et la médecine qui induisent des processus de passivité et d' " expropriation " de la part des individus. Illich s'attaque à la " médicalisation pernicieuse de la santé ", la " santé-marchandise " envisagée comme une partie d'un phénomène social global qui entraîne, chez l'homme, une " perte d'autonomie dans l'action et dans le contrôle du milieu. "(9)

" La santé de l'individu souffre de ce que la médicalisation produit une société morbide ". (...) Il s'agit de convaincre les médecins et les patients qu'au-delà d'un certain niveau d'effort, la somme des actes préventifs, diagnostiques et thérapeutiques, ayant pour cible les maladies spécifiques d'une population, d'un groupe d'âge ou d'individu, abaisse nécessairement le niveau global de santé de toute la société, en réduisant ce qui constitue précisément la santé de chaque individu : son autonomie personnelle. Il s'agit de susciter la prise de conscience (...) que seul le profane a la compétence et le pouvoir nécessaire pour renverser une prêtrise sanitaire qui impose une médecine morbide. "(10)

PEDAGOGIE POUR UNE PEDAGOGIE CONSCIENTISANTE

*La transmission du savoir
constitue une interaction
constante entre les hommes, qui
tous ont un savoir à partager.*

Freire oppose deux conceptions de l'éducation : l'une qu'il appelle " bancaire " et qu'il définit comme un instrument d'oppression ; l'autre, conception dite " libératrice ", qui permet à l'individu de développer, d'aiguiser son sens critique vis-à-vis de son environnement.

Dans la conception " bancaire ", explique le pédagogue, " l'éducation devient un acte de dépôts où les élèves sont les dépositaires et l'éducateur le déposant. Au lieu de communiquer, l'éducateur fait des communiqués et des dépôts que les élèves, simples accessoires, reçoivent patiemment, mémorisent et répètent. (...) La seule marge de manœuvre qui s'offre aux élèves est celle de recevoir les dépôts, de les garder et de les archiver. (...) Dans le fond, ce sont les hommes eux-mêmes qui sont mis en archives, dans cette conception pour le moins ambiguë de l'éducation. (...) Dans la vision bancaire, le savoir est une

donation de ceux qui jugent qu'ils savent, à ceux qu'ils jugent ignorants. Donation qui se fonde sur un des principes d'action de l'idéologie d'oppression : l'absolutisation de l'ignorance qui devient ce que nous appelons la projection de l'ignorance, selon laquelle celle-ci se rencontre toujours chez l'autre."⁽¹¹⁾

A l'heure actuelle, l'éducation bancaire pourrait donc être rattachée aux systèmes de représentations sociales, transmis par les médias notamment, qui reproduisent à l'en- vi un modèle de hiérarchisation verticale de la société. Cette conception s'est déplacée sur le terrain de la mondialisation. Au sein même de nos sociétés démocratiques, les notions de pouvoir et de compétitivité individuelle font plus que jamais office de valeurs en soi. Et dans ce contexte, les relais médiatiques jouent à fond. A l'aube d'un siècle nouveau, la transmission de ces valeurs égoïstes ne fait en effet aucun doute. Comment expliquer, sinon, le succès considérable de ce jeu télévisé exportable, " Survivor ", qui repose sur la capacité d'un individu à éliminer un maximum de ses semblables afin de profiter seul du gros lot !

¹¹Freire P., Opcit

Par une pratique pédagogique "libératrice", l'individu est mis en capacité de réagir face à de telles dynamiques idéologiques. La transmission du savoir ne se déroule plus à sens unique, de manière verticale, mais constitue une interaction constante entre des hommes qui, tous, ont un savoir à partager. La participation adhère à cette conception. Elle doit permettre aux individus d'adopter une position critique vis-à-vis d'eux-mêmes et de leur environnement. Par ce biais, elle les aide à retrouver une place valorisée dans la société. " Et reconnaître sa propre utilité sociale permet d'affronter à nouveau le regard des autres ."(12)

Selon Bernard Dumas et Michel Séguier, l'éducation conscientisante, portée par le principe même de la participation et axée sur de nouvelles formes de solidarités sociales, permet d'identifier cinq dimensions dans le développement des individus :

- **un prise de conscience individuelle : le fait de se sentir personnellement concerné par un problème social qui peut être perçu, subjectivement, comme une menace,**

- **une prise de conscience collective : la réalité oppressive ne concerne pas uniquement une personne mais des groupes, des communautés, des membres de collectivités élargies ; de la mise en commun des potentialités et des ressources naît la solidarité,**
- **une prise de conscience sociale: la fatalité est remise en cause, il existe bel et bien des contradictions dans l'environnement socio-politique,**
- **une prise de conscience politique : dès lors qu'on perçoit mieux le fonctionnement de la société, on désire et recherche des alternatives, on propose des solutions possibles à travers l'expérience collective,**
- **une prise de conscience émancipatrice : on pose des actes avec d'autres, on essaie de concrétiser des alternatives dans sa propre existence ; il s'agit de changer de mentalité pour changer ses conditions de vie quotidienne, transformer les rapports à l'environnement et construire une société**

Dumas B., Séguier M., Construire des actions collectives- Développer les solidarités, Ed. Chronique sociale, Lyon, 1997

FAIRE FAIRE "AVEC" EUX, PAS "POUR" EUX

La participation peut être à la fois un outil et une fin en soi. Sa mise en œuvre repose sur l'idée, fort simple, qu'on ne peut résoudre valablement les problèmes d'une population sans que cette population ne soit associée à l'analyse, à l'expression et à la résolution de ces problèmes.

Freire ne dit rien d'autre dans sa Pédagogie des opprimés, qu'il définit comme " une pédagogie qui doit être élaborée avec les opprimés et non pour eux, qu'il s'agisse d'hommes ou de peuples, dans leur lutte continue pour recouvrer leur humanité."(13)

Sa critique de la conception " bancaire " de l'éducation constitue plus largement une remise en cause d'un système où les interactions sociales ne se produisent que de manière verticale, du haut vers le bas, au profit d'un système qui réintroduit la notion d'horizontalité. L'action ne saurait être efficace sans un enracinement dans la réalité même du terrain social.

" Dans cette perspective, les actions contribuant au développement

seraient celles qui accroîtraient la capacité des acteurs sociaux à se prendre en main, à élaborer et réussir leurs propres projets, à analyser et résoudre les problèmes qui se posent à eux, à intervenir sur les situations qu'ils vivent. Il ne s'agit pas seulement de la capacité de l'Etat, mais aussi de celle des acteurs de la société civile."(14)

Un exemple peut servir à illustrer le propos. Dès 1989, la commune d'Anderlecht a signé une convention avec l'asbl EDECO pour coordonner un projet de revitalisation du quartier de Cureghem, projet dénommé " Développement social de quartier " (DSQ). Une commission santé a été mise en place, composée de médecins, de pharmaciens, d'enseignants, de responsables d'associations, de responsables communaux et d'habitants.(15)

Une participation plus large des populations concernées ne s'est développée que de manière très progressive. Le rapport publié en 1995 précise en effet que " dans son fonctionnement, la commission santé du DSQ pouvait compter sur la participation de médecins ou autres professionnels de santé, de responsables du secteur associatif du quartier, d'élus communaux, etc., mais les

13Freire P., Opcit

14Le Boterf G., L'enquête participative en question, Ligue de l'enseignement et de l'éducation permanente, Paris 1981

15Création d'un observatoire de santé communautaire à Anderlecht (Cureghem), Rapport d'activités, 1995

habitants du quartier n'y étaient que très peu (voire pas ?) représentés. Les projets ou actions mis sur pied au sein de cette commission ne portaient donc pas de la demande des habitants du quartier, mais bien des professionnels qui y travaillaient. Le DSQ et les différentes actions de la commission n'avaient que très peu de visibilité auprès des habitants."⁽¹⁶⁾

La commission santé a donc décidé de créer un réseau d'habitants-relais de quartier à Cureghem. Ces habitants-relais, par leur immersion et leur connaissance du milieu concerné et de ses habitants, s'avèrent être une source d'informations non négligeables quant aux perceptions et attentes des habitants par rapport aux différents services de santé. " La présence des relais aux réunions de la commission permettait d'y faire écho des opinions et points de vue des habitants. "

La participation élargie de ces mêmes habitants devait dès lors être facilitée par le biais des habitants-relais beaucoup plus engagés dans le processus participatif. La commission avait, par là même, trouvé une façon de faire circuler l'information entre le projet DSQ et les habitants.

EVOLUER FAIRE EVOLUER LES REPRESENTATIONS

La santé ne sera pas perçue de la même manière par les habitants d'un quartier, par les professionnels ou par les élus locaux.

Freire et Illich ont mis en avant les systèmes de représentation qui entretiennent l'illusion, chez les individus les plus défavorisés, que la clef du bonheur et de l'élévation dans la hiérarchie sociale consiste à reproduire les us et coutumes des classes dirigeantes et leurs habitudes de consommation. Or, constate Illich, " le sous-développement est la conséquence d'un 'développement' continu des aspirations matérielles, auquel on parvient par une promotion intensive des ventes. En ce sens, le sous-développement évolutif se situe à l'opposé de ce que je crois être l'éducation véritable : l'éducation par laquelle la conscience s'éveille à de nouvelles possibilités de l'homme, l'éducation qui met l'imagination créatrice au service d'une vie plus humaine."⁽¹⁷⁾

Paulo Freire, lui, parle de la représentation des oppresseurs par les opprimés. " Leur idéal est vraiment d'être des hommes, mais cela signifie

pour eux, à cause de la contradiction qu'ils ont toujours connue et dont le dépassement ne leur apparaît pas clairement, être oppresseurs. " La pédagogie libératrice défendue par Freire est donc impossible " tant que les opprimés vivent dans la pensée que être, c'est ressembler à l'opprimeur. (...) Tant que les opprimés n'ont que les oppresseurs comme modèle d'humanité."(18)

Adaptées au domaine de la santé, ces pensées – très novatrices à l'époque – sur la représentation nous renvoient aux différents niveaux de perception du phénomène " santé " par les individus. Celle-ci, en effet, ne sera pas perçue de la même manière par les habitants d'un quartier en crise que par les professionnels ou par les élus locaux par exemple. Le milieu de vie, l'éducation, la religion et bien d'autres éléments encore façonnent ces représentations diverses.

" Mieux comprendre les représentations et les comportements de santé à l'œuvre dans les familles, mieux connaître leurs attentes ou leurs réticences à l'égard d'un service de santé (...), amène à s'interroger sur la nature et les modalités des interactions entre familles et professionnels."(19)

La pédagogie de la participation est

donc à même de faire émerger ces perceptions et ses attentes. Il ne suffit pas d'aider les gens à se réapproprier le pouvoir. Cette réappropriation reste, avant tout, synonyme de redistribution. L'augmentation du contrôle individuel et collectif constitue une forme de rééquilibrage. Le pouvoir ne doit pas s'exercer au détriment d'autrui.

C'est l'enjeu du processus de participation : rendre possible un équilibre des forces entre les individus et les savoirs qu'ils ont à apporter afin d'assurer la longévité de la démocratie.

18Freire P., OpCit

19Osiek - Parisod F., "C'est bon pour ta santé" - Représentations et pratiques familiales en matière d'éducation à la santé, Service de la recherche sociologique, Cahier n°31, Genève, 1990

LES ENJEUX DE LA PARTICIPATION

PARTICIPATION OU INDIVIDUALISME COLLECTIF ?

L'époque actuelle serait plutôt à l'anti-participation ou, du moins à une participation individualisée qui n'aurait comme seul objectif que la rentabilité financière



La participation relèverait-elle qu'un quelconque archaïsme idéologique ? Pas sûr. La littérature consacrée à ce le sujet met en évidence que le système libéral et la mondialisation ont rarement été aussi efficaces dans leur rôle de promotion de l'individualisme et des valeurs du libéralisme. Cela s'accompagne indubitablement d'un déficit des valeurs de solidarité et d'entraide, qu'aggrave la défense de l'argent comme seul vecteur d'élévation dans la hiérarchie sociale. L'ère serait même à l'anti-participation ou, du moins, à une participation individualisée qui n'aurait comme seul objectif que la rentabilité financière. N'incite-t-on pas, de plus en plus aujourd'hui, les travailleurs à devenir actionnaires des entreprises dans lesquelles ils travaillent... ou ne travaillent plus. Autre son de cloche, celui de Bernard Dumas et Michel Séguier

dans leur ouvrage Construire des actions collectives – développer les solidarités, déjà évoqué. Selon ces auteurs, les idéaux de cohésion sociale, les valeurs de participation et d'entraide ont été considérablement mis à mal dans le contexte urbain et post-industriel moderne. La fracture des liens sociaux s'est imposée de manière plus durable, ce qui renforce les sentiments de passivité et de chacun pour soi au détriment de la citoyenneté active. " Comment interpréter autrement l'indifférence et l'absence de véritables protestations, face à la montée des exclusions ? (...) Ces ruptures de liens sociaux liées aux périodes de crise et de mutation, accentuent l'intolérance aux modes d'expression non légitimés et aux conduites non normalisées."(20)

POLITIQUE UN ENJEU POLITIQUE

La participation envisagée comme un moyen s'attache à la réussite finale du projet et non pas au projet participatif en lui-même

Ce qui compte ici, ce sont les résultats, obtenus par le biais d'un outil, la participation, qui permet d'accroître l'efficacité de ces résultats et le nombre de ceux qui en bénéficient. " Le succès de cette démarche repose donc en partie sur la faculté de persuader le maximum de membres de la communauté de participer aux programmes. Dans cette logique utilitariste, les résultats obtenus importent plus que l'acte de participation."(21)

La population est donc appelée à participer à une action initiée et impulsée de l'extérieur. La participation prend fin quand l'action se termine.

Dès qu'on l'envisage sous l'angle du processus, la participation acquiert une dimension politique

Ici, ce qui est primordial, ce ne sont plus les résultats escomptés mais bien le processus participatif en lui-même. C'est donc bien un acte politique dès lors que sa mise en œuvre induit des comportements nouveaux à plusieurs niveaux.

A l'échelon micro-social, le processus de participation tend à rendre du pouvoir à la communauté et aux différents acteurs qui la composent. La

notion de pouvoir est ici définie comme la capacité d'un individu ou d'une communauté de prévoir, contrôler et participer à son propre environnement.

A un échelon supérieur, macro-social, le processus de participation entre en concurrence avec les systèmes d'organisation sociaux plus traditionnels privilégiant l'ordre hiérarchique. Plus fondamentalement, cette remise en cause touche au fonctionnement démocratique effectif de la société.

Une chose est sûre : qu'elle intervienne dans le secteur de la santé ou dans d'autres domaines, la dynamique participative n'est possible que dans des sociétés de type démocratique. Faire passer le citoyen du rôle de spectateur au rôle d'acteur implique une forme d'organisation politique qui permette l'expression de la population. Et c'est là tout le paradoxe de nos systèmes démocratiques que d'être fondés sur la représentativité (les citoyens élisent leurs représentants) et de ne pas encourager forcément la participation de tous à tous les échelons décisionnels. L'enjeu politique de la participation est donc le perfectionnement des structures démocratiques existantes. Elle doit pour ce faire éviter de n'être que symbolique, n'être

qu'un alibi à une pratique politique essentiellement verticale et descendante. Ce qui nous renvoie aux notions d'éducation, d'éveil critique et d'implication évoquées plus haut.

"Je ne crois pas que la démocratie puisse survivre, sauf comme une formalité, si la participation du citoyen est limitée au vote, s'il est incapable d'une certaine initiative et sans possibilité d'influencer la structure sociale, économique et politique qui l'entoure...L'individu ne peut influencer que s'il a du pouvoir."

Paul Alinsky

SOLIDARITE CITOYENNETE, SOLIDARITE

Ce qui fonde la participation c'est avant tout la reconnaissance de la dignité humaine

S'il paraît plus que jamais nécessaire d'entreprendre la promotion de formes nouvelles de solidarité, on

comprend combien ce défi sera difficile à relever. C'est pourquoi la participation communautaire en matière de santé, et d'autres formes de participation/processus, constituent sans aucun doute l'un des enjeux majeurs de nos sociétés post-industrielles. Leur mise en œuvre s'oppose à la masse considérable des rejets de toutes sortes, xénophobes et autres, qui se développent avec une acuité effrayante dans les environnements sociaux dégradés. Car ce qui fonde la participation, c'est avant tout la reconnaissance de la dignité humaine. Dignité qui ne saurait être durable si cette reconnaissance n'est pas mutuelle, socialement partagée. Faire se rencontrer des gens, provoquer des échanges, des témoignages c'est aussi faciliter le respect envers les autres. Permettre de briser les barrières des représentations entre les habitants eux-mêmes, mais aussi entre les habitants et les professionnels, les professionnels entre eux, les habitants et les instances politiques, etc. Autant d'éléments qui conduisent rien moins qu'à une nouvelle citoyenneté, active, concernée et solidaire. Et qui nous renvoient, plus généralement, au rapport entre santé et droit de l'homme.

En juillet 1998, au Congrès de la

société française de santé publique, Jonathan M. Mann, ancien directeur de l'OMS, aujourd'hui décédé, rappelait lors de sa dernière allocution que " ce lien n'est pas de nature idéologique ; c'est une exploration qui demande une vision de la société suffisamment cohérente et pleine de sens pour ancrer une nouvelle créativité et une nouvelle énergie dans un effort pour assurer à tous les conditions sociétales grâce auxquelles leur bien-être physique, mental et social pourra le mieux être réalisé. "

La reconnaissance des droits de l'homme implique que les actions de santé s'inscrivent dans une perspective de changement social, objectif qui dépasse celui de l'action et qui lui donne un sens. " Il y a toute une réflexion à mener (...) sur des approches collectives au sein de la population, pour et avec les gens, non pas lors d'une démarche d'assistance mais dans une démarche de partenariat, démarrer des actions et faire qu'elles finissent par rendre aux intéressés leur dignité."(22)

La santé des gens passe aussi par la reconnaissance de ceux qui n'ont pas le droit ni à la légitimité ni à la représentativité dans leur milieu de vie.

Ces valeurs sont mises en œuvre par tous les " praticiens " de terrain, médecins généralistes, infirmiers, travailleurs sociaux qui veulent " aider les personnes à retrouver le chemin de leurs droits, les aider à se réapproprier leur propre histoire, essayer de sortir des pratiques d'assistance et les accompagner sur le chemin d'un plein exercice de la citoyenneté, et témoigner pour aider les décideurs à prendre des décisions afin d'améliorer les réponses institutionnelles."(23)

" Les notions de démocratie et de citoyenneté renvoient à la capacité donnée aux habitants du quartier de participer à la production et à la transformation des lois qui régissent ce qui a trait à leur santé – et là, en quelque sorte, on se réfère à l'article 5 de la Déclaration des Droits de l'homme, qui nous rappelle que la loi doit être l'expression de la volonté générale. Pour que s'exerce cette citoyenneté, il faut que soit admise l'idée que projets et objectifs de santé ou sociaux puissent naître ailleurs que dans les bureaux des hommes politiques, à quelque niveau que ce soit. "

L'ingénierie des réseaux, Rapport provisoire, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Paris, 1999

22La ville et les politiques de santé publique - Repères et enjeux, Délégation interministérielle à la ville - Rescom, 1991

23Elghozi B., Fillot - Mery M.C., Créteil Solidarité, De l'action sanitaire à l'action sanitaire et sociale - Une expérience d'insertion à partir des demandes de santé, Séminaire européen Santé et publics démunis, Besançon, Mai 1994

LES FORMES ORGANISEES DE LA PARTICIPATION



La participation est un terme générique qui se concrétise sous des formes diverses selon le modèle d'organisation et de communication choisi par les acteurs. Dans les démarches communautaires de santé, le partenariat, l'action intersectorielle et le réseau sont souvent complémentaires, comme outils organisateurs de la participation. Dégager leurs caractéristiques permettra de mieux cerner les éléments qui vont contribuer à la participation réelle et optimale.

PARTENARIAT LE PARTENARIAT

Au cours de l'année 1994-95, une recherche-action en santé mentale a été menée dans le quartier de Saint-Josse à Bruxelles, à l'initiative de deux associations de terrain regroupées dans un partenariat limité dans le temps et fondé sur les compétences propres de chacune. Les données récoltées lors de l'étape du diagnostic communautaire, essentiellement par le biais d'entretiens non directifs, ont été restituées à la population concernée. Certaines personnes ont alors manifesté le désir de poursuivre le travail entamé par

le diagnostic. Un nouveau partenariat s'est ainsi concrétisé entre un habitant, un représentant d'une école des devoirs, plusieurs représentants d'institutions et d'associations du quartier. Ceux-ci constituèrent un groupe de pilotage qui s'est réuni une fois par mois pendant à peu près un an.⁽²⁴⁾

Un exemple qui illustre la souplesse liée à la notion de partenariat. Le partenariat peut être spontané ou imposé, étendu ou limité à quelques acteurs concernés, sa durée varie en fonction des objectifs poursuivis.

Le partenariat peut servir de base à la consultation, dont l'objectif est de récolter des avis; à la concertation dont le but est de prendre des décisions par rapport à une autre décision déjà prise; et à la négociation, dont l'objectif est de trouver un accord, une décision commune.

Le partenariat peut aussi se définir suivant les motivations qui ont participé à sa mise en œuvre. Il peut être envisagé :

- **en tant que dispositif opérationnel, ce qui se réfère au choix des partenaires qui ont opté pour un tel schéma de participation,**
- **en tant que philosophie de travail, ce qui est le cas de la promotion santé qui défend les valeurs éthiques du partenariat,**
- **en tant que méthode de travail, ce qui se réfère aux règles propres à la conduite d'une action en partenariat,**
- **en tant que discours idéologique, ce qui désigne l'ensemble des objectifs et solutions préalables à sa mise en œuvre. Le partenariat devient le vecteur, jugé déterminant, de ces objectifs.**

De manière plus générale, il est intéressant de s'attarder aux éléments moteurs d'un partenariat. Un travail de synthèse transversale concernant sept actions de santé communautaire entreprises au cours de ces dernières années à Bruxelles et à Liège fournit des données tout à fait éclairantes à cet égard.⁽²⁵⁾

On y découvre en effet que, dans tous les cas, c'est à partir des constats effectués par les professionnels que la volonté ou la nécessité d'établir un partenariat émerge. La volonté de dépasser l'approche clinique, de combler des manques structurels, de faire participer les groupes d'habitants à un projet, de créer un lieu d'échanges, tels sont les moteurs qui fondent et élargissent les partenariats.

Les partenariats s'établissent dans un premier temps entre institutions (le plus souvent des associations). Ce n'est que dans un deuxième temps que le partenariat s'étend aux habitants.

Cette deuxième étape est d'ailleurs beaucoup plus lente à établir et les habitants sont généralement peu nombreux. Dans la plupart des cas, ils sont membres actifs d'associations.

Par ailleurs un processus évolutif va de la participation au partenariat. Si celui-ci parvient à s'établir réellement entre les professionnels, ce n'est pas toujours le cas entre les institutions.

Pour ce qui est des effets directs du partenariat, les auteurs de la synthèse précisent que les mentalités

²⁵Bantuelle M., Morel J., Croisements des pratiques de santé communautaire en Communauté française de Belgique, Bruxelles, 2000

ACTION L'ACTION INTER- SECTORIELLE

ont évolué entre les acteurs. Les barrières tombent progressivement entre les habitants et les professionnels. Des relations de confiance s'établissent, augmentant la crédibilité de chacun et permettant la reconnaissance des rôles de chaque partenaire. La parole est donnée et prise par certaines personnes qui auparavant ne l'avaient pas.

Les pratiques évoluent au fur et à mesure du processus. Des synergies s'installent entre habitants, entre habitants et professionnels, entre professionnels, ce qui entraînent des approches plus collectives des problèmes, des questionnements sur la construction commune et ensuite la mise en place d'actions concrètes, ainsi qu'un engagement dans des actions collectives qui a un effet d'entraînement vers d'autres actions collectives, etc.

Progressivement c'est le processus plus que la thématique de départ qui est mis en valeur, investi et reconnu par les partenaires et la question de santé se fait une place au sein des préoccupations des organismes de terrain.

Le partenariat peut être concrétisé entre des acteurs issus de secteurs d'activités différents. On parlera alors d'action intersectorielle, dont l'objectif est d'élargir le champ des compétences. Dans le secteur de la santé, de la promotion santé en particulier, l'action intersectorielle traduit la nécessité d'intervenir sur les déterminants individuels et collectifs de la santé, "déterminants qui se trouvent à l'extérieur du système de distribution des services sociaux et de santé des sociétés industrialisées."(26)

La santé étant liée au fonctionnement de la société dans son ensemble, l'action intersectorielle organise donc un partenariat entre divers acteurs de cet ensemble, économiques, politiques, industriels, éducatifs, etc.

Ainsi, par exemple, une action menée par rapport aux habitudes alimentaires en milieu scolaire est susceptible de rassembler des enseignants, des nutritionnistes, des responsables institutionnels, le personnel des cantines, des élèves et leurs parents, le personnel d'entretien etc.

En ce sens, l'action intersectorielle participe sans doute plus d'une conception de la participation en tant que moyen. C'est le moyen par lequel on organise, on coordonne le partenariat entre le public, les différents professionnels et les pouvoirs institutionnels. La participation est ici envisagée comme un mode opératoire, pas comme une fin en soi. Certains observateurs s'accordent pour souligner les difficultés de l'action intersectorielle, dans le domaine de la santé notamment où, malgré un consensus plutôt large sur l'idée, ce type d'action est souvent un échec. Il convient en effet de maintenir en interaction constante au moins cinq éléments nécessaires (27) : l'orientation et les buts communs, l'implication réelle des partenaires, un climat d'ouverture et de confiance, une structure de fonctionnement et de soutien souple et efficace, et la volonté de mener à terme des actions concrètes.

RESEAU

LE RESEAU

La notion de réseau apparaît au cours des années 60 dans les milieux de la santé. Il s'agit d'une " forme d'organisation ou de coordination relationnelle souple et ouverte, en

opposition aux structures pyramidales, rigides et statiques."(28) Claude Neuschwander affine cette définition et parle d'un " assemblage non structurés d'acteurs libres entretenant entre eux une communication forte."(29)

Apparaissent ici trois caractéristiques essentielles de la participation communautaire : la liberté des acteurs, la communication et l'information qui permettent la participation réelle, et la capacité de transgression d'un pouvoir décisionnel par trop vertical au profit de l'horizontalité et d'une approche solidaire des ressources humaines de la communauté.

S'attachant à la notion de communication comme ferment du réseau, Neuschwander précise que celle-ci nécessite un projet, un intérêt commun. "Le réseau s'organise autour d'un domaine de connaissances, de compétences, de convictions ou d'activités à propos desquelles il permet d'établir entre ses membres des relations d'échange."(30)

La communication, pour être effective, doit aussi être simple, directe et efficace, et ignorer toute forme de hiérarchie ou de formalisme ("un

27Ouellet F., Paiement M., Tremblay P.H., L'action intersectorielle, un jeu d'équipe, Direction de la santé publique de Montréal - Centre, 1995
28Les réseaux de santé, opcit
29Ibidem
30Ibidem

réseau ne se décrète pas, il se constate "). La valorisation de la communication reposera sur la compréhension, par les acteurs, de la nécessité du réseau, de ses valeurs. Mais aussi sur la crédibilité réciproque des acteurs.

En d'autres termes, les compétences et la valeur de chacun d'entre eux doivent être reconnues par l'ensemble des participants au réseau. L'objectif du réseau, tout comme celui de la participation au sens large, sera de donner à ses membres la possibilité de se sentir plus forts, valorisés, en un mot : acteurs.

"La mise en relation permet de recommencer à agir et lutter dans une dynamique de réussite ; elle crée un espace de liberté que chacun peut gérer. C'est le début d'une réappropriation du savoir sur sa propre vie. Les réseaux proposent d'abord des échanges singuliers qui restent maîtrisables. Le repérage par chacun de ses savoirs et de ses canaux d'apprentissage permet de se rendre sujet. Cette mise en situation de réussite est le catalyseur qui permet de briser l'enfermement et d'établir des relations d'apprentissage personnalisées. Reconnaître sa propre utilité sociale permet à nouveau d'affronter le regard des autres."(31)

- Réseau au cas par cas, réseau autour d'un projet

Dans son ouvrage *Espace social, recueil des données et rapport d'activités : recommandations pour une action intégrée*(32), B. Francq distingue deux types de réseaux.

L'un organise une collaboration au cas par cas. " Un patient, et son problème spécifique, est adressé à un service spécialisé en toute humilité (question de compétence : " On ne sait pas tout faire "). Selon qu'elles sont suffisamment équipées pour répondre à la demande du patient (demande sociale, économique, psychologique, soins primaires...), les associations prennent en charge ou non le problème. On distingue ainsi, en amont, les associations qui délèguent de celles qui recueillent. Les maisons médicales, dites de première ligne, grâce notamment à leur service d'accueil, mais aussi du fait qu'elles ne prennent pas en charge certains publics (les toxicomanes par exemple), orientent régulièrement des patients vers les services appropriés".

Autre type de réseau, dont B. Francq a constaté le développement accru au cours de ces dernières années :

le réseau centré autour d'un projet. C'est, à proprement parler, un réseau plus mobilisateur. Il organise la participation telle que l'envisage la pratique en santé communautaire.

Le réseau autour d'un projet peut prendre des formes diverses qui varient selon le niveau d'implication des habitants :

- organisation d'un colloque ou de journées de formations-information,
- travail en collaboration avec le réseau associatif d'un quartier (exemple : " le travail d'animation à la santé au CARIA, groupes de femmes marocaines, réalisé par des médecins de la Maison médicale des Marolles, et destiné à autonomiser des patients potentiels "),
- travail sur le lien social au sein de ses patients et dans le quartier en favorisant la création de petites communautés (exemple : " la Maison médicale du Miroir qui mobilise, lors d'une fête de Saint-Nicolas, ses patients et provoque la rencontre "),
- une recherche-action développée dans un milieu donné et initiée par des associations qui se retrouvent autour d'un projet commun (exemple : le cas du partenariat entre Le Méridien et EDECO dans le quartier de Saint-Josse, cf. supra),

- une recherche-action autour d'une problématique commune mais développée dans des secteurs de soins de santé différents.

Exemple: " Toxicomanie et santé communautaire ", recherche-action élaborée par Le Méridien (santé mentale), l'Aster (Maison médicale) et le Rat (toxicomanie), visant à une meilleure connaissance des ressources et de leur utilisation dans le domaine de la toxicomanie. " Cette dernière recherche tentera de suivre d'une manière quasi anthropologique l'usager dans son parcours quotidien entre les divers services de soins. On ressent ici les prémices d'une action prenant (enfin) en considération les attentes du patient et décidée à travailler horizontalement avec les services de soins, les services publics et les usagers. "

Un rapport français sur l'ingénierie des réseaux, publié en 1999, repère quatre conditions minimum permettant de consolider l'implantation d'un réseau dans un environnement donné :

- connaître le tissu associatif, professionnels et politique local pour éviter les erreurs grossières, les inimitiés reconnues et les conflits de personnes,
- faire un travail préparatoire, la création d'un réseau empiète souvent, en effet, sur le territoire d'associations préexistantes,
- avoir des objectifs clairement individualisés et être ouverts à la participation,
- savoir faire une bonne promotion de ses projets.

L'ingénierie des réseaux, Rapport provisoire, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Paris, 1999



LES ACTEURS ET LEURS SPECIFICITES

Qui dit participation dit acteur de cette participation. L'approche communautaire en matière de santé distingue généralement trois grands types d'acteurs, censés constituer les trois pôles nécessaires du processus participatif : les habitants, les professionnels et les institutionnels.

HABITANTS LES HABITANTS



Parmi les trois groupes d'acteurs, c'est sans doute l'ensemble le moins homogène, celui où les particularismes sont les plus nombreux. Le degré d'intégration ou d'exclusion d'un habitant, considéré dans son environnement micro-social (ville, quartier,...) dépend de phénomènes d'intégration ou d'exclusion qui jouent, eux, à une échelle macro-sociale. Ce sont les normes économiques, politiques et éducatives qui conditionnent l'organisation sociale au sens large. Dans un premier temps, la participation devra permettre aux individus d'acquérir un potentiel d'analyse critique par rapport à cette complexité sociale, à cet ensemble de déterminants qui influencent peu ou prou l'état de

santé d'une population.

Mais, plus la situation sociale des individus devient précaire, plus on constate un renforcement des comportements de retrait social, l'exclusion entraînant l'exclusion ou, du moins, des attitudes jugées " disqualifiantes " qui se manifestent par l'image négative que l'individu a de lui-même et de sa place dans la société.

Dès lors, les motivations des habitants, leur aptitude à participer ne vont évidemment pas de soi. Or, si la participation communautaire entend redonner un rôle moteur aux habitants, c'est aussi pour contrer les processus de non participation et de retrait social qui, bien souvent, entraînent les habitants dans la spirale de l'assistanat.

La dynamique communautaire est perçue par les habitants comme un moyen de faire entendre leurs voix

Certains habitants sont pourtant déjà engagés dans des formes diverses de participation : mouvements associatifs, actions syndicales, comités de riverains, etc. Chez ceux-là, qui disposent déjà d'une expérience d'engagement, la dynamique communautaire sera perçue

de manière plus positive, comme un moyen de faire entendre sa voix. C'est là que se recrutent généralement ces habitants-relais évoqués plus haut.

D'autres habitants ressentent par contre leur insertion comme insuffisante et recherchent de nouveaux liens sociaux et/ou affectifs.

Le désir de rompre l'isolement peut motiver une démarche participative.

Autant de situations qui détermineront le caractère spontané de la participation ou les attitudes de rejet et de méfiance vis-à-vis d'elle.

La participation peut également être envisagée comme un moyen de parvenir à la satisfaction d'intérêts immédiats. Dans ce cas, des résultats obtenus à court terme peuvent très bien être infirmés sur le plus long terme. L'intérêt de la participation en tant que processus n'est pas toujours perçu de prime abord.

La participation à une action collective, fût-elle timide, ne doit pas être négligée pour autant. C'est déjà un pas en avant qui peut, in fine, contribuer à renforcer la motivation des individus.

" Chaque résultat positif obtenu est ressenti comme un signe de recon-

naissance de leur pouvoir d'action collective, et comme une preuve d'une possible prise de contrôle sur leur environnement. Il y a là émergence d'un fait nouveau et inattendu prouvant aux habitants qu'ils peuvent réussir quelque chose dont ils ne s'imaginaient pas capables auparavant. Le capital confiance acquis à cette étape peut être investi dans d'autres actions."(33)

Dans les expériences menées en Communauté française(34), on relève la présence de moyens dégagés afin de stimuler et augmenter la participation des habitants : écoute des besoins et des attentes, partenariat avec des associations proches de la population, échanges de savoirs entre professionnels et profanes, reconnaissance des savoirs issus de l'expérience et du vécu, prise en charge de l'analyse des ressources par la population, consultation des habitants à chaque étape du processus, formation commune.

Une structure pouvant promouvoir la participation de la population devrait inclure :

- une forte organisation de la communauté à travers le travail en réseau de sous-groupes et organisations;
- un système "polyarchique" pour représenter la population;
- l'entraînement, la formation des représentants de la population. Cette formation devrait induire la compréhension de la manière dont les experts abordent les problèmes : développement de confiance en soi et critique consciente, introduction à la direction, travail d'équipe et négociation;
- la formation de président ou de médiateur;
- la différenciation entre les expertises et les prises de décision;
- du temps disponible pour organiser des réunions ou pour réagir aux décisions;

Piette D., La participation communautaire à travers des mécanismes formels de prise de décision, Santé conjugée, octobre 1998

- L'implication des habitants

Dans la démarche communautaire, c'est le degré d'implication des participants qui constituera l'élément le plus déterminant.

Dans un article publié en 1997 dans la revue La santé de l'homme⁽³⁵⁾, Philippe Macquet donne une définition très "organique" de la santé communautaire : "La démarche d'un groupe humain au cœur de la population, interpellé par la santé, qui se mobilise à partir de ses ressources et par sa dynamique. Pour ce faire, il s'organise dans une perspective de développement en référence à la santé positive."

La participation est ici envisagée comme un processus et ce processus est tout aussi important, voire plus important, que le résultat attendu. Les commentateurs ont donc adopté les différents niveaux d'implication de la population comme des critères permettant de mieux cerner la participation et, par là même, de compléter les définitions centrées sur l'objet ou la multiplicité des acteurs.

L'OMS a ainsi envisagé la participation communautaire selon **trois degrés d'implication du citoyen** :

1. la participation marginale pour

³⁵Macquet Ph., La santé au cœur de l'espace local : L'approche communautaire est-elle une réponse adaptée ?, in La Santé de l'Homme, n°327, janvier - février 1997

laquelle la communauté possède peu d'influence ;

2. la participation de fond où la communauté intervient activement dans la détermination des priorités et dans le déroulement de l'action ;

3. la participation de structure où la communauté joue un rôle dans tous les aspects du programme.

S.B. Rifkin, lui, distingue **cinq niveaux d'implication en fonction du pouvoir de contrôle** dont la communauté dispose.

Cette communauté est donc appelée à participer :

1. aux avantages des programmes uniquement ;

2. aux activités des programmes élaborés par des organismes ou institutions ;

3. à l'exécution des programmes ;

4. à l'évaluation des programmes ;

5. à la planification des programmes.(36)

L'OMS a également établi une distinction entre **participation obligatoire, participation spontanée et participation provoquée**.

Dans la participation obligatoire, les citoyens sont appelés à participer à une action sur laquelle ils n'ont que très peu de contrôle ;

la participation spontanée se réfère à des initiatives émanant de la communauté elle-même, initiatives qui seront gérées par ladite communauté avec, éventuellement, l'appui de professionnels ou d'institutions diverses ;

la participation provoquée qui constitue l'inverse de la précédente, soit des initiatives prises à l'extérieur de la communauté mais qui cherche des appuis à l'intérieur de celle-ci.

Dans un ouvrage collectif, Hance, Chess et Sandman(37) classent les différents **niveaux d'implication suivant le pouvoir spécifique accordé au citoyen sur les décisions à prendre**.

Cela donne six échelons :

1. le promoteur d'une action agit seul, sans communiquer avec le citoyen ;

2. le promoteur informe le citoyen sans lui demander de se prononcer sur la question ;

3. le promoteur consulte sans réellement tenir compte des commentaires émis ;

4. le promoteur consulte et tient compte des commentaires émis ;

5. le promoteur s'associe à la population pour résoudre le problème ;

6. le promoteur remet entre les

mains des citoyens le pouvoir de prendre seuls les décisions appropriées.

Ce modèle ne nous semble toutefois prendre le contre-pied d'une démarche de participation communautaire. Il serait ici question en effet d'une forme de participation non volontaire, d'un " faire participer à " et non pas d'un "participer à".

S. Arnstein, pour sa part, a établi un schéma d'implication progressive qui va de la non participation à la prise de pouvoir des citoyens. Aux deux premiers stades, ceux de la manipulation et de la thérapie sociale, les dirigeants considèrent la pauvreté, la délinquance, etc. comme des formes de pathologie sociale qu'il convient de guérir et de corriger.

Dès lors que les dirigeants reconnaissent aux citoyens le droit d'être informés et de donner leur avis, sans leur garantir pour autant que cet avis sera pris en compte (les dirigeants gardent leur pouvoir de décision), on passe aux stades de l'information,

de la consultation ou de la conciliation.

Au stade suivant, celui de l'association, les citoyens sont associés au processus qui conduit à la décision. On entre alors dans la sphère des pouvoirs réels accordés aux citoyens. Ici, deux stades encore, celui de la délégation de pouvoir (les citoyens disposent de sièges, de voix dans le prise de décision) et celui du contrôle par les citoyens (les citoyens sont seuls à décider, à gérer les fonds, etc.).

(S. Arnstein, Journal of the American Institute of Planners, juillet 1969)

- Le pouvoir de dire et d'agir

De la Charte d'Ottawa, on l'a vu, découle la notion de promotion de la santé et son corollaire, la participation communautaire. La notion, récente, d'empowerment ne dit rien de plus, mais peut servir à préciser les dimensions multiples de la participation.

Dimension politique (réappropriation du pouvoir par les habitants, améliorations du système démocra-

tique), dimension psychologique (le développement des consciences individuelles et collectives) et dimension dynamique (la participation envisagée comme action permanente de changement).

L'empowerment a été traduit de multiples façons, dont " empouvoirement ", ce qui est aussi littéral qu'ampoulé, ou bien " avoir du pouvoir sur soi et sur la collectivité ", ce qui paraît bien plus approprié. Cela correspond mieux à ce que le sociologue Alain Touraine appelait, dès 1966, le " pouvoir de dire et d'agir ". Le constat n'est pas neuf en effet :

"Les populations pauvres et/ou appartenant à des communautés ethniques minoritaires vivent souvent des situations d'isolement, les services prodigués par la société leur étant en grande partie inaccessibles car non adaptés à leurs spécificités." (38)D'où l'impression d'exclusion ressenties par ces communautés, l'impression de ne posséder aucune source de pouvoir, ce qui conduit bien souvent à des attitudes de déresponsabilisation et d'autodépréciation entraînant elles-mêmes des conséquences négatives sur l'état de santé des individus.

L'empowerment traduit donc le processus dynamique par lequel des populations marginalisées vont accéder à la maîtrise de leur propres destinées, un processus par lequel les populations exerceront un plus grand contrôle sur leur santé

On distingue l'empowerment psychologique de l'empowerment communautaire. Le premier se réfère à la faculté de l'individu à retrouver un pouvoir de contrôle sur sa propre existence. Le second, niveau plus élevé d'empowerment psychologique, est ce qui conduit ce même individu à participer à des actions collectives, s'intégrant elles aussi dans cette optique de changement, de libération. Il existe donc un lien de continuité évident entre les deux.

D.J.Frans, pour sa part, définit l'empowerment selon cinq dimensions qui relèvent des objectifs visés par la participation au sens large :

- la perception positive de soi-même, l'estime de soi, la confiance en soi
- un regard critique sur sa place dans le milieu de vie par rapport à l'environnement élargi
- la perception d'avoir suffisamment de connaissances pour influencer les

événements de sa propre vie et la vie des autres

- une tendance individuelle à agir
- un sens de l'identité collective dans laquelle l'individu partage les buts, les ressources et les aspirations des systèmes sociaux dont il est une partie fonctionnelle.(39)

PROFESSIONNELS

LES PROFESSIONNELS

- L'agent de développement

On l'appelle, selon les cas, agent de développement, animateur, intervenant, chef de projet ou encore coordinateur.

Sa personnalité est tout à fait centrale dans l'action qui est menée. C'est lui qui est chargé de donner (ou de redonner) un rôle d'acteur aux habitants et à tous les partenaires engagés dans une action de changement. Son immersion dans la communauté nécessite une connaissance approfondie des valeurs de ladite communauté, des représentations et perceptions de chacun, qu'elles soient vraies ou fausses.

L'intervenant instaure un dialogue permanent entre les acteurs et assure la communication entre ceux-ci, gage d'une participation dynamique. Ce dialogue n'est pas à sens unique

La démarche communautaire postule en effet la participation comme un acte cognitif. L'intervenant n'est pas là pour enseigner, dominer, s'imposer ou réinstaurer une forme de hiérarchie dans le groupe. Acteur à part entière, il est là aussi pour apprendre, s'éduquer. " L'éducation authentique ne se fait pas de A vers B, ni de A sur B, mais par A avec B, par l'intermédiaire du monde."(40) L'action de médiation est d'autant plus importante qu'elle joue à plusieurs niveaux. L'intervenant est avant tout médiateur au sein de la communauté. Il est censé retisser les liens d'une identité commune, ou du moins largement partagée, dans un milieu qui, par définition, n'est pas forcément homogène. A un stade ultérieur de son action de médiation, il doit faire en sorte que cette identité se transforme en une force mobilisatrice.

Enfin, l'intervenant servira de médiateur entre les habitants ainsi conscientisés et les autres acteurs

39Frans D.J., A Scale for measuring social worker empowerment, Research on social work practice, 1993
40Freire P., opcit

sociaux, professionnels et/ou institutionnels. Le groupe se définit de la sorte comme un support de conscientisation, de mobilisation et de participation.

Face à une situation de refus ou de méfiance de la part des habitants, l'intervenant, ainsi que les autres professionnels, devra impulser cette volonté de participation. Cela ne va pas sans difficultés. Sollicités par le professionnel, l'habitant peut, dans certains cas, accepter de se joindre à une action collective par pure courtoisie, voire pour ne pas déplaire à une personne perçue comme " supérieure " ou " plus influente " dans la hiérarchie sociale.

- Les professionnels de proximité et les extérieurs

Médecins, enseignants, infirmières, travailleurs sociaux, animateurs de rue, etc., ces professionnels sont étroitement liés à la vie quotidienne des habitants.

Leurs relations avec ces habitants, leurs pratiques et leur perception du milieu, mais aussi leurs savoirs techniques et psychologiques constituent une source de connaissance importante.

Cela ne signifie pas pour autant que ces professionnels connaissent parfaitement le milieu dans lequel ils travaillent. Ils sont parfois coupés de certaines réalités de terrain et perçoivent mal l'existence des réseaux d'entraide informels ou des pratiques alternatives des habitants.

De plus, les professionnels de proximité n'entretiennent pas toujours des relations entre eux. Dans son ouvrage, B. Francq cite l'exemple de la Maison médicale du Noyer à Molenbeek qui, installée depuis vingt ans, n'a jamais eu de contact avec les médecins généralistes du quartier.

La volonté des professionnels de proximité d'intégrer une dynamique participative peut donc avoir comme motivation première de briser leur isolement, voire d'approfondir leur connaissance du milieu.

La spécificité des professionnels extérieurs est, de par leur éloignement de la communauté, d'être perçus comme les tenants de la neutralité, de l'objectivité. Leur capacité de recul est mise en évidence. Leur apport peut être d'ordre pédagogique dès lors qu'on leur reconnaît des qualités d'experts. Ils peuvent également jouer un rôle de médiation entre les acteurs étant donné qu'ils

se situent à la même distance par rapport à chacun d'entre eux. De même, de par leur position d'experts extérieurs, ils peuvent émettre des propositions à destination des professionnels de terrain et des institutions afin de mieux structurer la participation avec les habitants.

Qu'ils soient professionnels extérieurs ou de proximité, leur rôle essentiel, lorsque s'enclenche un processus participatif avec la population, est de constituer des soutiens efficaces aux habitants et de valoriser au mieux ce que réalisent ces derniers

Les professionnels doivent eux aussi apprendre " à participer, à s'adapter aux réalités quotidiennes de la population afin de pouvoir l'accompagner."(41)

INSTITUTIONNELS

Ce sont, par définition, les tenants des structures décisionnelles en place. Qu'ils soient élus à divers échelons de représentation (local, régional ou national), qu'ils soient administrateurs, directeurs ou fon-

ctionnaires au sein des institutions sociales ou sanitaires, qu'ils détiennent, en d'autres termes, des parcelles de pouvoir relativement importantes ou pas, ils sont tous des acteurs incontournables de la participation. Ils sont souvent perçus comme les " décideurs " ou les " financeurs " potentiels d'une action engagée ou à mettre en œuvre. En ce sens, leur participation effective peut-être perçue de manière positive, comme un acte de légitimation du processus participatif.

Toutefois, comme ledit processus tend à une redistribution des pouvoirs au sein du système social, il est bien souvent envisagé comme une menace par le pouvoir en place dont la crainte principale est de voir se consolider des formes de contre-pouvoir. Dans des sociétés dites démocratiques, participation rime encore avec une forme larvée de subversion. Est jugée subversive toute tentative, fût-elle pacifique, de bouleverser l'ordre établi. Comment donc réagira un élu vis-à-vis d'un accroissement des pouvoirs des électeurs ? " Les élus sont dans une démarche habituelle de démocratie représentative, c'est-à-dire qu'ils ont été élus pour s'occuper des affaires de la cité et ils en concluent généralement (un peu

41Macquet Ph., opcit

vite) qu'ils savent tout ce qui concerne leurs électeurs et leurs préoccupations et leurs désirs. Et le passage à la parole donnée aux habitants, à la démocratie directe, est souvent difficile pour eux."⁽⁴²⁾

On mesure donc l'ampleur du travail à accomplir pour démontrer la pertinence de la participation communautaire qui, pour sa part, vise " à réformer l'action publique pour qu'elle soit capable d'inventer, avec la population des quartiers, les solutions les plus adaptées."⁽⁴³⁾ Mais l'idée fait son chemin.

De plus en plus d'élus et autres représentants perçoivent aujourd'hui que la participation est sans doute une réponse adaptée à la complexité sociale

Ancrée dans le terrain de la réalité, la participation est à même d'en refléter la structure, l'essence. En retour, elle permet à l'action de s'enraciner plus profondément au cœur de cette réalité. Là où réside son principal atout, c'est précisément dans cette capacité de décodage du réel, vecteur de sa réappropriation par les individus.

A un échelon supérieur, la participation nous rappelle l'importance des

facteurs externes sur le développement de l'individu, sur son statut de santé notamment. Par là même, elle a ouvert bien des perspectives sur les conditions d'amélioration de ce statut. Aujourd'hui, l'action est à mener non plus seulement au niveau sanitaire, mais aussi culturel, économique, urbanistique, éducatif, etc.



AUTANT SAVOIR



Les différents aspects de la participation développés ci-dessus nous amènent, enfin, à mettre l'accent sur trois paramètres qui, au-delà de toute considération théorique, conditionneront la réussite du processus participatif. Ces trois paramètres essentiels sont le manque d'aptitudes à participer, le temps nécessaire à la mise en place du processus et la gestion des divergences.

La participation, pour être concrète, exigera en effet de multiples **actions de sensibilisation** afin d'instaurer un dialogue entre les acteurs potentiels, afin de persuader les décideurs et les institutions à s'engager dans le processus, afin d'enrayer, chez les habitants, les attitudes de retrait social, de passivité, les sentiments de désillusion et le désintérêt vis-à-vis du politique et des institutions publiques. Autant d'obstacles qui devront être surmontés progressivement, d'étape en étape. La participation ne se décrète pas, elle se construit. Elle ne peut être obtenue que par un **travail lent et évolutif**, étalé le plus souvent sur plusieurs années.

On relèvera l'ambivalence du facteur

temps, à la fois nécessité pour la mise en œuvre du processus, mais aussi obstacle à l'avancement des projets. Un temps important est consacré, au départ du partenariat, à dépasser les blocages liés aux conceptions différentes des acteurs impliqués, à la difficulté de revoir ses pratiques, ses objectifs et ses rythmes, à la représentation des uns par les autres, à la peur de se voir phagocyter par l'autre et de perdre sa spécificité, à la capacité d'accepter d'être conduit par un groupe.⁽⁴⁴⁾ Autre élément conditionnant la réussite du processus : la gestion des divergences. A l'évidence, la dynamique communautaire se construit à partir de la confrontation permanente de multiples polarités. Les confrontations se situent aussi bien au niveau des processus que des moyens mis en œuvre. C'est de la gestion des tensions et de l'utilisation des divergences que vont se dessiner les conditions pour stimuler la participation de tous les acteurs et pour mener à bien les objectifs qu'ils se sont fixés.

L'émergence potentielle de conflits est ici envisagée de manière positive. L'intérêt de la participation résidera dès lors dans sa faculté de **tirer profit des divergences** en déga-

⁴⁴Bantuelle M., Morel J., opcit

geant, au-delà des intérêts particuliers, les avantages et le sens de l'action collective . Engager un processus participatif en faisant abstraction de cette dynamique conflictuelle ne peut amener que des désillusions. La participation s'avérerait vite impraticable.



BIBLIOGRAPHIE

1) Freire (P), Pédagogie des opprimés (suivi de Conscientisation et révolution), Ed. Maspero, Paris, 1974, 205 p.

L'ouvrage clef du pédagogue Paulo Freire, père de l'éducation conscientisante dont les concepts furent développés au fur et mesure d'expériences de terrain entamées dès la fin des années 40 dans la région pauvre du nord brésilien. On y trouve les fondements de la participation communautaire.

2) Illich (I), Libérer l'avenir, Ed. du Seuil, coll. " Points ", Paris, 1971, 187 p.

Prêtre d'origine autrichienne, co-fondateur du Centre interculturel de documentation de Cuernavaca (Mexique). Il entreprend dans cette ouvrage une critique radicale des institutions et des mythes sociaux qui empêche l'individu de développer son esprit critique et de se réapproprier son devenir.

3) Illich (I), Némésis médicale – L'expropriation de la santé, Ed. du Seuil, coll. " Points ", Paris, 1975, 207 p.

Dans cette ouvrage, Ivan Illich dénonce la " médicalisation " à outrance de la société qui conduit les individus à une perte d'autonomie au sein de la société, entraînant par là-même l'émergence de comportements morbides.

4) Van Vlaenderen (J), Méthodologie de recherche en santé communautaire, notes de cours, 1997-1998, 20 p.

Ces notes balayent les origines du concept de santé communautaire et définissent notamment les notions de communauté et de participation. Elles proposent aussi les éléments de méthodologie et de recherche en santé communautaire.

5) Rapport d'activité concernant le projet : " Création d'un observatoire de santé communautaire à Anderlecht (Cureghem) ", 1994-1995, 82 p.

Ce rapport décrit la mise en œuvre d'un " observatoire de santé communautaire " dans un quartier bruxellois en crise. Cet observatoire constitue l'outil utilisé pour la réalisation du diagnostic communautaire. On insiste beaucoup ici sur la participation des habitants, considéré à la fois comme moyen et finalité de ce programme de développement social de

quartier (D.S.Q), initié à la demande de la commune d'Anderlecht.

6) Pineault (R) et Daveluy (C), La planification de santé – concepts, méthodes, stratégies, Editions Nouvelles, Québec, 480 p.

Véritable vade-mecum des tenants et aboutissants d'une démarche de planification adaptée à la santé communautaire. Les auteurs passent en revue les différentes étapes des processus servant à planifier des actions de santé publique, des services ou des ressources sanitaires. La phase du diagnostic, qui occupe une large part, est ici présentée sous la forme d'une " étude des besoins ".

7) S.N., Santé et développement social urbain – outils et méthodes, document réalisé Gres 31 et Santé et communication, édité par la délégation interministérielle à la ville et au développement social urbain, Paris, 29 p.

Outil de travail et de réflexion sur la notion de santé envisagée comme facteur d'insertion. Ce document français, réalisé à la demande de la Délégation interministérielle à la ville (DIV), met en évidence la pertinence des démarches communautaires dans des processus de développement social urbain complexes par nature.

8) Burquel (C), Lambrechts (Y), Thomas (N) et Van Tichelen (B), Le diagnostic communautaire, outil pour une expérience de promotion de la santé mentale, Les Cahiers de la santé de la commission communautaire française, n° 7, 1998, 41 p.

Ce document présente une expérience de santé mentale communautaire menée sur deux quartiers bruxellois dont la population est la plus touchée par la récession économique. Il passe en revue le cadre théorique de référence, les objectifs et étapes du projet, le diagnostic communautaire, la constitution d'un groupe de pilotage et le lancement de l'action en promotion de santé mentale communautaire.

9) Lamoureux (H), Lavoie (J), Mayer (R) et Panet-Raymond (J), La pratique de l'action communautaire, Presses de l'Université du Québec, 1996, 436 p.

Cet ouvrage vise à transmettre l'expérience cumulée des quatre auteurs qui ont derrière eux près de quarante ans d'action communautaire au Québec. Il situe dans un contexte historique et éthique les pratiques de l'action communautaire. Il présente également une

réflexion critique sur ces pratiques et aborde les défis qui se posent en cette période de remise en question de nombreux acquis sociaux.

10) Schapman (S), La démarche communautaire – Analyse de pratiques, Société française de santé publique, 1999, 147 p.

Etude théorique et pratique qui replace la participation au centre de la démarche de santé communautaire. Histoire de démontrer qu'elle ne se décrète pas de manière arbitraire mais qu'elle nécessite, en effet, un certains nombres de conditions et de pratiques professionnelles et institutionnelles.

11) S.N., Regards croisés – Diagnostic-santé de cinq villes du Val d'Oise Est, édité par Santé et communication, 1995, 11 p.

Rapport détaillant un diagnostic santé réalisé par Santé et communication en 1994, dans cinq communes de la banlieue parisienne. Ce qui permet à cet organisme de démontrer l'importance de la " transversalité ", soit la dynamique de participation entre habitants, professionnels et institutions.

12) Dumas (B), Séguier (M), Construire des actions collectives – Développer les solidarités, coll. " Comprendre la société ", éd. Chronique sociale, 1997, 226 p.

Centré sur les actions de développement social local, cette étude, très influencée par les travaux de Paulo Freire, constitue une approche méthodologique des démarches collectives, avec une attention toute particulière qui se porte sur les actions de conscientisation des acteurs et la mobilisation de ceux-ci.

13) Bertolotto (F), Joubert (M), Arène (M), Bixi (O), Fatras (J-Y), Ville et santé, éd. CFES, coll. " La santé en action ", 1995, 269 p.

Guide pédagogique à l'usage des professionnels. Les auteurs y détaillent les diverses façons d'appréhender les problématiques sanitaires par rapport aux espaces urbains. Une attention toute particulière est portée sur la nécessité de recréer des espaces de sociabilité au sein des grands ensembles.

14) Morel (J), Moulart (A), Swaelens (C), Vankelegom (B), Laruelle (X), Forest Quartiers

Santé – Programme de santé communautaire, 1997, 96 p.

Document-bilan sur une opération à long terme de promotion de la santé, initiée à Forest par différents partenaires de terrain. Outre la description du travail effectué et un état des lieux après plusieurs années d'activités, ce document trace les pistes du développement ultérieur du programme (période 1997-99).

15) Des réseaux et des hommes, dossier coordonné par Julien Bartoletti, édité par la Fondation pour le progrès de l'homme, n° 92, Paris, juillet 1997, 73 p.

Recueil d'éléments de travail permettant une réflexion sur les conditions d'efficacité des réseaux associatifs et institutionnels. Ce document dresse un inventaire de diverses formes de réseaux qui va bien au-delà du cadre de la santé.

16) Stirling (J), Un préalable à une démarche de santé communautaire : la mobilisation des professionnels et des habitants à Saint-Herblain, dossier in Santé publique, n° 2, juin 1998.

Première synthèse consacrée à une expérience de Développement social de quartier (DSQ) menée à Saint-Herblain (Loire-Atlantique) depuis le début des années 90. L'auteur met l'accent sur les méthodes suivies pour favoriser la mobilisation des professionnels et des habitants.

17) Francq (B) (en collaboration avec Pierart J.), Espace social, recueil des données et rapports d'activités : recommandations pour une démarche intégrée, UCL, Louvain-la-Neuve, mars 2000.

Rapport de synthèse sur diverses expériences de partenariat et de réseaux menées dans les quartiers des Marolles et de Saint-Josse (Bruxelles) au cours de ces dernières années. Nombreux témoignages d'acteurs de terrains confrontés au manque de communication entre les services, les associations, les professionnels et les habitants.

18) Fortin (J-P), Groleau (G), Lemieux (V), O'Neill (M), Lamarche (P), L'action intersectorielle en santé, Université de Laval, juin 1994, 44 p.

Synthèse d'une recherche consacrée à l'action intersectorielle. Elle vise à clarifier la

notion d'intersectorialité adaptée au secteur de la santé mais aussi à donner des indications concrètes aux personnes désireuses de s'inscrire dans une telle démarche de participation.

19) Macquet Philippe, La santé au cœur de l'espace local : l'approche communautaire est-elle une réponse adaptée ?, article in La Santé de l'homme, n° 327, janvier/février 1997.

Sans vraiment répondre à la question posée, l'auteur passe en revue les avantages de l'approche communautaire en santé, s'attardant sur l'importance de la mobilisation des acteurs, enjeu d'avenir. " Il y va du sens de l'activité humaine, comme de celui de la santé ", conclut-il.

20) Pissarro (B), Promotion de la santé : et la citoyenneté !?, in Contact santé – Journal de promotion de la santé du Nord-Pas-de-Calais, n° 132, novembre 1998.

Après un bref passage en revue historique du concept de participation, l'auteur met en évidence les caractéristiques d'une approche pédagogique nécessaire à la sensibilisation et à la mobilisation des habitants. Du " faire avec " au " faire pour ".

21) Augoyard (P), Renaud (L), Le concept d' " empowerment " et son application dans quelques programmes de promotion de la santé, in Promotion Education, vol. V/2, juin 1998.

Après un bref aperçu des fondements historiques du concept récent d' " empowerment ", les auteurs examinent les modalités de sa mise en œuvre dans divers programmes de promotion de la santé. Ils insistent notamment sur la dimension dynamique de cette notion qu'on peut traduire par " le pouvoir de dire et d'agir " (Alain Touraine).

22) Collectif, Promouvoir la santé dans la ville, in Bruxelles santé, n° spécial, 1998, 74 p.

Réflexions autour de la concertation, la participation, l'évaluation dans le cadre du concept " Villes-santé ". Une attention toute particulière est portée sur les partenariats intersectoriels et la participation des habitants au sens large. On trouve ici quelques principes directeurs d'une participation qui ne serait pas que symbolique.

23) Percq (P), Les habitants aménageurs, Ed. de l'Aube, La Tour d'Aigues, 1994, 92 p.

Petite manuel de réflexion tonifiant sur la place des habitants dans un environnement social qui est avant tout le leur. Ne sont-ils pas en effet ceux qui inventent la ville au quotidien ? L'auteur met en évidence la difficulté de des pouvoirs publics à reconnaître le rôle des habitants comme acteurs du développement urbain.

24) Ulburghs (J), Pour une pédagogie de l'autogestion – Manuel de l'animateur de base, Ed. Vie ouvrière, Bruxelles, 1980, 230 p.

Ouvrage certes un peu daté mais qui a le mérite, finalement, de montrer les limites d'un processus d'autogestion adapté aux réalités socio-économiques actuelles.

25) Osiek – Parisod (F), " C'est bon pour ta santé ! " - Représentations et pratiques familiales en matière d'éducation à la santé, Service de la recherche sociologique, Cahier n° 31, Genève, 1990, 250 p.

Synthèse exhaustive et réflexions sur des expériences menées auprès de familles de milieux sociaux divers. Cette étude met en valeur les différences notoires de perceptions, de représentations et des attitudes vis-à-vis de la santé et de ses déterminants.

26) Collectif, Les réseaux de santé, revue Prévenir, Cahiers d'étude et de réflexion édité par la coopérative d'édition de la vie mutualiste, Montreuil, deuxième semestre 1994.

Des auteurs divers analysent les multiples formes, les avantages et les inconvénients d'un mode d'organisation en réseau qui, estiment-ils, " répond aux nouveaux besoins sanitaires et sociaux qui se révèlent massivement dans la crise qui traverse notre société. "

27) L'ingénierie des réseaux, rapport provisoire, Direction générale de la santé, ministère de l'Emploi et de la Solidarité, secrétariat d'Etat à la santé et à l'action sociale, Paris, janvier 1999.

Rapport proposant de multiples éléments conducteurs à la pratique du réseau en matière de santé. On y insiste sur les aspects de communication et de négociation entre les acteurs et sur la nécessité de donner au réseau un statut juridique et d'en assurer un fonctionnement efficace.

28) Ouellet (F), Paiement (M), H. Tremblay (P), L'action intersectorielle, un jeu d'équipe, Direction de la santé-publique de Montréal-Centre, 1995.

Outil pédagogique, guide d'intervention axé sur la pratique intersectorielle qu'on distingue ici, volontairement, de la concertation. Les auteurs déterminent cinq étapes censées contribuer à une démarche intersectorielle efficace.

29) Lavoie (J), Panet-Raymond (J), L'Action communautaire – guide de formation populaire.

Ouvrage pédagogique qui propose une description des différentes étapes du processus d'intervention communautaire. L'intervenant est appelé à adapter cet outil méthodologique en fonction des réalités rencontrées sur le terrain. Clair et précis, ce document de synthèse possède également une bibliographie très complète sur le sujet.

30) Sauvage (A), Les habitants, de nouveaux acteurs sociaux, Ed. L'Harmattan, coll. " Villes et entreprises ", Paris, 1992.

Quête urbaine à la recherche de ces nouveaux habitants, de leurs valeurs, de leurs rêves, de leurs ambitions de participer à la transformation d'un habitat qu'il leur est parfois hostile, étranger. Le lecteur entre véritablement dans les sens du quotidien qui émanent de nos établissements urbains.

31) F.C. Turner (J), Le logement est votre affaire, Ed. Du Seuil, Paris, 1979.

Réflexion sur la participation des habitants à l'amélioration de leur habitat. " Lorsque les occupants contrôlent les décisions importantes et ont licence d'apporter leur contribution à la conception, à la construction ou à l'administration de leur habitat, constate l'auteur, tant ce processus que l'environnement qui en résulte, stimulent le bien être individuel et social. "



asbl "Santé, Communauté, Participation"

Adresse :
25 boulevard du Midi
Bte 5 1000 Bruxelles

Tél :
02/514 40 14

Fax :
02/514 40 04

Email :
Sacopar@fmm.be

L'asbl "Santé, Communauté, Participation" a été créée
à l'initiative des asbl Edéco, Educa-Santé,
Fédération des Maisons Médicales et Question Santé.