

Société Française de Santé Publique

Développement social
et Promotion de la Santé
La démarche
communautaire

N° 9

COLLECTION SANTÉ & SOCIÉTÉ

Collection Santé & Société

n° 9

**Développement social
et Promotion de la Santé**

**La démarche
communautaire**

Collection Santé et Société
N° 9, avril 2000

AVANT-PROPOS

La Société Française de Santé Publique mène depuis plusieurs années une réflexion au sein de la Commission Développement social et la Promotion de la Santé animée par Bernard Pissarro, alors vice-président de la Société, et portant sur les relations entre les pratiques communes à ces deux domaines. Un premier document a été publié en 1994 ⁽¹⁾.

Ce texte est la synthèse de deux documents de la Société Française de Santé Publique :

- l'un est l'aboutissement de la poursuite du travail mené par la Commission Développement social et Promotion de la Santé,
- l'autre est le résultat d'une recherche menée au sein de la Société, financée par la Fondation de France, la Délégation interministérielle à la Ville, les Mutuelles de France et le Comité français d'éducation pour la santé, portant sur les approches communautaires en France, certes centrées sur le domaine de la santé, mais non limitées à celui-ci.

Il a pour objectifs de :

- *définir ce que l'on entend par développement social, promotion de la santé et actions communautaires en France, tant du point de vue théorique que pratique ;*
- *identifier les conditions favorables et les résistances à la mise en œuvre d'actions communautaires ;*
- *dégager des propositions pour promouvoir et développer les actions communautaires.*

La coordination générale a été assurée par Bernard Pissarro, président de la Commission Développement social et Promotion de la Santé de la SFSP et Daniel Oberlé, délégué général.

Le travail de recherche a été mené par Sophie Schapman.

Les principaux rédacteurs ont été Sophie Schapman, Véronique Billaud, Marcelle Delour, Frédéric Jésus, Philippe Macquet, Bernard Pissarro et Marc Zamichiei.

Un travail de relecture a été assuré par Anne Laurent-Beq, Isabelle Génovèse, Jean-Jacques Lottin et Brigitte Sandrin-Berthon.

(1) Société Française de Santé Publique. Développement social et santé, Vandœuvre-lès-Nancy : SFSP, 1994 coll. Santé et Société ; 2 : 61 p.

Ont notamment participé aux travaux de la Commission :

Lionel Alix, François Alla, Etienne André, Isabelle Annaheim-Jamet, Pierre Arwidson, Marie-Laure Augeard, Catherine Baclet, Annick Baf, Françoise Ballereau, Yannick Barbançon, Anne-Marie Barbé, Jean-Didier Bardy, Lucette Barthélémy, François Baudier, Alain Beaupin, Marie-Thérèse Bergis-Vanneste, Fernando Bertolotto, Zinna Bessa, Marc Bessin, Pascale Bielakoff, Francine Bigysko, Christian Bodin, Sylvaine Boige-Faure, Monique Bonin, Antoine Bosseau, Georgette Bousquet, Jacques Brice, Denis Bridel, Philippe Brillet, Marc Brodin, Elisabeth Brodsky, Myriam Brun, Marie-George Buffet, René-Pierre Buigues, Christian Bulté, Jean-Claude Callebout, Pascal Capdepon, Isabelle Capek, Roland Cecchi-Tenerini, Chantal Chazal, Marie-Claire Chomel, Hervé Christian, Dominique Claudet, Loïc Cloart, Martine Colette-Cluzeau, Sophie Colle, Jean-François Collin, Patrick Colmann, Jacqueline Conard, A. Coquart, Geneviève Cresson, Annie Cubas, Gérard Dahan, Clara Daviet, François-Paul Debionne, Philippe Decroix, Danièle Defontaine, Marie-Christine Delepine, Eliane Delonihout, Rémi Demillac, Annie Dorchies, Claire Droniou, Jacques Drucker, Henri Dubois, Pierre Dubuisson, F. Dupouet, Jocelyne Duramé, Philippe Durand, Bénédicte Durieux, Bruno Duvivier, Marie Ernoult, Elisabeth Estopina-Gil, Jean-Luc Estournel, Marie Faille, Thérèse Farout, Didier Fassin, Françoise Fassio, Jean-Yves Fatras, N. Ferrière, Brigitte Ferry, Bernard Festy, Christiane Forêt, Nathalie Fouques, Albert Gagnière, Christine Garcin, Mireille Gauthier, Isabelle Gidert, Paulette Goldfarb, Jean-Claude Gorriquer, Brigitte Grateau-Bouyon, Annie Guez, Suzanne Guglielmi, Patrick Guidetti, Anne Guilbert, Pierre Guilbert, Gérard Guillemot, Catherine Guiton, Virginie Halley des Fontaines, Adnan Hamed, Huguette Hannebicque, Martine Henanff, Danièle Henrio, Catherine Herbert, Albert Herskowitz, Muriel Hette, Francine Hirtz-Valantin, Christine Houlné-Binsfeld, Suzanne Illes, Elisabeth Jacob, Annie Jallier, Myriam Jarlan-Trojelli, Danièle Jouanin, Michel Joubert, Jean Julvez, Ph.D. Jürgen Rehm, Eric Kariger, Dominique Kerouedan, Odile Kremp, Louis Kremp, Elisabeth Laporte, Claudine Laridans, Maïté Lassime, Lise Lavillonnière, Antoine Lazarus, Sophie Le Bris, Xavier Le Coutour, Marie-France Le Gal, Myriam Le Sommer Péré, Philippe Lecorps, Benoît Leduc, Françoise Leduc, Malica Lefort, Philippe Leprelle, Brigitte Lerendu, Nicolas Leroux, Chantal Leroy, Pascal Lescieux, Martine Libert, Joseph Licata, Alain Liekens, Claude Lien, Gisèle Mahieu, Samia Mammer, Tonia Marek, Claude Martin, A. Martin, Philippe Martin, Philippe Masotte, Jean-Claude Maupas, Jean-François Maurin, Annie Mentel-Milas, Paul Meyrignac, Alain Million, Fatma Mohamed Cherif, Bernard Montagnon, Jean-Michel Montfort, Pascal Mortelette, Antigone Moutchouris, Daniel Oberlé, Annie Paillet, Anne-Marie Palicot, Jean-Claude Palicot, Patricia Pame, Philippe Paradis, Colette Paul, Gilbert Pérès, Bernard Peter, Mireille Petetin, Jean-Louis Picq, Odile Pierre, Marie-Christine Pinaton, Michèle Pohier, Marie-Claude Ponsard, Pierre Pouwels Arts, Abel Pruvost, Christian Puechlong, Olivier Querouil, Marie Rey, Mohamed Rhimini, Fabienne Ribière, Françoise Riou, Jean-Marie Robine, Claude Rosenberg, Rosenthal, Annick Roussel, Paul Sachet, Michèle Saint, Margaret Salphati, Brigitte Sandrin-Berthon, Françoise Schaezel, Marie-Thérèse Schmidt, Marc Schoene, Michèle Siguier, Marie-Ange Sion, Jacques Soria, Sakho Néné Sow-Camara, Marie-France Szymanek, Laurence Tack, Clotilde Tascon-Mennetrier, Marie-Pierre Tezenas du Montcel, Philippe Thomas, Roselyne Titour, Nicole Tobelem, Alain Tribondeau, Thierry Troussier, Claire Valette, Marc Van de Wynckele, Marc Vandewynckele, Monique Vennin Laird, Armelle Verbist, Claude Verges de Lopez, Jean-Pierre Vignat, Luce Vincent, Michèle Vincenti-Delmas, Rita Waymel, Praline Wendling, Marine Zecca, Denis Zmirou.

Ont contribué à l'appui technique du travail de recherche :

A la retranscription des entretiens :

Fabienne SCHWALLER

A la sélection de l'échantillon :

Christine MAGET

A la revue de la littérature :

François ALLA, Anne LAURENT-BEQ, Cécile LOTHON, Martine PELTIER.

Au recueil et l'analyse des données :

François ALLA.

A toutes les personnes qui ont accepté de participer à un entretien et/ou qui ont fait parvenir des informations sur leurs actions.

Remerciements pour le soutien financier au travail de recherche :

La Fondation de France, la Délégation interministérielle à la Ville, les Mutuelles de France, le Comité français d'éducation pour la santé.

SOMMAIRE

<i>Avant-Propos</i>	p. 2
<i>Abréviations</i>	p. 9
INTRODUCTION	p. 11

PREMIÈRE PARTIE : LES CONCEPTS, UNE AGRÉGATION DE DÉFINITIONS

DÉVELOPPEMENT SOCIAL ET PROMOTION DE LA SANTÉ	p. 17
<i>De l'assistance au développement local</i>	p. 19
Des démarches convergentes	p. 19
<i>Le développement social</i>	p. 19
<i>Santé communautaire et promotion de la santé</i>	p. 21
<i>Les convergences</i>	p. 21
La citoyenneté	p. 23
L'accès aux soins	p. 24
LES FONDEMENTS DU COMMUNAUTAIRE	p. 27
<i>La communauté : une profusion de définitions</i>	p. 30
Le concept	p. 30
La communauté de la démarche communautaire	p. 31
<i>La participation : un même terme pour des réalités différentes</i>	p. 33
Les différents niveaux d'implication des citoyens	p. 34
Les interprétations de la participation	p. 36
<i>La participation en tant que moyen</i>	p. 37
<i>La participation en tant que processus</i>	p. 38
<i>Les modifications des rapports avec la communauté</i>	p. 44
Modification du rapport traditionnel entre les professionnels et la communauté	p. 44
Modification du rapport entre les institutionnels et la communauté	p. 45

DEUXIÈME PARTIE : ANALYSE DE PRATIQUES

MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE SUR SITES	p. 47
<i>Population</i>	p. 50
Critères d'inclusion	p. 50
Critères d'exclusion	p. 50
Recensement des actions	p. 50
Caractérisation des actions retenues	p. 51

<i>Échantillon</i>	p. 53
Sélection de l'échantillon	p. 53
Description des sites	p. 54
<i>Le Fil des Aidants - Argentat</i>	p. 54
<i>Vis avec Nous - Bagneux</i>	p. 55
<i>Echanges Santé - Bourges</i>	p. 56
<i>Atout Santé - Cholet</i>	p. 57
<i>Atelier de Travail Urbain - Grande-Synthe</i>	p. 58
<i>Action-formation-recherche - Soyaux</i>	p. 59
<i>Recueil des données</i>	p. 60
Les informateurs	p. 61
Les données collectées	p. 62
DESCRIPTION DES RÉSULTATS DES SITES VISITÉS	p. 63
<i>Des bases communes</i>	p. 65
Lutte contre l'exclusion par la création de nouvelles solidarités	p. 65
Approche méthodologique : un modèle collectif	p. 67
<i>Des différences entre sites</i>	p. 67
Les initiateurs	p. 68
<i>Une initiative institutionnelle</i>	p. 68
<i>Des initiatives de professionnels</i>	p. 68
<i>Des initiatives d'habitants</i>	p. 69
Les dimensions de l'action collective	p. 70
<i>La participation</i>	p. 70
<i>Les pôles d'action</i>	p. 70
<i>Les orientations de l'action</i>	p. 73
Structuration de l'action	p. 73
Des territoires différents	p. 74
<i>Les acteurs</i>	p. 75
Les habitants	p. 75
<i>Les profils</i>	p. 75
Une typologie	p. 75
Les caractéristiques	p. 75
<i>Les motivations et les modes d'accès au dispositif</i>	p. 76
Les motivations	p. 76
L'accession à la dynamique	p. 78
Les professionnels	p. 78
<i>L'agent de développement : une figure centrale</i>	p. 78
Les profils	p. 79
Les valeurs	p. 80
Les rôles et les modes d'intervention	p. 80
<i>Les professionnels de proximité</i>	p. 84
Les profils	p. 84
Les rôles	p. 84
Les motivations	p. 84
<i>Les professionnels extérieurs</i>	p. 85
Les profils	p. 85
Les rôles	p. 86
Les institutionnels	p. 88
<i>Les profils</i>	p. 88
<i>Les rôles</i>	p. 88

LES MODALITÉS D’ACTION	p. 91
<i>Des éléments à intégrer</i>	p. 94
Les questions à résoudre	p. 94
L'éthique	p. 94
<i>Quelle transparence dans les objectifs ?</i>	p. 95
<i>Les moyens envisagés sont-ils à la mesure des objectifs fixés ?</i>	p. 95
<i>Quelle est la place de la population dans l'action ?</i>	p. 96
Nécessité de renverser les modes de pensée	p. 98
<i>Cadre et modalités de l'action</i>	p. 99
L'accompagnement à l'action	p. 99
Problématiques de la démarche	p. 102
<i>Conditions et moyens en vue de l'autonomie</i>	p. 104
Conditions requises	p. 104
<i>La durée</i>	p. 104
<i>Une convergence minimale de points de vue</i>	p. 105
Les moyens	p. 105
<i>Pas de recettes mais une adaptation nécessaire des moyens</i>	p. 105
<i>Une interrelation complexe des moyens</i>	p. 106
<i>Présentation des moyens</i>	p. 107
Étape relationnelle	p. 107
Étape de conscientisation	p. 108
Étape organisationnelle	p. 112
a) <i>Le projet</i>	p. 112
b) <i>Le processus</i>	p. 116
c) <i>Les procédures</i>	p. 121
Étape d'automatisation	p. 124
 EFFETS ET ENJEUX	 p. 127
<i>Les habitants</i>	p. 130
Les effets collectifs	p. 130
Les effets individuels	p. 130
<i>Les professionnels</i>	p. 132
Les agents de développement	p. 132
Les professionnels de proximité	p. 133
Les professionnels extérieurs	p. 133
<i>Les institutionnels</i>	p. 133
Les élus	p. 133
Les organismes publics	p. 134
 FACTEURS FACILITANTS ET FACTEURS CONTRARIANTS - LE CONTEXTE	 p. 137
<i>Facteurs facilitateurs</i>	p. 140
Un environnement institutionnel favorable	p. 140
Des agents de développement reconnus	p. 140

Des habitants mobilisés	p. 141
Le soutien d'experts extérieurs	p. 141
Des outils adaptés	p. 142
<i>Facteurs contrariants</i>	p. 144
<i>Quelques éléments importants du contexte</i>	p. 150
Le droit	p. 150
<i>Faire respecter le droit</i>	p. 150
<i>Faire évoluer le droit</i>	p. 151
<i>Les politiques</i>	p. 152
Politiques descendantes et politiques ascendantes	p. 152
<i>La politique descendante</i>	p. 152
<i>La politique ascendante</i>	p. 153
Quand la politique descendante favorise l'ascendant	p. 155
CONCLUSION	p. 157
BIBLIOGRAPHIE	p. 163
ANNEXES	p. 175
<i>Annexe 1 : Fiche réponse</i>	p. 177
<i>Annexe 2 : Liste des actions retenues dans notre échantillon</i>	p. 179
<i>Annexe 3 : Caractérisation des actions incluses</i>	p. 182
<i>Annexe 4 : Moyens pour que les habitants deviennent des acteurs</i>	p. 183

Abréviations

A.T.U	Atelier de travail urbain
C.A.F	Caisse d'allocations familiales
C.F.E.S.	Comité français d'éducation pour la santé
C.P.A.M.	Caisse primaire d'assurance maladie
D.I.V.	Délégation interministérielle à la ville
D.D.A.S.S.	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
D.R.A.S.S.	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
D.S.Q.	Développement social des quartiers
D.S.U.	Développement social urbain
M.S.A.	Mutualité sociale agricole
P.E.P.S.	Programme de promotion et d'éducation en santé
S.F.S.P.	Société française de santé publique
Z.E.P.	Zone d'éducation prioritaire

Introduction

Au fil des ans, que cela soit dans le champ du travail social, de la santé ou de la politique de la ville, les institutions et les professionnels ne cessent de mettre en avant l'intérêt de la participation et des actions communautaires, tant comme principe éthique que comme moyen efficace pour améliorer les résultats et assurer la pérennité des actions.

La participation de la communauté est devenue le point central de la stratégie des organisations internationales et plus particulièrement de l'Organisation mondiale de la santé. Les déclarations se sont succédées.

- La déclaration d'Alma-Ata (12 septembre 1978) évoquait le droit et le devoir de participer individuellement et collectivement à la planification et à la mise en œuvre des mesures de protection sanitaire qui leur sont destinées.
- La Charte d'Ottawa (21 novembre 1986), quant à elle, préconisait la participation effective et concrète de la communauté à la définition des priorités, à la prise de décisions, à l'élaboration et à la mise en œuvre des stratégies de planification en vue d'atteindre une meilleure santé. Elle insistait sur l'importance de considérer les communautés comme capables de prendre en main leurs destinées et d'assumer la responsabilisation de leurs actions.
- La déclaration de Sundswall sur les milieux favorables à la santé (9-15 juin 1991) appuyait sur la dimension politique, qui oblige les gouvernements à garantir une participation démocratique à la prise des décisions et à la décentralisation des responsabilités et des ressources.

La déclaration de Caracas (novembre 1991) considérait que le renforcement des dynamiques sociales internes aux quartiers en difficulté est une condition nécessaire à la participation des populations. Pour qu'il y ait une participation véritable des populations des quartiers d'habitat précaire, il faut qu'il y ait contrôle par les habitants eux-mêmes du processus de production et de réalisation de projets.

En France, la participation des habitants apparaît aujourd'hui comme l'une des modalités essentielles de mise en œuvre de la politique de la ville, à travers l'élaboration et la signature des contrats de ville (2000).

Toutefois, bien que la participation des habitants soit recherchée, sa mise en pratique est parfois difficile. « Lorsqu'ils parlent de participation des habitants, les différents acteurs de la politique de la ville sont en général d'accord pour énoncer un objectif

et constater un échec »⁽²⁾. En effet, « *faire travailler ensemble l'Etat, une région, une ville, un office HLM, c'est une lourdeur administrative effrayante. Et puis, trop de fonctionnaires veulent faire le bonheur des habitants sans eux. Nous manquons de démocratie locale. On ne réussira rien dans ces quartiers sans associer les habitants à l'action publique. Quand ils deviennent des acteurs plutôt que les objets de la politique de la ville, ça marche. (...) Cette demande d'un contre-pouvoir est très forte. Les classes populaires n'ont peut-être plus la capacité de changer le monde. Elles gardent cependant leur désir de changer leur petit monde* »⁽³⁾.

L'approche communautaire, comme le souligne Bass, ne se décrète pas⁽⁴⁾. Elle suppose un certain nombre de conditions de « pré-requis », de pratiques professionnelles et institutionnelles qui vont créer des conditions favorables à de telles actions.

Par ailleurs, de multiples discours et pratiques font référence de manière explicite ou non à la participation et à la démarche communautaire sans pour autant que soient clairement identifiés un cadre conceptuel et des références communes⁽⁵⁾. Les acteurs de la promotion de la santé ou du développement social admettent que l'action communautaire – et plus particulièrement la participation – est un élément fondamental de développement, mais que ses conditions de réalisation restent difficiles à cerner, ceci d'autant plus que les définitions utilisées renvoient, en fonction des contextes socio-politiques ou des disciplines, à de nombreuses formes de la communauté et de la participation. Or le soutien et le succès de la démarche communautaire supposent également une définition claire des concepts et une analyse de l'adaptation de ceux-ci au contexte socio-économique et aux fonctionnements institutionnels et politiques dans lesquels ils s'inscrivent.

Même si notre culture et nos institutions ne favorisent en apparence pas, comme dans d'autres pays (Amérique du Sud, Québec, ...), les actions communautaires, nous avons pu observer qu'il existait malgré tout une multitude d'actions qui s'inscrivaient dans ce type de démarches. Toutefois, elles ne sont ni suffisamment connues, ni suffisamment reconnues par ceux qui pourraient les soutenir. Elles apportent une possibilité supplémentaire d'agir dans l'ensemble des approches de santé publique. En cela, elles méritent donc d'être analysées afin d'être mieux comprises et de faire évoluer les mentalités.

(2) RIVET G., et al. *Initiatives d'habitants, le Fonds en faveur des Initiatives Locales : une expérimentation dans dix quartiers populaires*. Paris : Fondation de France, 1997 : 90 p. + annexes.

(3) JAZOULI A., interview dans le *Nouvel Observateur*, mai-juin 1996 In : Bastard A. *De la relégation à la participation active des habitants sur le quartier : étude d'un processus d'autonomisation*. [Mémoire de DESS Gestion de l'emploi et développement social d'entreprise]. Paris : IEP, 1996 : 93p.

(4) BASS M. *Promouvoir la santé*. Paris : L'harmattan, 1994.

(5) CORPET O., *Analyse des écarts entre les discours et les réalités dans les domaines de la participation et de l'autogestion : nouvelles approches de l'expertise et de l'intervention*. Paris : CICRA, 1984. [document dactylographié]

PROLONGEMENT ET ÉLARGISSEMENT D'UNE RÉFLEXION SUR LA DÉMARCHE COMMUNAUTAIRE EN FRANCE

Ce travail se situe dans le prolongement direct d'un mouvement réflexif entamé au début des années 90 sur le thème de la démarche communautaire par différents acteurs sanitaires et sociaux français tels que la Société Française de Santé Publique, la Fondation de France, la Délégation Interministérielle à la Ville, le Comité Français d'Education pour la Santé, l'Ecole de Santé Publique de Nancy...

En effet, en 1991, la Société Française de Santé Publique mettait en place une commission intitulée « Développement Social et Santé » présidée par le professeur Bernard Pissarro. L'objectif poursuivi était le suivant :

« créer un lieu de réflexion et d'aide à la décision sur les problématiques relatives à :

- l'articulation entre la santé communautaire et le développement ;
- la participation des groupes de population aux actions ;
- le rôle des professionnels impliqués dans des actions communautaires ;
- les méthodes sous-tendant les approches communautaires. »⁽⁶⁾

Cette commission a organisé plusieurs échanges entre les différents acteurs français impliqués sur le terrain dans des actions communautaires et a dressé le constat de manques de références théoriques et pratiques sur la démarche communautaire en France. Aussi, en 1993, un premier ouvrage, édité dans la collection Santé et Société, a permis de situer de manière générale la place de la santé dans les politiques de développement social, le rôle du diagnostic, de l'évaluation et la place des professionnels dans les dispositifs de développement social existant.

Parallèlement, en 1993, constatant à la suite des pouvoirs publics des carences dans la mise en place de la politique de la ville sur la question de la participation des habitants, la Fondation de France, la Caisse des dépôts et consignations et le Fonds d'action sociale en faveur des travailleurs immigrés et de leurs familles décident de mettre en place un dispositif expérimental visant à développer une citoyenneté en actes. Les deux principaux objectifs du Fonds en faveur des initiatives locales (FIL)⁽⁷⁾ étaient les suivants :

- expérimenter dans dix quartiers de nouvelles formes de soutien aux habitants pour favoriser l'émergence d'initiatives ;
- tirer les enseignements de cette expérimentation afin de les partager.

En 1994, le séminaire organisé par le Comité Départemental d'Education pour la Santé du Doubs, le Comité Français d'Education pour la Santé, la commission des

(6) Sous la direction de Pissarro B. et al., *Développement social et santé*, Collection Santé et Société, SFSP, Nancy, 2^e trimestre 1994.

(7) RIVET G. et al. *Initiatives d'habitants, le Fonds en faveur des Initiatives Locales : une expérimentation dans dix quartiers populaires*. Paris : Fondation de France, 1997 : 90 p. + annexes.

Communautés européennes, et le ministère du Travail et des Affaires Sociales sur le thème « santé et publics démunis en Europe » proposait aux acteurs de terrain cette recommandation : « *Se donner les moyens de faire remonter aux décideurs les besoins des populations et les dysfonctionnements en termes d'organisation des soins et des systèmes de santé* ». (8)

Les recommandations aux décideurs étaient entre autres de « *soutenir les programmes qui présentent les caractéristiques suivantes : la pluriannualité, la prise en compte de la diversité et des particularités locales, l'évaluation qualitative des actions, la participation de la population* ». (9)

La commission Développement social et santé de la SFSP continuait son travail de réflexion et, parallèlement, en 1995, la SFSP organisait en collaboration avec la Fondation de France, le Prix de santé communautaire. Cette récompense a permis d'examiner une cinquantaine de dossiers présentant des actions communautaires françaises dans le domaine de la santé. Cette expérience a mis à jour le problème du manque de visibilité et de valorisation de ces actions. En effet, les promoteurs de ce type de démarches publient peu et ceci contribue à freiner :

- les échanges d'expériences ;
- l'éclosion d'enseignements à partir de ces expériences (positives ou négatives) ;
- l'exploration du champ des interrogations ;
- le développement d'expériences innovantes.

On constatait en particulier que le terme communautaire était quelque peu galvaudé et rassemblait des actions très diverses tant dans leurs objectifs et leurs méthodes que dans la place laissée aux habitants. L'analyse des rapports d'activité a en effet montré la méconnaissance du concept de santé communautaire et son manque d'application concret (10).

Toutefois, on pouvait noter que la réussite et la qualité de quelques actions de ce type prouvaient que la démarche communautaire était possible et qu'elle pouvait être encouragée.

En résumé, l'ensemble de ces réflexions et expériences a montré que :

1 - Les concepts de la démarche communautaire, ainsi que les référentiels et les contenus des actions communautaires entreprises sont variés, hétérogènes et ambigus ;

(8) Séminaire « Santé et publics démunis en Europe » Paris : CFES, 1995.

(9) *id.*

(10) ALLA F. *Santé communautaire, concepts et questions*. Nancy : Ecole de santé publique, 1997 : 20 p. (non publié).

- 2 - Les actions communautaires sont souvent écartées au profit d'autres modes d'approches jugés plus rapides et plus efficaces ;
- 3 - L'évaluation de ce type d'action fait défaut ;
- 4 - La réflexion sur l'approche communautaire ne peut se limiter au champ de la santé. Elle interroge aussi la politique de la ville, le développement social, le travail social, etc. ;
- 5 - Les actions communautaires sont peu visibles et peu valorisées.

Ces constats nous ont incités à nous interroger d'une part, sur le ou les cadres conceptuels et techniques des actions communautaires en France et d'autre part, sur la nature des freins et des éléments facilitant la mise en œuvre de ces actions, et à formuler les hypothèses suivantes :

- Les termes de « communautaire » et « d'action communautaire » ne recouvrent pas le même sens pour les différents acteurs impliqués ;
- Une phase préalable de réflexion sur les pratiques professionnelles est essentielle pour initier et soutenir les initiatives d'une communauté.

La Société Française de Santé Publique a donc souhaité approfondir la réflexion sur la démarche communautaire préalablement entreprise, dans le but de favoriser en France le développement et la valorisation d'actions en relevant, avec le soutien financier de la Fondation de France, de la Délégation Interministérielle à la Ville, et des Mutuelles de France, et le soutien technique de l'École de Santé Publique de Nancy, la Fédération Nationale de la Mutualité Française et le CFES. La recherche qu'elle a menée à partir d'une **étude bibliographique sur les concepts** et d'une **analyse des pratiques communautaires entreprises sur le territoire français** constitue un prolongement et un élargissement des différents travaux exposés précédemment. Il s'agit d'élargir le champ d'interrogations en définissant plus clairement **les difficultés, les enjeux et les éléments adjuvants et contrariants d'une démarche communautaire**, et ceci **à partir d'exemples concrets**.

Il convient donc de tenter de répondre aux questions suivantes :

1 - Comment se pratique l'approche communautaire en France ?

2 - Quels sont les éléments facilitants et les freins à la mise en œuvre des actions communautaires ?

Dans un premier temps, après avoir précisé les concepts de Santé, de Promotion de la santé et de Développement social qui sous-tendent ce travail, nous présenterons donc les définitions de la démarche communautaire telles qu'elles apparaissent dans la littérature.

Dans un second temps, nous exposerons les résultats d'une étude qualitative menée sur six actions communautaires françaises, centrée sur les interrogations suivantes :

- Comment les acteurs (habitants, professionnels, institutionnels) appréhendent-ils la démarche communautaire ? Quel(s) est (sont) leur(s) référentiel(s) théorique(s) et pratique(s) (concepts, méthodes mises en œuvre) ?
- Comment se traduit l'action communautaire en pratique ?
- Quels sont les acteurs impliqués dans les actions communautaires et quels sont leurs rôles ?
- Quel est l'univers de contraintes auquel sont soumis les acteurs impliqués dans les actions communautaires ?
- Quels sont les enjeux, les attentes et les effets des actions communautaires pour les différents acteurs impliqués ?

Un comité de pilotage ⁽¹¹⁾ a été constitué afin de valider et suivre les différentes phases de cette recherche.

(11) Le comité de pilotage était constitué des personnalités suivantes : François Alla, Ecole de Santé Publique de Nancy ; Valérie Anderreg, Fondation de France ; Béatrice Caron, Fédération Nationale de la Mutualité Française ; Capucine France, Fondation de France ; Bernard Pissarro, Commission « Santé et développement social », Société Française de Santé Publique ; Catherine Richard, Délégation Interministérielle à la Ville ; Marc Zamichiei, Mutuelles de France.

PREMIÈRE PARTIE :
LES CONCEPTS,
UNE AGRÉGATION
DE DÉFINITIONS

Développement social
et promotion de la santé

Les politiques d'assistance issues de la charité se sont professionnalisées sous l'impulsion des politiques et des industriels. À côté des courants humanistes, le dix-neuvième siècle a vu se développer un paternalisme plus soucieux d'ordre social et d'efficacité des travailleurs que de philanthropie. Le vingtième siècle a vu dans un certain nombre de pays la généralisation d'un dispositif d'assurances sociales collectives et anonymes en même temps que se créait ou se développait une fracture sociale, aboutissant à la marginalisation de groupes de population de plus en plus importants. Et les politiques d'assistance mises en place ne produisent finalement que ce pour quoi elles sont conçues : des assistés. Mais dans bien des pays, le sous-développement est tel que ces dispositifs ne sont qu'à peine ébauchés. Quoi qu'il en soit, dans les deux types de situation, les problèmes de santé sont très importants pour les populations concernées.

La santé est une des composantes essentielles des processus de développement : « le droit à la santé doit être entendu en termes de couverture sociale, mais aussi en termes de possibilités individuelles de prise en charge de la santé, d'accès culturel à la santé, d'adaptation, de l'éducation à la santé et d'ouverture au système de soins »⁽¹²⁾. Il va de soi que ce droit à la santé ne saurait se limiter au droit aux soins. On peut rapprocher de cette conception de la santé la définition qu'en donne la charte d'Ottawa :

Promotion de la Santé

Ensemble des processus qui permettent aux gens, individuellement et collectivement, d'augmenter leur contrôle sur leur santé et sur ses déterminants, et d'améliorer celle-ci.⁽¹³⁾

« La santé est donc perçue comme une ressource quotidienne, et non comme le but de la vie ; il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles. Ainsi donc, la Promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire : elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être. »⁽¹⁴⁾.

De l'assistance au développement local

DES DÉMARCHES CONVERGENTES

Le développement social

C'est avec les années 60 et le travail de Paolo Freire au Brésil sur la conscientisation que se profilent des perspectives de développement dans lesquelles les gens sont acteurs. Né

(12) Délégation Interministérielle à la Ville, Dossier Ressource pour les Contrats de Ville du XI^e plan, Paris, mai 1993.

(13) ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA, ASSOCIATION CANADIENNE DE SANTÉ PUBLIQUE. – Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé : une conférence internationale pour la promotion de la santé, vers une nouvelle santé publique, 17-21 novembre 1986. - Ottawa : s.n., 1986. - (2p.)

(14) *id.*

dans le monde rural, le développement social concerne sur un territoire « tout l'homme et tous les hommes ». Il s'inscrit dans une perspective de changement social.

Les schémas de pensée selon lesquels à chaque problème correspond une solution sont remis en cause par la complexité des situations. Quand toutes les situations interagissent, les problèmes de santé sont intimement intriqués à ceux du logement, au manque de travail et à la pauvreté. Ils se traduisent en termes de santé mentale et de violence, et les réponses traditionnelles sont dépassées.

*« Qu'il s'agisse des pays en développement ou des pays dits industrialisés, l'analyse des situations et des problèmes de développement (local, régional institutionnel,..) fait apparaître de plus en plus que le développement d'une collectivité ne peut résulter **seulement de la volonté et des programmes des planificateurs.** [...] »*

***Dans cette perspective, les actions contribuant au développement seraient celles qui accroîtront 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.** »* ⁽¹⁵⁾

Le développement a été longtemps dominé par le modèle économique, mais il essaie depuis une vingtaine d'années de se centrer sur l'homme : « On ne développe pas l'homme : il ne se développe que par lui-même [...] C'est par ce qu'il fait qu'il se développe ; il se développe par lui-même [...], par ses propres décisions, en comprenant mieux ce qu'il fait et les raisons pour lesquelles il le fait [...], en augmentant ses connaissances et ses capacités et en participant entièrement lui-même, sur un pied d'égalité avec les autres, à la vie de la communauté au sein de laquelle il vit. » ⁽¹⁶⁾

C'est donc « un processus global [...] de caractère essentiellement endogène, [...] exigeant la participation active des individus et des groupes qui en sont les sujets et les bénéficiaires. » ⁽¹⁷⁾ Autrement dit, c'est le « processus par lequel les structures sociales et leur contenu culturel tendent à élargir la satisfaction des besoins humains de tous ordres dont sont porteurs les membres du groupe social considéré, selon le projet qu'ils expriment et dont ils maîtrisent la réalisation. » ⁽¹⁸⁾

Dans une première période, cette approche « conscientisante », impliquant la participation active des habitants d'un **territoire** ⁽¹⁹⁾, fut vécue par beaucoup comme mar-

(15) LEBOTERF (G.), LESSARD (P.) : L'ingénierie des projets de développement – Gestion participative et développement institutionnel, Ed. Paideia, 1987. – 178 p. Pages 9 et 10.

(16) NYERERE (J). – Freedom and développement. – Dar es Salam -Oxford University Press, 1973. 60 p.

(17) MISSOTTE (P.). – « 1960-1990 : trois décennies pour le développement des peuples ». – Document établi à partir d'une « Etude en profondeur et évolution du concept de développement » UNESCO, 1987.

(18) COLIN (R.). Modélisation des systèmes socioculturels et développement social. In : L'approche systémique dans le social –. *Revue Traces* –. ITSRS, Montrouge, 1993.

(19) Dans ce texte, nous faisons référence au quartier, à la ville, mais c'est toujours de territoire qu'il s'agit. Cf. p. 49.

quée idéologiquement à gauche. Depuis quelques années, elle a commencé à faire ses preuves comme étant le moyen le plus efficace pour permettre aux habitants – et en particulier aux plus démunis et aux plus isolés d’entre eux – de sortir petit à petit de la spirale descendante dans laquelle ils sont trop souvent enfermés, et, en s’inscrivant comme acteurs à part entière, comme auteurs des projets qui les concernent, de commencer à (re)trouver leur dignité.

Santé communautaire et promotion de la santé

La notion de santé communautaire est apparue dans le courant des années 70. Au début, elle n’était qu’une application des méthodes de la santé publique à l’échelon de collectivités locales, de « communautés »⁽²⁰⁾. Progressivement, en même temps que se développait le concept de promotion de la santé pour arriver à la définition qu’en donne la charte d’Ottawa⁽²¹⁾, apparaissait *l’importance primordiale de la place des habitants comme acteurs de leur santé*, aussi bien dans l’organisation des soins que dans l’élaboration de projets de santé. Et on a pu proposer de parler plutôt d’action(s) communautaire(s) en santé⁽²²⁾.

Même aujourd’hui, les mots gardent une certaine ambiguïté : la place des habitants n’est pas toujours franchement affirmée dans certains projets qui se réclament de la santé communautaire, et le terme même de communauté peut renvoyer à certaines approches « communautaristes », avec les dérives que cela pourrait comporter⁽²³⁾. Quant à la promotion de la santé, elle est souvent confondue avec l’éducation pour la santé (alors que celle-ci peut être organisée en dehors des principes de promotion de la santé, et qu’inversement, le champ de la promotion de la santé ne saurait se limiter à l’éducation pour la santé). Quoiqu’il en soit, ***nous utiliserons ici les termes de Promotion de la santé et de Santé communautaire dans le sens qui donne la plus grande place aux habitants.***

La différence entre les deux concepts de santé communautaire et de promotion de la santé n’est pas très grande : elle tient surtout au fait que la santé communautaire concerne toujours des groupes de populations, alors que la promotion de la santé peut concerner des individus.

Les convergences

La promotion de la santé partage avec le développement des objectifs communs tels que permettre aux hommes et aux femmes d’un territoire de mieux maîtriser leurs

(20) MONNIER (J.), Deschamps (J.P.), Fabry (J.) Santé publique, Santé de la Communauté. SIME Ed. 1980.

(21) *Op. cit.*

(22) PAME (P.) Apport d’une théorie de la complexité à l’action communautaire en santé. – Thèse pour le Doctorat en Médecine, Paris Saint Antoine 1992.

(23) Voir : La communauté : une profusion de définitions (p. 30 et suiv.).

conditions de vie, et leur offrir l'opportunité d'être acteurs de leur devenir. Elle interpelle les institutions dans leurs fonctionnements, et elle dérange bien souvent.

L'approche communautaire de la santé, la promotion de la santé constituent une porte d'entrée vers le développement puisqu'elles s'appuient sur les potentialités d'une population pour permettre aux personnes de maîtriser leur santé et ses déterminants : dans une démarche communautaire, les professionnels, les élus, voire les habitants, se placent d'emblée devant des questions de santé dans une perspective de développement social. Les liens avec le social, l'économique, le culturel se situent dans une globalité qui ne privilégie pas la causalité, mais l'interface et les interrelations. Dès lors, la prise en compte d'un problème de santé identifié avec et par les intéressés n'est pas forcément (ou ne reste pas forcément) l'objectif premier. Il arrive souvent qu'il ne soit pris en compte que plus tard, après qu'ait pu émerger une dynamique communautaire. Celle-ci va certes permettre d'affronter les questions du champ de la santé, mais aussi – et souvent d'abord – celles du champ du développement social, économique, humain. Ainsi, dans un quartier, parti sur des problèmes d'accès aux soins, un projet a d'abord porté sur l'environnement et le logement avant de revenir à l'aide aux toxicomanes du quartier.

Mais d'abord, de quelle conception de la santé s'agit-il ? Lors du 2^e Congrès des médecins inspecteurs de la santé (Lille - 1989), le concept suivant avait été avancé : *« la santé pour l'individu est un tout. C'est l'épanouissement du corps, la libération de la parole, la réussite de la vie relationnelle et la dynamique d'insertion »* (24).

En fait, les représentations de la santé varient beaucoup d'un quartier à l'autre, d'un groupe d'habitants à l'autre : si le champ de la santé peut varier considérablement, tel problème peut être situé de diverses manières. Ainsi, « l'usage de drogues » dans un quartier peut concerner les produits illicites, mais aussi l'alcool ou les médicaments. Il peut s'inscrire dans un projet étiqueté aussi bien santé que sécurité, ou économie parallèle. Le plus souvent, la santé est appréhendée par les groupes dans son sens le plus large de qualité de vie et de bien-être. C'est en ce sens que l'accompagnement d'une réflexion sur les relations parent-enfant ou sur l'amélioration du cadre de vie se situent dans le champ de la santé.

« Il est cependant essentiel de faire attention à ce que "santé" ne se traduise pas par "médicalisation" avec un risque sérieux de vouloir "traiter", de façon monofactorielle et en suivant des directives d'experts, alors que la solution passe obligatoirement par la participation active, à tous les stades de l'élaboration des projets, de la population, des habitants » (25).

(24) MAISON RÉGIONALE DE PROMOTION DE LA SANTÉ. – Développement social : la santé aussi !!! – Lille : M.R.P.S., 1994.

(25) SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE SANTE PUBLIQUE. – Développement social et santé. – Nancy : S.F.S.P., 1994 coll. Santé et société ; 2 : 61 p.

C'est pourquoi les actions de santé communautaire ne peuvent se concevoir *a priori* et indépendamment du cadre dans lequel elles s'insèrent. « Par action communautaire, j'entends l'action qui est le fruit de l'initiative et de l'effort synergique des membres d'une communauté, en vue d'objectifs correspondants aux intérêts du développement global de celle-ci. Seule, une action n'est pas le développement. Elle est un moment du développement » (26).

Dans tous les cas, la santé n'est pas considérée comme un but en soi, mais comme une ressource à développer pour agir, se sentir bien, aimer et vivre en harmonie avec son entourage.

La santé communautaire s'enracine dans l'action, parce que « c'est dans l'action qu'une communauté [...] acquiert ses propres caractères, qu'elle existe. » (27) Par l'action, les personnes développent leurs capacités et en acquièrent de nouvelles. C'est ainsi que peuvent se greffer des processus de formation, en fonction des demandes des acteurs (habitants et professionnels). La formalisation des outils s'adapte aux besoins et se construit avec les intéressés.

Enfin, les actions de santé communautaire ne prennent tout leur sens que dans la mesure où elles impliquent des **communautés, groupes d'habitants en relation avec d'autres sur leur lieu de vie**. Ces communautés doivent pouvoir échanger leurs expériences au sein de réseaux ouverts. De cet enrichissement mutuel pourront naître d'autres actions de santé, impliquant ainsi une plus large part de la population.

La citoyenneté

« La nouvelle citoyenneté peut être définie, pour chaque individu et pour chaque groupe social, comme possibilité (comme droit) de connaître et maîtriser (personnellement et collectivement) ses conditions d'existence (matérielles et intellectuelles), et cela en même temps comme acteur politique, comme producteur et comme citoyen-usager-consommateur, dans son lieu de résidence, dans sa cité et sa région, dans ses activités professionnelles comme dans ses domaines du non-travail, mais aussi dans sa nation et dans le monde ». (28)

Si la citoyenneté c'est « le droit d'intervenir qu'une personne peut avoir sur les décisions qui la concernent » (29), être acteur, être auteur de sa vie et de sa santé, c'est être citoyen à part entière.

(26) VARINES (H. de). – L'initiative communautaire. - Paris : Editions W, Editions MNES PARIS 1991. 266 p.

(27) VARINES (H. de) – *Op. cit.*

(28) GROUPE DE NAVARRENX. – Du contrat de citoyenneté (Lefèbvre H.). – Edition Périscope/Syllepse, s.d. (Exploration/Découvertes en terres humaines)

(29) DELARUE (J.M.). – Banlieues en difficulté, la relégation. – Paris : SYROS/Alternatives, 1991.

Mais le citoyen, c'est aussi le membre d'un Etat, considéré sous l'angle de ses droits et devoirs politiques (Petit Larousse Illustré). Or, bien des habitants, surtout parmi les plus en difficulté, n'ont pas accès à leurs droits politiques, soit qu'ils n'en fassent pas usage, soit surtout qu'ils ne puissent en faire usage (habitants d'origine étrangère, mineurs). Leur reconnaissance par les politiques en est rendue plus difficile – sauf s'ils se manifestent par le bruit et la violence, ce qui aggrave les phénomènes de rejet dont ils sont souvent l'objet – et ne permet que difficilement de reconnaître le sens de leur interpellation.

Quoiqu'il en soit, la notion même de citoyenneté évolue, et la définition du groupe de Navarrenx renvoie pratiquement à toutes les composantes qui définissent la place des habitants, que ce soit dans le concept de développement social, ou dans les définitions de la santé communautaire ou de la promotion de la santé.

L'ACCÈS AUX SOINS

L'accès aux soins lui-même peut être une question de citoyenneté : un travail de fond mené avec des groupes d'habitants autour de l'accès aux soins a permis une prise de conscience collective d'un problème qui n'était vécu de prime abord que comme une difficulté individuelle, voire comme une honte. La réflexion commune a déculpabilisé et généré des échanges sur les critères d'appel au médecin, le recours et l'accueil à l'hôpital et elle a permis d'envisager des stratégies où les habitants seraient acteurs de l'amélioration de la situation, au lieu d'attendre l'intercession d'institutionnels (médecins, assistantes sociales) pour faire valoir leurs droits tant sociaux que de citoyens. L'accès aux soins a été ainsi compris dans toute sa dimension de maîtrise de sa santé et sans se limiter à son seul aspect financier.

Même s'il n'est pas toujours formulé et/ou conscient, le besoin de soins est très présent. Dès lors qu'elle redonne une place au soin, une action de santé doit s'intéresser aux deux niveaux que constituent l'offre et la demande.

Quelle place y a-t-il dans les actions pour la souffrance physique et psychologique ? Où peuvent s'exprimer les réticences et les difficultés qui font obstacle à l'accès aux soins ?

Du côté de l'offre :

Le constat est souvent fait d'un usage particulier du système de soins par les populations en situation de précarité.

Faire appel au médecin plutôt que de se rendre à son cabinet, se rendre aux urgences hospitalières plutôt que faire appel à la médecine de ville sont les révélateurs d'une

offre de soins inadaptée et d'un système inaccessible pour des raisons matérielles (la densité médicale dans les quartiers en difficulté est souvent faible) et/ou financières.

S'interroger sur l'offre c'est aussi poser la question de l'accueil. Des médecins libéraux sont parfois mal à l'aise face à des personnes en grande difficulté. Les centres médicaux et hospitaliers ne se font pas toujours accueillants en raison de difficultés réelles ou prétendues liées à la prise en charge administrative.

Du côté de la demande

La demande de soins ne peut se résumer à la demande de services. Quels sont les lieux où l'on peut dire sa crainte d'aller chez le médecin, d'affronter une salle d'attente et d'éventuels regards réprobateurs ? A qui demander des explications pour comprendre, pour choisir un traitement ou une solution pour un proche malade ou handicapé ?

Un autre aspect est la solvabilité de la demande. Les malades n'ont pas toujours les moyens de se soigner, soit que leurs droits aux systèmes de protection sociale ne soient pas ouverts, soit qu'ils ne soient pas respectés (limitation ou difficulté d'accès à l'aide médicale dans certains départements notamment). Mais la mise en place de la Couverture Médicale Universelle (C.M.U.) devrait diminuer en partie ces difficultés. Cependant, en raison des plafonds, les difficultés que vont rencontrer ceux qui ont de très petits revenus et pas de mutuelle sont tout à fait prévisibles.

Redonner sa place au patient

La prise en charge médicale est, en France et dans bien des pays, surtout une affaire de professionnels à laquelle les personnes – dites « patients » – participent passivement. Un certain nombre d'études font ressortir le manque d'efficacité des traitements dès lors qu'ils ne prennent en compte ni le fait que le malade doit être acteur de son traitement, ni ses conditions de vie. Ainsi, en ce qui concerne la tuberculose, l'efficacité du traitement repose à la fois sur l'observance (respect des doses et de la durée), et sur l'amélioration des conditions de vie de la personne. Comment permettre au malade de se soigner et de protéger ses proches s'il n'a pas la possibilité d'acquérir en même temps les moyens d'agir sur son environnement ? Comment prendre en compte la globalité des besoins de la personne et pas seulement son besoin d'antibiotiques ?

Tant que le soin est envisagé comme une « ordonnance » du médecin au patient, le risque de son inefficacité relative reste grand. Comment faire pour que la prise en charge des soins soit d'abord l'affaire de la personne ? Quel partage de savoir et de savoir-faire cela suppose-t-il ?

Les approches communautaires peuvent aider à résoudre ces difficultés en créant des lieux de parole et d'écoute, en prenant en compte la volonté d'une collectivité de s'organiser pour faire valoir ses droits, en organisant la rencontre des professionnels de santé et des usagers hors des structures de soins...

Elles ne sont pas contradictoires avec d'autres approches en santé publique : développement social et promotion de la santé ne remettent pas en cause la nécessité d'intervenir parfois dans l'urgence en privilégiant la technique. Elles sont cependant complémentaires en veillant à réintégrer les éléments qui vont faire du patient une personne capable de jouer un rôle dans les soins, capable aussi de faire valoir ses droits en identifiant et franchissant les obstacles, notamment à l'accès aux soins.

Paroles d'habitants

« Quand on entre dans un groupe où il y a une qualité de l'expression, on ne peut qu'apprendre et être encouragé ».

« Au début, c'était surtout pour sortir de chez soi, et puis je me suis aperçue que ça m'apportait quelque chose, je parle plus. »

« On emmagasine du savoir et des informations, et puis ça entre en résonance avec ce qu'on vit. »

« On a pu passer de sujets bien ciblés et médicaux à la prévention des risques, au bien-être et à la citoyenneté. (...) Au niveau du groupe, les jeunes sont plus motivés pour s'impliquer et s'exposer face à des interlocuteurs qui leur paraissaient inaccessibles auparavant. C'est une avancée en termes de citoyenneté qui a aussi des conséquences en ce qui concerne la santé (démarches, accès aux soins...). »

Les fondements du communautaire

Cette analyse du cadre théorique et technique des actions communautaires françaises s'est faite à partir d'une revue de la littérature scientifique et technique ⁽³⁰⁾.

La démarche communautaire est difficile à définir. P. Pame, dans le domaine de la santé, préfère « *assimiler le concept de « santé communautaire » à un état d'esprit, sorte de rhizome dont les bourgeons et autres racines adventives se nommeraient population prioritaire plutôt que cible, participation de la communauté, partenariat, pluridisciplinarité, partage de savoir, autonomie, réappropriation, médiation sociale, développement social, long terme, durée, implication, éthique, conscientisation...* » ⁽³¹⁾.

Ainsi, les théories et les recherches développées actuellement portent davantage sur chacun des éléments qui composent l'ensemble de la démarche plutôt que **sur une théorie de l'approche communautaire qui, selon B. Goudet, n'existe pas.**

Définir les fondements du communautaire tels qu'ils apparaissent à travers la littérature, nécessite donc de s'intéresser aux éléments qui constituent la démarche : la communauté, la participation, la médiation.

(30) Voir en Annexe I la méthodologie de cette revue de la littérature et la bibliographie.

(31) PAME P. *Apport d'une théorie de la complexité à l'action communautaire*. [Thèse pour le doctorat en médecine] Paris : Faculté de médecine de Saint Antoine, 1992.

La communauté : une profusion de définitions

LE CONCEPT

En premier lieu, la démarche communautaire est décrite comme une remise en cause de l'approche individuelle des problèmes pour lui privilégier une approche collective et globale fondée sur la communauté. Elle renvoie donc au concept de communauté, l'un des plus complexes à définir. En 1955, George Hillery dénombrait 94 définitions de cette notion ⁽³²⁾.

En résumé, la communauté pourrait se définir autour de quatre composantes ⁽³³⁾ :

- **écologique : une concentration de plusieurs individus dans un espace géographique déterminé ;**
- macro-sociale : l'existence d'une structure et d'une organisation sociale partagée dans des domaines décisifs (conseil municipal, organisations...) ;
- **micro-sociale : des relations sociales continues et permanentes entre les groupes et les personnes ;**
- psycho-sociologique : un sentiment d'appartenance groupale, de partage de quelque chose en commun.

Robert Nisbet souligne que « *pour la plupart des sociologues du XIX^e et du XX^e siècle qui l'utilisent, ce concept recouvre tous les types de relations caractérisés à la fois par des liens affectifs étroits, profonds et durables, par un engagement de nature morale et par une adhésion commune à un groupe social. La notion de communauté est fondée sur une conception de l'homme qui envisage celui-ci dans sa totalité plutôt que dans chacun des rôles qu'il peut occuper dans l'ordre social* » ⁽³⁴⁾.

Par ailleurs, les relations communautaires s'opposent, à l'intérieur du même contexte social, aux relations non communautaires fondées soit sur la concurrence ou le conflit, soit sur l'utilité ou le consentement contractuel. De plus, ces liens non communautaires sont anonymes et impersonnels, ils s'opposent donc à l'étroitesse et la nature personnelle des liens communautaires ⁽³⁵⁾.

(32) JEWKES R, MURCOTT A. Meanings of community. *Soc Sci Med* 1996 ; 43 : 555-63.

(33) THOMAS N. Perspectives et méthodologie de diagnostic en santé mentale communautaire. In : *Les politiques sociales*. Bruxelles : Collège International pour l'étude du changement dans les politiques sociales, 1998 : 38-49.

(34) NISBET RA. *La tradition sociologique*, Paris : PUF, 1996.

(35) *Op. cit.*

LA COMMUNAUTÉ DE LA DÉMARCHE COMMUNAUTAIRE

Les textes de référence sur la démarche communautaire donnent de la communauté des définitions relativement pragmatiques. Les relations affectives, l'engagement de nature morale et l'adhésion commune à un groupe social en sont des composantes importantes sans toutefois en être les pivots. Ainsi, l'Organisation Mondiale de la Santé propose la définition suivante : « *Une communauté est un groupe d'individus qui vivent ensemble dans des conditions spécifiques d'organisation et de cohésion sociales. Ces membres sont liés à des degrés variables par des caractéristiques politiques, économiques, sociales et culturelles communes ainsi que par des aspirations et des intérêts identiques, y compris en matière de santé. Les communautés sont de tailles et de profils socio-économiques extrêmement variés, allant de grappes d'exploitations rurales isolées à des villages, des villes et des districts urbains plus structurés* »⁽³⁶⁾. On insiste davantage sur les caractéristiques, les aspirations et les intérêts communs à l'ensemble des membres d'une communauté.

En France, la notion de communauté est peu utilisée. J. Bury remet en cause les processus de réification de la communauté. Selon lui « *il ne s'agit plus d'un ensemble d'individus, mais de la nature des relations que ceux-ci établissent, et de la dynamique de progrès et de développement que ces relations autorisent. La plupart des communautés ne sont, en fait, que potentielles ; au départ il s'agit généralement de groupes dont les relations entre chaque membre sont lâches et résumées par le motif de la présence en un seul lieu. Le groupe ne devient communauté que lorsque certaines circonstances lui permettent de prendre conscience de relations privilégiées entre des membres et du fait que ces relations autorisent des changements sociaux impossibles à réaliser autrement, en d'autres termes lorsque apparaît une "conscience communautaire"* »⁽³⁷⁾. En 1988, le Conseil supérieur du travail social a d'ailleurs rebaptisé le travail social communautaire en « dispositif d'intervention à portée collective ». Goudet définit ces pratiques collectives en travail social de la manière suivante : ce sont « *celles qui abordent le terrain comme un espace social où se confrontent des acteurs et considèrent les destinataires comme des personnes et des groupes dont la liberté d'action se joue dans un champ de contraintes et de ressources structuré par leurs appartenances et leurs références groupales, organisationnelles, institutionnelles* »⁽³⁸⁾. Manciaux et Deschamps considèrent même qu'une communauté peut revêtir des dimensions assez vastes allant jusqu'à la région. Ils soulignent que le terme de communauté tend à remplacer celui de collectivité dans les aspects liés à la santé publique⁽³⁹⁾. L'homogénéité de la communauté est alors relativisée ; on réintroduit l'idée de différenciation sociale interne.

(36) OMS. Alma-Ata 1978. Les soins de santé primaire. Genève : OMS 1986.

(37) BURY J. Education pour la santé, Bruxelles, 1988, In : Pissarro B., Collin J.F., Pame P., Macquet P., Debionne F.P., Coulouma E., et al. *Développement social et santé*. Vandœuvre-lès-Nancy : Société Française de Santé Publique, 1994, 61 p. (Collection Santé et société n° 2).

(38) GOUDET B. Action collective et médiation du travail social. Modélisation et évaluation. Handicaps et inadaptation. *Cah CTNE-RHI 1990*, 49 : 51-64.

(39) MANCIAUX M, DESCHAMPS J.-P. *La santé de la mère et l'enfant*. Paris : Flammarion, 1978.

Selon Fournier et Potvin, la notion de communauté ne prend réellement son sens qu'à travers des actions⁽⁴⁰⁾. La preuve qu'une communauté existe serait sa capacité d'agir de façon coopérative⁽⁴¹⁾.

Bass tient à souligner que l'approche communautaire n'équivaut pas au communautarisme, « *l'idéologie réciproque d'une forme archaïque de retour à la communauté* », s'appuyant sur des critiques de la raison, de l'économisme et de la modernité⁽⁴²⁾. Le « communautaire » de l'approche communautaire de la santé ne signifie pas plus un groupe de population défini par des critères socio-économiques, qu'un groupe de population défini selon des critères culturels. Le communautaire, c'est la force du lien social traditionnel et la force de la raison dans la construction d'une société plus vivable⁽⁴³⁾. L'approche communautaire n'a donc pas pour effet de nier les individualités. La relation individuelle y est, au contraire, complètement intégrée.

Les membres de l'Institut Renaudot et de la branche française du secrétariat européen des pratiques de santé communautaire précisent qu'il est impératif qu'il y ait une (ré)appropriation des projets mis en œuvre pour la communauté par cette dernière. « *Une action de santé sera dite communautaire lorsqu'elle concerne une communauté qui reprend à son compte la problématique engagée, que celle-ci émane d'experts ou non, internes ou externes à la communauté (l'ensemble d'une population d'un quartier, d'une ville, d'un village, des groupes réunis pour un intérêt commun, une situation problématique commune)* »⁽⁴⁴⁾. On reconnaît ainsi à la population une place d'acteur. Définir cette place renvoie à un autre élément constitutif de la démarche communautaire : la participation.

(40) FOURNIER P, POTVIN L, KADDAR M. Participation communautaire et programmes de santé : les fondements du dogme. La participation communautaire : une réponse à un double échec ? *Sci Soc Sante*, 1995, 13 : 39-64.

(41) Madan TN. Community involvement in health policy : socio-structural and dynamic aspects of health beliefs. *Soc Sci Med*, 1987, 25 : 615-20.

(42) BASS M. *Promouvoir la santé*, Paris : L'harmattan, 1994.

(43) *Op. cit.*

(44) *Charte de promotion des pratiques de santé communautaire*. Paris : Institut Théophraste Renaudot, 1998, 14 p.

La participation : un même terme pour des réalités différentes

La démarche communautaire part des difficultés exprimées par une communauté, les considère dans leur complexité et leurs relations et cherche des solutions avec la population ⁽⁴⁵⁾. Elle s'appuie aussi sur les potentialités de celle-ci. La participation de la population aux actions qui la concernent est donc au cœur de cette démarche. Pour De Bauw et *al.*, c'est l'axiome de la démarche communautaire ⁽⁴⁶⁾.

Le lien avec les théories de la promotion de la santé et du développement social est donc particulièrement fort, et la participation communautaire doit être resituée par rapport aux théories du développement et à leur évolution ⁽⁴⁷⁾ : « *Ces dernières ont d'abord cherché à expliquer des phénomènes propres aux pays industrialisés et elles se sont concentrées sur l'interprétation de la croissance économique, créant un amalgame réducteur entre cette notion et celle du développement. Par la suite, les théories du développement, en se faisant plus larges et en incluant comme finalité de ce processus la satisfaction de besoins essentiels, ont abouti à le définir comme un processus endogène orienté et supporté par les individus, les groupes et les communautés* ». Il ne s'agit plus de « faire pour des personnes ou une population mais faire avec elles dans une participation-négociation à tous les niveaux de la démarche » ⁽⁴⁸⁾.

Participation : une réalité complexe

La notion de participation communautaire, comme celle de la communauté, renvoie à une réalité complexe. Brannstrom et *al.* ont analysé un échantillon de 600 articles scientifiques ayant utilisé ces termes durant ces vingt dernières années. A l'issue de ce travail, les auteurs ne sont pas en mesure d'identifier les fondements qui sous-tendent ces concepts ⁽⁴⁹⁾.

(45) DEMARTEAU M. L'éducation pour la santé dans la démarche de santé publique : modèle épidémiologique ou modèle communautaire ? *L'observatoire*, 1994, 3 : 24-21.

(46) DE BAUW C, DE HENAU PA, THOMAS N. Contexte institutionnel et dynamiques locales dans un quartier bruxellois. In : *Les politiques sociales*. Bruxelles : Collège International pour l'étude du changement dans les politiques sociales, 1998, 50-59.

(47) FOURNIER P, POTVIN L, KADDAR M. Participation communautaire et programmes de santé : les fondements du dogme. La participation communautaire : une réponse à un double échec ? *Sci Soc Sante*, 1995, 13 : 39-64.

(48) *Charte de promotion des pratiques de santé communautaire*. Paris : Institut Théophraste Renaudot, 1998, 14 p.

(49) BRANNSTROM IA, PERSSON LAM, WALL SI. Towards a framework for outcome assessment of health intervention. Conceptual and methodological considerations. *Eur J Publ H*, 1985, 4 : 125-30.

Les interprétations de la participation communautaire sont multiples. Elles peuvent recouvrir le sens de coopération jusqu'à celui d'obéissance⁽⁵⁰⁾. Ces différentes lectures de la participation auront une incidence sur les modalités des actions entreprises sur le terrain et plus particulièrement sur la place et le pouvoir laissés à la population dans les programmes. Ces pratiques hétérogènes accroissent encore davantage la confusion générale.

Comme le souligne un groupe de travail de l'OMS, « *il paraît presque réactionnaire aujourd'hui de proposer une stratégie de développement qui ne fasse pas appel à la participation, et les principales étapes de développement – recherche, planification, mise en œuvre, évaluation – ont toutes été réorientées pour les rendre participatives* »⁽⁵¹⁾.

LES DIFFÉRENTS NIVEAUX D'IMPLICATION DES CITOYENS

Etant donné l'imprécision de la notion de participation, il est nécessaire de disposer d'indicateurs définissant au minimum les différents niveaux de participation existants, et leurs caractéristiques. Outre la contribution à la définition de la participation, ces indicateurs devraient aussi permettre d'évaluer les degrés de participation de la population aux actions entreprises. De Conninck propose de recourir à l'usage d'une échelle de pouvoir formalisée par Hance *et al*⁽⁵²⁾. Selon le niveau de pouvoir spécifique du citoyen ordinaire sur la décision, on peut déterminer ses différents niveaux d'implication dans les actions et programmes mis en œuvre.

Les différents niveaux d'implication du citoyen ordinaire

(selon : Hance *et al.*, 1990)

Echelon	Degré de participation
1 ^{er} échelon	Le promoteur agit seul, sans communiquer avec les citoyens
2 ^e échelon	Le promoteur informe les citoyens sans leur demander de se prononcer sur la question
3 ^e échelon	Le promoteur consulte sans réellement tenir compte des commentaires émis
4 ^e échelon	Le promoteur consulte et tient compte des commentaires émis
5 ^e échelon	Le promoteur s'associe à la population pour résoudre le problème
6 ^e échelon	Le promoteur remet entre les mains des citoyens le pouvoir de prendre seuls les décisions appropriées

(50) MADAN TN. Community involvement in health policy : socio-structural and dynamic aspects of health beliefs. *Soc Sci Med* 1987, 25 : 615-20.

(51) OMS. *L'engagement communautaire en faveur du développement sanitaire : un défi pour les services de santé*. Genève : OMS, 1991.

(52) HANCE BJ, CHESS C, SANDMAN TM. *Industry risk communication manual : improving dialog with community* Boca Raton : Lewis Publisher, 1990.

Saul, pour sa part, a établi une typologie de l'action qui comprend quatre étapes caractéristiques : 1/ la détermination d'une problématique, 2/ la considération et l'examen de cette problématique, 3/ la décision et 4/ la gérance de la décision ⁽⁵³⁾. Cette typologie peut, elle aussi, servir d'instrument de détermination et de mesure de la participation à travers l'observation de l'implication de la population à chacun des stades présentés. L'auteur souligne que généralement, dans une action, les phases 3 et 4 sont considérées comme primordiales alors que, selon lui, ce sont en fait les deux premières étapes qui sont capitales. L'examen de la problématique est sûrement la phase la plus importante puisqu'elle est le moment privilégié de débat entre les partenaires concernés. L'OMS propose également la classification de la participation communautaire suivante ⁽⁵⁴⁾ :

- 1. La **participation marginale** pour laquelle la communauté possède peu d'influence ;
- 2. La **participation de fond** caractérisée par une intervention active de la communauté 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.

Par ailleurs, Rifkin distingue encore cinq niveaux dans la participation communautaire ⁽⁵⁵⁾ :

- 1. **La participation aux avantages des programmes** : la population bénéficie des services mis à sa disposition par les divers organismes ou institutions. Elle n'intervient ni sur le choix et ni sur le contenu des programmes ;
- 2. **La participation aux activités des programmes élaborés par des organismes ou institutions**. On peut considérer que c'est une participation active bien que les intéressés ne soient pas inclus dans le choix des activités à mener ou dans les modalités de leur exécution ;
- 3. **La participation à l'exécution du programme**. La communauté intervient dans la gestion du programme et prend des décisions sur la manière dont les activités sont menées. Toutefois, les objectifs et la nature des activités restent du ressort des professionnels ;
- 4. **La participation à l'évaluation des programmes**. En plus des modalités de participation exposées précédemment, les intéressés évaluent si les objectifs des programmes ont bien été atteints ;

(53) SAUL J. *Le citoyen dans un cul-de-sac ? Anatomie d'une société en crise*. Montréal : Fides/Musée de la civilisation, 1996.

(54) OMS. *L'action communautaire en faveur de la santé* 47^e Assemblée Mondiale de la Santé, Mai 1994. Genève : OMS, 1994, 49 p.

(55) RIFKIN S.B. *Participation communautaire aux programmes de santé maternelle et infantile, planification familiale : analyse sur la base d'une étude de cas*. Genève : OMS, 1990, 44 p.

- 5. **La participation à la planification des programmes.** En plus de ce qui précède, la communauté ou certains de ses membres participent à l'élaboration des programmes (priorité, objectifs, stratégies, actions) et demandent aux professionnels de leur apporter de l'aide (expertise et/ou ressources).

Des expériences ont montré que l'on pouvait également faire une distinction entre la participation « obligatoire », la participation « spontanée » et la participation « provoquée »⁽⁵⁶⁾.

La **participation « obligatoire »** implique que les gens soient mobilisés pour entreprendre des actions sur lesquelles ils n'ont aucun droit de regard ni aucun contrôle.

La **participation « spontanée »** désigne des initiatives locales prenant naissance au sein de la communauté elle-même. Elles sont ensuite gérées et supervisées par celle-ci, en utilisant les ressources générées par la communauté, avec la collaboration du secteur structuré qui apporte si nécessaire, son appui technique et financier⁽⁵⁷⁾. Or, ce scénario est rare. Il arrive plus fréquemment que l'action communautaire soit déclenchée par un organisme extérieur ou une institution.

La **participation dite « provoquée »** provient d'initiatives extérieures à la communauté mais recherchant l'appui ou la coopération de la population pour des projets établis à l'avance. Toutefois, Brixi et *al* signalent que les professionnels peuvent aller jusqu'à intégrer la **population à toutes les phases de leur projet**⁽⁵⁸⁾.

Quels que soient la typologie ou l'instrument de mesure utilisé, la question subsiste du sens attribué par les professionnels ou les institutions aux termes de coopération de la communauté et de participation. S'agit-il d'un réel partage des pouvoirs ou d'une simple consultation ? Dans le premier cas, on considère que la communauté a le droit de participer à toutes les décisions et le pouvoir d'opposer son veto aux initiatives qui ne correspondent pas à ses attentes. Dans le second cas, les participants ont généralement le droit de recevoir des informations, de formuler des critiques et des suggestions, et d'être consultés avant que les décisions soient prises. Leur avis peut ou non être pris en compte. Ils ne possèdent aucun pouvoir décisionnaire.

LES INTERPRÉTATIONS DE LA PARTICIPATION

Selon Fournier et Potvin, il n'y a pas d'unanimité sur ce que représente la notion de participation communautaire dans un processus de développement endogène. Ils souli-

(56) OMS. *L'action communautaire en faveur de la santé* 47^e Assemblée Mondiale de la Santé, Mai 1994. Genève : OMS, 1994 : 49 p.

(57) *Op. cit.*

(58) BRIXI O., HALLEY DES FONTAINES V., PISSARRO B. La formation-action pluri-professionnelle : moyen privilégié de participation de la communauté et de promotion de la santé. 3^e Symposium international de médecine communautaire. Paris : Faculté de médecine, 1987 : 6 p.

gnent que « *la nature et les finalités de la participation communautaire sont ces prémisses non explicitées à partir desquelles cette confusion se développe. L'identification des logiques qui sous-tendent la participation communautaire devrait permettre de combler une partie de ce vide [...]. Il serait donc utile que les promoteurs, acteurs et financeurs précisent ce qu'ils entendent et surtout attendent de la participation communautaire. Cette clarification devrait permettre de réévaluer les stratégies fondées sur cette notion et d'éviter ainsi une dérive rhétorique* » (59).

En fait, les textes et discours des professionnels montrent implicitement une vision duale de la participation. En conséquence, Oakley différencie deux catégories d'interprétation : la participation en tant que moyen et la participation en tant que processus (60).

La participation en tant que moyen

La participation est considérée comme un moyen pour parvenir à un objectif donné et pour mobiliser des ressources et des énergies en vue de contribuer à la réussite des projets (61). La participation communautaire correspond alors à un souci d'amélioration de l'efficacité et de l'impact des interventions entreprises par les professionnels. Ces derniers ont progressivement réalisé que l'efficacité de leurs actions était démultipliée quand les intéressés eux-mêmes se les réappropriaient (62). Les avantages attendus de cette forme de participation sont les suivants (63) :

- L'augmentation de l'efficacité. Lorsque l'ensemble de la population concernée participe à la planification, la mise en œuvre, la surveillance et l'évaluation, on peut espérer que la coordination des ressources, des activités et des efforts soit améliorée ;
- L'accroissement de l'efficacité des actions. Par ses ressources, financières et humaines, la communauté peut fournir une contribution importante aux activités ;
- L'accroissement du nombre de bénéficiaires potentiels des actions entreprises ;
- Une meilleure accessibilité et acceptabilité des services offerts du fait que la population ait participé à la définition de ses propres besoins et proposé des méthodes pour les satisfaire ;

(59) FOURNIER P, POTVIN L, KADDAR M. Participation communautaire et programmes de santé : les fondements du dogme. La participation communautaire : une réponse à un double échec ? *Sci Soc Sante*, 1995, 13 : 39-64.

(60) OAKLEY P. L'engagement communautaire pour le développement sanitaire : Analyse des principaux problèmes. Genève : OMS, 1989 : 85 p.

(61) FOURNIER P, POTVIN L, KADDAR M. Participation communautaire et programmes de santé : les fondements du dogme. La participation communautaire : une réponse à un double échec ? *Sci Soc Sante* 1995, 13 : 39-64.

(62) PISSARRO B. Médecine communautaire, santé communautaire et promotion de la santé, Paris : Faculté de Médecine Saint-Antoine, 1987, 3 p.

(63) OMS. *L'engagement communautaire en faveur du développement sanitaire : un défi pour les services de santé*. Genève : OMS, 1991

- La promotion de l'équité par le partage des responsabilités, la solidarité, la fourniture de services à ceux qui en ont le plus besoin ;
- La promotion de l'autosuffisance. La participation favorise la connaissance de soi et la confiance en soi. Elle amène la population à étudier les problèmes rencontrés et à réfléchir aux solutions possibles.

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. Oakley estime que la participation en tant que moyen est un type de participation statique, passif et contrôlable, qui s'apparente davantage à une sensibilisation de la population et à une technique de gestion ⁽⁶⁴⁾. Cette participation est rarement considérée dans une perspective à plus long terme. Il s'agit au contraire d'une mobilisation rapide pour entreprendre une tâche et de l'abandon de la participation une fois l'ouvrage achevé. La dynamique initiale est impulsée de l'extérieur. La finalité est également définie de l'extérieur.⁽⁶⁵⁾

La participation en tant que processus

En tant que processus, la participation contribue au renforcement du pouvoir de la communauté. A ce niveau, la notion d'*empowerment* est parfois préférée à celle de participation communautaire. Le terme de pouvoir est central et les enjeux sont davantage de nature politique. « *La théorie de l'empowerment sur un modèle de conflits d'intérêts qui suppose qu'une société est constituée de groupes séparés possédant différents niveaux de pouvoir et de contrôle sur les ressources* » ⁽⁶⁶⁾. Robertson et Minkler définissent le pouvoir comme les capacités d'un individu ou d'une communauté de prévoir, contrôler et participer à son propre environnement ⁽⁶⁷⁾. En conséquence, l'*empowerment* « *est le processus par lequel des individus et des communautés ont les conditions de prendre un tel pouvoir, et d'être réellement acteurs de la transformation de leur vie et de leur environnement* » ⁽⁶⁸⁾.

Dès lors que la participation s'inscrit dans un processus, sa définition et sa mise en œuvre se complexifient davantage encore. Son analyse nécessite de s'intéresser au cadre de référence théorique et aux modalités de mise en œuvre. Elle nécessite aussi de distinguer les enjeux d'une participation/processus et notamment d'examiner ce qu'il en est du partage de pouvoir.

(64) OAKLEY P. L'engagement communautaire pour le développement sanitaire : Analyse des principaux problèmes. Genève : OMS, 1989 : 85 p.

(65) FOURNIER P., POTVIN L., KADDAR M. Participation communautaire et programmes de santé : les fondements du dogme. La participation communautaire : une réponse à un double échec ? *Sci Soc Sante*, 1995, 13 : 39-64.

(66) GUTIERREZ L.M. Working with women of color : an empowerment perspective. *Social Work*, 1990, 35 : 149-53.

(67) ROBERTSON A., MINKLER M. New health promotion movement : a critical examination. *Health Educ Q*, 1994, 21 : 295-312.

(68) *Op. cit.*

La référence à un cadre théorique : la sociologie de l'acteur de Touraine

A travers une sociologie de l'action, le sociologue Alain Touraine présente des concepts relatifs au fonctionnement et au processus de changement dans différentes structures sociales. Ce cadre théorique peut nous aider à analyser la nature du changement recherché et engendré par la démarche communautaire. Touraine décrit trois niveaux de l'action sociétale ⁽⁶⁹⁾.

Le premier niveau est celui de l'organisation sociale. Les organisations sont des groupes suffisamment ordonnés pour pouvoir durer. Ces groupes possèdent leurs propres normes, valeurs, rôles et statuts sociaux. Ils sont le résultat des agissements du second échelon de l'action sociétale : le niveau institutionnel et politique. Ce dernier représente l'espace où sont prises les décisions, et où se rencontrent les différentes forces politiques autour de problèmes sociaux. Les négociations et les conflits sont caractéristiques de cet échelon. Ils sont l'expression des différents groupes sociaux dans leur intention de défendre et de transformer l'ordre social, ainsi que de conquérir le troisième niveau. A ce dernier échelon réside le pouvoir de gérer les ressources et les jeux contradictoires de l'ordre social.

Toute forme d'action sociétale est en tension entre les trois niveaux. Dans cette perspective, les populations impliquées dans les actions communautaires sont considérées comme souffrant de marginalisation socio-culturelle (déficit au premier niveau), de domination sociale (déficit au second niveau), et d'exclusion institutionnelle (déficit au troisième niveau) ⁽⁷⁰⁾. Touraine distingue deux types de réactions face à cette marginalisation : une attitude protestataire et une attitude défensive. La première cherche à transformer les normes et valeurs sociales. La seconde s'oppose aux dirigeants et cherche à augmenter ses parts et ressources, sans changer les normes et valeurs sociales ⁽⁷¹⁾.

La nature de cette réaction, transformation sociale ou redistribution plus consensuelle du pouvoir, amène à distinguer deux formes de logiques qui sous-tendent la participation comme processus : le renforcement de pouvoir ou conscientisation et le jeu démocratique ⁽⁷²⁾.

Conscientisation et renforcement du pouvoir populaire

Ce type de participation communautaire fait référence à la pensée de Paolo Freire. Selon lui, les structures sociales sont oppressives et doivent être transformées par les individus afin qu'ils prennent le contrôle de leur vie et de leurs destinées. Ce processus

(69) TOURAINE A. *La voix et le regard*. Paris : Seuil, 1978.

(70) GOUDET B. Action collective et médiation du travail social. Modélisation et évaluation. Handicaps et inadaptation. *Cah CTNERHI*, 1990, 49 : 51-64.

(71) PIETTE D. La participation communautaire à travers des mécanismes formels de prise de décisions. *Santé conjugulée*, 1998, 4 : 44-8.

(72) FOURNIER P., POTVIN L., KADDAR M. Participation communautaire et programmes de santé : les fondements du dogme. La participation communautaire : une réponse à un double échec ? *Sci Soc Sante*, 1995, 13 : 39-64.

de libération ne peut être mis en œuvre que « *quand les opprimés perçoivent leur situation comme une réalité qu'il peuvent toucher et transformer. L'éducation peut bloquer ou renforcer ce processus* »⁽⁷³⁾. Le processus de conscientisation cherche à promouvoir une prise de conscience et une attitude critique chez les individus, pour leur donner une liberté de choix et de décision. Il permet à des groupes défavorisés de prendre conscience des forces qui les oppriment, d'identifier leur situation sociale par rapport au système politico-institutionnel local, de s'organiser et de se sentir capables d'effectuer des changements⁽⁷⁴⁾. Ils peuvent ainsi réaliser les actions nécessaires pour répondre à leurs besoins et contrecarrer les mécanismes producteurs d'inégalité.

La participation communautaire se définit alors comme « *un processus social dans lequel des groupes ayant des besoins communs et vivant dans une zone de proximité s'emploient activement à définir leurs besoins, décident d'y chercher une réponse et se dotent de mécanismes destinés à les satisfaire* »⁽⁷⁵⁾. Elle vise l'investissement de pouvoir.

La participation de type démocratique

La participation démocratique s'inscrit dans la perspective d'une évolution du capitalisme vers un mode d'organisation plus démocratique. Elle cherche à répondre aux principes démocratiques tels que la représentativité des différents groupes sociaux⁽⁷⁶⁾.

Bass définit la démocratie communautaire comme « *le décentrage, la possibilité d'examiner des situations non pas de plusieurs points de vue différents autour du même centre (...) mais de points de vue radicalement différents* »⁽⁷⁷⁾. Il s'agit d'« *apporter une présence aux "sans voix", afin qu'ils se dotent de leurs propres moyens d'avancer* »⁽⁷⁸⁾. Selon Goudet, le travail social communautaire a pour objectif de réduire la « *marginalisation socioculturelle* », d'œuvrer à l'ouverture des systèmes institutionnels aux exclus et de susciter la formation d'acteurs capables de modifier les rapports sociaux⁽⁷⁹⁾. De Conninck précise qu'une démocratisation du processus décisionnel suppose la diversité des intérêts et des idées. Toutefois, elle ne se limite pas à l'ouverture de structures de consultation et de participation des citoyens ordinaires afin qu'ils puissent décider ou confirmer des choix d'une solution proposée par les institutions ou promoteurs⁽⁸⁰⁾. Au contraire, elle envisage leur implication dès la pre-

(73) RUDD RE, COMINGS JP. Learner developed materials : an empowering product. *Health Educ Q*, 1994, 21 : 313-27.

(74) FOURNIER P, POTVIN L, KADDAR M. Participation communautaire et programmes de santé : les fondements du dogme. La participation communautaire : une réponse à un double échec ? *Sci Soc Sante*, 1995, 13 : 39-64.

(75) FREIRE P. *Pédagogie des opprimés*. Paris : Maspéro, 1977, 202 p.

(76) *Op. Cit.*

(77) BASS M. *Promouvoir la santé*. Paris : L'harmattan, 1994, 304 p.

(78) LASFARGUES L. Le travail social communautaire : un serpent de mer ? *Actual Soc Hebdo*, 1995 ; 1930 : 9-10.

(79) GOUDET B. Action collective et médiation du travail social. Modélisation et évaluation. Handicaps et inadaptation. *Cah CTNERHI*, 1990, 49 : 51-64.

(80) DECONNINCK P. L'implication des citoyens ordinaires dans le processus d'aide à la décision en santé publique. *Ruptures*, 1997, 4 : 152-62.

mière étape de l'action et permet ainsi la considération de la situation-problème par l'ensemble des intervenants. C'est donc l'élaboration de la problématique et la définition de l'enjeu qui sont au centre de la démocratisation du processus décisionnel. La communauté doit parvenir à être reconnue comme interlocuteur par les décideurs locaux et être capable d'engager une négociation sur des objectifs concrétisant l'enjeu symbolique de citoyenneté. La négociation s'inscrit dans un rapport de force entre le groupe et les décideurs. La population sera considérée comme vainqueur si « la redéfinition de l'enjeu se traduit par élargissement et gain de centralité sociale »⁽⁸¹⁾.

Oakley souligne que la participation en tant que processus est un élément dynamique. Elle est créée par la population, s'adapte aux besoins locaux et à l'évolution des conditions. Elle doit se prolonger au-delà de la durée du projet, sous la forme d'un engagement dynamique et permanent⁽⁸²⁾. Toutefois, la participation communautaire ne doit jamais être considérée comme acquise. Sa pérennité pose de nombreux problèmes qui doivent être analysés et compris si l'on veut que la participation communautaire soit vraiment une réalité⁽⁸³⁾. Comme freins possibles, l'auteur évoque les divergences d'interprétation de cette notion chez les acteurs impliqués, les problèmes socio-politiques causés par la remise en cause des rapports de pouvoirs, l'existence d'éventuels conflits structurels au sein d'une communauté, la fragilité de certains groupes sociaux les empêchant de s'investir dans des actions communautaires...

Labonte a bien décrit les étapes de ce processus de renforcement de pouvoir – conscientisation ou démocratisation – qui relève à la fois du changement individuel et collectif⁽⁸⁴⁾. Il estime qu'il se développe selon un continuum où l'on peut identifier cinq stades : le renforcement du pouvoir personnel, le développement d'un petit groupe, l'organisation de la communauté, la coalition de défense et l'action politique. Cette notion de continuum suppose qu'un changement à un niveau entraîne une modification à l'autre échelon.

La distinction de la participation communautaire en trois types ne doit pas être perçue comme établissant des frontières imperméables entre eux mais comme des pôles entre lesquels la dynamique de la participation évolue⁽⁸⁵⁾. Il peut être intéressant d'observer l'évolution de la dynamique communautaire, car une participation débutant selon une logique utilitariste peut évoluer vers une forme plus politique.

(81) GOUDET B. Action collective et médiation du travail social. Modélisation et évaluation. Handicaps et inadapation. *Cah CTNE-RHI*, 1990, 49 : 51-64.

(82) OAKLEY P. L'engagement communautaire pour le développement sanitaire : Analyse des principaux problèmes. Genève : OMS, 1989, 85 p.

(83) WOELK G.B. Cultural and structural influences in the creation of an participation in community health program. International. Conférence on social Sciences and Medicine. Peebles, GB, 14-18 sep 1992. *Soc Sci Med*, 1992, 34 : 419-24.

(84) LABONTE R. Empowerment : notes on professional and community dimensions *Can Rev Soc Policy*, 1990, 6 : 64-75.

(85) FOURNIER P., POTVIN L., KADDAR M. Participation communautaire et programmes de santé : les fondements du dogme. La participation communautaire : une réponse à un double échec ? *Sci Soc Sante*, 1995, 13 : 39-64.

La participation au quotidien

Une autre approche des différents niveaux de participation peut se faire au travers de la typologie ci-dessous ⁽⁸⁶⁾ :

– la participation-approbation

Elle s'illustre volontiers à travers le lancement d'une action santé dans un quartier. Agents de développement et professionnels du sanitaire bâtissent des projets, puis sollicitent la population pour une réunion, à laquelle vient qui veut ou qui peut. Mais, si l'objectif formulé de cette réunion est de présenter les projets et de consulter les habitants, le plus souvent c'est simplement leur approbation qui est recherchée.

Les gens ont un certain mal à dire qu'ils auraient peut-être préféré autre chose. De temps en temps, ils manifestent leur désaccord de façon pertinente et font éclater un conflit difficile à gérer pour les municipalités. Celles-ci se rangent le plus souvent du côté des professionnels, privilégiant l'approche des « experts ».

Quelquefois, cependant, la municipalité propose un travail en commun avec les habitants, ce qui peut entraîner des modifications considérables du projet.

Certains projets pensés par des professionnels sont malgré tout pertinents, mais leurs principaux défauts résident dans le fait que la vie quotidienne et les références culturelles ne sont pas suffisamment prises en compte. La participation des habitants permet aussi de s'interroger sur la faisabilité des propositions des professionnels et de réfléchir à l'adaptation celles-ci aux conditions de vie des personnes concernées.

– la participation-consommation

La validation du projet se fait au travers de la mesure de la participation des habitants en tant que consommateurs. Par exemple si l'ouverture d'un centre de santé, ou d'un centre social donne lieu à une fréquentation de la part des habitants, c'est qu'implicitement, ils participent et valident cette initiative.

– la participation-alibi

Elle consiste à associer deux ou trois habitants à un groupe de travail sans leur donner les moyens d'analyser et de comprendre ce qui se passe. L'essentiel étant de pouvoir faire figurer leur présence sur les comptes-rendus de réunions pour justifier une participation des principaux concernés.

– la participation-action

Les habitants sont impliqués dans l'ensemble de la démarche, depuis l'analyse de la situation et le choix des actions à mettre en oeuvre jusqu'à l'évaluation finale,

(86) PISSARRO B. Les inégalités dans la ville. – Congrès international du centre de coordination communautaire en éducation pour la santé : « Le social dans la santé ». – Liège, 1992/11/18-20. – 10 p. + annexes

– voire même la *participation-gestion*.

L'existence de ces différentes formes de participation montre que celle-ci ne va pas de soi. La volonté et la compétence des professionnels impliqués doit rencontrer la volonté et la capacité des institutions et des habitants à s'inscrire dans une participation-action. Avant d'aboutir à cet idéal, il faut parfois passer par les autres formes de participation. Elles peuvent être des tremplins vers une association plus systématique et plus « impliquante » de la population aux projets. L'essentiel est peut être de s'interroger à chaque fois sur la nature même de cette participation et d'analyser pourquoi la place de la population s'est limitée à une approbation ou à un alibi. C'est à travers l'expérimentation de ces différentes formes de participation que petit à petit chacun pourra tenter d'aller plus loin. Il faut laisser aux habitants le temps de prendre leur place et aux professionnels le temps de la leur donner.

Mais la notion de participation peut être envisagée sous un autre angle. En effet, les éléments présentés plus haut sous-entendent l'idée que se sont les professionnels qui décident de laisser plus ou moins la place et l'initiative aux habitants. Mais ils restent néanmoins le plus souvent à l'origine de la démarche.

Réfléchir à la place des habitants, c'est aussi accepter d'inverser la question : comment les professionnels, les élus, les « experts », *peuvent-ils participer aux projets des habitants*, comment peuvent-ils soutenir, épauler, impulser les projets des habitants et les accompagner ? Autrement dit, comment peuvent-ils se situer dans une perspective de partage du savoir, partage du savoir des habitants, de leurs connaissances sur leur vie, sur leur quotidienneté, sur la manière qu'ils ont de pouvoir ou de ne pas pouvoir résoudre leurs problèmes, savoirs confrontés avec les savoirs de professionnels souvent plus théoriques.

Il ne s'agit pas dans cette perspective d'opposer deux groupes mais de favoriser leur rencontre pour faire émerger leur complémentarité.

Les modifications des rapports avec la communauté

Selon Lasfargues, le contexte de malaise ou de crise est un ingrédient nécessaire pour que des actions communautaires se mettent en place ⁽⁸⁷⁾. Bien que cette démarche ne soit en rien réservée aux populations défavorisées, il semble que la participation communautaire concerne implicitement des populations précarisées, frappées à divers degrés de marginalisation socio-culturelle, de domination sociale et d'exclusion institutionnelle, et ceci quel que soit le type de participation (moyen ou processus). L'enjeu de l'approche communautaire est de transformer une population « objet de tous les soins » en « habitants sujets de leur propre devenir » ⁽⁸⁸⁾. C'est donc une démarche interpartenariale qui permet aux habitants d'occuper une place centrale dans les échanges entre les professionnels, les non-professionnels et les pouvoirs publics ⁽⁸⁹⁾. En conséquence, les processus de médiation entre ces différents acteurs occupent une place essentielle dans la démarche communautaire.

MODIFICATION DU RAPPORT TRADITIONNEL ENTRE LES PROFESSIONNELS ET LA COMMUNAUTÉ

En partant des besoins ressentis par la communauté, la démarche communautaire porte un nouveau regard sur les individus et modifie le rapport au savoir. On se retrouve dans une situation privilégiant les approches profanes par rapport aux approches des spécialistes. Le schéma classique de relation entre les professionnels et la population en est bouleversé. Dorénavant, les demandes de la communauté détermineront l'appui des professionnels. Le dialogue qui s'établira entre eux sera horizontal et non plus vertical. Dans ce dispositif, les professionnels ne possèdent plus un rôle central mais sont les ressources pour la prise de conscience et la reprise en main de sa destinée par la population organisée en communauté.

Les professionnels devront trouver leur place dans la dynamique du groupe, c'est-à-dire réussir à se placer dans une perspective de production commune où la logique du professionnel ne peut prévaloir ⁽⁹⁰⁾.

Dans les faits, cette pratique d'accompagnement se traduit par une diminution de la toute puissance du technicien au profit d'un enrichissement mutuel ⁽⁹¹⁾.

(87) LASFARGUES L. Le travail social communautaire : un serpent de mer ? *Actual Soc Hebdo* 1995 ; (1930) : 9-10.

(88) OMS. *L'action communautaire en faveur de la santé* / 47^e Assemblée Mondiale de la Santé, Mai 1994. Genève : OMS, 1994 : 49 p.

(89) Prévention des toxicomanies. Guide des Politiques locales, Paris : DGLDT, DIV, 1991.

(90) PISSARRO B., COLLIN J.F., PAME P., MACQUET P., DEBIONNE F.P., COULOUMA E., et al. *Développement social et santé*. Vandoeuvre les Nancy : Société Française de Santé Publique, 1994 : 61 p. (Collection santé et société n°2).

(91) *Op. cit.*

MODIFICATION DU RAPPORT ENTRE LES INSTITUTIONNELS ET LA COMMUNAUTÉ

La démarche communautaire cherche à faire reconnaître la communauté comme un partenaire à part entière auprès des autres interlocuteurs et notamment les institutionnels. Cela pose la question de réaménagement des rapports sociaux et de l'intégration de la communauté dans les dispositifs institutionnels.

Le pouvoir des acteurs institutionnels est majeur. En théorie, ils gèrent les ressources, améliorent les normes de gestion et déterminent les exigences de connaissances ⁽⁹²⁾. En pratique, ils possèdent le pouvoir de financement. Le Boterf précise que « *toujours liée aux enjeux perçus et aux risques de perdre telle ou telle protection acquise, la participation est l'objet de négociation* » ⁽⁹³⁾ Selon Piette, la participation communautaire de type défensif (enjeu de partage des richesses) peut être acceptée par les autorités. Toutefois, cela ne se réalisera pas sans conflit et négociation. En revanche, elle estime que l'implication communautaire peut être mise en péril par les autorités si elles se sentent menacées par le rôle protestataire de la population ⁽⁹⁴⁾.

Comme le précise Goudet, « *le développement et l'issue de l'action tiennent à la capacité de l'acteur social à engager avec les décideurs locaux une négociation sur des objectifs concrétisant l'enjeu symbolique de « citoyenneté résidentielle », tout en maintenant sa spécificité. La négociation s'inscrit dans un rapport de forces entre l'acteur, appuyé sur sa base sociale et aidé par ses alliés, et les décideurs. L'acteur est gagnant si la redéfinition de l'enjeu se traduit par un élargissement et un gain de centralité sociale* » ⁽⁹⁵⁾.

Le rôle des professionnels est alors de favoriser l'expression de la population et sa participation dans les processus décisionnaires. Il ne s'agit en aucun cas d'imposer des choix à la population, ni d'être immergé dans la communauté. Au contraire, les professionnels doivent accompagner la population dans un processus visant à la rendre acteur social de changement, et à s'engager dans un processus social participatif.

En conclusion de cette première partie, on peut dire que les tentatives de définition de l'action communautaire se caractérisent davantage par la diversité que par un éventuel consensus. En effet, chacun des éléments constitutifs de la démarche fait l'objet de définitions multiples, d'usages différents et d'enjeux divers. Ainsi, la communauté peut être constituée d'une collectivité dont le seul point commun entre ses membres est le territoire ou de manière plus complexe faire référence à la solidarité, aux liens sociaux et aux intérêts communs.

(92) PIETTE D. La participation communautaire à travers des mécanismes formels de prise de décisions. *Santé conjugquée* 1998 ; (4) : 44-8.

(93) BOTERF (LE) G. *L'enquête participative en question*. Paris : Ligue de l'enseignement et de l'éducation permanente, 1981 : 391 p.

(94) PIETTE D. La participation communautaire à travers des mécanismes formels de prise de décisions. *Santé conjugquée* 1998 ; (4) : 44-8.

(95) GOUDET B. Action collective et médiation du travail social. Modélisation et évaluation. Handicaps et inadaptation. *Cah CTNE-RHI*, 1990, 49 : 51-64.

La participation comme processus ou comme moyen va quant à elle engendrer une place singulière de la population et servir des intérêts différents. En tant que moyen, elle va essentiellement être considérée par les professionnels comme un gage d'efficacité sans pour autant modifier les rapports sociaux entre les différents acteurs. En tant que processus, elle peut contribuer à une redistribution des pouvoirs entre la population, les professionnels et les politiques.

Quel que soit le type de participation, l'approche communautaire nécessite la mise en œuvre d'une médiation entre les pouvoirs publics et la population afin de se placer dans une perspective de production commune où la logique du professionnel ne prévaut plus ⁽⁹⁶⁾.

S'interroger sur l'approche communautaire ne peut cependant se limiter à une mise à plat des définitions. Il convient d'analyser aussi les pratiques qui ont cours sur le terrain. Pour cette raison, nous étudierons six expériences communautaires menées actuellement en France.

Toutefois, cette diversité des concepts nécessite, pour poursuivre le travail sur l'approche communautaire en France, de faire des choix parmi les différents modèles existants.

Etant donné que cette recherche s'inscrit dans la lignée d'une recherche-action (FIL : Fonds en faveur des Initiatives Locales) menée par la Fondation de France, la Caisse des Dépôts et Consignations en partenariat avec le Fonds d'Action Sociale, afin de promouvoir l'autonomie et la citoyenneté active des habitants en soutenant leurs initiatives, il nous a semblé judicieux de retenir pour **la suite du travail, la notion de participation au processus de type démocratique comme la plus pertinente. Les enjeux de cette forme de participation sont de nature politique. Ils visent à renforcer le pouvoir de contrôle et d'action de la communauté sur son propre environnement. Il s'agit donc de rendre démocratique le processus décisionnel et de faire accepter comme légitimes les intérêts et les idées de la communauté relatifs à sa propre destinée.** Ceci suppose d'associer pleinement la population à la fixation des priorités d'actions la concernant, à la prise de décisions et à l'allocation des ressources.

Comme le confirme l'examen de la bibliographie, la démarche communautaire peut apparaître comme une notion floue et fuyante, empreinte de multiples fantasmes qui peuvent entraver son recours et sa pratique sur le terrain, tant du côté des professionnels que des institutionnels. Il semble donc nécessaire de déconstruire ce « concept » en ancrant la réflexion sur l'analyse détaillée d'exemples concrets de pratiques sur le terrain ⁽⁹⁷⁾.

(96) Société Française de Santé Publique, Développement social et santé, Vandœuvre-lès-Nancy : SFSP, 1994, Coll. Santé et Société, 2 : 61 p.

(97) Les six sites analysés sont présentés dans le chapitre « Méthodologie », étude sur site, description des sites.

DEUXIÈME PARTIE : ANALYSE DE PRATIQUES

**Méthodologie
sur l'étude des sites**

A partir de ces exemples concrets, nous souhaitons :

- analyser comment les fondements de la démarche communautaire sont mis en application sur le terrain ;
- présenter les types d'acteurs impliqués ;
- décrire les étapes-clés de la démarche permettant à terme, de faire participer la communauté aux processus de décision. En conséquence, **l'accent sera porté sur l'analyse des mécanismes de renforcement du contrôle de la communauté sur son environnement ;**
- identifier les éléments favorisant et contrariant une construction communautaire de la décision.

Afin de répondre aux objectifs principaux de l'étude, nous avons décidé de mener une enquête qualitative par entretiens auprès d'acteurs engagés dans des actions ou des programmes communautaires français.

Population

CRITÈRES D'INCLUSION

La population est composée d'un ensemble d'actions ou de programmes répondant aux critères suivants :

- collectifs et fondés sur une communauté (définition OMS 1978 ⁽⁹⁸⁾) ;
- appartenant aux champs de la santé, du travail social, de l'urbanisme ou du développement social local ;
- la population concernée par l'action doit – au moins – être consultée au cours des phases diagnostiques et/ou stratégiques (selon l'échelle de pouvoir formalisée par Hance et al ⁽⁹⁹⁾) ;
- situés en France métropolitaine ;
- ayant débuté depuis au moins deux ans ;
- en cours ou terminés depuis moins d'un an.

CRITÈRES D'EXCLUSION

Sont exclus les actions ou programmes pour lesquels :

- nous manquons d'informations relatives à leur déroulement (informations non disponibles ou insuffisantes) ;
- les acteurs n'ont pas pu être contactés ;
- la visite sur site n'est pas envisageable (difficultés techniques et/ou refus).

RECENSEMENT DES ACTIONS

Le recensement des actions s'est effectué selon les modalités suivantes :

- sollicitation des membres du comité de pilotage du projet de recherche ;
- sollicitation d'experts en santé communautaire et développement social local identifiés par les membres du comité de pilotage ;
- appel à projets sous forme d'encarts publiés dans le numéro 2117 du 30 avril 1999 de la revue « Actualités Sociales Hebdomadaires » et dans « CFES Info » (document interne au réseau des comités d'éducation pour la santé du CFES) ;

(98) OMS. Alma-Ata 1978. Les soins de santé primaire. Genève : OMS 1986.

(99) HANCE B.J., CHESS C., SANDMAN T.M. *Industry risk communication manual : improving dialog with community*. Boca Raton : Lewis Publisher, 1990.

- envoi postal en nombre auprès des laboratoires et départements de santé publique des facultés de médecine, des médecins inspecteurs de santé publique des DRASS et DDASS, des médecins de l'Education nationale, des CPAM, des Instituts de formation en soins infirmiers, des centres communaux d'action sociale, des SGAR, des chefs de projet DSU/DSQ, des centres de santé, des instituts de formation des travailleurs sociaux, des assistantes sociales de la MSA, des antennes de Médecins du Monde. (fichier SFSP : environ 1200 envois).

A la date butoir du 6 juin 1999, nous avons reçu 219 fiches descriptives d'actions. Un modèle de fiche descriptive est joint en annexe 1. Lorsque les informations recueillies nous ont paru trop partielles, le(s) responsable(s) de l'action ont été contacté(s) par téléphone. A partir des éléments recueillis – nécessairement partiels – et d'une sélection drastique, nous avons constitué notre population d'étude.

Parmi les actions recensées, 174 présentaient au moins un critère d'exclusion (tableau I). Quarante-cinq ont donc été retenues. La liste des actions incluses dans notre étude se trouve en annexe 2.

Il est nécessaire de modérer cette sélection, étant donné qu'elle s'est effectuée à partir de fiches descriptives. Nous étions par conséquent dépendants de la qualité de leur remplissage. Nous avons certainement été amenés à éliminer des actions ou programmes qui s'avéraient être communautaires sur le terrain et dans les pratiques – et donc susceptibles d'être inclus dans notre population d'étude – mais qui, à l'écrit, ne se présentaient pas comme tels (ex : présentation d'un volet éducatif du programme et non de l'ensemble, ou problème de mise par écrit des actions ...). Il faut donc relativiser le faible nombre d'actions communautaires existant en France.

Tableau I : Motifs d'exclusion

Critères	TOTAL
Population cible peu ou pas impliquée dans le processus décisionnel aux phases diagnostiques et/ou stratégiques de l'action (ni consultée, ni partenaire, ni décideur) (ex : actions d'information ou de « sensibilisation »).	129
Actions finies depuis plus d'un an, ou commencées depuis moins de deux ans.	18
Visite sur site non envisageable (difficultés techniques et/ou refus).	4
Manque d'informations suffisantes sur les actions (correspondant pas joignable, documents non reçus, documents reçus trop tard).	24
Total	174

CARACTÉRISATION DES ACTIONS RETENUES

A partir des informations recueillies, nous avons classé les actions incluses dans notre étude selon 4 critères (voir annexe 3).

- le type de population impliquée ;
- les formes de regroupement préalables à l'action ;
- le degré d'implication de la population aux phases diagnostiques et/ou stratégiques de l'action, au moment de l'étude ;
- le niveau d'organisation collective au moment de l'étude.

Le degré de précision des informations reçues est assez hétérogène. Certaines actions sont difficilement classables et sont à cheval sur deux catégories. De plus, pour les sites visités, cette classification a été modifiée après l'enquête de terrain.

1) La population impliquée

La population impliquée dans l'action peut être définie selon :

- Des critères géographiques tels que l'appartenance à un quartier urbain, à un canton rural... ;
- Des critères socioculturels : bénéficiaires du RMI, communauté ethnique, jeunes, employés d'une même entreprise,...

2) Les formes de regroupement préalables à l'action

Nous cherchons à préciser si, parmi la population impliquée, des formes d'organisation étaient mises en place préalablement à l'action. Deux cas de figure sont possibles :

- La population concernée par l'action avait déjà mis en place une organisation formalisée ou structurée avant le démarrage de l'action : association, comité de quartier, collectif...
- La population concernée par l'action n'était pas organisée collectivement avant l'action.

3) Le degré d'implication de la population aux phases diagnostiques et/ou stratégiques de l'action, au moment de l'étude

Selon le niveau de participation spécifique de la population au processus décisionnel – aux phases diagnostiques et/ou stratégiques – on peut déterminer les niveaux de sa participation dans les actions et programmes mis en œuvre (selon Hance *et al.* ⁽¹⁰⁰⁾) :

- La population est consultée sur les différentes phases de l'action. Le promoteur tient compte des commentaires émis. Toutefois, la décision quant à la mise en œuvre de l'action reste aux mains du promoteur.
- La population est partenaire pour identifier et résoudre les problèmes perçus. Elle participe à la décision.
- La population est autonome. Elle prend seule les décisions appropriées.

(100) *Op. cit.*

4) Le niveau d'organisation collective au moment de l'étude

On cherche à déterminer le niveau d'organisation collective actuel de la population impliquée (selon Dumas et Séguier⁽¹⁰¹⁾) :

- Pas d'organisation mise en place ;
- Niveau d'organisation peu formalisé dont l'objectif est la valorisation des personnes dans leurs relations à autrui et la valorisation par les réseaux d'échanges interpersonnels (groupe de parole, groupe de suivi) ;
- Niveau d'organisation plus formalisé mais non encore institutionnalisé (par exemple, sous forme d'association). Les objectifs poursuivis sont la valorisation du groupe et valorisation des apprentissages et des capacités d'agir ensemble. (groupes projets, ateliers de travail...) ;
- Niveau d'organisation structuré. Les objectifs sont la valorisation d'un projet et la valorisation par reconnaissance de citoyenneté (association, commissions...).

Échantillon

SÉLECTION DE L'ÉCHANTILLON

Etant donné la variété des actions retenues quant au degré d'implication de la population, à son niveau d'organisation collective, au type d'acteur précurseur de l'action, à la durée de vie du projet..., il nous a semblé important de conserver cette diversité dans la constitution de notre échantillon.

Les sites étudiés n'ont pas été choisis uniquement en tenant compte de la représentativité statistique mais aussi par le matériel qualitatif sur le processus de renforcement de la participation de la communauté dans des projets de santé, de travail social, d'urbanisme ou de développement social local.

Au vu de notre problématique et de nos objectifs, nous avons choisi d'insister plus particulièrement sur le degré d'implication de la population et de concentrer notre attention sur les sites où la population était partenaire ou décideur ; tout en faisant varier les formes d'organisation collective au moment de l'étude.

(101) DUMAS B., SÉGUIER M. *Construire des actions collectives. Développer les solidarités*. Lyon : Chronique sociale, 1997 : 226 p.

La sélection de six sites à étudier a été déterminée après examen avec le comité de pilotage de l'ensemble des actions incluses :

- A partir des informations recueillies auprès de nos correspondants sur le terrain ;
- A partir de l'expérience des membres du comité de pilotage ⁽¹⁰²⁾ et de ce qu'ils connaissaient des actions incluses ;
- En respectant la pluralité des actions recensées.

Il en est ressorti la sélection suivante :

- **Population consultée/groupe formalisé** : « Atelier de Travail Urbain », Grande-Synthe ;
- **Population partenaire/groupe peu formalisé** : « Echanges Santé », Bourges ;
- **Population partenaire/groupe formalisé mais non institutionnalisé** : « Recherche-formation-action sur le quartier du champ de manœuvre », Soyaux ;
- **Population décideur/groupe structuré** : « Atout santé », Cholet ; « Le fil des aidants », Argentat ; « Vis avec nous », Bagneux

Nous avons privilégié les actions dans lesquelles la population est sollicitée dans la décision, afin de pouvoir observer au mieux le processus d'autonomisation des habitants : trois actions ont été sélectionnées sur quinze actions incluses.

Les actions dans lesquelles la population est partenaire représentent deux actions sélectionnées sur vingt-six actions incluses. Les habitants sont consultés dans un programme sélectionné sur quatre actions incluses.

Nous avons également préféré sélectionner des projets de moyenne et longue durée (entre quatre ans et plus de dix ans d'existence) afin d'avoir un recul suffisant pour étudier la dynamique de participation de la population mise en place sur chaque site.

DESCRIPTION DES SITES

Le Fil des Aidants - Argentat

En 1992, dans le cadre d'une démarche de développement social local, la Mutualité Sociale Agricole (MSA) de la Corrèze a instauré un programme d'Education et de Promotion de la Santé (PEPS) sur le canton rural d'Argentat (environ 6 000 habitants).

(102) Cf. note p. 12.

Il s'agissait de :

- contribuer à l'amélioration de l'état de santé et du bien-être de la population agricole et rurale ;
- aider à la responsabilisation et à la promotion des personnes et des groupes par des actions « santé » ;
- susciter la création d'un réseau de santé ⁽¹⁰³⁾.

Ce programme comprenait d'une part, des actions visant à prévenir les risques prioritaires mis en évidence par le diagnostic départemental de santé. D'autre part, il intégrait des actions visant à prendre en considération la demande exprimée par la population et les professionnels de santé.

Des groupes de travail, regroupant des habitants du canton et quelques professionnels, ont été mis en place. Des besoins en matière de communication et de restauration du lien social se sont fait jour. De ces constats, un journal « vis ta santé », un Système d'Echange Local (SEL) « Sans Argent t'as troc », des comités santé ont vu le jour.

En revanche, l'action « Le Fil des Aidants » – association de soutien auprès des personnes en situation d'« aidants familiaux » auprès d'un parent dépendant – relève d'une commande institutionnelle. Cette demande découlait du diagnostic départemental, mais se connectait également au besoin exprimé par la population de re-création de liens sociaux. L'idée du PEPS étant d'éviter de « plaquer des réponses sans lien avec la vie de la communauté » et de créer une dynamique de développement, la MSA a engagé une recherche-action impliquant des professionnels, élus et bénévoles sur la détermination des besoins des aidants familiaux et sur les actions pouvant être mises en place.

Après avoir recensé 150 aidants sur les 11 communes du canton, le groupe de travail a formé des habitants à la technique d'enquête pour se rendre à leur domicile – l'objectif étant de créer un échange et de susciter la créativité des différents partenaires » ⁽¹⁰⁴⁾. Les résultats de cette enquête participative ont été rendus publics en 1995. Des discussions qui s'en sont suivies, est née une association baptisée « Le Fil des Aidants », actuellement présidée par une bénéficiaire de l'action.

Vis avec Nous - Bagneux

En 1984, des habitants de la Cité de la Pierre Plate, quartier Nord de Bagneux, choqués par le décès de trois jeunes toxicomanes se sont mobilisés, formés et engagés dans la vie de leur cité.

(103) Plaquette de présentation du Programme d'Education et de Promotion de la Santé, MSA.

(104) Mobilisation d'un canton autour des aidants familiaux. *Actual Soc Hebdo* 1996 ; 1987 : 29.

Préoccupés par la dégradation de leur cadre de vie, ils se dirigent vers les travailleurs sociaux du Centre Social afin que des professionnels interviennent. Face à cette demande, ces derniers proposent d'associer les habitants à la prise en charge du problème ressenti. Une action de santé communautaire est alors mise en place sur le quartier avec ces habitants. Trois séminaires-formations, deux symposiums, une enquête participative, la construction d'un chalet communautaire... sont les événements principaux découlant de la démarche participative⁽¹⁰⁵⁾. Tous les participants aux formations ont reçu un diplôme de Volontaires de Santé et deviennent ainsi des relais entre la population du quartier et les professionnels de proximité.

En 1988, l'enquête participative menée auprès des habitants du quartier permet de vérifier la pertinence des cinq axes d'intervention issus de la première formation. Ces axes serviront de lignes directrices à l'association « Vis avec nous », réunissant les volontaires de santé.

Les objectifs de l'association sont les suivants⁽¹⁰⁶⁾ :

- susciter la prise en charge, par les habitants eux-mêmes, des problèmes les concernant ;
- développer des actions de prévention avec l'ensemble des partenaires impliqués sur le quartier ; les habitants ayant un rôle pilote ;
- mettre en œuvre des actions de développement social.

Aujourd'hui, quelques habitants à l'origine du projet sont toujours engagés dans cette dynamique communautaire et gèrent l'association. Depuis 1990, « Vis avec nous » est habilitée au titre de la Prévention Spécialisée par le Conseil Général des Hauts-de-Seine. A ce titre, des travailleurs sociaux ont été engagés. Ils doivent être capables d'accompagner des projets d'habitants tout en respectant les modalités de la prévention spécialisée⁽¹⁰⁷⁾.

Echanges Santé - Bourges

Bourges est une agglomération de 65 000 habitants. Elle possède une cité-banlieue de 30 000 habitants, classée Zone d'Education Prioritaire (ZEP), zone contrat-ville, zone franche, zone sensible et autres étiquettes stigmatisantes.

En 1990, à la suite de la procédure de Développement Social des Quartiers, des habitants s'organisent en association et créent le Comité des Habitants des quartiers Nord de Bourges. Des commissions thématiques sont mises en place afin de pointer les besoins perçus et les difficultés à résoudre : urbanisme, transports, communication, santé...

(105) PISSARRO-ALFÖLDI C. Quinze ans d'actions communautaire pour consolider le lien social : confrontation et coopération entre bénévoles et professionnels. In : Gabel M, Manciaux M, Jésus F. *Maltraitements : mieux traiter les familles et les professionnels*. Paris : Edition Fleurus, 2000 (à paraître).

(106) Statuts de l'association « Vis avec nous », 1988.

(107) *Op. cit.*

Autour de la maladie alcoolique, un « Collectif Allo-Espoir » composé d'habitants, d'associations de malades et de professionnels de la santé et du social se met en place. Une synergie très positive se crée et se poursuit toujours aujourd'hui.

En 1991, un Réseau d'Echanges Réciproques de Savoirs (RERS), initialement soutenu par la CAF, se structure.

La santé, le mal de vivre, les angoisses, la difficulté à se soigner, la difficulté devant le langage médical, le bruit... sont souvent au cœur des discours des habitants. En 1994, ces constats sont concrètement débattus au sein des « Echanges santé ». Les « Echanges Santé » émanent du RERS et du Comité des habitants, qui regroupent une vingtaine de personnes lors des premières rencontres.

Les objectifs de l'action sont multiples. Il s'agit de favoriser ⁽¹⁰⁸⁾ :

- l'expression et le partage de savoirs que possèdent les habitants sur un thème de santé donné ;
- la réappropriation du savoir des habitants sur leur corps et leur vie ;
- la responsabilisation des habitants devant leur santé en augmentant leurs connaissances, en osant interpeller les professionnels, en s'organisant... ;
- une dynamique communautaire en aidant les habitants à devenir acteurs de leur vie, de leur santé, et de leur quartier.

Les rencontres ont lieu toutes les six semaines. Trois thèmes sont abordés dans l'année. Lors de la première rencontre, chaque participant est invité à s'exprimer sur le thème choisi, à donner ses expériences et les solutions envisagées. Lors de la deuxième rencontre, un spécialiste aide le groupe à approfondir ses connaissances. Cette dynamique communautaire, entamée en janvier 1994, se poursuit actuellement.

Atout Santé – Cholet

En 1993, des habitants du quartier Bretagne (3.000 habitants) de Cholet ont fondé l'association « Atout Santé », en vue de permettre à des personnes en difficulté de retrouver une complémentaire maladie et une réinsertion par la santé.

Ce projet est né d'une initiative d'une association de locataires – l'Association des Habitants de « Bretagne-Bostangis » (AHBB) – mobilisée dans le dispositif de Développement Social des Quartiers (DSQ). Très active sur le quartier, cette association avait fondé un centre de loisirs pour les enfants de « Bretagne-Bostangis ». Dans ce cadre, les bénévoles ont été confrontés aux problèmes de santé rencontrés par les familles.

En 1992, à la suite de contacts établis lors des journées nationales des régies de quartier, l'idée de créer une complémentaire santé prend forme. L'action s'adressera aux personnes en situation de précarité sans couverture complémentaire – frein à l'accès aux soins élémentaires.

(108) Document Mutualité Française du Cher.

Les habitantes engagées dans la démarche de développement social du quartier décident d'interpeller les travailleurs sociaux, les médecins et les partenaires associatifs du quartier, afin d'obtenir leur soutien et leur appui technique à l'élaboration de leur projet. Après une phase de concertation, « Atout Santé » est constitué en mars 1993.

Ce projet s'appuie sur la mise en place d'un contrat collectif avec une mutuelle, à des conditions avantageuses : les adhérents ont un tarif de 20 à 30 % moins cher que les prix habituels, bénéficient d'une couverture immédiate, sans questionnaire de santé, ni délai de carence, avec effet rétroactif jusqu'au 15 du mois.

Afin d'être proche des bénéficiaires, l'action repose sur une trentaine de bénévoles qui animent les activités de l'association et assurent les permanences au sein de centres sociaux des quartiers. Certains de ces permanenciers sont eux-mêmes bénéficiaires du projet. L'association veut ainsi rester à la portée de la population en établissant des relations de proximité, un dialogue et de l'information autour des questions de santé ⁽¹⁰⁹⁾.

Initialement lancé d'un quartier, ce projet va très vite s'étendre à l'ensemble de la ville de Cholet. Fin 1998, « Atout santé » a été associé à une initiative baptisée « Quartier en santé », pilotée par le Centre social du quartier Bretagne. Un travail sur la définition de la santé et du bien-être a débuté.

Atelier de Travail Urbain – Grande-Synthe

Grande-Synthe (24 000 habitants) est une ville de l'agglomération dunkerquoise (Nord). Le taux de chômage représente 21 % de la population active, et 51 % du parc logement appartient aux offices HLM.

L'Atelier de Travail Urbain est le fruit d'une longue tradition locale de participation habitante. En 1973, l'atelier public d'urbanisme du Courghain (quartier) voit le jour puis se développe à travers une convention Habitat-Vie Sociale. En 1982, l'ensemble de la ville bénéficie d'une procédure de Développement Social des Quartiers (DSQ), et participe aujourd'hui au contrat et au projet urbain d'agglomération ⁽¹¹⁰⁾.

L'Atelier de Travail Urbain se situe dans la perspective du projet urbain « Vers Grande-Synthe 2020 » élaboré par l'Agence d'Urbanisme de la Région Flandres-Dunkerque (AGUR). Cette étude fut débattue et adoptée fin 1993. Ce dossier et sa restitution ont révélé un besoin de paroles et un sentiment d'appartenance très important de la part des habitants. Devant ce constat, l'AGUR proposa aux élus de constituer un Atelier de Travail Urbain pour l'élaboration du projet urbain, s'inscrivant à la fois dans un projet de développement communal et une dynamique d'agglomération ⁽¹¹¹⁾.

(109) Document Atout Santé, 1999.

(110) Travail urbain, espace public et démocratie locale, Cahier n° 1, Atelier de Travail Urbain de Grande-Synthe, 1994-1995.

(111) Document Mairie de Grande-Synthe.

Ce projet affiche deux objectifs :

- formuler un projet urbain qui permette d'évoluer d'un statut de banlieue éclatée en quartiers à celui de « ville » à travers la restructuration de ses espaces publics ;
- faire du projet urbain l'occasion d'approfondir un débat démocratique et la réflexion sur la ville, ainsi que de rendre permanente la participation des habitants dans la définition de leur cadre de vie.

Ces ateliers réunissent des habitants, des élus et des techniciens, accompagnés d'un animateur extérieur, au rythme de deux jours tous les deux mois.

L'Atelier de travail Urbain est une structure sans réel statut, qui n'existe que par son réseau, ses réunions et ses comptes-rendus. C'est également un processus expérimental de participation des habitants qui se remet sans cesse en question. C'est un lieu de débat qui ne possède pas de pouvoir de décision, mais qui – en tant qu'aide à la décision – formule des propositions.

Action-formation-recherche – Soyaux

Soyaux, troisième ville du département par le nombre d'habitants (environ 11 000 en 1990) se trouve en périphérie d'Angoulême, préfecture de la Charente. La cité du Champ de Manœuvre, dans laquelle s'est déroulée la Recherche-Formation-Action, abrite 5 500 habitants, soit la moitié de la population de la commune. Le taux de chômage est de 25 % (il oscille entre 15 et 18 % dans le reste de l'agglomération). Ce quartier est classé Zone d'Education Prioritaire (ZEP) par l'Education Nationale depuis 1982. Une procédure de Développement Social des Quartiers fut mise en place entre 1989 et 1994, poursuivie dans le cadre du XI^e plan, par la signature d'un Contrat de Ville avec onze autres communes de l'agglomération ⁽¹¹²⁾.

Le tissu associatif est dense. Le Foyer Laïque d'Education Permanente (FLEP) a reçu l'agrément de Centre Social de la Caisse d'Allocations Familiales de la Charente en 1992.

La démarche communautaire a été initiée par l'Association Soljadicienne de Promotion de la Santé (A.S. Pro. S), qui existe depuis 1989. Créée à l'initiative d'un petit nombre de professionnels du secteur sanitaire et social, elle développe sur la cité, avec différents partenaires, des actions d'éducation pour la santé, au profit des usagers. Son local, « Boutique de la santé » est situé en plein cœur de la cité.

En 1992, l'idée de réaliser un diagnostic de santé communautaire émerge, pour « permettre aux professionnels de parfaire leur connaissance et d'analyser des problèmes

(112) BERNAT F., *L'approche communautaire... pour un autre regard*, [Diplôme d'Université de Santé Publique et Communautaire] Nancy : Faculté de Médecine, 1995.

de santé sur le quartier, afin d'adapter leur politique de promotion de santé »⁽¹¹³⁾. Un groupe moteur constitué de quelques professionnels est accompagné par un expert de santé publique. Cet accompagnement prendra la forme de dix séances de travail réunissant professionnels et habitants⁽¹¹⁴⁾.

En 1994, un diagnostic de santé communautaire est entrepris autour des questions de bien-être dans le quartier. En mai 1995, le recueil de données est effectué par des habitants accompagnés d'étudiants de l'Institut de Formation de Soins Infirmiers.

Après une interruption de quelques mois de la dynamique communautaire, l'A.S. Pro.S. relance le processus de responsabilisation des habitants en ce qui concerne l'amélioration de leur condition de vie, par l'aide apportée à la création et au développement des groupes et associations d'habitants.

Par un travail d'écoute, d'encadrement et d'accompagnement, une initiative d'habitants du quartier qui désiraient décorer leur bâtiment à l'occasion de fêtes a pu aboutir (Noël, Pâques). Outre l'aspect technique (confection de guirlandes) et esthétique (décoration extérieure des bâtiments), une dynamique relationnelle a pu s'instaurer entre voisins, habitants, renforçant ainsi le lien social au sein du quartier⁽¹¹⁵⁾ :

L'A.S. Pro. S effectue également un travail d'accueil, de soutien et de suivi auprès de deux associations d'habitants du quartier : « Résister » et « Envie d'ailleurs ». L'association « Résister », créée en février 1996, regroupe des parents du quartier confrontés à la toxicomanie d'un membre de leur famille. « Envie d'ailleurs » réunit des femmes seules qui préparent des sorties culturelles et des voyages d'été.

Recueil des données

Nous avons effectué une enquête qualitative sur les sites sélectionnés dans notre échantillon. Des entretiens semi-directifs individuels ont été menés en face à face, d'une durée d'environ une heure auprès des différents acteurs engagés dans ces actions communautaires.

Nous avons également recueilli les documents écrits disponibles, susceptibles de nous fournir des informations utiles à notre étude sur la participation des habitants et les relations établies avec les autres partenaires. Il s'est agi de projets associatifs, de comptes-rendus d'ateliers et de réunion, de contenus des formations, de questionnaires et rapports d'enquêtes...

(113) Document A.S. Pro.S., 18/09/92.

(114) BERNAT F., *L'approche communautaire... ... pour un autre regard*, [Diplôme d'Université de Santé Publique et Communautaire] Nancy : Faculté de Médecine, 1995 : 24 p + annexes.

(115) Rapport de l'Assemblée Générale, A.S. Pro. S, 25 mars 1999.

LES INFORMATEURS

Ces entretiens ont été réalisés auprès des trois types d'acteurs engagés dans des actions communautaires :

- la population ;
- les professionnels de proximité ;
- les élus et les institutionnels.

Nous avons également interrogé les experts extérieurs étant intervenus sur les sites choisis.

Comme pour le choix des sites, nous n'avons pas recherché une représentativité statistique des personnes interrogées, mais un matériel informatif de qualité. Les personnes interviewées étaient choisies à partir de leur implication actuelle et/ou passée dans le projet.

Pour contacter et rencontrer nos informateurs, nous avons sollicité l'aide des correspondants identifiés lors de la phase de recensement des actions. Devant cette situation de dépendance, nous nous sommes constamment interrogés sur les choix effectués et sur la place des interlocuteurs proposés. En outre, la période de recueil des données – été 1999 – a parfois posé quelques problèmes pour joindre certains acteurs pertinents.

Toutefois, étant donné que nous avons procédé à une analyse globale des sites – et non pas à une analyse site par site – et que nous travaillions en élaborant des catégories d'acteurs – ces absences portaient peu à conséquence.

A chaque interlocuteur, nous avons pris soin de préciser le contexte de l'étude dans lequel s'inséraient ces entretiens et de leur garantir l'anonymat.

74 acteurs rencontrés ont été répartis comme suit :

	Argentat	Bagneux	Bourges	Cholet	G-Synthe	Soyaux	TL
Habitants	6	2	9	5	7	2	31
Professionnels de proximité	4	4	4	4	8	6	30
Elus	2	0	0	1	2	1	6
Institutionnels	1	0	0	2	1	0	4
Experts extérieurs *	-	1	-	-	1	1	3
Total	13	7	13	12	19	10	74

* comme soutiens à la démarche participative.

Le recueil de données s'est effectué entre juillet 1999 et septembre 1999. La plupart du temps, ce travail a été réalisé par un seul enquêteur. Ce dernier est resté 4 à 6 jours sur chaque site, soit environ 30 jours sur le terrain.

Tous les entretiens ont été enregistrés, avec prise de notes succinctes au cours de l'interview et réécrites par la suite. Quatorze entretiens ont été intégralement retranscrits et ont fait l'objet d'une analyse de contenu détaillée. Nous avons privilégié les discours des professionnels coordonnateurs.

LES DONNÉES COLLECTÉES

Les entretiens visaient à comprendre les dimensions significatives des expériences des acteurs engagés dans des actions communautaires. On tâchait ainsi de restituer le sens vécu par le sujet et de comprendre les raisons de ses implications et de ses actions.

Les données recueillies ont porté sur :

- la biographie de l'acteur : reconstitution du trajet professionnel et personnel de l'acteur ;
- l'identification des principales étapes du projet et de la démarche de participation des différents acteurs ;
- la perception des intérêts en jeu ;
- les contraintes ressenties ;
- les points positifs ;
- les effets perçus.

Description des résultats des sites visités

Les projets ou programmes observés se caractérisent à la fois par des fondements communs et des contextes et formes différents. Traçons les grandes lignes des problématiques émergeant de ces expériences.

Des bases communes

LUTTE CONTRE L'EXCLUSION PAR LA CRÉATION DE NOUVELLES SOLIDARITÉS

Les diverses expériences que nous prenons pour référence ont en commun d'aborder la question de la lutte contre l'exclusion. Il s'agit d'un travail sur l'intégration de groupes en situation de marginalité sociale, de précarisation ou de solitude au sein de l'ensemble social plus global :

- Argentat : lutte contre la solitude des aidants familiaux dans un canton rural ;
- Bagneux : prévention de la toxicomanie et lutte contre la marginalisation de la Cité de la Pierre Plate ;
- Bourges : intégration du quartier dans la ville, échanges entre habitants (en situation précaire ou non) sur leur santé ;
- Cholet : création d'une complémentaire maladie pour les populations précaires ;
- Grande Synthé : intégration urbaine de quartiers éclatés ;
- Soyaux : travail sur le bien-être d'un quartier, stigmatisé et isolé du reste de la ville.

L'approche communautaire est alors conçue par les professionnels comme une forme de lutte contre l'exclusion sociale – exclusion qui se projette dans l'espace physique avec une localisation précise (quartiers) pour le cas de Bagneux, Bourges, Soyaux, Grande-Synthé et Cholet. Pour Argentat, il s'agit de traiter de la solitude des aidants familiaux et d'une intégration de ces derniers dans le tissu social.

L'approche communautaire vise à agir contre l'exclusion dans une perspective méthodologique nouvelle où l'accent est mis sur une approche locale des formes d'organisation collective, des réseaux de relations, de l'espace territorial de proximité. Dans cette perspective, ce sont les liens sociaux, l'autonomie individuelle, la capacité d'action des différents acteurs dans une stratégie de changement social, qui sont valorisés.

Il ne s'agit plus d'imposer un modèle descendant mais d'engager un processus collectif où les individus et les groupes deviennent acteurs du changement, considéré comme un apprentissage à coopérer autrement.

Selon Crozier et repris en d'autres termes par les professionnels fortement impliqués dans le développement local, le changement requiert de nouveaux modes de raisonnement et de convivialité, à créer.

« Je pense que le communautaire, c'est aussi travailler à créer des conditions meilleures pour qu'il y ait une vie sociale. Je crois que le changement social est un changement au niveau de la vie sociale, et de la personne avec elle-même, ses voisins, dans son village, dans son canton, avec les associations... » (une assistante sociale).

Les professionnels intègrent la démarche communautaire dans un processus de longue haleine qui vise l'autonomisation des habitants et une nouvelle forme de citoyenneté, définie comme le droit d'intervention que possède toute personne sur les décisions la concernant. Cette manière dont les professionnels, animateurs des actions communautaires observées sur le terrain, considèrent la citoyenneté, rejoint la définition de la nouvelle citoyenneté élaborée par le Groupe de Navarrenx : *« La nouvelle citoyenneté peut être définie, pour chaque individu et pour chaque groupe social, comme possibilité (comme droit) de connaître et maîtriser (personnellement et collectivement) ses conditions d'existence (matérielles et intellectuelles), et cela en même temps comme acteur politique, comme producteur et comme citoyen-usager-consommateur, dans son lieu de résidence, dans sa cité et sa région, dans ses activités professionnelles comme dans ses domaines du non-travail, mais aussi dans sa nation et dans le monde »* (116).

Les professionnels rencontrés sont bien évidemment conscients des limites de portée de leurs actions.

« Cela ne résoudra pas les problèmes mais je pense qu'une démarche de santé communautaire... Je crois qu'il y a des choses possibles à ce niveau là. Une réflexion peut être menée entre habitants, entre professionnels et entre habitants et professionnels. Cela ne peut apporter qu'un plus, cela ne résoudra pas les problèmes de chômage sur le quartier ! Mais en fin de compte, si on apporte un mieux-être et un plus par rapport à cette question, et bien, c'est quelque chose qui aura des répercussions » (un intervenant).

Il semble que l'enjeu d'une telle démarche – telle que nous l'avons observée sur les sites investigués – soit bien de transformer une population volontiers « *objet de tous les soins* » en « *habitants sujets de leur propre devenir* » (117), en revitalisant le tissu social par le bas, par la stimulation de nouvelles formes de solidarité et de coopération.

(116) LEFÈVRE H. *Du contrat de citoyenneté*. Paris : Edition Périscope / Syllepse, s.d. (Exploration/Découvertes en terres humaines)

(117) OMS. *L'action communautaire en faveur de la santé*. 47^e Assemblée Mondiale de la Santé, Mai 1994. Genève : OMS, 1994 : 49 p.

APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE : UN MODÈLE COLLECTIF

La démarche communautaire mise en œuvre sur les sites visités tend au développement de pratiques collectives de solidarité dans une perspective de changement social. Elle dépasse le niveau de la relation duelle, à la recherche de la promotion d'intérêts collectifs et de solidarité ; pour ce faire, elle se structure à partir de modalités d'actions formalisées et d'objectifs déterminés collectivement.

*« Dans le communautaire, il y a une idée de **changement social**. Cela repose sur un travail avec des **groupes**. En tant que professionnelle du communautaire, mon premier souci, c'est de créer des **lieux d'échanges et de réflexion**, puisque dans le communautaire, il y a cette idée de **prise de conscience de la réalité**. Les personnes sont mises en situation de réfléchir sur leurs **conditions de vie**, sur la réalité de leur vie sur le canton et ensuite **d'identifier un problème** et enfin **d'avoir des idées pour le résoudre**, dans l'idéal et dans la réalité » (un agent de développement).*

Par cette démarche, le professionnel ne cherche pas à se substituer aux individus dans une relation d'assistance, mais les accompagne pour qu'ils participent à leur intégration sociale et à leur responsabilisation.

Les fonctions de cette approche, telles que présentées par les professionnels sur le terrain, sont définies comme suit :

1. rassembler les individus autour d'intérêts communs pour qu'il y ait prise de conscience des contraintes environnementales et des possibilités d'actions ;
2. amener le groupe à exprimer et à prendre en charge des besoins sociaux non couverts par la collectivité.

L'approche communautaire assure également une fonction d'innovation et d'expérimentation sociale en amont de l'espace public. Le terme de création est très souvent repris par les professionnels qui soutiennent ces approches participatives.

Sur le terrain, les deux premières fonctions ne sont pas toujours remplies. L'approche communautaire étant un processus d'autonomisation, elle nécessite le respect de la temporalité propre aux différents acteurs impliqués. En outre, elle est également dépendante d'une structure sociale laissant une marge de manœuvre plus ou moins grande pour le développement de cette démarche.

Des différences entre sites

Les projets communautaires ne se créent pas dans un vide social. Au contraire, le contexte dans lequel ils émergent constitue leur toile de fond. Il apparaît donc nécessaire de contextualiser les projets, afin de comprendre les dynamiques par lesquelles ils s'instaurent. Cela consiste à décrire les éléments de l'environnement social qui ont

contribué à leur donner forme. Il convient de cerner les contextes dans lesquels les projets ont émergé et de déterminer d'où sont venues les initiatives. Nous nous intéresserons également aux différentes dimensions des actions collectives engagées sur le terrain.

LES INITIATEURS

Les initiateurs des différentes actions observées peuvent se regrouper en trois catégories distinctes : institutionnels, professionnels et habitants.

Une initiative institutionnelle

La Mutualité Sociale Agricole (MSA) de Corrèze et la municipalité de Grande-Synthe ont mis en œuvre deux expériences novatrices de participation communautaire :

- La MSA a décidé de mettre en pratique localement – selon une approche de développement social local – un programme de Promotion de la santé élaboré au niveau national.
- La municipalité de Grande-Synthe a mis en place un espace de concertation entre habitants, élus et professionnels autour d'un projet de création d'un cadre urbain non éclaté en quartiers – « banlieues ».

Pour que des projets institutionnels à visée participative puissent voir le jour ; il est, la plupart du temps, nécessaire qu'un acteur interne à l'institution soit déjà mobilisé autour de la démarche communautaire. Si le processus de changement interne est en germe, associé à la sollicitation d'un environnement externe, cet acteur devient alors un relais autour duquel s'articulent son propre intérêt, l'expression locale et les axes d'un projet national, comme c'est le cas pour la MSA. Ce relais possède tantôt une position centrale comme le maire de Grande-Synthe, ex-syndicaliste – tantôt une position de marginal – sécant au sein de l'institution, apte à saisir l'occasion de promouvoir cette démarche participative. C'est le cas à Argentat.

A Argentat, une assistante sociale motivée et compétente dans le développement d'actions collectives a su mettre à profit l'existence d'un programme national pour modifier son cadre de travail habituel.

Des initiatives de professionnels

Nous avons pu observer à deux reprises (Soyaux et Bourges) que des projets communautaires avaient été initiés par des professionnels du secteur sanitaire et social agissant en tant que bénévoles, hors de leur cadre professionnel. Ils mettent ainsi leurs compétences professionnelles et leur connaissance du terrain au service de la population. Leur institution d'appartenance n'est pas engagée au démarrage du processus mais est sollicitée par la suite.

« A force de revoir toujours les mêmes personnes, ou les mêmes problèmes auxquels une assistante sociale ne pouvait plus répondre... A force de voir des gens dans une logique d'assistanat, j'ai eu l'idée d'initier un Réseau d'Echanges Réciproques de Savoirs (RERS) et de partir de l'idée de ressources personnelles, de compétences de chacun ». (Une assistante sociale)

À Bourges, une assistante sociale de la Caisse d'Allocations Familiales (CAF), utilisant l'opportunité créée par un vide institutionnel – le service d'action sociale est en pleine restructuration – a impulsé des actions sociales collectives et a réussi à faire inscrire officiellement cette forme de travail social comme objectifs du service.

Des initiatives d'habitants

A Cholet et à Bagneux, les actions menées proviennent d'initiatives d'habitants de quartiers en difficulté préalablement regroupés dans des associations préexistantes. L'impulsion a pris naissance au sein de l'Association des Habitants de Bretagne-Bostangis (AHBB) à Cholet, et de « l'Union des associations de la Cité de la Pierre Plate » à Bagneux.

On note que ces deux initiatives sont nées dans un environnement favorable au développement d'actions communautaires :

- A Cholet, cette action a émergé à la suite d'un programme de réhabilitation concertée des immeubles HLM, animé par l'agent de développement de la Ville dans le cadre du Dispositif Social Urbain (DSU). Une dynamique de développement du quartier était existante et a favorisé l'écoute et l'accompagnement de projets d'habitants.
- A Bagneux, les habitants du quartier de la Pierre Plate, las des problèmes de toxicomanie dans la cité et choqués par trois décès consécutifs de jeunes toxicomanes, se sont adressés au centre social, pour qu'une réponse à ce problème soit apportée. Ils ont été accueillis par une professionnelle formée à l'approche communautaire et prête à les accompagner dans une telle démarche.

Il faut donc une rencontre entre des habitants interpellés par une situation quotidienne devenue insupportable et des professionnels ouverts et formés (ou en cours de formation) à ces démarches participatives, pour que des initiatives d'habitants puissent exister et réussir.

Par ailleurs, on constate que les démarches communautaires émanent de groupes déjà structurés engagés sur le quartier ou de professionnels présents et impliqués sur un territoire d'action institutionnel. Le tissu social préalable semble donc primordial, les actions communautaires prenant appui sur une communauté préexistante.

Hormis le cas de Bagneux, il est rare qu'un événement précis soit le facteur déclenchant d'une action communautaire – et encore faut-il que la parole des habitants soit adressée à des professionnels aptes à entendre la demande et à initier une telle démarche. La plupart des actions communautaires a été initiée par des professionnels, soutenus par des dispositifs administratifs et politiques permettant leur émergence et leur développement.

Il sera intéressant de questionner ultérieurement l'influence du type des promoteurs sur le déroulement et la nature des projets mis en œuvre.

LES DIMENSIONS DE L'ACTION COLLECTIVE

La participation

Dans la plupart des cas étudiés (Argentat, Bagneux, Bourges, Cholet et Soyaux), l'objectif final des actions entreprises est de créer les conditions nécessaires à une participation communautaire.

Les habitants engagés dans cette démarche et les professionnels les accompagnant définissent cette dernière comme étant un processus dans lequel les habitants, les communautés, les bénéficiaires, ..., aidés de professionnels, identifient leurs besoins, et prennent progressivement en charge la planification, la gestion et l'évaluation des actions collectives nécessaires à la résolution desdits problèmes.

Ces cinq projets s'inscrivent dans une perspective de développement social global où l'objectif principal est de permettre à des habitants de devenir des acteurs plutôt que des assistés.

L'association « Atout santé » de Cholet peut, quant à elle, être considérée comme résultat d'une action communautaire réussie en amont, dans le cadre du contrat de ville sur le quartier de Bretagne. L'objectif de créer une complémentaire maladie pour des personnes en difficulté a été atteint. Il répondait aux besoins de soins décelés par le groupe porteur, au sein de la population du quartier.

A Grande-Synthe, la participation communautaire revient à une consultation de la population et à une concertation avec les élus et les habitants. Il n'y a pas d'objectifs d'action directe par les habitants, ni de recherche d'autonomie pour le groupe « habitant ».

Les pôles d'action

Actions ouvertes sur la communauté

Sur cinq sites (Argentat, Bagneux, Cholet, Grande-Synthe et Soyaux), on trouve l'existence d'un groupe porteur de projet, issu de la collectivité, ouvert sur cette dernière

et qui agit pour et avec elle. Il s'agit d'un groupe que l'on peut qualifier de groupe de solidarité, i.e. visant la promotion collective d'une population à travers le développement d'actions de solidarité élargies au-delà de ce seul groupe porteur de projet ⁽¹¹⁸⁾.

Ce qui est mis en jeu ici, se sont des processus :

- **de prise de conscience collective.** Plus précisément, le processus de conscientisation désigne « une dynamique collective qui conduit un ensemble d'individus vivant une même situation d'oppression ou d'exclusion, à en devenir conscients et à s'en affranchir en se définissant un projet commun » ⁽¹¹⁹⁾ ;
- **d'organisation solidaire.** On se réfère aux objectifs communs à atteindre ;
- **de mobilisation sociale.** On évoque ici la manifestation d'un pouvoir collectif. Cela consiste en l'élaboration de nouveaux engagements de groupes d'acteurs pour défendre leurs intérêts et promouvoir des finalités collectives.

Comme l'indiquent Dumas et Séguier, cette forme d'action place le groupe en situation de rapports antagonistes ou de coopération avec d'autres groupes, organisations ou institutions ⁽¹²⁰⁾.

On constate que tous ces groupes porteurs de projets réunissent différents acteurs ayant des fonctions sociales différentes : des habitants, des élus et des professionnels, animés par un professionnel coordonnateur, à des fins de concertation. Le but de ce débat est moins de mettre tout le monde d'accord que d'analyser en commun les préoccupations ressenties, en vue de développer un langage commun et une future coopération.

« Je suis un peu inquiet de voir tous ces processus de participation souvent assimilés à une fusion : du moment où l'on est assis autour d'une table et que l'on parle, on part du principe que l'on va bien s'entendre et que l'on va fonder une société harmonieuse. Or, c'est le contraire que l'on met en jeu dans ces processus. Ce sont des tentatives d'assumer le fait que chacun a un point de vue différent et que la gestion globale de la ville ou de la société passe par la prise en compte de tous ces points de vue. Ceci doit passer par l'affrontement des opinions et le conflit » (un intervenant).

Afin de conserver des liens avec la collectivité dont il est issu et pour laquelle il souhaite agir, le groupe porteur doit régulièrement reprendre contact avec elle. La finalité principale de ce rapprochement est de s'assurer que les préoccupations et objectifs d'actions du groupe sont bien en rapport avec la réalité vécue par la communauté.

(118) DUMAS B., SÉGUIER M. *Construire des actions collectives. Développer les solidarités*. Lyon : Chronique sociale, 1997 : 226 p.

(119) *Op. cit.*

(120) *Op. cit.*

« *Je pense que le communautaire, c'est oser la rencontre en tant que personne pour venir dans un groupe, mais c'est aussi un groupe qui ose la rencontre avec la communauté* » (un agent de développement).

A Argentat, Bagneux et Soyaux, le groupe porteur a recouru préférentiellement à la technique de l'enquête conscientisante ou participative, en vue de collecter des données susceptibles de confirmer les hypothèses de départ élaborées par le groupe de bénévoles.

Il s'agit :

- d'étudier la concordance entre leurs réflexions et les besoins ou préoccupations de la collectivité dans son ensemble ;
- d'entamer un dialogue entre les membres du groupe porteur et ceux de la collectivité ;
- de mobiliser de nouvelles personnes recrues.

Le groupe choletais, porteur de l'action collective, quant à lui, a procédé à une analyse de la situation et de connaissance de l'environnement par des rencontres avec les partenaires sociaux œuvrant sur le terrain. Il s'agissait de se faire confirmer la réalité du besoin par le dénombrement de la population cible. Une enquête a été menée par les assistantes sociales de secteur. La population n'a pas été associée à cette démarche.

Pour Grande-Synthe, la participation communautaire se réduit à une consultation des populations, la décision finale revenant aux élus municipaux. Le dispositif de l'ATU cherche à institutionnaliser et « rendre permanent le débat démocratique ». En ce sens il n'y a pas d'objectif d'action : il met l'accent sur la concertation et les débats entre acteurs ayant des statuts sociaux différents et complémentaires. Les habitants, par leurs compétences d'habitants, peuvent aider les élus et professionnels dans la gestion du cadre urbain. On constate une volonté de maintenir le débat dans un cadre institutionnel.

Un groupe de réflexion sans objectif externe

Si Bourges se rapproche de l'objectif final de participation communautaire tel que défini préalablement, cela reste toutefois restreint à un cadre individuel. Le groupe de réflexion mis en place (Echanges santé) permet une prise de conscience collective d'un problème qui n'était vécu de prime abord que comme une difficulté personnelle, voire une honte : problèmes de sommeil, questionnement sur la douleur, sur le mal de vivre... Cette réflexion commune génère des échanges et une réflexion sur les problèmes rencontrés, sur les solutions trouvées et envisageables. Elle permet également à chaque personne de se réapproprier un discours sur son corps, sa santé et « donc sur sa vie » selon l'opératrice de la Mutualité Française du Cher.

Toutefois, cette réflexion reste confinée au groupe. Aucune réelle action en direction de la communauté n'est encore engagée, même si cela est envisagé par les animateurs (hormis une action revendicatrice pour prévenir la fermeture du centre de soins du quartier). Le groupe n'est pas encore tout à fait prêt à se tourner vers l'extérieur. Les bénéfices attendus concernent donc uniquement les participants sans extension externe vers le quartier d'origine. Il s'agit donc plutôt d'un groupe d'intérêts visant à la satisfaction des besoins d'échange de ses membres, où les avantages tirés de la participation au groupe demeurent internes. Il n'y a alors pas de besoins de confirmation externe.

Les orientations de l'action

Les orientations des actions entreprises peuvent être pédagogiques ou politiques. Certains sites mettent davantage l'accent sur le caractère pédagogique de leurs initiatives, l'idée étant que la conscience précède l'action. Ce fut le cas pour Soyaux dans le cadre d'une Action-formation-recherche. C'est également le choix opéré à Bourges avec la constitution d'échanges autour de la santé.

L'autre pôle met en avant les résultats collectifs atteints. La mobilisation se fait autour des intérêts communs à un ensemble de personnes. Cela concerne Grande-Synthe et Cholet.

On peut situer les sites d'Argentat et de Bagneux comme l'intermédiaire entre les orientations pédagogiques et politiques. Pour le premier, le résultat relatif au soutien des personnes en situation d'aidants familiaux est central, tout en recherchant une conscientisation de la population à l'aide d'une enquête participative.

A Bagneux, on a assisté à une combinaison entre une mobilisation spontanée d'habitants à la suite d'événements dramatiques autour d'un enjeu résidentiel – se réapproprier l'espace de vie – et une formation à la toxicomanie et à l'approche communautaire.

STRUCTURATION DE L'ACTION

En ce qui concerne le niveau de structuration des six expériences investiguées, on constate l'existence de :

- Trois associations, indépendantes des professionnels qui ont accompagné la démarche, même si ceux-ci restent toujours membres de droit. Il s'agit de « Atout Santé » à Cholet, de « Vis avec nous » à Bagneux et du « Fil des aidants » à Argentat. Cette forme d'organisation montre une autonomisation réussie de la part des habitants engagés dans une démarche communautaire.

- Deux groupes dépendants d'associations-mères. Cela concerne le groupe des habitants décorant les bâtiments de la Cité des champs de manœuvre à Soyaux, hébergés par l'A.S. Pro. S et le groupe « Echanges santé » de Bourges. Ce dernier n'a pas d'existence légale, il est une émanation du RERS et du comité des habitants.
- Un groupe à caractère institutionnel, l'Atelier de Travail Urbain à Grande-Synthe, mais sans réel statut. Il est défini comme « *un outil d'aide à la réflexion et à la décision. On peut le qualifier aussi d'outil de la participation, de la démocratie locale* » (Un élu de Grande-Synthe).

On peut faire l'hypothèse que la complexité des actions à entreprendre, les besoins de financement de ces dernières, le souci d'une acquisition d'indépendance vis-à-vis des initiateurs (professionnels et institutionnels) requièrent une inscription dans la durée et une reconnaissance juridique que la forme associative permet.

Les groupes dont l'objectif est moins techniquement complexe ou moins ambitieux, peuvent se satisfaire d'un lien de dépendance envers des associations déjà constituées.

Grande-Synthe constitue un cas particulier, en ce sens que le groupe constitué n'est pas le fruit d'une initiative ascendante, mais le résultat d'une création institutionnelle. La permanence de ce collectif est assurée par cette origine. En ce sens, il est davantage un organe informatif et consultatif, qu'un groupe d'échanges à proprement parler.

Il est utile de s'interroger sur la nature de ce regroupement qui évolue au fur et à mesure et sous l'impulsion de l'animateur. Alors qu'auparavant les habitants ne participaient pas à l'élaboration de l'ordre du jour, depuis quelques temps, la population fait partie du comité de pilotage. C'est une évolution à noter.

La municipalité ne favorise pas l'émergence d'une association d'habitants, considérée déjà comme une ébauche d'expression d'un contre-pouvoir en marge de l'institution. Si le groupe de Grande-Synthe est dans une certaine mesure un faire-valoir pour la municipalité, on conçoit que l'enjeu de l'existence d'une association ne soit pas le même que celui de professionnels bénévoles comme à Soyaux, ou d'habitants comme à Cholet et Bagneux.

DES TERRITOIRES DIFFÉRENTS

Les actions observées s'inscrivent, dans la grande majorité des cas, dans des espaces administratifs ou géographiques considérés comme « naturels » (cité, quartier, ville, canton). On note qu'il n'y a pas eu de réel débat sur la pertinence de l'unité territoriale retenue comme cadre d'intervention, hormis à Bourges et Cholet.

Dans le premier cas, il s'agit d'ouvrir le groupe « Echanges santé » sur le reste de la ville dans un souci de désenclavement du quartier et de ses populations. Quant au second, c'est le désir de rendre viable l'action programmée qui a conduit le groupe porteur à s'interroger sur son extension à la ville.

Les acteurs

L'analyse des expériences sur sites fait ressortir trois grands types d'acteurs : les habitants, les professionnels (agents de développement, professionnels de proximité et extérieurs) et les institutionnels. Cette catégorisation n'est toutefois qu'indicative, certains « profils » n'étant pas suffisamment clairement définis pour entrer dans l'un ou l'autre de ces groupes.

LES HABITANTS

Les profils

Une typologie

Nous entendons par « habitants » les personnes vivant dans un secteur déterminé, quartier, ville ou canton. Mais tous n'ont pas la même manière de s'y intégrer ; pas plus que les autres catégories, le groupe des habitants ne forme pas un tout homogène :

- Certains vont s'engager dans le quartier dans une perspective de changement. Cet investissement est d'autant plus important qu'il existe un sentiment d'appartenance à une communauté et à un environnement (même dégradé).
- D'autres vont s'y replier pour y vivre au jour le jour, développant des stratégies de survie et d'adaptation et considérant leur présence comme une obligation.
- D'autres encore vont rêver d'être ailleurs et tenter d'échapper à un environnement qui ne répond pas ou plus à leurs aspirations.

Dans ce contexte, la participation des habitants ne va pas toujours de soi eu égard à la grande diversité des situations et des aspirations.

Les caractéristiques

Parmi les habitants rencontrés, engagés dans des actions communautaires, nous pouvons établir deux profils types :

- Un militant associatif (ex. : Confédération Syndicale du Cadre de Vie, association de locataires...) ayant déjà une expérience de l'engagement

revendicatif, soucieux de ses droits, pour qui la participation à une dynamique communautaire est un prolongement logique de cet engagement. Le motif premier de sa participation est de faire entendre son point de vue d'habitant sur des thèmes qui touchent à ses préoccupations. Ce type d'habitant se retrouve souvent dans d'autres organisations actives implantées sur le quartier et dont l'objet concerne la vie de ce dernier ;

« Une entreprise d'insertion locale sur le quartier a été mise en place par les habitants. D'ailleurs entre tout ce monde-là, il y avait beaucoup de passerelles : des membres du Conseil d'Administration se retrouvaient dans la commission santé, les gens de la commission santé se retrouvaient au comité des habitants, etc. » (un intervenant).

- Une personne dont l'insertion sociale et/ou territoriale est ressentie par elle comme insuffisante ou problématique, cherchant à établir de nouveaux liens sociaux et/ou affectifs et à s'informer de la vie locale. Ceci à des degrés très divers : personne coupée de son entourage (déménagement, divorce, etc.), migrant, bénéficiaire du Revenu Minimum d'Insertion, etc. Il s'agit majoritairement de femmes retraitées ou de femmes avec enfants à charge, d'un âge moyen de 45 ans, souvent seules et au chômage. En revanche, on peut supposer chez les actifs un moindre besoin d'insertion par ce biais ou une moindre disponibilité.

« J'ai abandonné l'action quand j'ai trouvé du travail » (une habitante).

On constate que cette seconde catégorie d'habitants est principalement composée de personnes partiellement désocialisées et ayant encore la capacité et l'énergie pour lutter contre cet état de fait, à la différence des personnes complètement désocialisées et précarisées pour lesquelles des interventions dans l'urgence sont préalablement nécessaires.

Les motivations et les modes d'accès au dispositif

Les motivations

La motivation principale des habitants pour la participation à une démarche communautaire donnée est le résultat de l'action engagée, qu'ils en attendent un bénéfice personnel ou au contraire que leur action s'inscrive dans une logique de type militant ou « altruiste ». Intervient aussi le désir de rompre l'isolement : participer à l'action permet de rencontrer d'autres personnes et d'échanger.

Si effectivement le résultat de l'action est le souci principal des habitants et s'ils semblent accorder un intérêt secondaire au processus d'autonomisation et à la réflexion stratégique, on peut néanmoins considérer que chaque étape tactique de la réalisa-

tion du projet est l'occasion d'une réflexion sur les niveaux intermédiaires et sur l'efficacité des moyens et constitue un pas supplémentaire dans la conscientisation.

Quand nous parlons de résultats, il ne s'agit pas uniquement de la réussite de l'objectif final, mais le résultat d'étapes intermédiaires qui constituent autant de succès, de petits challenges qui renforcent la motivation des individus et du groupe à poursuivre le processus engagé : organisation de fêtes, réussite de l'établissement d'un diagnostic, impact d'actions de relations publiques ou d'interventions ou de pressions auprès des institutions.

« La municipalité voulait fermer le centre de soins du quartier. Nous sommes allés le défendre en distribuant des tracts pour avertir la population des agissements du maire, le jour des vœux du maire. On a eu gain de cause : le centre existe toujours, il est même question d'une discussion entre le comité des habitants et la municipalité pour débattre de son avenir » (une habitante).

Chaque résultat positif obtenu est ressenti comme un signe de reconnaissance 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. Si le processus de conscientisation préalable à l'action collective semble relativisé par les habitants, c'est parce que ce processus ne trouve sa pleine validation à leurs yeux qu'en raison de la prise de pouvoir que l'action – issue de ce processus – permet.

La modalité de participation des habitants est l'action commune, le « faire ensemble », dans une optique constructive. Interrogés dans une étape avancée d'évolution de la dynamique communautaire, les habitants se perçoivent comme dépositaires d'un savoir à prendre en compte, partenaires naturels et à part entière des professionnels et des pouvoirs publics sur des projets particuliers.

Ainsi les habitants de Grande-Synthe commencent à envisager de pouvoir prendre le relais d'un bureau d'études en ce qui concerne le diagnostic de la situation et éventuellement le montage du projet relatif à l'aménagement de la place du marché hebdomadaire.

L'hypothèse implicite est que la rencontre et la confrontation entre savoirs profanes et savoirs professionnels vont favoriser l'émergence de connaissances nouvelles et la mise en œuvre d'actions novatrices.

Leur action ne se situe pas autour d'une contestation du système social mais d'une volonté de construction collective où chaque type d'acteur a la possibilité d'exercer son pouvoir à son échelle.

L'accession à la dynamique

Deux types d'accession à la dynamique ont été observés chez les habitants :

- une mobilisation spontanée de personnes très motivées déjà regroupées en association opérant sur le quartier comme à Bagneux (enjeu résidentiel) ou Cholet (enjeu de solidarité) et initiatrice de la dynamique communautaire ;
- une mobilisation des habitants impulsée par l'agent de développement ou d'autres professionnels.

Pour cette dernière catégorie, l'inconvénient réside dans le fait qu'il peut s'agir non pas d'une réelle mobilisation fondée sur des personnels mobiles mais d'une réponse de courtoisie apportée aux professionnels sollicités qui, dans certains cas, peuvent être ceux qui ont en charge leur dossier de prestations sociales.

*« Après quelques réunions, nous n'avons pas retrouvé les jeunes femmes du groupe E. Elles ne se sont pas impliquées. Elles venaient pour **nous faire plaisir**. Elles avaient vécu quelque chose de bien par ailleurs en faisant aboutir leur projet de vacances, mais après... »* (Une professionnelle).

Dans ce paragraphe, nous traitons de la mobilisation initiale, d'autres personnes pouvant rejoindre le mouvement au cours d'étapes ultérieures. A tout moment, dans le cas de Bourges, Grande-Synthe et Soyaux, lors de phases d'ouverture du groupe (au moment de l'enquête conscientisante ou participative, de la restitution des résultats à la collectivité avec élaboration d'un projet d'action et de la constitution en organisation collective autonome) pour Argentat et Bagneux.

On note une corrélation entre ouverture permanente du groupe et difficulté de recrutement de nouvelles personnes.

Si les habitants engagés dans les actions communautaires considèrent de plus en plus leur participation comme un droit, celle-ci ne va pas encore de soi. Et ceci malgré les vœux des professionnels.

LES PROFESSIONNELS

L'agent de développement : une figure centrale

L'analyse sur site nous montre que la figure de l'agent de développement est centrale dans les actions et dispositifs observés. Il agit en tant que chef de projet ou coordinateur dans le cadre d'une action de développement social ou de promotion de la santé. Le but principal de son intervention est de contribuer à redonner un statut

d'acteur et/ou d'auteur aux habitants, non comme acteurs isolés mais comme acteurs au sein d'un collectif. Il occupe une position stratégique entre les différents acteurs engagés et les divers réseaux de communication. En cela, son rôle est capital si l'on veut que des actions communautaires puissent voir le jour et se perpétuer.

Les profils

Parmi les professionnels rencontrés remplissant effectivement ce rôle d'accompagnateur, peu se définissent explicitement comme agent de développement. La plupart d'entre eux n'en ont ni la formation initiale, ni même le statut. Toujours est-il, qu'ils en assurent plus ou moins la mission, définie comme telle : favoriser la mise en place des conditions pour que les habitants deviennent acteurs de leur propre vie et de leur propre développement :

- en permettant aux potentialités et désirs de la population de s'exprimer et d'être valorisée ;
- en encourageant et accompagnant la mise en œuvre de projets collectifs.

Les professionnels opérant sur les six sites étaient très différents, en ce qui concerne leur expérience, mais tous remplissaient – au minimum – un rôle d'animateur soutenu par d'autres professionnels – au maximum – celui d'agent de développement. Il s'agissait :

- à Argentat, d'une assistante sociale ayant déjà mis en place des actions de développement social local et ayant une formation en travail social communautaire ;
- à Bagneux, d'une assistante sociale chilienne formée à la démarche communautaire et en ayant déjà l'expérience dans son pays ;
- à Bourges, d'une assistante sociale sans expérience de travail social communautaire, mais désireuse de sortir du cadre d'une relation d'aide individuelle et souhaitant se former à l'approche communautaire, associée à un prêtre animateur de la commission santé mise en place par le comité des habitants des quartiers nord de Bourges ;
- à Cholet, d'un agent de développement travaillant pour la municipalité dans le cadre d'un Dispositif Social Urbain (DSU) ;
- à Grande-Synthe, d'une coordonnatrice ayant une formation de conseillère en économie sociale et familiale relayée par un expert extérieur chargé de l'animation des groupes ;
- à Soyaux, d'un appelé du contingent diplômé en psychologie (maîtrise puis DESS de Psychologie de l'environnement) appuyé par un expert extérieur et la présidente de l'association ASPROS formée en santé communautaire.

Hormis Argentat et Bagnaux, on relève chez ces acteurs une certaine inexpérience de la mise en œuvre d'actions communautaires, même si quelques professionnels ont reçu une formation théorique à cette démarche.

La plupart d'entre eux ont une bonne connaissance du terrain sur lequel ils opèrent (par exemple à Bourges, l'assistante sociale travaille depuis vingt ans sur le secteur). Ils sont déjà connus et reconnus par les habitants. Bien souvent, ils ont aussi une longue expérience professionnelle. Ils possèdent donc de nombreux acquis préalables pour mener à bien des actions communautaires.

Leur expérience de la vie associative, syndicale et confessionnelle peut sembler dénoter un goût pour les activités relationnelles, collectives et/ou de type revendicatif qui les incline à ce type de pratiques.

Les valeurs

Tous les professionnels faisant office d'agents de développement misent sur la capacité de tous les individus à percevoir et à analyser leurs conditions de vie, ainsi qu'à développer des attitudes critiques envers les phénomènes sociaux d'exclusion. Leur conception des choses est positive et valorisante : ils parlent en termes de ressources, de capacités, d'aptitudes, plutôt qu'en termes de manques et de problèmes. Leur état d'esprit correspond à une attitude d'écoute et de respect des personnes et de leurs potentialités.

Ce sont des personnes qui manifestent des convictions profondes, d'où une forte implication de leur part. Elles accordent une importance prioritaire aux actions ascendantes et à la participation des habitants aux décisions qui les concernent.

Leur discours manifeste des habitudes de réflexion sur eux-mêmes, leurs pratiques, les relations inter-individuelles et collectives.

Leur intérêt est centré sur l'agir commun et le savoir partagé. Ils ne se situent pas dans une logique d'affrontement social, ni de changement magique, mais bien plus dans une optique de changement adaptatif au système social fondé sur des stratégies d'acteurs.

Les rôles et les modes d'intervention

L'action communautaire suppose un double processus de :

- **renforcement des identités collectives** par un travail de conscientisation, de mobilisation et de coopération entre les membres de la communauté ;
- **réaménagement des rapports sociaux** par la négociation.

La tâche des agents de développement consiste à mettre en place des dispositifs capables de médiatiser les relations au sein de la population elle-même, puis entre celle-ci et les partenaires qui exercent une influence sur elle ⁽¹²¹⁾. Ils fonctionnent ainsi comme des agents de médiation. Pour ce faire, leur action de médiation va porter sur les *trois dimensions* de l'action sociétale telle que définie par Touraine :

- 1 – d'une part, ils doivent aider la communauté à prendre conscience de l'existence d'intérêts communs et de la situation sociale du groupe par rapport au système politico-institutionnel. Il est nécessaire de rappeler que la communauté, ensemble lié par une ou plusieurs caractéristiques communes, n'échappe pas aux différences d'intérêts, voire aux contradictions ⁽¹²²⁾. L'action du professionnel porte donc sur la (re)constitution d'une identité de groupe et sur l'émergence d'un système cohérent de valeurs, de normes. Ceci passe par un travail de négociation entre les membres de la communauté qui consiste à gérer les rapports de forces sociaux, départager les intérêts différents, choisir entre les diverses opportunités,
- 2 – d'autre part, ils doivent promouvoir la mobilisation des membres de la communauté. Cette mobilisation doit permettre au groupe de s'imposer comme interlocuteur à prendre en compte par les autres partenaires et notamment les pouvoirs publics,
- 3 – enfin, les professionnels doivent aider ce groupe à se doter de la logistique et des ressources nécessaires pour agir, participer et négocier. Les connaissances techniques des professionnels sont mises à la disposition de la communauté. De cette façon, la population pourra participer pleinement aux discussions et décisions et sera à même de parler un langage reconnu et compris par les autorités. Ceci concourt à faire reconnaître la communauté comme partenaire par les institutionnels.

La médiation est donc relationnelle puisqu'elle a pour fonction de mettre en relation les personnes qui partagent une même situation mais qui ne l'ont pas encore reconnu. Elle a une composante institutionnelle, puisqu'elle s'attache à instaurer ou restaurer la capacité de la communauté à entrer en rapport avec les institutions et à engager une négociation avec elles. Or la transformation d'un groupe latent en communauté active impose une prise de conscience collective et le développement d'actions coordonnées. La médiation comporte donc également une composante symbolique et organisationnelle ⁽¹²³⁾.

(121) *Op. cit.*

(122) MACHADO V., PETITGIRARD A., BRIXI O., NÉGOCIATION. In : Péchevis M., et al. *La santé communautaire. Concepts-Actions-Formation. Groupe de travail sur l'enseignement de la santé communautaire*. Paris : Centre International de l'Enfance, 1990 : 156-8.

(123) GOUDET B. Champ des approches collectives et modèle d'analyse. Problématique et méthodes. In : *Processus d'action collective et méthodologie d'intervention sociale. Les jeux de l'agir et du savoir*. Journées d'étude des 16, 17 et 18 novembre 1988. Bordeaux : GIRPAC, 1988 : 5-25.

Il ressort de leur discours que les modalités d'intervention des agents de développement peuvent se présenter de la façon suivante :

Ecouter les habitants

Les agents de développement doivent permettre d'entendre et de comprendre les aspirations et les attentes explicites mais aussi implicites des habitants. Ils doivent saisir toutes les opportunités d'expression des populations. L'écoute doit également permettre de reconnaître et de faire reconnaître les potentialités de ces habitants à entreprendre des actions par eux-mêmes.

Offrir des lieux de rencontres favorisant l'échange entre les habitants et les professionnels et animer ces échanges

Il s'agit de reconnaître des potentialités ignorées personnellement et socialement. Les groupes de réflexion permettent une prise de conscience collective d'un problème qui n'était vécu de prime abord que comme une difficulté personnelle, voire une honte. Le regard des autres permet le décentrage des questionnements. La réflexion commune génère des échanges et une réflexion sur les problèmes rencontrés, les solutions envisageables et retenues. A partir de là, on peut éventuellement assister à l'émergence d'actions collectives.

Accompagner les habitants dans la réalisation d'actions collectives

Cela consiste en une aide au montage de projets, un soutien technique à la rencontre avec des professionnels, ...

Gérer la complexité

En accompagnant les habitants, les agents sont confrontés à l'obligation de devoir gérer la complexité. Ils doivent être à la fois proches des habitants et des autres acteurs susceptibles d'être impliqués dans des projets collectifs : institutions et professionnels de terrain. Ils sont à l'intersection des logiques, enjeux, contraintes et langages différents selon les types d'acteurs. Il s'agit d'amener des personnes aux intérêts, enjeux divers, à s'accorder sur des objectifs communs, à progresser vers un cheminement partenarial. Ils deviennent en quelque sorte des porte-parole d'un ensemble hétérogène avec, pour mission, de faire communiquer des univers séparés, dans l'optique d'une création commune.

Traduire

Les agents de développement possèdent également une fonction de traducteur. Ils constituent des passerelles provisoires entre les habitants, les pouvoirs publics et les institutions. Ils sont en quelque sorte chargés de rendre un problème compréhensible

par les différents acteurs. La résolution de ce problème ainsi traduit, devient une nécessité pour chaque acteur.

Former

Les agents de développement doivent aussi assurer la fonction de formateur (ou d'organisateur de formation), afin de prémunir les habitants contre le risque de retrait institutionnel. Dans ce domaine, rien n'est jamais acquis.

Le cas de Bourges est significatif. Depuis deux ans, la CAF ne soutient plus les actions sociales communautaires mais centre ses activités sur la médiation familiale.

Il est donc nécessaire de former les habitants pour qu'ils puissent trouver d'autres ressources dans leur environnement, même si les professionnels accompagnateurs restent parfois des bénévoles actifs. Concrètement, cela se traduit par un apprentissage de l'environnement et le passage progressif des fonctions assumées par les professionnels aux habitants (apprentissage des termes techniques, animation de réunion, rédaction de comptes-rendus, prise de rendez-vous avec des professionnels, contacts avec des institutionnels...). La question de l'appropriation des processus par les habitants est fortement mise en exergue. Ce type d'action met parfois le professionnel en position ambiguë s'il est employé par une institution. Il peut se trouver dans un système de double contrainte difficile à gérer.

Garantir la démarche

Les agents de développement semblent également être des garants de la démarche participative. En effet, la participation des habitants ne va pas toujours de soi, d'autant plus que la gravité des situations, le danger ou la détresse rendent légitimes des interventions dans l'urgence. Certes, malgré les efforts faits par les professionnels pour appeler la population à prendre une part active aux projets, celle-ci ne vient pas toujours. Sa participation est alors vécue par les décideurs comme une incantation, voire une utopie. La tentation de privilégier une politique d'assistance peut être grande, aboutissant à un rejet ou à l'indifférence des populations concernées. Eviter cette dérive est aussi de la tâche de l'agent de développement.

Enfin, l'agent de développement est confronté à une autre situation difficile : les habitants, comme les professionnels rencontrés, s'accordent à dire qu'il doit être à la fois :

- 1 – un acteur indépendant qui va permettre la formulation de nouveaux enjeux ;
- 2 – un acteur suffisamment lié aux ressources institutionnelles et politiques locales pour que les questions soulevées puissent porter tout leur poids de changement.

Il doit ainsi permettre des interactions locales génératrices de sens.

Les professionnels de proximité

Les profils

Travailleurs sociaux, infirmières, animateurs, conseillères en économie sociale et familiale, éducateurs, enseignants, professionnels de santé scolaire, pharmaciens, ils sont nombreux à intervenir dans les actions communautaires observées. Nous avons noté la faible présence de professionnels de santé en particulier de médecins généralistes.

La plupart des professionnels rencontrés étaient favorables à un travail en commun avec les habitants, mais peu avaient une formation en action communautaire.

« J'avoue qu'au début, la santé communautaire c'était quelque chose de très flou comme pour beaucoup d'entre nous. On sentait vraiment la nécessité les uns comme les autres, afin de savoir où on allait, d'avoir une personne compétente que nous avons recherchée en la personne de X » (une professionnelle).

Les rôles

Souvent étroitement associés à la vie quotidienne des habitants et proches d'eux, les professionnels de proximité contribuent à la réussite des initiatives communautaires en mettant à disposition leurs compétences, leurs savoirs techniques et leurs réseaux de relations, en fonction des besoins et des demandes des habitants et de la sollicitation de l'agent de développement.

Ils permettent également d'objectiver certaines réactions ou demandes des habitants :

« C'est très important d'avoir des gens qui connaissent très bien le territoire, qui peuvent rapporter et expliquer des choses. Parfois, que ce soient des habitants ou des techniciens, il y a des paroles toutes faites du style « c'est stupide ce qui a pu être fait à tel endroit ». Or derrière, on n'a pas forcément la logique dans laquelle ça a pu être fait » (un agent de développement).

L'habitant est officiellement perçu comme un témoin du milieu et comme un partenaire à part entière. On constate une certaine idéalisation de la démarche communautaire accompagnée d'une forme de dénégation des rapports de pouvoirs entre les acteurs. Dans leur discours, l'ensemble des protagonistes se trouvent sur un pied d'égalité.

Les motivations

Pour certains professionnels, la participation à des actions communautaires fait partie de leur mission professionnelle qui est de soutenir des initiatives d'habitants dans le cadre de la promotion de la santé. Il est donc plus facile pour eux de s'engager dans

ce genre de démarche, « *dévoratrice de temps* » et peu encline à donner des résultats visibles rapidement.

« *Ma chef de service se demandait bien à quel moment nous allions aboutir et trouvait que cela coûtait cher* » (une professionnelle).

Certains professionnels se sont engagés dans le processus en raison de la thématique abordée, celle-ci faisant partie de leur domaine d'action (ex : Argentat). Par ailleurs, cet espace permettait de nouer des relations de partenariat avec d'autres professionnels opérant dans le secteur.

On constate également que des professionnels, travaillant habituellement seuls, ont saisi cette occasion de travail collectif pour pouvoir échanger et sortir de leur solitude ressentie comme pesante.

L'impasse et l'impuissance dans lesquelles se trouvent les travailleurs sociaux devant des personnes en situation de précarité et d'exclusion et pour lesquelles la relation d'assistance individuelle est un échec, ont fortement contribué à ce qu'ils s'engagent dans ces projets communautaires. Ils expriment alors une attente de re-socialisation individuelle à travers des actions collectives pour les personnes en souffrance sociale. Si la démarche communautaire doit aider le groupe et la collectivité à s'autonomiser, elle semble aussi être perçue comme un moyen d'aider chaque individu à se prendre davantage en charge. Le but de l'action collective rejoint alors celui des actions sociales individuelles plus classiques. Certains vont même jusqu'à employer les termes de thérapie sociale.

Les professionnels extérieurs

Les profils

Sur trois sites (Bagneux, Grande-Synthe et Soyaux), on a pu constater la présence de professionnels extérieurs à l'environnement social. Il s'agissait :

- d'un expert en développement social local ;
- d'un architecte spécialiste de la question des espaces publics et de l'urbain ;
- d'un professeur de santé publique.

Ce sont des acteurs éloignés des enjeux locaux et à distance des préoccupations quotidiennes. Cet aspect semble important aux yeux de l'ensemble des acteurs locaux.

« *Je suis employée communale, je n'ai pas la neutralité que Y peut avoir* » (un agent de développement).

« *C'est important pour nous que l'animateur ne soit pas d'ici* » (une habitante).

Leur point commun est leur capacité au recul et à une vision plus globale et moins affective de la situation locale.

Ce sont des personnes qui ont une longue expérience de la démarche communautaire ou du travail avec les habitants. Ils sont reconnus et légitimés dans leur domaine de compétence.

De par leur expérience, ils accordent de l'importance à la démarche communautaire et à la collaboration des divers acteurs.

Les rôles

Les professionnels externes semblent jouer un rôle de médiateurs-experts au service des acteurs du développement. Ils remplissent un certain nombre de fonctions qui sont exclusivement celles repérées sur les sites visités et que nous qualifierons comme suit :

Une fonction pédagogique

Les experts définissent leur mode d'intervention davantage comme une manière de travailler que comme un apport de connaissances et d'expertise. Ainsi définie, leur fonction s'identifie à une fonction pédagogique en direction de l'ensemble des acteurs : habitants, agents de développement, professionnels de proximité et institutionnels.

Une de leurs fonctions consiste à intervenir auprès des acteurs de terrain pour les aider à engager une démarche communautaire que ceux-ci ne connaissent ou ne maîtrisent pas. Les experts transmettent un mode opératoire bien plus que des contenus didactiques et mettent en place un processus d'action-formation. Ceci va parfois à l'encontre des attentes des professionnels, peu familiarisés avec ce mode de fonctionnement et qui, dans un premier temps, peuvent en concevoir une certaine frustration.

« Moi-même j'étais un peu perdue, je dois l'avouer, on avait l'impression d'avoir fait des choses mais aussi d'avoir régressé. Après discussion, on a demandé à X de nous donner les concepts réels de la santé communautaire en cours théoriques parce que c'était beaucoup la demande des professionnels » (une professionnelle).

« X nous a aidés sans qu'on s'en rende compte parce qu'il a été là pour nous imprégner petit à petit de cette démarche sans nous le dire. Je crois qu'on a compris la chose au bout d'un moment » (une professionnelle).

Ce dernier exemple illustre bien la pédagogie d'appropriation de la démarche par les acteurs eux-mêmes. Les experts **aident** donc **l'ensemble des acteurs** à prendre conscience des savoirs et des compétences qu'ils possèdent déjà, souvent à leur insu. Toutefois, il est parfois important que les professionnels de proximité aient des temps

de rencontre spécifiques afin de se ressourcer et de mieux définir et accepter l'évolution de leur rôle actuel.

Lorsqu'il n'y a pas, sur le terrain, d'agent de développement formé et apte à entreprendre une démarche communautaire présents sur le terrain, les experts extérieurs sont amenés à jouer momentanément ce rôle, tout en ayant soin de préparer une transition progressive de cette mission à des professionnels de proximité motivés à devenir, le temps de l'action, des agents de développement. Si personne n'est prêt à jouer ce rôle, le devenir de l'action est incertain.

Une fonction de médiation

« *Mon rôle c'est d'être attentif à ce qu'il n'y ait pas une appropriation trop forte du processus par l'une des trois catégories : habitants, élus, techniciens. Evidemment, un processus qui est proposé, instauré, payé par l'institution, donc par le politique a une très forte tendance à devenir l'outil du politique. Mon rôle c'est de faire le mouvement inverse et d'arriver à faire que ce soit aussi autant l'outil des habitants* » (un expert).

Les experts jouent donc un rôle de médiateur permettant aux acteurs de progresser dans leur cheminement partenarial. Ils sont à équidistance de chacun d'entre eux, de façon à ce qu'il n'y ait pas appropriation par l'un d'eux et à ce qu'un équilibre tripartite soit respecté. C'est dans les espaces qu'ils ménagent que ce cheminement partenarial peut se faire.

« *Mon rôle, c'est de constituer un **espace équivalent** pour chacun et d'être attentif à ce que la **parole de chacun soit au même niveau*** » (un expert).

L'équilibre entre les différents partenaires n'existant pas nécessairement d'entrée de jeu, leur rôle peut consister à soutenir l'un d'entre eux de façon à ce que tous soient à égalité dans le débat.

Ils aident également à comprendre les conflits en apportant davantage de rationalité et participent ainsi activement à leur résolution.

Une fonction de proposition

Une autre des fonctions constatées est celle de faire des propositions auprès des professionnels et des institutionnels, portant en général sur un élargissement des prérogatives des habitants. Ces propositions ne seraient pas forcément reconnues comme pertinentes et partant, entendues, si les experts ne se situaient eux-mêmes hors de l'espace de la négociation. Leur rôle est aussi celui de déstabiliser les acteurs afin de faire progresser le débat.

Leur indépendance et cette liberté de parole découlent du fait qu'ils remplissent une mission de médiateur clairement contractualisée et ne sont pas dans un rapport d'employés à employeurs.

LES INSTITUTIONNELS

Les profils

Elus ou administratifs de diverses instances telles que les municipalités, les conseils généraux ou régionaux, les Directions Régionales et Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales, les Caisses Primaires d'Assurance Maladie, les Mutuelles, ces institutionnels légitiment l'action menée à travers la définition d'un certain nombre de priorités et/ou à travers un soutien financier.

Les élus locaux se perçoivent comme bénéficiant de la légitimité venant du vote, mais se sentent limités par un jeu de contraintes : le secteur sanitaire et social relève davantage d'une politique de l'Etat ou du Département (petite enfance, etc.). Il ressent pourtant la nécessité d'intervenir dans ce domaine, car il est interpellé sur ces thèmes par les professionnels ou la population.

Les rôles

Le pouvoir des acteurs institutionnels est majeur, de par les financements qu'ils peuvent octroyer. Aussi sont-ils parfois perçus comme uniques décideurs au point d'être dénommés tels. Il serait cependant souhaitable que le langage soit adapté, et que l'on dissocie les mots « financeur » et « décideur ».

Toutefois, la place qu'ils occupent peut dépasser cette seule dimension financière. Lorsqu'ils facilitent les actions de développement comme ce fut le cas à Argentat, à Cholet, Grande-Synthe et Soyaux, l'impact psychologique de leur contribution s'ajoute aux dynamiques locales.

Parce qu'ils se sentent légitimés, les acteurs locaux, habitants et professionnels de proximité, osent plus facilement affronter de nouvelles difficultés, de nouveaux conflits, effets inévitables liés aussi à l'action. Cette reconnaissance *de facto* par les acteurs institutionnels fait partie de l'indicible. On constate sur le terrain qu'elle peut être d'une importance insoupçonnée. La participation de la population s'inscrit alors dans les faits plus que dans les discours.

L'expérience montre que chaque institution peut être à l'origine d'un projet : une municipalité, en particulier dans le cadre des contrats de ville, un organisme de

protection sociale, une association... Les atouts des municipalités sont sans conteste leur capacité à appréhender un territoire et à pouvoir prendre des décisions le concernant. Cependant, les circuits administratifs habituels ralentissent considérablement le processus de décision. Dans les communes où un contrat de ville a été signé, les procédures permettent de financer des actions dans des délais acceptables. L'institution aura ensuite à impliquer les autres partenaires, à décider avec eux qui sera le pivot de l'action et qui sera le garant des principes.

La place des institutions semble délicate. En effet, cette parole publique et cette légitimité apportée sont souhaitées, attendues, pour soutenir ces actions communautaires en vue de lutter contre l'exclusion. A travers ce soutien, les acteurs qui œuvrent au quotidien sont ainsi reconnus et contribuent de fait à plus de démocratie participative. Mais dans le même temps, les professionnels comme les habitants sont très sensibles à ce que cette reconnaissance ne soit pas teintée de récupération.

Une des questions importantes, la plus importante peut-être, qui se pose à l'issue de cette présentation est celle du dispositif triangulaire : habitants, professionnels, institutionnels.

De fait, la place des différents acteurs, leurs relations, l'évolution sont à réinterroger constamment. Ainsi, quoi qu'il soit généralement sous-estimé et parfois même occulté par les acteurs, on peut observer l'existence d'un jeu d'alliances informelles entre eux. Il s'agit d'une dynamique complexe de rapprochements et de tensions alternatifs dont l'importance doit être prise en compte, pesée, analysée, pour tenter de saisir, au-delà même des positions explicitement affichées, la réalité des enjeux dont une part échappe à la conscience claire des acteurs.

Du point de vue de la fonctionnalité de ce dispositif triangulaire, il semblerait que l'idéal soit un degré de tension médian entre les trois points : si celle-ci fait défaut, c'est la stagnation ; qu'elle soit en excès et c'est le blocage. Une certaine dose de conflictualité apparaît donc nécessaire à la subtile dynamique de la relation partenariale. Toutefois, dans la pratique, il semble que cette configuration soit difficile à tenir tant l'idée de fusion et l'idéal d'harmonie entre les protagonistes restent forts dans les esprits.

Il reste à admettre que dans le domaine social aussi, sans un minimum de tension et de stress, il n'est point de moteur suffisant à l'action.

Les modalités d'action

Dans la démarche communautaire observée sur le terrain, nous sommes dans une **optique de changement social où l'enjeu majeur est de créer de nouveaux modes de travail collectif** en intégrant les habitants comme acteurs à part entière.

Or le changement social ne se décrète pas. Il se heurte à une contrainte principale qui porte sur les anciennes structurations des systèmes d'action, telles que les définit Crozier. Les acteurs ont développé des capacités, des compétences et des expériences en lien avec ces structurations. Leur mode de raisonnement, leur façon d'agir et par conséquent les capacités de chacun à établir de nouvelles règles du jeu sont influencés par cet ancien schéma (cf. CROZIER et FRIEDBERGH, l'acteur et le système).

L'approche communautaire demande donc de fortes capacités d'adaptation à l'environnement avec repérage de marges de manœuvre et inventivité. Les professionnels rencontrés sur le terrain ont clairement présent à l'esprit le fait que le développement d'innovations implique la transgression des frontières organisationnelles et une propension à l'utopie, « *sinon on ne fait que gérer l'existant. Il n'y a donc aucun changement possible* » (un agent de développement). Les mots-clés sont donc changement, invention, négociation.

A présent, nous allons examiner les modalités de mise en œuvre concrète des projets qui visent à une participation effective des habitants à l'action, depuis l'analyse de la situation et le choix des actions à mettre en œuvre jusqu'à l'évaluation finale. Et ce, afin d'en tirer les enseignements concernant les moyens employés comme les difficultés rencontrées. C'est du point de vue de l'agent de développement, dont c'est la mission officielle ou celle dont il s'est investi, que nous allons les décrire.

Des éléments à intégrer

Au cours des entretiens avec les agents de développement, il apparaît que ces professionnels s'interrogent profondément – même si cela est peu théorisé – sur leurs pratiques professionnelles quotidiennes.

Il s'agit de questions qui portent essentiellement sur les objectifs et missions à accomplir en tant que professionnels engagés dans des pratiques communautaires, sur l'éthique à avoir lorsque l'on est dépositaire de cette mission d'accompagnement vers un changement social local (transparence des objectifs, moyens à utiliser, place laissée à la population) et sur leur place dans ces dispositifs ascendants. Selon eux, ce sont des éléments sur lesquels il convient de s'interroger régulièrement afin de ne pas se fourvoyer dans l'illusion de pratiques qui iraient à l'encontre des buts recherchés.

LES QUESTIONS À RÉSOUDRE

L'enjeu de leur accompagnement de pratiques communautaires est perçu par les agents de développement comme étant de favoriser les relations entre habitants, acteurs, professionnels et institutionnels intervenant sur le territoire, dans une dynamique de développement social.

Les problèmes auxquels ils ont à faire face sont de divers ordres :

- Comment faire pour passer d'une identification empirique et diffuse des problèmes et des préoccupations à partir des plaintes et des revendications des habitants à la construction de problématiques en vue de l'action ?
- Comment émerge une action collective avec des enjeux communs ?
- Comment éviter que les professionnels n'imposent leurs objectifs et leurs normes aux habitants ?

Les moyens qui seront utilisés par l'agent de développement devront permettre de répondre à ces questions et de favoriser la prise en compte des habitants comme acteurs véritables dans le système social.

L'ÉTHIQUE

La question de l'éthique a été régulièrement soulevée par les professionnels faisant office d'agents de développement. L'éthique ne se confond pas avec ce qui relève simplement de la bonne pratique professionnelle. Dans un contexte où les enjeux institutionnels et les rivalités professionnelles qui en découlent, brouillent le paysage et

entravent les décisions, il faudrait pouvoir se placer toujours du point de vue du plus démuné pour voir ce qu'il faudrait changer.

La réflexion éthique n'a rien de théorique. Elle fait partie intégrante de chaque action à travers un certain nombre de questions que l'on peut se poser au fur et à mesure du déroulement :

Quelle transparence dans les objectifs ?

Dans un certain nombre d'actions observées, les objectifs avoués masquent des buts qui peuvent ne pas être dits – ceci afin de ne pas effrayer les populations ou les institutionnels – et qui concernent davantage les représentations sociales d'une population par rapport à une autre, l'autonomisation des habitants, la responsabilisation de la population face au projet. Dire ces buts peut parfois se révéler contraire à l'efficacité ; les taire constitue en revanche une forme de manipulation.

Certains professionnels rencontrés nous affirment qu'on ne peut pas parler de manipulation, car eux-mêmes n'ont pas d'objectifs précis au départ de la dynamique. Les choses prennent de l'envergure au fur et à mesure qu'elles avancent et revêtent des formes qui n'étaient pas envisagées, ni envisageables au départ de l'initiative (ex. : Réseau d'Echanges Réciproques et de Savoirs à Bourges). D'où l'utilité de l'écrit susceptible de retracer cette évolution des objectifs.

Les moyens envisagés sont-ils à la mesure des objectifs fixés ?

La participation communautaire peut être encouragée autant pour son éventuel impact sur les problèmes spécifiques, que pour ses effets à long terme d'autonomisation et d'augmentation du pouvoir de la communauté sur son environnement. Au delà de la consultation, la participation devrait permettre de faire une place aux exclus et de les insérer dans la société. En effet, une démarche communautaire prend souvent naissance dans les failles du système institutionnel déjà en place. C'est parce que les institutions ne répondent pas au problème identifié par la communauté, ou qu'elles y répondent mal, ou encore qu'elles ne veulent pas y répondre, qu'un groupe social jouissant d'une certaine identité collective se mobilise ⁽¹²⁴⁾.

Wieviorka modère cette affirmation. Il estime que « *penser que la participation puisse être l'objectif de la lutte contre l'exclusion et la réponse à ses drames, c'est croire au projet d'une société harmonieuse, intégrée autour de ses normes et de ses valeurs, c'est être dans l'utopie ou dans l'idéologie fonctionnaliste où il suffirait de réintégrer les exclus, de les faire participer à l'emploi notamment, pour qu'il n'y ait plus de question*

(124) LECORPS P. Introduction. In Péchevis M., et al. *La santé communautaire. Concepts-Actions-Formation. Groupe de travail sur l'enseignement de la santé communautaire*. Paris : Centre International de l'Enfance, 1990 : 95-7.

sociale, sinon secondaire ». Selon lui, la participation, dans la pratique, devient vite ambivalente, « *sorte d'injonction paradoxale qui porte l'espoir mythique de la réconciliation de la société avec elle-même et avec ses membres* »⁽¹²⁵⁾. L'approche communautaire ne doit pas être considérée comme la solution à tous les problèmes économiques, sociaux et politiques⁽¹²⁶⁾. Il faut prendre garde à ce que l'appel à la participation et à la citoyenneté ne soit pas, en période de crise, une manière de masquer l'impuissance collective à éviter et traiter les fractures sociales⁽¹²⁷⁾.

Par ailleurs, les professionnels doivent se garder d'alimenter l'espoir de produire une sorte de changement magique des rapports sociaux. Szapiro précise que « *c'est oublier que la communauté en question est incluse dans une autre plus large qui la prédétermine et qui marque les limites du changement. Quand ce changement fantasmé ne se réalise pas, apparaîtra un haut degré de frustration.* »⁽¹²⁸⁾ La confiance d'une communauté en sa capacité d'action est fragile. En face d'espoirs déçus, il peut alors se produire une grande démobilisation au sein de la communauté et une attitude négative devant toute nouvelle démarche participative.

Les intervenants sont la plupart du temps conscients de la nécessité de prudence dans l'action communautaire, eu égard aux risques que ne manquerait pas de comporter un échec de celle-ci pour les habitants. En effet, il convient de faire preuve de discernement, tant dans l'analyse préalable de l'environnement que dans l'appréciation des marges de manœuvre institutionnelles ou dans la pertinence du choix des moyens, de façon à ne pas soulever chez les habitants d'espoirs irréalistes de maîtrise de leur cadre de vie qui, s'ils étaient déçus, reviendraient, comme il l'a été dit, à aggraver leur exclusion et leur démobilisation.

En dernier lieu, il ne serait pas conforme à l'éthique d'inciter les habitants à la mobilisation s'il n'existait les moyens d'accompagnement nécessaires ou si leur faisait défaut l'aide de professionnels formés à la démarche communautaire.

Quelle est la place de la population dans l'action ?

L'existence de différentes formes de participation (approbation – consultation – alibi) montre que celle-ci ne va pas de soi. La volonté et la compétence des professionnels impliqués doivent rencontrer la volonté et la capacité des institutions et des habitants à s'inscrire dans une participation-action où les habitants sont impliqués dans l'en-

(125) NOIRIEL G., WIEVIORKA M., DONZELOT J., MENARD F., BAROU J., BROSSAUD C. *et al.* Participer : le concept. *Informations Sociales*, 1995, 43 : 15-20 ;

(126) Labonte R. Health promotion and empowerment : reflections on professional practice *Health Educ Q*, 1994, 21 : 253-68.

(127) Une injonction paradoxale *In* : Noiriel G., Wieviorka M., Donzelot J., Menard F., Barou J., Brossaud C, *et al.* Participer : le concept. *Informations Sociales* 1995, 43 : 4-5.

(128) SZAPIRO L. Une action communautaire en Argentine. Faits, éléments de discussion. *In* : Péchevis M., *et al.* *La santé communautaire. Concepts-Actions-Formation. Groupe de travail sur l'enseignement de la santé communautaire.* Paris : Centre International de l'Enfance, 1990 : 29-42.

semble de la démarche, depuis l'analyse de la situation, le choix des actions à mettre en œuvre jusqu'à l'évaluation finale.

Avant d'aboutir à cet idéal, on est parfois tenu de passer par les autres formes de participation. Elles peuvent être des tremplins vers une association plus systématique et plus « impliquante » de la population aux projets.

L'exemple de Grande-Synthe permet d'illustrer l'amorce d'un passage progressif d'une forme de participation à une autre. Ainsi les habitants participent activement au comité de pilotage de l'Atelier de Travail Urbain (ATU) qui choisit les thèmes de débat, puis lancent des initiatives autonomes par rapport à la mairie (élaboration d'une contre-proposition de projet d'aménagement de la ville), puis émerge l'idée chez les habitants qu'ils pourraient se substituer à un bureau d'études pour l'élaboration d'une enquête de faisabilité. Enfin, ils expriment la volonté de disposer d'un retour d'information et deviennent plus attentifs aux décisions du conseil municipal.

L'essentiel est peut-être de s'interroger à chaque fois sur la nature même de cette participation et d'analyser pourquoi la place de la population s'est limitée en réalité à une approbation ou à un alibi.

C'est à travers l'expérimentation de ces différentes formes de participation que petit à petit chacun pourra tenter d'aller plus loin. L'ensemble des agents de développement rencontrés s'accordent à penser qu'il faut laisser aux habitants le temps de prendre leur place et aux professionnels le temps de la leur donner. Le temps apparaît comme un facteur nécessaire à une éducation à la participation qui se heurte souvent à de vieilles habitudes.

Ainsi à Soyaux, la décision d'arrêter ou de poursuivre la prestation de service de l'expert extérieur a été discutée uniquement entre professionnels. En revanche aujourd'hui l'association, constituée au départ des seuls professionnels, s'est ouverte aux habitants du quartier jusqu'à son conseil d'administration.

Il est clair que subsistent toujours, dans toute démarche de ce style, des risques de manipulation et de récupération partisans, dont il convient d'être conscient, faute de quoi on va à l'encontre de l'objectif d'autonomisation des habitants.

Mais la notion de participation peut être envisagée sous un autre angle. En effet, les éléments présentés plus haut sous-entendent l'idée que ce sont les professionnels qui décident de laisser plus ou moins la place et l'initiative aux habitants. Réfléchir à la place des habitants, c'est aussi accepter d'inverser la question ⁽¹²⁹⁾ :

(129) PISSARRO B. Les inégalités dans la ville. – Congrès international du centre de coordination communautaire en éducation pour la santé : « Le social dans la santé ». – Liège, 1992/11/18-20. – 10 p. + annexes

- Comment les professionnels, les élus, les « experts », peuvent-ils participer aux projets des habitants ?
- Comment peuvent-ils soutenir, épauler, impulser les projets des habitants et les accompagner ?
- Comment peuvent-ils se situer dans une perspective de partage du savoir ? Partage du savoir des habitants, de leurs connaissances sur leur vie, sur leur quotidienneté, sur la manière qu'ils ont de pouvoir ou de ne pas pouvoir résoudre leurs problèmes, savoirs confrontés avec les savoirs de professionnels souvent plus théoriques.

Il ne s'agit pas dans cette perspective d'opposer deux groupes mais de favoriser leur rencontre pour faire émerger leur complémentarité.

NÉCESSITÉ DE RENVERSER LES MODES DE PENSÉE

En France et dans nombre de pays qui bénéficient d'un système de protection sociale avancée, tout est conçu pour apporter des réponses aux difficultés rencontrées selon la procédure suivante : les experts posent des diagnostics, les élus, représentants démocratiques, et les institutionnels prennent des décisions, et les professionnels compétents sur les problèmes ciblés mettent en œuvre des solutions. En plaçant les habitants au centre, la démarche ascendante renverse les processus habituels et oblige chacun à changer de position et de mode de pensée :

- *Le rôle des professionnels n'est plus de répondre, mais d'accompagner les habitants pour qu'ils prennent conscience de leurs problèmes communs et de leurs ressources afin de construire ensemble des solutions. Ils ont donc à intégrer et à valoriser l'expertise des habitants ;*
- *Les experts doivent partager leur savoir pour donner des méthodes et non plus pour nommer des problèmes ;*
- *Quant aux élus et institutionnels, ils se voient interpellés par des interlocuteurs inhabituels qui remettent en cause leur mode d'intervention traditionnel pour l'associer à la citoyenneté des habitants.*

La question importante est la suivante : comment parvenir à ce renversement des rôles ?

Cadre et modalités de l'action

L'ACCOMPAGNEMENT À L'ACTION

Les professionnels œuvrant dans la démarche communautaire ont pour but une participation en tant que processus d'autonomisation des populations. Le découpage de cette dynamique selon la logique de planification décrite par Pineault ne semble pas le plus pertinent ⁽¹³⁰⁾. En effet, si cette planification sert de support lors de l'élaboration du projet d'action, elle ne permet pas de prendre en considération les phases antérieures de relation, de mobilisation et de conscientisation.

Lavoie et Panet-Raymond ont proposé d'identifier trois grandes phases dans l'intervention communautaire : la préparation, la réalisation et l'évaluation de l'action. Cependant, ils soulignent que « *l'intervention communautaire est un processus où les différentes étapes servent à illustrer l'évolution et le développement d'une action collective planifiée. Par conséquent, l'ordre et le nombre d'étapes à franchir pourront varier* » ⁽¹³¹⁾. Larcher rappelle qu'étant donné le constant va-et-vient entre les professionnels et la communauté que suppose la mise en œuvre d'une action communautaire, la part d'imprévisible et d'expérimental est importante ⁽¹³²⁾. Lea Szapiro considère quant à elle, que le déroulement de l'action communautaire ne peut être qu'un processus dialectique entre la théorie et la pratique ⁽¹³³⁾.

Bien qu'il n'y ait pas de séquences préétablies, les professionnels rencontrés semblent cadrer leurs actions autour de quatre phases principales – et ceci bien que tous les projets observés sur le terrain ne soient pas passés par les mêmes phases, ou bien ne soient pas parvenus aux mêmes étapes.

Ce n'est, bien sûr, que dans l'analyse rétrospective des faits selon la classification établie par Dumas et Séguier ⁽¹³⁴⁾, que nous apparaît cette quadripartition ; les acteurs ne définissent pas aussi clairement et explicitement les phases de l'accompagnement de la démarche communautaire mise en œuvre.

(130) 1) Identification des problèmes, des besoins et des ressources, 2) Etablissement des priorités, 3) Documentation des problèmes prioritaires, 4) Définition des objectifs d'action, 5) Choix d'une stratégie, 6) Mise en place d'un plan d'action, 7) Mise en œuvre des activités, 8) Evaluation. Selon Pineault R, Daveluy C. La planification de la santé. Concepts, méthodes, stratégies. Montréal : Agence d'Arc, 1990.

(131) LAVOIE J., PANET-RAYMOND J. L'action communautaire. Guide de formation sur les étapes de l'intervention communautaire. Montréal : Centre de formation populaire, 1993 : 58 p.

(132) LARCHER P. ETHIQUE, In : Péchevis M., et al. *La santé communautaire. Concepts-Actions-Formation. Groupe de travail sur l'enseignement de la santé communautaire*. Paris : Centre International de l'Enfance, 1990 : 135-8.

(133) SZAPIRO L. Une action communautaire en Argentine. Faits, éléments de discussion. In : Péchevis M., et al. *La santé communautaire. Concepts-Actions-Formation. Groupe de travail sur l'enseignement de la santé communautaire*. Paris : Centre International de l'Enfance, 1990 : 29-42.

(134) *Op. cit.*

Il est à noter enfin que ces étapes ne se présentent pas toujours, loin de là, dans cet aspect séquentiel, mais que **l'on observe de façon quasi constante des retours en arrière, des imbrications entre les différentes étapes.**

1^{re} étape : phase relationnelle

Il s'agit de développer des relations de proximité avec les habitants afin d'être à l'écoute de leurs préoccupations. Souvent, il est important de savoir saisir les étincelles qui se présentent et décoder les attentes et désirs sous-jacents. On peut citer l'exemple de Bourges et de Bagneux.

Lasse d'entendre toujours les mêmes discours autour d'un mal-être et les mêmes plaintes chez des populations démunies en situation d'assistés sociaux, sans réel espoir de changement, une assistante sociale a inversé son regard sur ces populations. Il s'est agi pour elle de valoriser leurs compétences et potentialités plutôt que de les enfermer dans un assistanat dévalorisant. Elle s'est au départ adressée à quelques personnes afin qu'elles s'entraident à partir de leurs propres acquis : échanges d'enseignement de la langue française contre un autre service, selon les désirs des individus. De cette initiative, est né un Réseau d'Echanges Réciproques de Savoirs à Bourges.

A Bagneux, éprouvés par trois décès consécutifs de toxicomanes dans leur quartier, des habitants se sont adressés aux travailleurs sociaux du centre social, afin que ces derniers mettent en place des actions destinées à faire cesser cette situation. Une assistante sociale formée à la démarche communautaire a su entendre cette demande et le besoin sous-jacent de réappropriation de leur cadre de vie. Elle a pu tirer profit de leur requête et leur a proposé la mise en œuvre d'une action communautaire de santé sur le quartier.

2^e étape : phase de conscientisation

Dans la phase de conscientisation, il s'agit à la fois d'analyser la demande en objectivant les problèmes ressentis, et de travailler sur l'identité du groupe avec une définition des enjeux.

A partir d'une libération de la parole, du partage d'expériences, de l'échange, le groupe reconnaît l'existence du (de) problème(s), sa nature, son importance, sa pertinence, ... et identifie ce qui est déjà fait de façon informelle ou organisée, c'est-à-dire les dynamiques à l'œuvre dans la communauté.

Le but d'une action communautaire n'est pas seulement d'apporter des réponses pratiques aux problèmes ressentis. Il s'agit surtout de faire prendre conscience aux membres de la collectivité qu'ils sont capables de trouver des réponses à leurs pro-

blèmes et qu'ils possèdent les ressources nécessaires pour agir. La démarche communautaire favorise la reconnaissance et la valorisation des compétences et des potentialités du groupe qui permettront l'émergence d'une politique ascendante.

Elle permet aussi, par l'implication des membres du groupe dans l'ensemble de la démarche, une appropriation de l'action et des solutions qui seront mises en œuvre. On peut citer les exemples de Soyaux et de Bagneux. A Soyaux, un groupe composé d'habitants, de professionnels et d'élus s'est réuni pendant une année, afin de repérer les problèmes et potentialités du quartier. A Bagneux, les actions de formation sur le thème de la toxicomanie ont eu un rôle prédominant dans le processus de conscientisation des acteurs et dans l'inscription de l'action dans la durée.

Des professionnels et des institutionnels peuvent être, à cette étape, intégrés à la démarche, choix qui s'est fait sur différents sites : Argentat, Bagneux, Grande-Synthe, Soyaux. Les agents de développement présentent cette option comme une façon de mettre d'emblée en présence les différents partenaires, afin :

- que la négociation sur les enjeux, les objectifs et les méthodes s'élabore dès le démarrage de la dynamique ;
- que l'accès au réseau de ces partenaires se réalise plus facilement ;
- de pouvoir disposer de leurs compétences spécifiques ;
- d'avoir des relais au sein des institutions œuvrant sur le territoire ;
- qu'il y ait appropriation du projet par ces acteurs et par conséquent un soutien actif de leur part.

Néanmoins, les professionnels ont conscience que cela peut inhiber des habitants appartenant souvent à des catégories socio-professionnelles peu élevées et contribuer à ainsi à leur démobilitation. En effet, une population dominée dans les rapports sociaux peut intégrer comme légitime le discours dominant et par conséquent, ne pas s'octroyer le droit de participer. Elle reproduit ainsi les rapports sociaux existant entre dominants et dominés tels que décrits par Bourdieu. Un travail symbolique est alors nécessaire pour « *s'arracher à l'évidence silencieuse de la doxa (discours dominant)* »⁽¹³⁵⁾.

3^e étape : phase organisationnelle

Il s'agit d'accompagner le groupe dans une organisation pertinente afin d'arriver à un résultat tangible et de renforcer la coopération des différents acteurs du groupe, en liaison avec les partenaires extérieurs.

L'organisation du projet communautaire permet la constitution progressive d'un auteur collectif. C'est à travers ce processus et par la convergence d'actes significatifs

(135) BOURDIEU P. *Méditations Pascaliennes : éléments pour une philosophie négative*. Paris : Seuil, 1997.

que s'effectue le passage du groupe latent, fondé sur des intérêts collectifs communs, à un groupe organisé apte à agir sur l'environnement et le transformer en fonction de ses besoins par des actions solidaires.

4^e étape : autonomie et prise de pouvoir

C'est la capacité du groupe à se positionner comme acteur dans l'environnement social.

A Cholet, « Atout Santé » est perçu comme un acteur du champ sanitaire. Il est intégré à une réflexion sur la santé du quartier Bretagne initié par le Centre Social. Par ailleurs, son expérience est nationalement reconnue : interview, passages dans des émissions télévisées, Prix de la Fondation de France dans le cadre du programme « Agir ensemble ».

A Bagneux, l'association « Vis avec nous » est devenue une association de prévention spécialisée habilitée par le Conseil Général des Hauts-de-Seine.

A Argentat, l'association « Le Fil des aidants » est invitée à exposer ses activités au sein des écoles d'infirmières et de conseillères en économie familiale. Par ailleurs, par ses actions et son dynamisme, elle participe et influence la réflexion sur la prise en charge institutionnelle temporaire des aidés au niveau départemental.

Ce ne sont pas des séquences temporelles, car la forme et la nature de l'événement déclenchant influencent la forme des actions collectives. A Grande-Synthe, dispositif institutionnel, le pôle organisationnel est premier ; alors qu'à Bourges, c'est la phase de conscientisation qui est centrale.

PROBLÉMATIQUES DE LA DÉMARCHE

Des garde-fous

Devant l'imprévisibilité inhérente à la démarche communautaire, les professionnels doivent sans cesse s'adapter aux circonstances. Il est alors très difficile de construire un modèle méthodologique unique, du fait de la singularité de chaque environnement, de chaque action... Cela n'exclut pas (bien au contraire) de mettre en place des garde-fous, sous la forme notamment de principes qui doivent présider à la mise en place d'actions communautaires ⁽¹³⁶⁾. Larcher fait ressortir six lignes de force fondamentales, que l'on a pu retrouver sur les sites observés :

(136) LARCHER P. ETHIQUE, In : Péchevis M., et al. *La santé communautaire. Concepts-Actions-Formation. Groupe de travail sur l'enseignement de la santé communautaire*. Paris : Centre International de l'Enfance, 1990 : 135-8.

- la préséance absolue du respect de l'individu sur la fidélité à l'objectif de travail. Le rôle du professionnel passe avant la tâche qui lui est confiée ;
- l'attitude du professionnel doit être avant tout une attitude d'écoute de l'autre ;
- le souci de ne pas nuire doit être constant. Une communauté d'exclus est sans défense contre un échec qui lui sera davantage attribué qu'aux professionnels ;
- le souci de ne pas exclure est primordial ;
- l'expérience positive doit être systématiquement recherchée ;
- le professionnel doit pouvoir situer son identité sociale de professionnel dans la communauté.

Les modalités

Lorsque l'on a demandé aux agents de développement d'analyser leur démarche, il est apparu que pour la plupart, leurs modalités de travail sont les suivantes :

- ils prennent tous appui sur la réalité vécue sur le terrain par les différents acteurs, avec la prise en compte de l'environnement social, économique et politique ;
- les actions menées ne sont pas prédéfinies avec des séquences chronologiques dès le démarrage du projet. Au contraire, les actions sont le fruit d'une réflexion commune de différents partenaires ou entre acteurs identiques, avec des évolutions des objectifs dans le temps et des incertitudes à gérer. Se cramponner à l'objectif initialement fixé peut conduire les professionnels à se retrouver seuls si le besoin initialement identifié a évolué au cours de la réflexion ;
- aucune logique d'acteur n'est privilégiée. Par contre, il y a adaptation au contexte et à la présence de différents partenaires ayant des enjeux et intérêts particuliers. Il s'agit de créer un dialogue, même s'il y a risque de crise, la crise étant perçue comme révélatrice et porteuse de sens. Il n'y a pas de recherche de consensus, mais exposition de points de vue.

Cette conception de la démarche s'oppose aux conceptions habituelles qui ont cours au sein des institutions, même au sein de celles qui ont initié un programme de développement. En effet, le modèle dominant est rarement un modèle dynamique, source d'incertitudes et par-là même d'opportunités de prise de pouvoir. C'est plutôt un modèle linéaire qui privilégie une approche rationnelle s'ajustant difficilement à la dynamique et la complexité des situations rencontrées sur le terrain. De fait, il privilégie la décomposition des projets en séquences d'actions prédéfinies, linéaires et chronologiques en minimisant les facteurs environnementaux.

De plus, l'agent de développement n'est pas principalement orienté vers l'action. Le critère d'efficacité, s'il n'est pas sous-évalué, est souvent second par rapport au sens des actions. La démarche communautaire n'est pas une intervention qui peut se décliner à travers des moyens codifiés, indifférents au contexte de sa mise en œuvre et permettant la reproduction des pratiques, détachés des caractéristiques des personnes impliquées. Au contraire, elle prend en considération la subjectivité des acteurs, leurs savoirs, leurs potentialités, leurs enjeux, leurs interactions et le sens qu'ils donnent à leurs actions. L'agent de développement n'applique donc pas un savoir universalisant mais bien plus une compréhension des situations particulières et des pratiques.

Conditions et moyens en vue de l'autonomie

Quels moyens et quelles stratégies les agents de développement ont-ils effectivement adoptés pour parvenir aux objectifs de leur mission tels que définis préalablement par eux ? (voir « Les questions à résoudre »)

CONDITIONS REQUISES

La durée

Le facteur temps intervient à toutes les étapes du processus d'autonomisation des habitants, même s'il y a hétérogénéité de durée entre les étapes et selon les expériences observées.

« L'animation demande plus de temps parce qu'elle nécessite un suivi. Il faut un contact permanent avec les habitants, de la mobilisation. Il faut sans cesse les encadrer, être proche d'eux, les écouter et faire avec eux » (une professionnelle).

On constate que le développement se construit sur plusieurs années ; or les procédures classiques exigent des résultats tangibles en un an. Les actions de développement local qui portent aujourd'hui leurs fruits ont parfois commencé il y a dix ou quinze ans. La réflexion et la construction des objectifs comptent quelquefois plus que l'action finalisée.

Le temps nécessaire à cette dynamique est difficile à planifier et les résultats (en termes d'action) sont, la plupart du temps, impossibles à prévoir.

« Je pense que le communautaire c'est quelque chose de très long. Le PEPS a duré sept ans. On ne voit ses effets que depuis 1997, soit au bout de cinq ans. D'ailleurs, le directeur me disait : mais que faites-vous ? Et maintenant il me dit que ça a mis beaucoup de temps, mais qu'il y a beaucoup d'actions qui marchent » (un agent de développement).

« Chez certains, la démarche commençait à mûrir. X (le consultant extérieur) nous avait informés qu'il fallait du temps pour que les habitants s'approprient cette démarche, et il y avait aussi le temps des financeurs. Il avait su nous expliquer cela. Ça avait commencé à faire son chemin » (une professionnelle).

Une convergence minimale de points de vue

L'expérience nous apprend que, dans tous les cas, il y a nécessité que tous les partenaires se rejoignent sur au moins un point décisif : la situation-problème. Ceci implique une convergence des volontés à travailler dans la même direction et la reconnaissance des habitants comme partenaires à part entière.

LES MOYENS

Pas de recettes mais une adaptation nécessaire des moyens

Hormis sur le site d'Argentat où il existait un classeur avec description précise des démarches à suivre, peu de professionnels s'appuient sur des guides méthodologiques en actions communautaires. Certains en ignoraient l'existence, d'autres les jugeaient inadaptés à leurs besoins.

On constate une certaine inexpérience de ce type d'action, même si quelques professionnels étaient formés en théorie à la démarche communautaire. D'où le caractère expérimental de la conduite des projets et les tâtonnements qui en ont logiquement découlé.

« On avait lu des articles sur la santé communautaire, mais on ne savait pas du tout comment cela pouvait se mettre en place sur un terrain concret, avec des habitants dans un quartier » (Bourges).

« En termes de moyens, j'avais une formation en santé communautaire. Dans le groupe, j'étais positionnée comme animatrice. J'avais appris théoriquement la démarche de l'enquête participative et donc je leur ai proposé cette aventure. C'était une aventure pour moi, comme pour eux, parce que personne n'avait fait cela » (Argentat).

« On était tous d'accord pour mener une action de santé communautaire... mais comment faire, on ne le savait pas trop » (Soyaux).

Devant leur inexpérience, les professionnels de Soyaux ont eu recours aux compétences d'un expert extérieur en santé publique. Quant aux agents des autres sites (à l'exception de Bagneux et Cholet), ils ont utilisé leur créativité et leurs compétences en animation de groupes, acquises par ailleurs.

« L'assistante sociale, par son travail professionnel et moi, avec la richesse de la vie associative, nous permettaient de faire de l'animation » (Bourges).

Ainsi, le choix des moyens et le contenu des activités correspondantes sont influencés par l'orientation et l'expérience de l'intervenant, mais également par la conjoncture existante (demande institutionnelle, besoins des habitants...).

L'intervention des agents de développement auprès des habitants se caractérise méthodologiquement par l'adaptation de leur concours (choix des moyens notamment, opportunité du moment de l'utilisation) en fonction des besoins exprimés par le groupe et de l'étape de maturation et d'évolution des habitants (degré de conscientisation, de mobilisation et de structuration du groupe d'habitants) ainsi que de l'état d'avancement du projet.

Les outils et instruments d'intervention sont donc créés ou adaptés en fonction de besoins évolutifs. Il existe ainsi un processus continu de création et d'adaptation qui s'exprime de façon spécifique selon le site considéré.

« L'animateur, c'est celui qui maîtrise la méthode. Il faut qu'il soit suffisamment créatif pour élaborer des stratégies diverses, qu'il soit fûté, qu'il ait de l'intuition, qu'il ait l'art d'élaborer des stratégies. Des fois, il faut que dans l'heure qui suit, on ait trouvé une stratégie pour ne pas avoir de conflit » (Un agent de développement).

Une interrelation complexe des moyens

L'ensemble des moyens utilisés en vue d'aider les habitants à devenir des acteurs autonomes puis des auteurs, s'organise autour de deux pôles entre lesquels se distribue, en différentes étapes, la gamme de tous les instruments utilisables.

Le premier pôle, ou ce que l'on a appelé pôle de conscientisation, regroupe essentiellement les aspects culturels, éducatifs et formatifs, bref les éléments structurants de la pensée.

Quant au second pôle, plus proche de la structuration de l'action, il regroupe les instruments nécessaires pour atteindre les objectifs d'action issus du pôle précédent.

L'ensemble des moyens distribués entre ces deux pôles s'organisent en un système d'interactions complexes, d'interrelations multiples où domine le principe de la causalité circulaire (effet de rétroactions multiples).

Sur un autre plan, il pourra être observé un fort degré d'intrication entre les moyens et les objectifs eux-mêmes, discriminés à partir de couples d'oppositions tels que individuel/collectif, matériel/immatériel, etc.

Dans la logique de présentation qui suit, on pourra constater que chacun des moyens exposés peut se lire par rapport à l'ensemble des autres dans un ordre logico-chronologique ou selon un double axe synchronique/diachronique (voir p. 108 *infra* et tableau en annexe 4).

Présentation des moyens

Etape relationnelle

La relation de proximité

Cette phase est fondamentale. Elle permet à l'intervenant de rencontrer les habitants et d'effectuer des constats sur leurs préoccupations, constats préalables au lancement d'une dynamique communautaire.

Elle implique la proximité physique et géographique de l'agent de développement avec les habitants, soit une présence quasi-quotidienne sur le terrain. Outre la disponibilité, il est requis de l'agent de développement une attitude ouverte non normative, exempte de jugement ainsi qu'une écoute bienveillante et respectueuse, l'écoute se définissant comme le moyen d'entendre et de connaître les préoccupations des habitants, mais aussi leurs savoir-faire et leurs potentialités.

Ce contact, préalable et indispensable à la mobilisation et à l'action, est rarement suffisamment valorisé, même dans les discours des intervenants rencontrés, bien qu'il permette de contacter des individus non intégrés dans des réseaux relationnels (de voisinage, associatif et autres).

La mobilisation

Avec elle, s'effectue le passage du modèle de la relation duelle (habitant-professionnel) au modèle de la relation collective. Lorsque la mobilisation n'est pas spontanée comme à Bagnaux et à Cholet, mais le produit d'un programme institutionnel ou d'une initiative de professionnels, il est nécessaire de constituer un groupe qui sera porteur du projet solidaire dans une étape ultérieure.

Il s'agit de rassembler le maximum de personnes, considérées comme témoins du milieu, préférentiellement différentes, afin de réunir plusieurs points de vue sur le(s) thème(s) issu(s) des constats préalables. Cette diversité est un facteur d'accroissement de la représentativité du groupe par rapport à la collectivité dans son ensemble.

A cette fin, les quatre agents de développement placés dans cette configuration ont pratiquement procédé de la manière suivante :

- prise de contact avec leurs réseaux de connaissance : institutionnels, professionnels du territoire, élus, habitants proches (Argentat, Bourges, Soyaux) ;

« Moi, j'ai contacté des habitants que je savais engagés dans des actions précédentes ou des gens que je connaissais. J'ai utilisé des réseaux anciens de copines, le réseau des élus de la MSA. J'ai rencontré des élus, des collègues, des instituteurs » (un agent de développement).

- journée de présentation du programme à la population avec inscription des volontaires (Argentat, Grande-Synthe) ;
- prise de contact avec les leaders associatifs afin qu'ils servent de relais auprès des membres de leur association (Argentat, Grande-Synthe, Soyaux) ;
- information par voie de tracts sur le territoire d'action et dans la presse locale (Argentat, Bourges, Grande-Synthe et Soyaux) ;
- technique du « bouche à oreille » ;

« J'ai donc repéré quelques réseaux. Quand on a repéré les réseaux, on peut travailler. On s'adresse à une personne, on sait qu'elle va contacter, et faire suivre l'information » (un agent de développement).

- technique de la « boule de neige » par utilisation de relais successifs ;

« A Bagneux, les habitants mobilisés et engagés dans la formation de volontaires de santé, devaient venir accompagnés de trois autres personnes, qui à leur tour, devaient amener quelqu'un d'autre. »

La mobilisation s'effectue sur un premier objectif large issu des constats préalables, souvent amené à être dépassé et redéfini.

Ce travail de mobilisation demande du temps et est rarement valorisé dans les projets et dans les demandes de financement.

« Pendant six mois, j'ai fait un travail de terrain et c'est un secteur que je connais un peu » (un agent de développement).

Notons que cette phase de mobilisation est en interrelation avec la conscientisation, la motivation et la convivialité (*cf. infra*)

Etape de conscientisation

La conscientisation est à la fois un moment et un moyen spécifiques de la dynamique évolutive vers l'autonomisation des habitants. C'est aussi un processus en spirale

d'élévation du niveau de conscience général, qui traverse toutes les étapes successives jusqu'à la réalisation de l'objectif final.

La conscientisation

Sur les sites visités, les moyens de conscientisation utilisés étaient les suivants :

- échanges d'expériences (le plus souvent individuelles) ;
 - « *On a choisi de mener une action collective parce que c'est une richesse de points de vue et d'échanges. Ainsi, un mot qui a pu être prononcé par quelqu'un peut en éveiller d'autres chez une autre personne. Ce sont des expériences de santé vécues qui sont partagées* » (un intervenant).
 - « *C'est un échange sans professionnel où on peut tous partager nos expériences. Un lieu pour pouvoir s'exprimer, parler, oser discuter, poser des questions, et prendre conscience que l'on a, nous aussi, un savoir sur la santé. On voit aussi qu'on n'est pas seul, par exemple sur les problèmes de sommeil. On s'exprime sans honte parce qu'il n'y a pas de jugement* » (une habitante).
- travail sur l'objectivation de la demande. Il s'agit de mettre en évidence les composantes de la situation-problème vécue par les sujets et les groupes concernés. Cette situation-problème doit être considérée comme un complexe d'incertitudes d'une communauté face à son devenir et de ressources disponibles et mobilisables par cette communauté, pour contrôler son environnement et sa destinée. Concrètement, il convient de mettre en corrélation les ressentis des différents acteurs et les faits objectifs. En effet, les demandes peuvent ne refléter qu'une partie de la réalité. Certains éléments peuvent être occultés. « *Les membres de la communauté comme les acteurs professionnels n'ont qu'une vue partielle de la réalité sociale en fonction de la position qu'ils y jouent* »⁽¹³⁷⁾. Bonetti et al. précisent que « *les acteurs conçoivent souvent les problèmes en fonction des solutions qu'ils ont l'habitude de pratiquer et, par un curieux renversement, la réponse qu'ils sont en mesure d'apporter détermine souvent la question qu'ils se posent* »⁽¹³⁸⁾. Les solutions choisies ne sont pas toujours les plus efficaces. Elles sont le résultat de relations de pouvoir, de recherche de légitimité de certains groupes sociaux, parfois au détriment d'autres⁽¹³⁹⁾. C'est pourquoi ce travail d'objectivation apparaît essentiel.
- apprentissage d'un langage technique ;

(137) *Op. cit.*

(138) BONETTI M, CONAN M, ALLEN B. *Développement social urbain. Stratégies et méthodes*. Paris : L'Harmattan 1991.

(139) DEMARTEAU M. L'éducation pour la santé dans la démarche de santé publique : modèle épidémiologique ou modèle communautaire ? *L'observatoire* 1994, 3 : 24-21.

« Certains techniciens étaient imbus de leurs savoirs ou avaient des préjugés parce que nous venions d'associations. Donc, ils s'imaginaient qu'on était contre eux. Mais en trois ans, nous qui ne connaissions pas **le vocabulaire technique**, on l'a appris et on a été plus à l'aise pour poser nos questions. On a eut moins peur d'eux » (une habitante).

– apprentissage d'un langage commun ;

– apprentissage des contraintes ;

« Les nouvelles législations, le temps qui est nécessaire pour passer du projet au programme, toutes les études pour aboutir à une décision la meilleure, et puis les contraintes financières, toutes les sources de financement possibles, ça aussi c'est une découverte, parce qu'on ne connaissait pas tous les rouages, Région, Europe, etc. » (une habitante).

– visualisation.

« On ne peut rester uniquement sur le plan pour représenter les choses. Il y a des outils de compréhension de l'espace à mettre en place. Par exemple, aller sur le terrain, ça c'est un bon outil » (un expert).

Quand le degré de conscientisation atteint est suffisant, le sentiment de partager des choses en commun renforce la cohésion du groupe. Dès lors, l'orientation vers l'action devient envisageable.

La motivation

Les communautés sont la plupart du temps hétérogènes ; considérer qu'une action collective est menée pour le bien commun est une idée fautive qui ne peut que nuire considérablement au développement de ce type d'intervention⁽¹⁴⁰⁻¹⁴¹⁾. Selon Foster, l'expérience montre que les intérêts particuliers l'emportent souvent sur le souci des objectifs communautaires (cette affirmation est corroborée par l'expérience et la pratique des agents de développement interrogés sur les six sites visités).

Le caractère individuel de la motivation

Le travail des agents de développement sur l'élément spécifique qu'est la motivation des habitants, consiste en un premier temps à favoriser l'interrogation individuelle sur les motifs de la participation de chacun.

« Pour que le groupe devienne une équipe, il faut que chacun ait un **objectif personnel** ; chacun a un contrat personnel. Mais l'objectif de B. en venant dans le groupe... n'est pas la même chose que ce que recherchent C. et I. » (un agent de développement).

(140) FOSTER G. Community development and primary health care : their conceptual similarities. *Med anthr*, 1982, 6 : 183-195.

(141) STONE L. Cultural influences in community participation in health. *Soc Sci Med*, 1992, 35 : 409-17.

On voit bien qu'il s'agit ici d'une action sur la motivation individuelle (à la différence du caractère collectif de la mobilisation). L'agent de développement et le groupe sont deux facteurs de motivation individuelle.

La motivation relève du désir

La démarche de motivation de l'agent de développement vise à agir sur le plan affectif et relationnel (on notera l'articulation entre le caractère individuel des notions de désir et de plaisir par opposition à la notion de « besoin collectif », qui sera développée ultérieurement).

« *J'ai cherché à faire que les gens aient du **plaisir** à travailler ensemble* » (un agent de développement).

Les outils de la motivation

Les outils de la motivation sont bien évidemment multiples. Il n'est pas question d'entrer ici dans un dénombrement de ces outils. Leur utilisation dépend de la personnalité de chaque agent de développement et de la multiplicité des situations concrètes. Comme l'illustrent les exemples ci-dessus, il en va de la relation de chaque intervenant à chaque personne comme de la relation de chaque personne au groupe.

Toutefois, on relève des invariants :

- une pédagogie non normative qui tend à valoriser l'action de chaque personne en fonction de l'état de réalisation de son objectif personnel (ex. : contrat personnel) ;
- une évaluation non normative, conformément au caractère personnel du contrat.

« *Il faut être attentionné envers les gens, envers ce qu'ils pensent, les reconnaître, les valoriser ; et ce n'est pas paternaliste, c'est donner de l'énergie pour repartir. Reconnaître les choses positives, c'est relancer la motivation* » (un agent de développement).

A partir de ces exemples, on voit comment s'articule la motivation (individuelle) avec la mobilisation (collective), l'objectif personnel s'intégrant dans la dynamique de l'objectif collectif et du projet du groupe. C'est là un élément essentiel, parfois nié et dont l'importance est trop souvent méconnue par les professionnels.

La convivialité

La convivialité, si elle est un élément spécifique au service de la motivation, joue un rôle actif et moteur à toutes les étapes du processus communautaire.

L'action conviviale permet l'articulation de trois niveaux : celui de l'individu, celui du groupe mobilisé et celui de la communauté dont est issu le groupe.

Le convivial est une action collective ayant une double face : l'une tournée vers le groupe-porteur, et l'autre vers la collectivité dans son ensemble. (ex : goûter versus fête de quartier).

« Dans le groupe, on prenait du temps, on buvait le café, on mangeait des gâteaux, on se marrait comme des tordus... Moi, je crois beaucoup à la **convivialité**... pour qu'on ait **tous de l'énergie** pour continuer la tâche, sinon on ne peut pas continuer » (un agent de développement).

Sur le versant groupal, la fonction de la convivialité est de renforcer l'énergie et la cohésion du groupe au service de l'objectif commun. Sur le versant collectif, il s'agit de favoriser la mobilisation de nouveaux participants et donc d'œuvrer à l'élargissement et au renforcement du groupe.

Etape organisationnelle

a) Le projet

Avec le projet, le groupe accède à la phase d'efficacité opératoire par rapport aux problèmes objectivés dans la phase de conscientisation. Pour sa réalisation, il requiert l'utilisation de moyens logistiques, financiers et humains, ainsi que la mise en œuvre de procédures abordées plus loin.

• Les raisons du projet

La démarche communautaire s'enracine dans l'action, parce que « c'est dans l'action qu'une communauté [...] acquiert ses propres caractères, qu'elle existe »⁽¹⁴²⁾. Par l'action, les personnes développent leurs capacités et en acquièrent de nouvelles. En cela, il convient ici de citer Dumas et Séguier pour qui « la connaissance constitue un acte d'appropriation collective de la réalité. Cette conception refuse les savoirs officiels extérieurs aux intéressés et leur mode formel d'acquisition. Les pratiques conscientisantes militent pour une appropriation du savoir dans l'action, c'est-à-dire à partir des problèmes existentiels des intéressés et de l'analyse de leurs réalités vécues »⁽¹⁴³⁾.

C'est ainsi que peuvent se greffer des processus de formation, en fonction des demandes des acteurs. La formalisation des outils s'adapte aux besoins et se construit avec les intéressés.

Le projet existe tant pour répondre aux besoins collectifs objectivés dans la phase précédente, que pour renforcer l'identité du groupe et valoriser la coopération entre différents acteurs (acteurs internes et externes au groupe).

(142) OMS. *L'action communautaire en faveur de la santé* 47^e Assemblée Mondiale de la Santé, Mai 1994. Genève : OMS, 1994 : 49 p.

(143) DUMAS B., SÉGUIER M. *Construire des actions collectives. Développer les solidarités*. Lyon : Chronique sociale, 1997 : 226 p.

Le projet est la référence commune autour de laquelle s'établit une cohésion du groupe.

On constate que le projet légitime le groupe et lui donne son sens tout en l'inscrivant dans un réel tourné vers la collectivité et l'avenir. Il permet d'avoir des objectifs à plus long terme et de projeter le groupe dans le futur.

Le projet comporte aussi comme fonction celle de donner une visibilité au groupe et un but socialement reconnu. A titre d'exemples, nous citerons :

- Cholet et le projet de mettre en place une complémentaire maladie ;
- Grande-Synthe et le projet d'urbanisme « Grande-Synthe 2020 ».

De ce qui précède, il découle que le projet comporte également une fonction identitaire. En ce sens, on peut dire que le groupe **est** son projet, que c'est par son projet qu'il s'identifie – il s'affirme porteur d'un projet spécifique – et se présente à la collectivité et que c'est également par lui qu'il peut mobiliser de nouvelles personnes autour de sa dynamique propre.

« Tant qu'on avait pas démarré l'enquête, je ne savais pas quoi dire à mes collègues lorsqu'ils me demandaient ce que je faisais au cours de toutes ces heures de réunions » (une professionnelle).

Diagnostic communautaire : une étape préalable au projet ?

Le diagnostic communautaire s'inspire des sciences sociales. Cette démarche consiste à identifier les problèmes d'une population et à déterminer leur importance à partir de la perception qu'en ont les individus. Selon Amat, *« chaque groupe a élaboré au cours du temps une organisation déterminée et un savoir-faire spécifique pour lui permettre de mieux profiter des ressources du milieu, de se protéger des nuisances, et pour préciser les relations de convivialité entre les individus. Cette connaissance du groupe et de son environnement, cette analyse du degré de satisfaction des besoins fondamentaux, constitue ce qu'on peut dénommer le diagnostic de la communauté »* ⁽¹⁴⁴⁾.

Le diagnostic communautaire se doit également d'analyser les systèmes de pouvoir et de dépendance, les modes de négociation possibles et les capacités de mobilisation de la communauté. Il s'agit de repérer l'organisation sociale de la communauté, mais aussi sa place et son poids dans les rapports politico-institutionnels.

Dans la plupart des cas, ce diagnostic est fait – et bien fait – par des bureaux d'études. Ils apprennent souvent beaucoup de choses, mais les informations recueillies sont parfois difficilement exploitables dans des programmes d'actions menés avec les habitants, et les conclusions leur en sont souvent inaccessibles. Les commanditaires eux-mêmes se demandent parfois comment ils pourront utiliser cette masse de connaissances.

(144) AMAT T. La santé communautaire. *Rev Fr Santé Publique*, 1987, 39 : 11-3.

En fait, le diagnostic communautaire devrait être une étape qui permette à des habitants de s'impliquer déjà dans le processus et d'ouvrir le groupe sur la collectivité dans son ensemble.

Pour cela, ses objectifs – et les méthodes employées – doivent lui permettre de répondre à diverses fonctions :

- **fonction conscientisante** : parvenir à une conscience plus fine de la réalité de la situation dans sa complexité, faire prendre conscience à la communauté de l'existence d'intérêts communs ainsi que la situation sociale du groupe par rapport au système politico-institutionnel ;
- **fonction informative** : recueillir des données susceptibles d'infirmier ou de confirmer la pertinence des problèmes collectifs formulés par les membres du groupe-porteur lors de la phase de conscientisation ;
- **fonction mobilisatrice** : entrer en contact avec la communauté et recruter de nouveaux participants ;
- **fonction introductive à l'action** : examiner les possibilités et les moyens de résoudre les difficultés rencontrées.

Une fois les résultats du diagnostic formalisés, se pose la question de leur présentation au reste de la collectivité, ce qui a été fait à Argentat, Bagneux et Soyaux. Il s'agit d'une restitution à la communauté du travail du groupe solidaire. A partir de là, des solutions doivent pouvoir émerger et de nouvelles personnes être mobilisées.

On se doute que, quel que soit le choix des instruments retenus pour le réaliser (enquête participative, enquête conscientisante), l'étape du diagnostic peut s'avérer longue et apparemment disproportionnée au reste du processus (ex. : deux ans dans le cas d'Argentat, le temps d'élaboration du questionnaire compris). La question de l'utilité d'un diagnostic initial de la situation avant toute action se pose donc.

Il apparaît que, pour travailler à partir des préoccupations des habitants au niveau local, il est parfois préférable de commencer d'emblée à monter des actions (ex. : Cholet). L'envie de participer à une étude plus vaste pourra émerger dès lors que les informations à recueillir s'avéreront indispensables pour la poursuite du projet. Car une réflexion trop longue peut rapidement démobiliser et entraîner la désillusion quant à la possibilité de faire quelque chose. En effet, de nombreux projets qui commencent par une étude se heurtent aux résistances des habitants (et parfois des professionnels) qui ne souhaitent pas s'engager dans des programmes trop lointains ou des actions improbables. Pour faciliter ce passage à l'action, une approche qui consiste à valoriser les éléments positifs, les ressources d'un quartier peut s'avérer plus pertinente qu'un travail sur les difficultés à résoudre.

Le rôle de l'accompagnateur de projets n'est plus, dès lors, de décider ce qui est bon pour les gens, ni même de proposer, mais d'ouvrir des possibles, de réfléchir à des stratégies : pour monter un projet contre la toxicomanie, améliorer l'accès aux soins, lutter contre l'isolement,... Différentes solutions peuvent être envisagées, comparées, choisies. Trop d'actions se rapportant à la santé publique sont décidées sans étude des autres solutions possibles.

Le temps passé à l'analyse préalable des actions possibles avec les habitants est générateur de citoyenneté ; il est aussi producteur d'efficacité à long terme. Il demande souvent un accompagnement externe, car il est difficile aux acteurs de terrain qui ont « le nez dans le guidon » de prendre le recul nécessaire. **Restent à trouver les dispositifs qui permettent de mettre en place et de financer cet accompagnement.**

Action logement ou action de santé ?

Dans une ville de la banlieue de Valenciennes (département du Nord), une action de santé communautaire est financée par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie. Un groupe d'habitants accompagné par le Centre de Prévention Santé et une équipe de professionnels « externes » recense les problèmes pour déterminer les priorités d'action : toxicomanie, violence, dégradation des relations dans la cité, limitation d'accès à l'aide médicale, sont évoquées. Mais rapidement, un consensus se fait : améliorer la qualité des logements, faire réaliser les travaux prévus, participer aux choix qui sont faits.

Le lien avec la santé ? Sans connaître Villermé, les habitants argumentent : crises d'asthme, bronchites, déprimés. Les photos montrent ce que les mots ne peuvent décrire : le moisi qui gangrène les murs, les fils de moisissures qui pendent des plafonds lépreux, les entrées d'immeubles aux portes éventrées, les gouttières cassées, les cages d'escaliers aveugles (sans lumière, ni fenêtres), des rats qui courent entre les étages,...

L'action de santé ? Il a fallu plusieurs mois au groupe pour reconstituer l'histoire du quartier, se la réapproprier, se déculpabiliser. L'analyse institutionnelle a été déterminante : comprendre les enjeux, les luttes de pouvoir entre institutions, ça n'améliore pas les conditions de vie, mais on se sent moins coupable, on a envie d'agir. En même temps, des questions considérées comme plus proches de la santé sont abordées, le groupe mûrit des projets.

L'évaluation ? Pas très académique, pour le moment. Un habitant qui avouait ne pas beaucoup sortir de chez lui, a raconté comment pour la première fois il a osé aborder un jeune qui se « shoote » régulièrement en bas de chez lui. Ils ont parlé, fait un bout de chemin ensemble. Lui veut comprendre et, avec quelques autres, s'implique dans le montage d'un projet sur la toxicomanie. Une partie du groupe met en place, avec le Centre de Prévention Santé, une activité de relaxation et de sophrologie pour être « bien dans sa tête et bien dans son corps ». Des liens sociaux se créent. C'est un biologiste qui le dit, et non un sociologue : « Je suis les liens que je tisse » (Albert Jacquard).

Toutefois, à vouloir entrer d'emblée dans l'action, on court le risque que le groupe-porteur s'isole de la communauté-mère, se professionnalise et aille dans un sens qui ne soit pas conforme aux préoccupations de celle-ci. Il ne faut pas perdre de vue que la raison d'être du groupe est d'œuvrer solidairement avec le reste de la population.

Le diagnostic communautaire n'est pas une fin en soi. Il doit préparer à l'action communautaire. Il convient de veiller à ce que la dynamique ne s'arrête pas à cette étape intermédiaire.

Parfois le projet initial peut être à l'origine d'autres projets latéraux, ou évoluer lui-même vers d'autres formes plus élaborées.

b) Le processus – points de repères

La réflexion et parfois l'utopie peuvent donner un sens à l'action. Mais ensuite, les choses vont se construire à travers un certain nombre d'étapes organisées dans un processus qui va, quant à lui, suivre les évolutions, s'adapter aux conditions de déroulement du projet, suivre « les chemins de la vie » pour reprendre l'expression de J. de Rosnay⁽¹⁴⁵⁾.

Les points de repères qui suivent, constituent des étapes de ce processus. Parce qu'il faut sans cesse s'adapter au contexte, l'ordre de ces éléments n'est pas immuable et la liste des points évoqués n'est pas exhaustive.

Limiter le contrôle social

L'analyse institutionnelle, conduite avec les habitants, se révèle un bon outil de mobilisation sociale : habitants et professionnels prennent conscience du fait qu'ils ont une histoire et un territoire communs, et augmentent leur compréhension des situations. Ils peuvent ainsi utiliser, dans le bon sens du terme, les dispositifs existants, et tenter de les adapter. En reprenant les rênes de la situation, les acteurs de terrain échappent en partie au contrôle social pour agir en citoyens.

Reconnaître les réseaux de la vie quotidienne des habitants

La place des différents réseaux va jouer un rôle dans la collaboration des professionnels et des habitants. Il ne peut y avoir de travail participatif sans un repérage et une connaissance des réseaux existant sur le quartier et sans un changement dans les modalités de définition de ces réseaux.

Les réseaux spontanés des habitants, ceux qui font partie de leur vie quotidienne, sont le plus souvent ignorés des professionnels. Ce sont les spécialistes de thérapie

(145) ROSNAY J. de. Les chemins de la vie. – Paris : Seuil, 1984.

familiale qui ont mis à jour leur importance dans le soutien et le mieux-être des personnes qui souffrent. Ces réseaux jouent un rôle fondamental dans la dynamique d'un quartier. Mis à mal par la déstructuration de la vie sociale et économique, ils constituent la base d'un développement endogène.

• **Faire en sorte que ce soient les réseaux primaires qui définissent les réseaux secondaires**

« Les réseaux primaires constituant le « tissu social » de base, on pourrait s'attendre à ce que ce soient eux qui déterminent les modalités d'existence des réseaux secondaires (ceux des professionnels) et les services que ceux-ci peuvent offrir. Or c'est rarement ce qui se produit. L'observation du fonctionnement de notre société montre, en effet, que les institutions sociales, même si elles sont au service de la population, s'approprient souvent la responsabilité de définir elles-mêmes, à la place des réseaux primaires, les besoins de ces derniers et les services qu'il leur faut. Les réseaux primaires acceptent généralement cette situation et adaptent alors leurs demandes aux services qui leur sont offerts.. » ⁽¹⁴⁶⁾

Faire coïncider des temps différents

« A temps différents, attentes différentes... » ⁽¹⁴⁷⁾. Une fois la dynamique communautaire mise en route, la perception du temps par les habitants, les professionnels ou les décideurs politiques, sera différente.

Pour les élus et les représentants des institutions, planifier les actions revient à les prévoir dans le temps. Le temps « administratif » est rythmé par des échéances annuelles : vote, attribution et utilisation d'un budget. On vote pour un projet dont le contenu est connu d'avance et la reconduction du budget dépend de l'évaluation des résultats, et des priorités décidées dans les règles de la démocratie représentative.

Pour les habitants, la question du temps se pose de manière quelque peu différente. La réflexion et la construction des objectifs comptent parfois plus que l'action finalisée. Le temps nécessaire à cette dynamique est difficile à planifier et les résultats (en termes d'action) sont la plupart du temps impossibles à prévoir. De ce fait, ce « temps des habitants » ne correspond que très rarement à une ligne budgétaire.

De plus, le développement se construit sur plusieurs années : les actions de développement local qui portent aujourd'hui leurs fruits ont commencé il y a dix ou quinze ans ; or les procédures classiques exigent des résultats en un an.

(146) BRODEUR C., ROUSSEAU R. L'intervention de réseau. – SERVICE SOCIAL DANS LE MONDE : 1987 : 1. Ed. France-Amérique.

(147) MOREL J. Actualité du concept de santé communautaire. In Susciter la santé communautaire. *Santé conjugée*, 1998, 4 : 25-8.

Des territoires différents

La notion de territoire se superpose aux affectations budgétaires et rend plus complexes les situations : pour les institutions, le territoire de compétence délimite le champ d'intervention ; et les rivalités d'influence, qu'elles soient politiques ou de clientèles, ne manquent pas de s'y jouer. Telle action ne sera lancée que si sa lisibilité est assurée, ce qui apparaît comme légitime de la part des élus de la municipalité ou du Conseil Général.

Une fois le montage administratif réalisé, les difficultés rencontrées sont de deux ordres :

- le territoire vécu par les habitants ne correspond pas toujours au découpage administratif : tel quartier est construit sur deux communes, mais les équipements ne sont accessibles qu'aux habitants de la commune d'implantation, tel autre secteur ne fait pas partie des priorités identifiées même si les habitants sont mobilisés,...
- le souci de lisibilité de l'action amène les acteurs professionnels, les « experts », les élus, les institutionnels, à privilégier une visibilité de l'action liée à leur propre définition du territoire. Tout se passe alors comme si le « territoire » appartenait plus aux gens qui y travaillent qu'à ceux qui y vivent.

Les élus locaux peuvent contribuer à réaffirmer la place des habitants dans des projets de santé qui leur échappent parfois du fait de la présence de nombreuses institutions mandatées pour intervenir en santé.

Permettre l'évolution des objectifs

Si la finalité des actions communautaires en santé reste de permettre aux gens de se réapproprier leurs savoirs et d'être acteurs, des objectifs plus précis sont fixés en fonction des préoccupations des habitants : ce peut être ici de créer un lieu de paroles et d'échanges pour se rencontrer, s'informer, sortir de sa solitude, ou là un projet de vacances pour les jeunes.

Au fur et à mesure des rencontres, les besoins évoluent, de nouvelles préoccupations s'expriment. **Se cramponner à l'objectif initialement fixé peut conduire les professionnels à se retrouver seuls** si le besoin initialement identifié a évolué au cours de la réflexion.

A l'inverse, quand un objectif est atteint, comment permettre aux habitants de s'en fixer de nouveaux sans tomber dans l'activisme ? Si les professionnels se retirent trop vite, les gens se sentent abandonnés et le bénéfice de l'action est vite revu à la baisse.

La gestion de l'évolution des groupes est toujours très délicate, entre la velléité des changements de cap trop fréquents et l'obstination aveugle. C'est en ce sens que des temps de mise au point, appelés « évaluation de processus », se révèlent *a posteriori* très utiles, de même que la gestion des conflits qui ne manquent pas de s'exprimer à cette occasion. La prise en compte de l'environnement institutionnel, des contraintes et des opportunités qu'il représente doit entrer dans les critères de choix des objectifs retenus.

Analyser les enjeux institutionnels

L'analyse des enjeux institutionnels est le plus souvent faite par des sociologues, parfois par des professionnels, et très rarement par des habitants. C'est pourtant au travers de l'analyse des forces en présence et de leurs intérêts respectifs que peuvent se comprendre les situations et s'élaborer des stratégies d'action.

• Mettre à jour les forces en présence (ou qui a peur du développement social ?)

Les situations problématiques et les blocages se sont construits au fil des années et paraissent souvent irréversibles : missions des CAF et priorités de tel Conseil Général se télescopent ou aboutissent à un découpage de la population en catégories qui se superposent ou s'excluent l'une l'autre (jeunes, drogués, RMistes, chômeurs, habitants de quartier « difficile »,...).

Ladite population se sent manipulée, objet de politiques prioritaires et coincée entre des enjeux qui la dépassent. Les intervenants sanitaires et sociaux tentent tant bien que mal de jongler avec les dispositifs pour panser les plaies, et, de diagnostic de situation en rapport d'activités, chacun fait chaque année « toujours plus de la même chose ».

L'analyse institutionnelle consiste alors à étudier les forces en présence à travers un questionnement autour des points suivants :

- **Quels sont les enjeux** des élus, ceux des institutions, les intérêts de chaque partenaire dans l'action, la limite au-delà de laquelle il ne pourra pas aller, les points d'appui et les partenaires investis ?
- **Sur quel intérêt commun peut-on agir ?**
- **Quels objectifs se dégagent-ils des textes écrits ?**
- **Comment sont-ils interprétés ?**
- **Comment s'en servir de levier ?**

La santé des individus et des populations est une affaire d'acteurs et d'interactions, tout autant qu'une affaire de savoirs scientifiques, de techniques diagnostiques et thérapeutiques et de systèmes d'offre de soins. »⁽¹⁴⁸⁾

(148) H.C.S.P., La Santé en France, décembre 94, annexe 1, page 10.

Evaluer

Préparer l'évaluation oblige à travailler sur les objectifs : qu'attend-on de l'action ? Il peut s'agir :

- de mobilisation effective de la population,
- d'appropriation des outils et des résultats par les habitants,
- de mieux-être et de santé (qualité de vie, qualité des soins...),
- de degré de satisfaction,
- d'insertion (échanges entre les gens, qualité relationnelle)...

La réflexion sur les objectifs donne lieu à la construction d'indicateurs appropriés. Mais il est parfois nécessaire d'attendre que le groupe soit assez mûr pour aborder ces questions ; quand la souffrance et le doute de soi sont trop forts, **penser l'évaluation suppose une projection dans le futur parfois impossible et douloureuse**. Evaluer est d'abord un souci institutionnel (vérifier la juste utilisation des ressources allouées). La prise de conscience par les habitants de sa nécessité relève d'une démarche citoyenne qui se construit, elle aussi.

L'évaluation demande de **prendre en compte des périodes longues** qui ne coïncident pas toujours avec les impératifs de gestion. Les critères d'évaluation retenus sont assez généraux : création d'un environnement favorable, taux de participation aux formations santé, résultats de ces formations. Il est rare que soient retenus **les critères qui semblent les plus adaptés à des projets de développement, c'est-à-dire ceux qui permettent d'apprécier la place réelle des habitants, et en quoi ils ont « bénéficié » des actions entreprises**.

Les habitants sont rarement les acteurs, les auteurs de l'évaluation, qui est trop souvent faite pour les seuls experts et commanditaires. Dans ce domaine aussi, leur place est importante pour garantir une meilleure compréhension et une meilleure appropriation des résultats.

La méthode mise en œuvre est alors celle d'une **auto-évaluation accompagnée**. **La participation d'un professionnel externe** est un atout très fort dans la démarche, qui lui confère sa validité. L'évaluation pourrait aussi être basée sur la mise en réseau (« échange de procédure » entre intervenants sur le terrain et évaluateurs externes, ou « regard extérieur » d'un acteur impliqué dans d'autres actions).

Enfin, l'évaluation doit représenter un coût proportionnel et acceptable, (en argent, en temps investi, en moyens humains,...) en regard des ressources engagées. Mais elle est trop rarement budgétée à sa juste valeur.

c) Les procédures

Les règles de fonctionnement

L'efficacité de l'action du groupe nécessite l'apprentissage de règles de fonctionnement qui comportent des aspects éthiques et des aspects pratiques.

L'éthique requiert que soit garantie la confidentialité des informations recueillies au sein du groupe, la non-diffusion du compte-rendu avant l'accord du groupe. Cela est particulièrement important quand sont abordées des questions de santé ou de vie familiale. Le respect d'une forme de secret partagé dans le groupe garantit seul la qualité des échanges.

Quant aux aspects pratiques, on pourrait citer par exemple la nécessité de gérer la parole entre les différents acteurs.

« Il est clair qu'il faut qu'il y ait, à un moment donné, accord sur la façon dont on échange. Par exemple, quand on est 70 à ..., j'impose le micro. Il faut se donner des règles du jeu... et être attentif à ce que la parole de chacun soit au même niveau » (un expert).

Par ailleurs, le tutoiement entre personnes, indifféremment du statut (professionnel, habitant ou élu) est de rigueur, sans toutefois être obligatoire. Il est souvent initié par l'agent de développement et se réalise progressivement au fil des rencontres. Par ce tutoiement, on laisse supposer une égalité entre les différents types d'acteurs. Il est également demandé aux protagonistes de parler à la première personne afin de s'impliquer totalement dans les groupes.

Comme l'entreprise communautaire comporte toujours le risque d'être l'enjeu de prises de positions partisans, de la part de personnes ayant des engagements extérieurs, il est nécessaire que ces engagements soient clairement connus de tous. De cette façon, on tente de rendre inopérantes les tentatives éventuelles de manipulation et de veiller à l'exigence d'apolitisme qui est souvent formulée dans les groupes.

Par ailleurs, il convient que les rôles de chaque partenaire au sein d'une action collective soient clairement et explicitement définis. Il est nécessaire de rappeler que le rôle des professionnels est de soutenir les initiatives d'habitants, que celui des élus est d'aider à la réalisation des projets, etc. Toutefois, il est clair qu'une définition précise des rôles ne saurait éviter les divergences et les conflits résultant de logiques et d'enjeux propres à chaque catégorie d'acteurs.

Il convient que, dans l'action, les tâches soient clairement définies et assignées, de sorte que le projet puisse être mené au mieux.

Les agents de développement font état de l'importance d'une contractualisation de leur mission de la part de l'institution mandataire, afin de leur garantir l'autonomie nécessaire et les prémunir d'un revirement de celle-ci en cas de désaccord avec les orientations prises par le groupe-porteur.

La rédaction d'un compte-rendu de séance est primordiale. C'est un instrument politique de gestion du groupe. Il constitue la mémoire du groupe, il inscrit celui-ci dans la durée, il consigne les engagements de chaque partenaire, il constitue une référence et un recours et enfin rend manifeste le travail mené par l'agent de développement. Il est cependant indispensable que tout compte-rendu soit validé par le groupe **avant** sa diffusion éventuelle.

« Il ne faut pas oublier qu'on est des salariés qui dépendons d'une institution, et notre institution doit connaître ce que l'on fait. C'est pourquoi il y avait un compte-rendu de chaque groupe de réunion. C'était une garantie et c'était pour montrer aussi qu'on ne se réunissait pas pour le plaisir mais pour travailler » (un agent de développement).

Gestion des conflits

Pour mener à bien le projet, l'agent de développement en collaboration avec le groupe doit mener des analyses stratégiques des enjeux des différents acteurs opérant sur le territoire, afin de pouvoir délimiter les marges de manœuvre du groupe, définir les intérêts communs, prévoir les conflits éventuels et imaginer des stratégies pour surmonter les obstacles pressentis. Dans la réalité des faits, c'est un moyen peu utilisé mais dont la carence est fortement ressentie.

Dans le groupe, il s'agit de faire ressortir les conflits latents, les crises étant jugées comme des moments révélateurs du fonctionnement du groupe, génératrices de nouvelles impulsions et s'inscrivant dans un processus de maturation du groupe.

« Le conflit est fondamental à mon avis. Il ne s'agit pas de constituer une espèce de famille harmonieuse » (un expert).

Cet aspect des choses est primordial. L'oublier ou l'occulter porterait atteinte à la réalisation du projet et pourrait aller à l'encontre des objectifs visés. En effet, il y a différents partenaires avec des logiques d'intérêts différentes dont il est impératif de tenir compte, d'où le caractère inévitable des divergences, contradictions et conflits, qui, s'ils ne deviennent paralysants (par le non-dit et leur mauvaise gestion), peuvent être au contraire utilement intégrés dans la dynamique porteuse du projet.

Comme toute entreprise comporte pour les individus une part d'inconnu et de risque, il est également inévitable que surgissent des manifestations de stress et d'angoisse. C'est le rôle contenant de l'action et du groupe qui peut les canaliser, les contenir et

dans le meilleur des cas, leur permettre d'être dépassées en s'intégrant dans l'action collective.

« *Ce projet n'aurait jamais vu le jour sans le groupe. On aurait abandonné en cours de route. C'est trop difficile de monter un projet novateur toute seule. Il faut du soutien et du réconfort. Et puis, quand quelqu'un est fatigué, il y a toujours quelqu'un d'autre pour prendre la relève* » (une habitante).

Les moyens humains, logistiques et financiers

Il va de soi que le positionnement de ce paragraphe dans la nomenclature des moyens ne doit pas faire oublier qu'ils sont présents et nécessaires à toutes les étapes de réalisation du processus. Leur présence ici se justifie néanmoins par le fait qu'ils relèvent principalement d'une étape organisationnelle, qui vise à structurer les moyens en vue de la réalisation de l'objectif principal qui consiste à amener les habitants à devenir acteurs (voir p. 108 « Etape de conscientisation » *infra* et tableau en annexe 4).

Les moyens humains

Les moyens humains sont de trois types :

- La mise à disposition d'un agent de développement ;
- Le recours à des professionnels de proximité, comme soutien technique, éléments d'expertise et de formation au service des habitants ;
- L'aide d'intervenants extérieurs, pour accompagner l'agent de développement dans sa démarche et pour l'aider à gérer des situations conflictuelles (voir 2. les acteurs).

La démarche communautaire est consommatrice de moyens humains. Ainsi, à Argentat, la MSA a mis à disposition du PEPS une assistante sociale à mi-temps pendant sept ans.

Les professionnels emploient à leur tour des **moyens d'animation**, tels que le photolangage, le « brainstorming », l'atelier d'écriture, la projection de films, etc. Les moyens d'animation ont en commun de faciliter l'expression des habitants, de permettre le passage de demandes ou de revendications individuelles à l'expression de préoccupations, à l'élaboration de projets communs.

Les moyens matériels et logistiques

Les moyens logistiques comprennent la mise à disposition de locaux pour se réunir et de matériels de bureautique et autres (magnétoscope, télévision...).

Un lieu clairement défini permet d'inscrire physiquement et symboliquement le groupe dans la durée et dans la reconnaissance sociale. C'est un instrument de lisibilité et de développement du groupe et de ses actions.

A titre d'exemple, le groupe de Grande-Synthe a souhaité que l'Atelier de Travail Urbain soit matérialisé par un local situé au cœur de la ville et dénommé « Faisons la ville ensemble ». Il sert aussi bien à donner une consistance à l'ATU, espace non formalisé de débat, qu'à présenter au reste de la communauté le travail du groupe et enfin à mobiliser de nouveaux membres.

Les moyens financiers

En règle générale, les moyens financiers sont d'un niveau relativement modeste : 5 000 F par an pour Bourges, 100 000 F pour sept années de PEPS à Argentat. Par contre, les moyens mis en place par la municipalité pour le dispositif de participation Grand-Synthois sont de l'ordre de 450 000 F par an (hors salaires), et de 650 000 F lorsque l'on inclut le salaire de la coordinatrice.

C'est la phase de projet qui demande le plus de moyens financiers. Car il est alors nécessaire de répondre à des appels d'offre bien souvent thématiques, qui obligent à distordre certains aspects du projet. Par ailleurs, le caractère non pluriannuel des financements comporte des facteurs d'incertitude pour la stabilité des actions entreprises.

Par ailleurs, pour recevoir des subsides, le groupe-porteur est obligé soit de recourir à des associations-relais, soit de se constituer en association autonome.

Le financement est également une forme de reconnaissance sociale de l'action menée et du travail accompli avec et par les habitants.

*« On s'est battu, on a obtenu l'enveloppe de 5.000 F, mais ce n'était pas l'argent qui était important pour nous, c'était **la reconnaissance de ce qu'on avait fait** » (un intervenant/habitant).*

Etape d'autonomisation

L'étape d'autonomisation est l'aboutissement des étapes antérieures. Néanmoins, c'est un processus qui est inscrit dans le principe même de la démarche. Lorsqu'il y a franchissement de la phase organisationnelle, on peut parler de saut qualitatif.

C'est une phase où la dépendance aux facteurs auxiliaires (l'agent de développement et les professionnels) est moins grande, où les besoins évoluent, et où les objectifs sont redéfinis. On passe généralement d'objectifs simples, concrets à des objectifs plus complexes, abstraits et à plus long terme.

La forme que prend cette autonomisation est généralement une forme associative. L'association est un moyen d'inscrire le projet dans la durée avec une modification qualitative du sens du projet, et de passer éventuellement à un stade de démultiplication des actions. Elle donne également une visibilité sociale aux problèmes définis préalablement, et une reconnaissance sociale des acteurs, comme partenaires sur les thèmes abordés. Il est cependant important que la création d'une association ne vienne pas sur injonction des pouvoirs institutionnels, avant que le groupe n'y soit prêt ⁽¹⁴⁹⁾.

Les moyens qui ont été utilisés sur les sites visités pour le passage à cette autonomisation sont les suivants :

On constate tout d'abord une transmission des savoirs et des fonctions autrefois dévolues à l'agent de développement, aux habitants. Cela concerne l'animation, la rédaction des compte-rendus, mais aussi la prise de contact avec les partenaires techniques et financiers, la rédaction des rapports d'activités et des demandes de financement, etc. Pour l'agent de développement, il s'agit de « passer la main », afin que le groupe d'habitants puisse agir seul, de manière autonome. Bien souvent, l'intervenant prend alors, pendant un certain temps, le rôle de conseiller technique.

Cette constitution en association demande des compétences en matière de gestion. Des formations sont parfois nécessaires et utiles. Ce fut le cas lors de la création du RERS à Bourges : plusieurs habitants ont suivi des formations quant à la gestion des réseaux et des associations auprès de la Fondation nationale des RERS.

La recherche d'un local indépendant de l'association ou institution-mère est symboliquement important. De cette manière, on inscrit physiquement son indépendance. A Bagneux, les habitants ont construit eux-mêmes le siège de leur association, baptisé « le chalet communautaire ». En revanche, Le « Fil des aidants », même s'il a des velléités d'indépendance (maison des associations), est toujours basé au sein des locaux de la MSA.

Tout cela contribue à une reconnaissance des habitants comme acteurs et auteurs. Par la création d'une association, ils deviennent des partenaires à part entière, avec des statuts et des représentants. À Cholet, « Atout santé » est reconnue à part entière comme un partenaire santé. D'une part, elle siège au conseil d'administration de la mutuelle partenaire et représente cette dernière au conseil d'administration de la CPAM de Cholet. Par ailleurs, elle est régulièrement sollicitée pour présenter cette expérience. Enfin, elle est intégrée dans de nouveaux processus communautaires (« la santé en quartier » sur le quartier Bretagne, piloté par le Centre Social Pasteur).

(149) Parmi les difficultés évoquées lors de la mise en association, on rencontre le problème de la reconstitution d'une hiérarchie entre les habitants avec, en particulier, la délégation permanente au bureau voire au seul président. Ceci remet en cause la démocratie participative qui avait cours à l'origine des projets.

La question qui se pose ensuite est celle-ci : comment faire pour que cette organisation associative structurée reste un véritable relais d'action collective et non une organisation qui se recentre sur elle-même ? Comment faire pour garder l'état d'esprit de la démarche communautaire ? Cette question n'a pas pu être abordée et demanderait un examen plus approfondi ultérieurement.

Effets et enjeux

Il s'agit de voir quels sont les avantages (et éventuellement les inconvénients) que chaque acteur ou groupe d'acteurs retirent de la participation des habitants et de leur autonomisation. Par delà les avantages collectifs, quels sont ceux que perçoit chaque acteur, c'est-à-dire ceux qui sont réels et concrets à ses yeux ?

Les effets des actions communautaires seront décrits selon les catégories proposées par GouDET ⁽¹⁵⁰⁾. Ils seront donc mesurés à travers les problématiques de l'intégration sociale (socialisation et personnalisation), de la réduction des processus de domination dans les rapports sociaux et de l'ouverture des systèmes institutionnels aux exclus.

C'est en effet la réalité des transferts de pouvoir qui est le critère effectif à la mesure duquel peut se juger l'efficacité de l'action communautaire.

(150) GOUDET B. Champ des approches collectives et modèle d'analyse. Problématique et méthodes. In : *Processus d'action collective et méthodologie d'intervention social. Les jeux de l'agir et du savoir*. Journées d'étude des 16, 17 et 18 novembre 1988. Bordeaux : GIRPAC, 1988 : 5-25.

Les habitants

Au-delà de l'amélioration du cadre de vie qui, bien évidemment, reste l'effet principal visé par toute action communautaire (aide aux aidants, animation du quartier, création d'une complémentaire maladie...), on constate que l'on peut diviser les effets perçus par les habitants en deux catégories distinctes : effets collectifs et effets individuels, qui se subdiviseront à leur tour en effets d'accroissement (ou avantages) et en effets de réduction des situations d'exclusion.

LES EFFETS COLLECTIFS

Le développement, l'issue et les bénéfices retirés de l'action communautaire tiennent beaucoup à la capacité de la communauté à engager avec les décideurs locaux une négociation sur les objectifs concrétisant l'enjeu symbolique de « citoyenneté résidentielle ». La négociation s'inscrit dans un rapport de forces entre la communauté et les décideurs. La communauté sort gagnante de cette confrontation, si la définition de l'enjeu traduit une prise en compte de ses attentes, ce que Goudet appelle un gain de centralité sociale.

Au titre des **effets d'accroissement**, on notera un renforcement des identités et des appartenances collectives qui résultent de l'implication du groupe dans des pratiques collectives et de la reconnaissance extérieure qu'il en retire par effet-miroir.

Ainsi en va-t-il de Bagneux ou de Soyaux, où la réalisation d'un diagnostic communautaire implique la reconnaissance du groupe en tant que groupe qui œuvre pour le bien-être du quartier.

Les missions d'études de l'ATU de même que les présentations de cette expérience participative en divers lieux, donnent une consistance au groupe.

Au titre des **effets de réduction**, on notera en premier lieu une diminution de l'exclusion institutionnelle, notamment par l'obtention de droits sociaux tels que la capacité à faire entendre son point de vue auprès des institutions, à faire prendre ce même point de vue en considération, et enfin à participer à la prise de décision.

En second lieu, on constate une diminution de la domination dans les rapports sociaux :

- apparition et développement d'une capacité organisationnelle et opérationnelle autonome (création d'associations et faculté de mobilisation de la population). A partir de là, la capacité éventuelle à agir comme groupe de pression ;

- acquisition de savoirs multiformes pouvant être réinvestis pour d'autres causes. Ce sont des gains expérimentiels collectifs et des acquisitions de savoirs, de savoir-faire et savoir-être ;
- élévation collective du niveau de conscience et d'analyse du réel.
 - « *Les sources de financement possibles, c'est une découverte parce qu'on ne connaissait pas tous les rouages* » (une habitante).

LES EFFETS INDIVIDUELS

En ce qui concerne les **effets d'accroissement**, on peut citer les effets de socialisation et de développement personnel. Il s'agit d'une instauration ou d'un renforcement de liens sociaux de solidarité ou de liens personnels qui permettent de rompre les situations de solitude et d'isolement.

S'agissant du développement personnel des sujets, on constate :

- Un accroissement des ressources psycho-sociales des personnes par intégration dans des réseaux et un renforcement narcissique qui en résulte avec effet de revalorisation personnelle à travers le groupe.
- Un gain linguistique, cognitif et réflexif, c'est-à-dire acquisition de compétences pouvant être réinvesties dans d'autres domaines.
 - « *Je parle mieux qu'avant, j'apprends mieux et je comprends mieux les choses. Dès le début, je considérais que comprendre un peu mieux le fonctionnement de la ville, c'était être mieux intégré* » (un habitant).

Enfin, la participation à des actions communautaires a permis à quelques habitants d'accéder à des rôles et à des statuts sociaux tels que conseillers municipaux, membres de bureau d'associations, membres de conseils d'administration de la CPAM.

Au titre des **effets de réduction des exclusions**, on a pu observer :

- un meilleur accès aux appareils institutionnels et des prises de contacts avec les décideurs locaux.
 - « *Maintenant lorsque j'ai quelque chose à faire passer à la mairie, je sais à quelle porte taper, je connais mieux les procédures et je peux en parler personnellement au maire et à des techniciens que je rencontre régulièrement* » (un habitant).
- une obtention de bénéfices sociaux tels qu'un emploi, une formation ou une prise de parole. Par exemple, création de son propre emploi au sein d'une association (Cholet), accès à une formation sur la gestion des associations (Bourges) ou sur la participation citoyenne (Grande-Synthe), organisation de pétitions pour l'amélioration des logements (Bourges).

Les professionnels

On rencontre chez une majorité de professionnels impliqués dans des actions communautaires un souci marqué de pouvoir œuvrer dans le sens d'une convergence de leurs convictions, valeurs et intérêts personnels. Cette recherche de cohérence personnelle et d'intégration de ces divers aspects s'inscrit également dans un souci d'efficacité au sein de la collectivité.

LES AGENTS DE DÉVELOPPEMENT

On note deux catégories principales d'effets :

- un effet de réduction d'inconvénients ;
- un effet de renforcement de ressources psycho-sociales personnelles et professionnelles.

S'agissant des effets du premier groupe, certains travailleurs sociaux ont éprouvé le besoin d'échapper à la routine professionnelle et à l'isolement de leurs pratiques professionnelles. Ainsi des assistantes sociales ont tenté de sortir du sentiment d'impuissance et de frustration créé par le caractère individuel de leur relation d'aide (Bagneux et Bourges)

En ce qui concerne les effets du second groupe, on constate une collaboration pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle, qui peut être l'occasion d'une ouverture pouvant se prolonger par un changement des pratiques professionnelles.

Des agents de développement ont également fait part d'un accroissement de leur popularité (bénéfices affectifs). Les assistantes sociales évoquent plus particulièrement des effets de revalorisation de leur image pour l'extérieur et pour elles-mêmes.

Ne sont pas à exclure des effets de reconnaissance hiérarchique du travail accompli pouvant se traduire par des évolutions de carrière favorables (proposition d'un poste de conseiller technique pour les questions sociales au siège de l'institution, accession à un poste de direction, etc.).

Certains agents de développement valorisent leur expérience de terrain en la développant ultérieurement sous forme de travaux universitaires.

LES PROFESSIONNELS DE PROXIMITÉ

Les professionnels de proximité, soutiens techniques à la démarche communautaire, sont sensibles aux effets de décloisonnement de leur activité professionnelle habituelle et de connexion à de nouveaux réseaux de partenaires.

Ils apprécient la pluridisciplinarité introduite dans les actions communautaires. Il ressort également de leurs propos le constat d'une évolution de leurs pratiques (meilleure écoute, intégration de volets participatifs...) et un changement de leur perception des habitants, devenue plus positive et centrée davantage sur leurs potentialités et leurs ressources que sur leurs manques.

De leur engagement dans des actions communautaires, il peut également découler pour les professionnels de proximité une valorisation de leur image.

LES PROFESSIONNELS EXTÉRIEURS

Les consultants extérieurs sont animés d'un désir implicite de faire reconnaître leurs capacités d'expertise, un accroissement de leur notoriété pouvant leur procurer de nouvelles commandes.

Leurs interventions se traduisent également par une ouverture de nouveaux champs d'expérimentation, à la fois étape nécessaire à une élaboration théorique de la pratique communautaire et phase de confirmation ou d'infirmité d'hypothèses. Ce sont des lieux privilégiés de l'articulation de la théorie et de la pratique.

Les institutionnels

En ce qui concerne les acteurs institutionnels, nous avons été amenés à distinguer les élus (municipalités) et les organismes publics du type Mutualité Sociale Agricole, Caisse Primaire d'Assurance Maladie...

LES ÉLUS

La participation à la démarche communautaire se traduit pour eux par une meilleure connaissance des problèmes locaux et du ressenti de leurs administrés.

Par ailleurs, si des habitants s'organisent et mettent en œuvre des activités nouvelles, cela peut constituer un facteur de dynamisation pour le quartier mais également pour

la ville, avec un effet de valorisation pour l'image de la ville et de la municipalité en place (enjeux électoraux).

L'appui des municipalités à l'organisation d'une force de proposition constituée d'habitants présente pour elles l'avantage de favoriser l'émergence d'interlocuteurs et de partenaires avec qui elles peuvent entreprendre une collaboration sur des bases réalistes (moins de revendications du type « y a qu'à, faut qu'on »).

Ceci comporte toutefois le risque que la force de proposition dont on a encouragé la constitution se transforme en force de contestation, allant parfois au-delà du désir initial des élus.

« *Les habitants se sont retrouvés ensemble pour travailler et ont sorti une espèce de contre-projet. Le maire a réagi de façon dure en disant qu'il ne fallait pas qu'ils se mettent à travailler tous seuls dans leur coin... Donc il y a eu un gros coup de frein là-dessus et j'ai passé pas mal de temps pour **rendre confiance aux gens** qui s'inquiétaient comme des enfants punis et à la fois au maire et aux décideurs pour leur expliquer que puisqu'ils avaient en place **un processus de participation**, il y avait des **émergences** qui sortaient et qui étaient **intéressantes, positives** et que les habitants étaient **décus du blocage** » (un expert).*

Passé le temps de surprise plus ou moins douloureuse, la (re)constitution d'un contre-pouvoir – contre-pouvoir qui ne peut que servir la démocratie locale – est acceptée et même valorisée par ces élus.

LES ORGANISMES PUBLICS

Pour les organismes publics, la collaboration à des réseaux dont ils favorisent le développement (par détachement de personnels) permet l'accroissement de leurs capacités opérationnelles propres et rend également possibles des types d'actions qui ne le seraient pas dans le strict cadre institutionnel.

A titre d'exemple, la MSA a repris le comité santé, émanation du PEPS, en tant qu'action institutionnelle qu'elle a intégrée dans un réseau cantonal, où participent des professionnels : une assistante sociale et un médecin.

Pour la CPAM de Cholet, la complémentaire-maladie pour les gens en situation précaire (moins de 3 500 F de revenu mensuel par personne) créée par « Atout Santé » rejoint une de ses missions qui consiste à faciliter l'accès aux soins des personnes en difficulté, l'association intervenant sur la fraction non prise en charge (et qui peut faire obstacle à l'accès aux soins) des frais dentaires, d'optique,...

Le soutien des organismes publics à des activités associatives, outre le rôle de vitrine qu'il peut jouer pour eux, permet aussi un allègement de leur charge de travail par répartition et externalisation.

Le passage de l'individuel au collectif (association, mise en réseau...) s'est traduit par des gains pour l'ensemble des acteurs, gains tant matériels qu'immatériels, objectifs que subjectifs. C'est pourquoi il nous semble important d'attirer l'attention sur le fait que la médiation de l'intérêt individuel dans la dynamique collective doit être prise en considération avec la plus grande attention (voir § « La Motivation » dans le chapitre « Les Moyens »).

Notons à cet égard, que s'agissant des habitants-acteurs, l'investissement personnel doit être suivi de bénéfices individuels qui à leur tour sont réinvestis dans la dynamique de l'action collective. Il en va de même pour les autres acteurs à des degrés divers et sous des formes différentes.

**FACTEURS
FACILITANTS
ET FACTEURS
CONTRARIANTS**

Le contexte

L'analyse des actions communautaires, l'expérience de la commission, nous permettent de tirer les leçons des expériences réalisées. Il est utile de dégager un certain nombre d'enseignements sur ces bases.

Il s'agit ici de repérer un certain nombre de pistes à prendre en compte dans la mise en place et le déroulement de projets communautaires, et de mettre en évidence les facteurs facilitants et contrariants du processus de passage des habitants à l'état d'acteur et d'auteur collectif, notamment à partir des six expériences analysées, en repérant les raisons des « succès » ou des échecs relatifs de tel ou tel aspect des projets et de rendre compte de la façon dont les éventuels problèmes ont été maîtrisés.

Il s'agit aussi de repérer et de souligner un certain nombre d'éléments qui sont trop rarement pris en compte, et qui peuvent transformer le devenir des projets communautaires.

Facteurs facilitants

UN ENVIRONNEMENT INSTITUTIONNEL FAVORABLE

Une impulsion initiale

Les dispositifs de Développement Social des Quartiers, les contrats de ville (Cholet et Soyaux), le programme national PEPS de la MSA, ainsi que l'initiative municipale Grand-synthoise de mise en œuvre d'un espace de concertation sur la question urbaine ont constitué autant de facteurs environnementaux préalables qui ont favorisé la mise en œuvre des démarches communautaires.

L'existence dès le départ de partenaires institutionnels convaincus de l'intérêt d'une démarche communautaire a permis d'avoir dans des délais relativement courts de réels moyens humains, financiers et logistiques (Argentat et Grande-Synthe). Cela a permis d'éviter les lenteurs qui caractérisent parfois le processus décisionnel quant au financement de certaines institutions.

Cette volonté institutionnelle explicite de soutenir des projets qui émanent des habitants aide les professionnels dans leur mission. Ceux-ci disposent donc du temps suffisant pour la mise en route du processus et parallèlement, les exigences quant à l'obtention de résultats concrets rapides sont moins pressantes. Leur marge de manœuvre sur le terrain en est d'autant accrue.

Une image de marque positive

Le nouveau projet peut être facilité par l'existence d'expériences antérieures positives sur le terrain, dont les institutions peuvent se prévaloir et qui sont reconnues comme telles par la population. Cela favorise l'instauration d'un climat de confiance propice à la démarche communautaire.

DES AGENTS DE DÉVELOPPEMENT RECONNUS

La présence d'un agent de développement clairement identifié et d'un local permettant de le contacter sont déjà en soi des facteurs facilitants non négligeables.

Des professionnels expérimentés...

Un autre point qui a facilité le déroulement des projets est le fait qu'ils ont été mis en œuvre ou accompagnés par des personnes relativement aguerries sinon fortement soutenues par un réseau ou une équipe.

Nous avons pu constater que leurs compétences étaient reconnues par les habitants, ce qui a contribué au développement d'un climat de confiance entre partenaires. Généralement, ces professionnels faisaient déjà partie du paysage local, ce qui est particulièrement vrai de Bagneux et de Bourges. Leur connaissance du terrain et le fait qu'ils avaient déjà collaboré avec d'autres partenaires (personnes ou institutions) a sans doute grandement facilité les choses.

... Disposant de liberté d'action...

La liberté de manœuvre dont disposaient les intervenants, leur a permis de s'adapter aux problèmes auxquels ils étaient confrontés. En effet, ils sont toujours tributaires des demandes qui leur sont adressées par les habitants, et des contraintes que les financeurs ou les institutions tentent de leur imposer.

Cela signifie également travailler en dehors des horaires habituels. Ceci doit être reconnu et accepté par les institutions qui emploient les travailleurs sociaux ou autres professionnels.

DES HABITANTS MOBILISÉS

Du point de vue des habitants, la préexistence d'un tissu associatif aussi riche que possible constitue un environnement favorable. Il permet donc de disposer d'un potentiel organisationnel et opérationnel, susceptible de fournir des cadres et possédant une expérience pouvant être réinvestie dans la mise en œuvre de nouveaux objectifs.

L'existence de tradition revendicative et de luttes dans la mémoire collective locale est un facteur environnemental d'une grande importance (Bagneux et Cholet).

LE SOUTIEN D'EXPERTS EXTÉRIEURS

Le soutien d'experts extérieurs, sous forme de comité scientifique comme à Bagneux, permet au professionnel de disposer d'interlocuteurs n'ayant pas d'enjeu local particulier sur le terrain. Cela doit l'aider à aborder les problèmes rencontrés de manière plus sereine. Les membres du comité peuvent également soutenir les acteurs par des interventions pertinentes auprès d'institutions ou de partenaires réticents.

Par ailleurs, en tant que soutien à la démarche, appui méthodologique et regard extérieur, les experts jouent un rôle essentiel.

Toutefois, il n'est pas forcément nécessaire qu'ils soient experts « *es communautaire* » ; *des professionnels connaissant et ayant déjà mis en place des actions communautaires dans un autre site, ou – pourquoi pas – des habitants déjà engagés dans des processus d'autonomisation, peuvent tout à fait remplir ces rôles et faire office de regard extérieur.*

DES OUTILS ADAPTÉS

Pour faciliter la réflexion et la communication, faire circuler l'information, les outils constituent des aides précieuses. Qu'est-ce qu'un outil en santé communautaire ? La définition du dictionnaire Larousse est celle d'un « objet fabriqué qui sert à agir ».

La spécificité d'un l'outil en santé communautaire repose sur son appropriation par les habitants. L'usage ou la construction d'un outil n'est pas une fin en soi. Les outils s'inscrivent dans une logique et sont au service d'un objectif. Il n'est pas possible ici de détailler tous les outils utilisés dans des actions de santé communautaire et de développement social. Nous pouvons en citer quelques-uns : le compte-rendu de réunion, le photo-langage, les ateliers de l'avenir, l'enquête participative,...

La plupart des outils ont en commun de faciliter l'expression des habitants, de permettre le passage de demandes ou de revendications individuelles à l'expression de préoccupations collectives, à l'élaboration de projets communs.

Un outil particulier a été conçu par le sous-groupe de travail « acteurs du développement » de la commission « Développement social et Promotion de la Santé » afin de faciliter la communication entre les différents types d'acteurs sur le terrain ; il s'agit d'une grille d'observation et d'analyse qui peut se remplir à plusieurs afin d'amener chacun des partenaires à préciser ce qu'il a à « donner » dans un projet, et ce qu'il attend des autres.

Les conditions d'utilisation

Des critères de qualité

Les critères de qualité des outils ne s'apprécient que dans le cadre du processus suivi. Ils concernent plus l'usage de l'outil que l'outil lui-même :

- la constitution d'un **groupe porteur**, dans lequel les habitants sont présents, capables de mettre en œuvre l'outil, au moins au bout de quelque temps,
- l'existence de **passerelles entre les institutions, les partenaires et les acteurs**. En ce sens, certains outils facilitent la communication,
- le respect de l'éthique : **confidentialité des informations** recueillies au sein du groupe, non-diffusion du compte-rendu avant l'accord du groupe. Le respect d'une forme de secret partagé dans le groupe garantit seul la qualité des échanges,
- le croisement des approches et **la critique de l'outil par rapport à l'objectif**,
- **la restitution** des données recueillies (notamment par le groupe des habitants porteurs du projet aux autres habitants),

- **l'appropriation** par les différents acteurs concernés des connaissances produites,
- **la mobilisation** effective de la population et des partenaires.

Dans la préparation d'un projet ou dans l'évaluation d'une action, il semble donc plus judicieux d'interroger les critères de qualité définis plus haut que de se fier à la présence d'un outil repéré comme appartenant « traditionnellement » à cette démarche.

Par exemple, la réalisation d'une enquête avec la participation des habitants n'est pas génératrice de développement si l'ensemble des acteurs n'a pas été impliqué, si les objectifs ont été déterminés sans le groupe porteur, si les résultats ne sont pas restitués aux habitants, et si, finalement, la mise en œuvre de l'outil enquête n'a pas entraîné de mobilisation vers un but commun dans la population « enquêtée ».

Ces réserves ne visent pas à disqualifier les actions issues d'outils ne remplissant pas ces critères de qualité, mais invitent à porter un regard critique pour améliorer et choisir les outils. Elles peuvent peut-être aussi expliquer certaines déceptions au regard des résultats un an ou deux ans après, en termes de (non)mobilisation et de (non)changement social notamment.

Cette démarche de développement social local ne saurait se faire sans un accompagnement adapté et prolongé. Le rôle des professionnels qui accompagnent les actions devient celui **d'agents de développement** : quels que soient leur formation initiale ou leur statut, il est de permettre aux personnes d'exprimer leurs potentialités ; c'est dire *qu'agir pour le développement n'est pas attendre que s'exprime une quelconque demande de la population, mais mettre en place les conditions pour que les préoccupations et les désirs puissent se dire et se construire, afin que les habitants deviennent acteurs de leur propre développement* ⁽¹⁵¹⁾. Et cela « constitue un changement culturel non négligeable pour les acteurs locaux [...] qu'elle oblige à penser autrement la gestion locale et à passer de l'assistance [...] à celle de [...] prise de risque » ⁽¹⁵²⁾. Ce changement de point de vue est souvent difficile à assumer par les acteurs locaux.

(151) JEANNEROT V., PISSARRO B., BOURGET-DAITCH M.R., TALLEYRANT D. Construire en réseau des actions pour promouvoir la santé dans les quartiers en développement social. – Rapport au Réseau National de Santé publique –. MOUVEMENT POUR UN DEVELOPPEMENT SOCIAL LOCAL – FORMATION (M.D.S.L. – FORMATION), et FORMATION, INFORMATION, PREVENTION, EVALUATION en SANTE – DOCUMENTATION (FIPE SANTE - DOC). – Paris : 1995 – 120 p. + Annexes.

(152) DUBUISSON P. « Ma ville est le plus beau Park » Expérience de développement social local menée sur la commune d'Escaudain. – Mémoire pour le D.S.T.S. et pour le D.H.E.P. S – Collège coopératif – Montrouge 1996. 203 p. + annexes.

Facteurs contrariants

DES FINANCEMENTS PAS TOUJOURS ADAPTÉS

Le financement des projets d'habitants et leur pérennisation rencontrent donc des difficultés liées aux fonctionnements institutionnels.

On note que le temps des habitants ne correspond que très rarement à la logique budgétaire. La non-pluriannualité du financement constitue un obstacle au développement d'actions communautaires qui durent parfois des années.

Ce décalage de rythme peut avoir des conséquences sur le plan financier, les projets des habitants étant soumis à des contraintes financières fortes. Les délais d'attente des subventions peuvent conditionner la survie des associations et la faisabilité de leurs projets. La lenteur administrative est peu adaptée aux besoins considérés comme urgents par les communautés.

Si certains dispositifs tels que les contrats de ville et les enveloppes budgétaires non affectées permettent de démarrer des actions sans objectif opérationnel immédiat, le montage d'actions vraiment participatives relève le plus souvent d'acrobaties administratives plutôt décourageantes, sans compter la perte de temps et d'énergie qu'elles représentent.

Une solution serait donc de légitimer et de multiplier les possibilités de financement de projets d'habitants, soit par l'octroi de budget non affecté, soit par l'affectation à un processus participatif, et pas seulement à des réalisations concrètes qui ne sont que des moyens du développement.

« Sur le plan de la collectivité, l'aide financière, la formation, ne peuvent être dédaignées, mais elles doivent répondre à la demande et non l'engendrer, c'est la condition pour que le développement vise en premier lieu que les populations satisfassent elles-mêmes, et durablement, leurs besoins et leurs aspirations réels, et assurent de mieux en mieux leur épanouissement. Faute de quoi on allume de beaux feux de paille [...] qui ne laissent que des cendres. »⁽¹⁵³⁾

Une mobilisation difficile

Une précarité excessive

Une trop grande précarité dans la population est généralement un obstacle sérieux à la mobilisation. Il n'est pas aussi évident à tous les groupes sociaux de se faire entendre. La formulation des demandes nécessite un langage adéquat et un certain

(153) MISSOTTE P. Le projet de base, Paris, UNESCO, 1986.

pouvoir par rapport aux structures et décideurs⁽¹⁵⁴⁾. Il n'y a pas de demande qui ne soit fonction de la capacité d'expression d'un individu ou groupe, de sa situation sociale, de son degré d'autonomie et de sa confiance en son interlocuteur⁽¹⁵⁵⁾. Des groupes trop fragilisés ne soient pas toujours en capacité de s'investir dans une action communautaire⁽¹⁵⁶⁾. Par ailleurs, la demande peut être totalement refoulée ou exprimée de manière détournée : par des actes de violence, de non-dit, ou par symptômes interposés...

« Rien n'est plus difficile que de faire surgir la demande, expression des besoins et des attentes de ceux qui économiquement et socialement vivent aux marges de notre société »⁽¹⁵⁷⁾.

« La propension à user « d'un pouvoir politique »... est à la mesure de la réalité de ce pouvoir, ou si l'on préfère..., l'indifférence n'est que la manifestation de l'impuissance »⁽¹⁵⁸⁾.

Dans ces conditions, un travail de soutien individuel et de réinsertion dans un groupe de socialisation favorisant le développement personnel de ses membres est le préalable à tout engagement collectif durable.

Un déficit de confiance en soi

Un déficit de confiance en soi de la part de certains habitants qui éprouvent un sentiment personnel d'incompétence face aux questions qui font l'objet du débat public et, en corollaire, une survalorisation des compétences des professionnels ou des autres acteurs, constituent un frein à une participation active au travail de groupe.

Les individus ayant un statut socio-économique élevé sont, semble-t-il, mieux placés pour supporter les coûts de cette participation. Ils sont détenteurs entre autres de savoirs tels que la capacité d'exprimer des demandes dans les termes adaptés, et de pouvoirs comme par exemple la confiance en leur capacité d'expression et en la légitimité de leurs demandes. Le danger réside donc dans leur sur-représentation en nombre et en visibilité lorsque la participation est forte⁽¹⁵⁹⁾.

Une professionnalisation du groupe-porteur

On peut également assister, si l'on n'y prend pas garde, à une confiscation de la parole par des intermédiaires : leaders, syndicats, associations, groupes de pression...

(154) GOUSSAULT B. Demande sociales. In : Péchevis M., et al. *La santé communautaire. Concepts-Actions-Formation. Groupe de travail sur l'enseignement de la santé communautaire*. Paris : Centre International de l'Enfance, 1990 : 119-21.

(155) DEMARTEAU M. L'éducation pour la santé dans la démarche de santé publique : modèle épidémiologique ou modèle communautaire ? *L'observatoire*, 1994, 3 : 24-21.

(156) WOELK G.B. Cultural and structural influences in the creation of an participation in community health program. International. Conférence on social Sciences and Medicine. Peebles, GB, 14-18 sep 1992. *Soc Sci Med*, 1992, 34 : 419-24.

(157) ROCARD M. Colloque national Développement et solidarité. Paris : Caisse des Dépôts et Consignations, 1990.

(158) BOURDIEU P. Questions de politique. Actes de la Recherche en Sciences Sociales, 16 septembre 1977.

(159) SINGER MA. Community participation in health care decision making : is it feasible. *Can Med Assoc J*, 1995, 153 : 421-4.

Ils pourraient faire écran entre la population et les pouvoirs publics. Selon Goussault, ils constituent des couches moyennes, détentrices de capacités d'expression en des termes et sous des formes admises par les pouvoirs publics. Ils possèdent aussi des pouvoirs tels que la connaissance de lieux et de personnes que ne possède pas le citoyen ordinaire.

Par ailleurs, les rencontres régulières entre les habitants du groupe porteur, les professionnels et des institutionnels, le tutoiement qui en découle souvent, le partage d'un langage commun, l'apparition de formes de connivences... favorisent une professionnalisation du groupe qui peut faire obstacle à la venue de nouveaux habitants. Ces savoirs et pouvoirs peuvent les éloigner, souvent de manière aussi imperceptible qu'irrésistible, des populations dont ils prétendent être les porte-parole⁽¹⁶⁰⁾. Le risque encouru est de masquer la réalité sociale et d'empêcher la réelle expression des besoins de la communauté.

Pour tenter de résoudre cette difficulté, le groupe de Grande-Synthe, eu égard par ailleurs à la technicité des débats, a dû créer une structure intermédiaire d'intégration baptisée « trait d'union ».

Un contexte historique défavorable

Le contexte historique actuel de reflux des luttes sociales et des mouvements revendicatifs et collectifs favorise davantage l'émergence de comportements et de recherche de solutions individuels, que d'engagement dans des groupes solidaires, consommateurs de temps et d'énergies.

« On éprouve des problèmes pour relancer des actions collectives telles que celle qui a été à l'origine de notre association. Il n'y a plus de problèmes collectifs sur le quartier, mais des problèmes individuels tels que le chômage qui favorisent un repli sur soi » (une professionnelle).

Des résistances au changement

Cette nouvelle approche n'est pas sans entraîner des réticences importantes chez les professionnels, les élus et les institutions : pour les uns et les autres, la démarche participative au sens où nous l'entendons nécessite un changement de logique ou une cohabitation, une acceptation des logiques de chacun.

Les résistances sont fortes chez les professionnels qui doivent passer d'une action « pour » à une action « avec ».

(160) GOUSSAULT B. Demande sociales. In : Péchevis M., et al. *La santé communautaire. Concepts-Actions-Formation. Groupe de travail sur l'enseignement de la santé communautaire*. Paris : Centre International de l'Enfance, 1990 : 119-21.

Les élus, quelle que soit leur appartenance politique, doivent se situer dans une logique de partage de pouvoir et de savoir qui doit cohabiter avec une perspective électorale et des processus de décision basés sur le principe de délégation.

Quant aux institutions, elles se voient confrontées à un partenariat d'un nouveau genre dans lequel la population (re)prend une part à la décision et au contrôle.

Des professionnels déroutés

... Pas toujours prêts à ce type de démarche

L'envie de monter des actions communautaires peut exister chez les professionnels, mais au moment de passer à l'acte, ils préfèrent souvent abandonner⁽¹⁶¹⁾. Une des difficultés fortement ressenties semble être la question de la participation des habitants et la méthodologie à employer pour la rendre effective « surtout quand on manque de modèle méthodologique »⁽¹⁶²⁾. Selon Goudet, il n'y a jamais eu de théorisation systématique et préalable de la démarche communautaire. De l'expérience de Morel, il ressort que peu d'acteurs avaient des notions concordantes du concept communautaire⁽¹⁶³⁾. En santé, les médecins ne sont pas souvent formés à la santé communautaire, et comme le souligne Guldan, ils ne savent pas toujours ce que cela signifie⁽¹⁶⁴⁾.

La position des professionnels est parfois ambiguë : ils ont été plus souvent préparés à des tâches d'assistance où ils se sentent en sécurité, qu'à un rôle dans une politique locale de développement. La plupart des professionnels interviewés ont précisé qu'il leur avait fallu un certain temps pour saisir les fondements de la démarche communautaire. Ils se sentaient quelque peu déstabilisés et éprouvaient des difficultés pour en mesurer toutes les implications. Il en résultait parfois un manque d'investissement, voire un freinage (souvent inconscient) des actions. Morel insiste sur la nécessité d'une formation permettant un consensus sur quelques notions théoriques et pratiques⁽¹⁶⁵⁾. Ceci est d'autant plus nécessaire que cette démarche modifie sensiblement le cadre de référence des professionnels en matière d'appréhension de la réalité, ainsi que leur rapport à la communauté. Le changement d'habitudes introduit par la prise en compte des « non-professionnels » comme « acteurs et partenaires de travail » et « émetteurs d'avis autorisés » implique des coûts en temps et un effort personnel d'ouverture et de compréhension⁽¹⁶⁶⁾. La définition même de leur rôle change et ils ne sont pas forcément préparés à cette transformation.

(161) GUILLOUX K. Santé publique et volonté communautaire : une étude-action dans le cadre du développement social des quartiers. *Cah LERASS*, 1991, 22 : 131-48.

(162) *Op. cit.*

(163) MOREL J. Actualité du concept de santé communautaire. In *Susciter la santé communautaire. Santé conjugquée*, 1998, 4 : 25-8

(164) GEORGIA S. Obstacles to community health promotion. *Soc Sci Med*, 1996, 43 : 689-95.

(165) MOREL J. Actualité du concept de santé communautaire. In *Susciter la santé communautaire. Santé conjugquée*, 1998, 4 : 25-8

(166) BANTUELLE M., DE HENAU P.A., LAHAYE T., MOREL J., TREFOIS P., La pratique communautaire dans la promotion de la santé : quelques réflexions. In *Susciter la santé communautaire. Santé conjugquée*, 1998, 4 : 30-7.

Par ailleurs, il leur est demandé de posséder des qualités d'écoute, de repérage de mouvements sociaux, d'initiateur d'une dynamique locale, de négociateur, d'enquêteur... Comme le soulignait Péchevis, le rôle à tenir est difficile, et ceci d'autant plus que le professionnel n'est pas formé à ces tâches ⁽¹⁶⁷⁾.

Sans formation, ni reconnaissance de cette nouvelle forme d'activité, les professionnels peuvent considérer cette démarche comme une déprofessionnalisation et par conséquent entraver ou freiner le développement d'actions communautaires.

Des agents de développement souffrant parfois d'isolement

« Les gens qui font du communautaire, il n'y en a pas à la pelle ; chez les gens avec qui j'ai été formée, l'information n'existe plus depuis plusieurs années, je n'ai donc plus de relations. Et puis, j'habite loin et je n'ai pas repris contact avec les réseaux. J'en aurai certainement besoin » (un agent de développement).

Cumulé à ce manque de réseaux d'acteurs en actions communautaires, se pose le problème de l'absence d'écrits sur des expériences menées qui pourraient servir de mémoire transmissible. Ce qui revient à poser la question de la capitalisation et de la transmission des savoirs-faire acquis.

Si l'agent de développement est intégré dans une équipe professionnelle habituée au travail collectif, il trouve alors un endroit où il peut échanger et réfléchir sur sa pratique – et plus particulièrement la place qu'il occupe dans le groupe – ainsi que sur la manière efficace de gérer les conflits affectifs. Sans cette équipe, il peut se sentir isolé et entreprend souvent alors de rechercher un groupe support extérieur à l'institution qui l'emploie : supervision personnelle en analyse transactionnelle, intégration dans des groupes de pairs...

Des institutions qui ne sont pas prêtes aux approches communautaires

Les approches communautaires demandent que les professionnels de terrain aient suffisamment d'autonomie dans leur travail pour permettre aux habitants de devenir autonomes à leur tour. Leurs institutions, même si elles sont désireuses de soutenir des actions communautaires ne sont pas toujours conscientes de cela.

Un risque de « perte de cadence »

Dans un domaine où il n'existe aucun guide autre que l'expérience et l'intuition de l'agent de développement, peut se poser le problème d'une mauvaise gestion du processus susceptible d'entraîner une « perte de cadence ». Si les étapes successives ne sont pas respectées et si l'action est trop éloignée dans le temps, il y a risque de démotivation. Qu'au contraire les choses aillent trop vite et c'est la démotivation. Entre

(167) PÉCHEVIS M. *Planification de programmes intégrés dans une perspectives communautaire. Cours international sur la santé de la femme et de l'enfant*. Paris : CIDEF, 1998.

ces deux écueils, l'agent de développement doit sentir le degré de maturité du groupe et impulser la bonne cadence.

Des besoins de formation adaptée

Depuis l'impulsion donnée par le développement social des quartiers et la politique de la ville, différentes formations continues intègrent la réflexion sur la participation des habitants aux actions qui les concernent, et le partenariat entre le sanitaire et le social se développe, la reconnaissance mutuelle se concrétise.

Pour autant, les formations entre professionnels ne touchent qu'un petit nombre d'acteurs qui ont souvent bien du mal, de retour sur le terrain, à mettre en œuvre des pratiques nouvelles.

Les « formations-actions », ou mieux les **actions-formations**, menées sur un territoire donné avec tous les acteurs, semblent mieux à même d'accompagner un processus de changement impliquant des professionnels de plusieurs institutions. L'approche communautaire a besoin d'être confrontée à la pratique pour être mieux comprise et analysée. Mais le financement et la mise en place de telles formations ne sont pas faciles.

De fait, les habitants ont encore plus besoin de formation que les professionnels. Les actions de **formation-développement** peuvent regrouper habitants et professionnels dans des processus d'acquisition commune des savoirs et des savoir-faire nécessaires pour les projets qu'ils mettent en place.

Paroles du terrain

« Au niveau des professionnels de terrain, les clivages restent encore très forts, et il est toujours aussi difficile de mobiliser des partenaires » (Un agent de développement).

« Il est difficile pour des habitants d'être pris en compte par les institutions et d'en obtenir une réponse ». (Un habitant).

Le temps de grandir

Il n'est pas éthique d'accompagner des habitants vers une autonomisation si le soutien financier s'arrête avant que celle-ci ne soit totalement acquise ; le stade de la constitution d'une association ne peut être assimilé par ailleurs à une complète autonomisation. Le désengagement financier des institutions partenaires ne doit pas se faire prématurément. Ainsi à Cholet, le financement entre la première et la deuxième année d'existence de « Atout Santé » a été divisé par trois par l'un des partenaires.

Il y a donc nécessité d'assurer un prolongement suffisant pour que les associations issues d'une démarche communautaire puissent parvenir à une maturité opérationnelle et financière. On peut également regretter l'attitude attentiste de certaines institutions avant tout engagement financier.

Quelques éléments importants du contexte

LE DROIT

Dans les quartiers en difficulté, il est souvent fait référence au droit, sous-entendu au droit non respecté par les habitants : dégradations, violence, trafics stigmatisent une population considérée de ce fait comme potentiellement délinquante. Les professionnels – de la police, de la santé, du social – ont alors beau jeu d’en appeler à la « responsabilisation » des habitants comme condition de leur intervention.

Mais la référence au droit concerne aussi les droits des habitants. Quelle place occupent-ils dans la réflexion ?

Faire respecter le droit

L'accès au droit fait partie d'une démarche globale de citoyenneté. Permettre aux gens de connaître leurs droits et de les faire respecter est à la base de toute action de santé qui se veut durable : accès aux soins, information des patients, bonne utilisation du système de soins, mais aussi droit de vivre dans un logement décent, dans un environnement non pollué.

Qu'en est-il des transgressions institutionnelles ?

Il arrive que l'on soit confronté à des atteintes au droit qui relèvent de (dys)fonctionnements institutionnels et qui mettent en cause non plus le respect du droit par les habitants mais le respect des droits des habitants par les institutions.

Les missions de service public ne sont pas respectées quand :

- le droit élémentaire à la sécurité est bafoué : quand la police démissionne, quand une poignée de trafiquants sème la terreur et jette l'opprobre sur toute une cité et que les habitants ont peur ;
- l'accès aux dispositifs de droit commun est compromis. Sans remettre en cause la nécessaire pluralité des publics qui fréquentent ces structures – il n'est pas question de créer des ghettos ni de service public au rabais pour les pauvres – **comment faire pour que ceux qui en ont le plus besoin ne soient pas ceux qui y ont le moins accès ? ;**

- le manque de respect, les atteintes à la dignité, mettent en péril les **Droits de l'Homme** : accueil stéréotypé peu adapté aux gens en grande souffrance, manque d'intimité des guichets de demande d'aides, technicisation, et dans certains cas, oubli des valeurs humaines essentielles.

Travailler sur le rétablissement de ces droits s'avère alors comme un préalable indispensable. Faire respecter le droit nécessite de le modifier parfois.

Faire évoluer le droit

Il n'y a pas de changement durable sans modification des fonctionnements institutionnels, et plus profondément sans changement des institutions.

L'exemple de l'accès à l'aide médicale est parlant : tel département limite encore le nombre de « feuilles » d'AMG (Aide Médicale Générale). Localement, des médecins et travailleurs sociaux s'organisent pour bien connaître le circuit et faire obtenir des feuilles supplémentaires. L'accès aux soins semble satisfaisant. Mais les gens peuvent-ils être acteurs et prendre leur santé en charge quand l'accès aux soins dépend complètement du bon vouloir des professionnels ? Les gens se taisent, car tout est fait pour qu'ils se sentent coupables.

Comment les élus et les cadres des institutions peuvent-ils, de leur place, vérifier que les droits des plus démunis sont respectés ? Un des moyens peut être de favoriser la réalisation de projets par les habitants mais cela suppose d'adapter les procédures budgétaires aux besoins du terrain :

- **pluriannualité** (un processus de développement, une action communautaire se construisent sur 2, 3,... 5 ans !),
- **financement des projets sur des objectifs de processus** (la présence active des habitants) et non sur des thèmes (impossibles à définir avant, puisque ce sont les habitants qui détermineront les priorités avec les professionnels),
- **mise à disposition rapide de fonds pour des projets à court terme**, ce qui participe au maintien de la mobilisation.

Un certain nombre de principes à mettre en œuvre dans la réalisation d'une action peuvent résumer et compléter les points abordés plus haut concernant l'éthique, la place des habitants et le droit.

Les principes énoncés dans la déclaration de Caracas ⁽¹⁶⁸⁾ bâtie en référence à l'habitat dans les quartiers défavorisés de pays de quatre continents **pourraient servir de guide à toute action de développement social**. Aussi les ferons-nous nôtres ? Ils

(168) Fondation pour le Progrès de l'Homme. Déclaration de Caracas – Paris, 1991

réunissent les conditions nécessaires pour que s'inscrivent dans le long terme les processus du développement et que reprennent place des populations glissant vers des formes d'exclusion et manifestant leur souffrance :

- Reconnaître les dynamiques à l'œuvre dans la population.
- Donner plus de sécurité aux habitants (confiance en soi, estime de soi...).
- Admettre que la démocratie représentative ne suffit pas à elle seule à faire entendre les aspirations de certaines catégories de population.
- Réformer l'action publique à tous les niveaux pour qu'elle soit réellement capable d'inventer, avec la population des quartiers, les solutions les plus adaptées à chaque cas et de mettre en œuvre une politique intégrée, associant tous les aspects de la vie individuelle et collective.
- Subordonner la politique menée aux rythmes sociaux réels des quartiers et de leurs habitants.
- Mettre en place des systèmes de financement cohérents avec les objectifs poursuivis.

Les politiques

POLITIQUES DESCENDANTES ET POLITIQUES ASCENDANTES

Sur le terrain s'opposent – ou se complètent – deux modes d'incitation et de soutien des actions, la *politique descendante*, qui est le fait de toute politique d'action décidée par des instances institutionnelles, administratives, municipales, voire associatives – et la *politique ascendante*, politique d'action élaborée avec et par des habitants.

L'analyse théorique et conceptuelle de chacune d'entre elles permet d'identifier, au delà de ce qui semble les opposer, des éléments qui permettent de les rendre compatibles, sans dénaturer la nature participative des politiques ascendantes.

La politique descendante

Elle est :

- conçue par des instances dites « supérieures » et « responsables », c'est-à-dire politiques (locales ou nationales) ;
- mise en forme par les services administratifs, juridiques et financiers, c'est-à-dire par l'échelon « institutionnel » ;
- mise en œuvre par les services administratifs et techniques des institutions et par le secteur associatif contribuant au service public.

Ses fondements implicites et explicites sont complexes et présentent à chaque niveau de son organisation – de la conception au « bénéficiaire » – des tensions entre des

logiques contradictoires, des hiérarchies de priorités perçues et/ou exprimées, des conflits d'intérêts, des problèmes de cohérence.

Son élaboration – sectorielle ou globale – s'appuie notamment sur :

- l'identification par les services techniques et administratifs d'un problème objectivé à partir du terrain par des chercheurs et/ou des observateurs, et reconnu par l'échelon politique ;
- la reconnaissance que ce problème ne trouve pas ou plus sa réponse dans le fonctionnement habituel de l'appareil institutionnel ;
- une étape de communication gérant les contradictions du dossier, et destinée à faire accepter par les secteurs impliqués les efforts demandés, les objectifs visés et les résultats attendus.

L'« usager », le bénéficiaire, cible du programme, est finalement impliqué, soit malgré lui, soit au travers d'une adhésion au programme qui dépend largement de la perception qu'il peut avoir du problème pour lui-même, de sa compréhension des mesures proposées, et de la conscience qu'il peut avoir des bénéfices qu'il pourrait en tirer.

La dimension de solidarité ne joue habituellement que par des mécanismes financiers. La solidarité « directe » n'est d'ailleurs que rarement un objectif des politiques descendantes, pas plus que la dimension participative.

La politique ascendante

Renverser les modes de pensée

En France et dans nombre de pays qui bénéficient d'un système de protection sociale avancée, tout est conçu pour apporter des réponses aux difficultés rencontrées selon la procédure suivante : les experts posent des diagnostics, les élus, représentants démocratiques, et les institutionnels prennent des décisions, et les professionnels compétents sur les problèmes ciblés mettent en œuvre des solutions.

En plaçant les habitants *au centre*, la démarche ascendante renverse les processus habituels et oblige chacun à changer de position et de mode de pensée : le rôle des professionnels n'est plus de répondre, mais d'accompagner les habitants pour qu'ils prennent conscience de leurs problèmes communs et de leurs ressources pour construire ensemble des solutions ; ils ont donc à intégrer et à valoriser l'expertise des habitants. Les experts doivent partager leur savoir pour donner des méthodes et non plus pour nommer des problèmes. Quant aux élus et institutionnels, ils se voient interpellés par des interlocuteurs inhabituels qui remettent en cause leur mode d'intervention traditionnel pour l'associer à la citoyenneté des habitants.

A partir de la libération de la parole, du partage d'expériences, de l'échange, le groupe reconnaît l'existence du (de) problème(s), et identifie ce qui est déjà fait de façon informelle ou organisée, c'est-à-dire *les dynamiques à l'œuvre dans la communauté*.

La démarche communautaire favorise la reconnaissance et *la valorisation des compétences et des potentialités du groupe*, qui permettront l'émergence de la politique ascendante. Elle permet aussi, par l'implication des membres du groupe dès le début dans l'ensemble de la démarche, *une appropriation de l'action* et des solutions qui se mettront en œuvre.

L'accompagnement respectueux et responsable par les professionnels participe à l'organisation de la dynamique.

L'échelon institutionnel sera impliqué dans la mobilisation de ses ressources, interpellé dans ses modalités de fonctionnement, son adaptabilité, et ses capacités d'ajustement et d'innovation. La question qui se pose est de savoir comment il va se saisir de la situation :

- Va-t-il réagir de manière traditionnelle, et chercher à faire entrer le processus dans un moule classique, voire à « récupérer » l'action, au risque de démobiliser, de démoraliser des habitants qui commençaient à se sentir acteurs ?
- Va-t-il au contraire s'efforcer de maintenir et de développer les conditions d'implication du groupe ?

Celle-ci ne reste possible que si la communauté n'est pas tentée d'effectuer un transfert de son niveau vers le niveau institutionnel – voire incitée à le faire. En fait, **l'action continuera sur le mode communautaire** en fonction d'un certain nombre d'**éléments intrinsèques** :

- *la nature du thème* qui permet plus ou moins la mise en œuvre de solidarité directe ou de négociation, et l'adaptation locale des politiques existantes ;
- *la capacité du groupe à intervenir* directement ou au travers d'instances qui restent suffisamment représentatives, même – et peut-être surtout – de ceux qui sont peu en mesure de s'exprimer ;
- *la capacité des politiques et des institutionnels à se laisser interpeller par la population* et à ajuster ses procédures de fonctionnement prévues plutôt pour une mécanique « descendante » ;

et d'**éléments extrinsèques**, liés :

- *au contexte* dans lequel est immergé le groupe ou la communauté (conjoncture économique, structure architecturale, composante sociologique locale, régionale,...) ;

- aux mécanismes de la « confrontation » entre population, instances locales, départementales, régionales, voire nationales. L'existence ou la création de structures de transversalité, de lieux de négociation formalisés peuvent être favorables ou stérilisants ;
- à l'importance prise historiquement, culturellement et/ou idéologiquement par les dynamiques communautaires dans les pratiques sociales, que ce soit au niveau local, départemental, régional ou national.

Autrement dit, la réussite des projets de développement ascendant et des actions de santé communautaires qui y sont liées, repose sur des engagements à long terme de chaque type d'acteur.

QUAND LA POLITIQUE DESCENDANTE FAVORISE L'ASCENDANT

La rencontre des deux politiques se fait le plus souvent au niveau local. Elle est rendue possible par l'adhésion des institutions à la pertinence de la démarche de développement, et nous avons vu que les institutions pouvaient accepter les politiques ascendantes en voie de devenir, ou déjà installées.

Dans certains cas, de plus en plus fréquents, les institutions peuvent être incitatrices de politiques ascendantes : tel employeur incite ses équipes de travailleurs sociaux à utiliser la majeure partie de leur temps à accompagner des groupes dans une perspective de développement local. Tel financeur institutionnel décide de financer prioritairement des projets menés par des habitants. Telle ville s'inscrit dans le Réseau des Villes Santé où elle s'engage à rendre les habitants acteurs.

Cela veut dire concrètement qu'existe dans ces cas-là une volonté politique affirmée de soutenir ce type de projet, que ses promoteurs ont pris conscience de ce que cette démarche entraîne comme conséquences positives en termes d'efficacité et de gains de citoyenneté. Cela implique aussi qu'ils acceptent les contraintes que sont la complexité et le temps nécessaires à cette approche, contraintes dont le respect et la prise en compte conditionnent la viabilité et la solidité des projets.

Il est important que cette politique de soutien à des projets ascendants soit nettement affirmée, voire contractualisée, car il n'est pas exceptionnel que dans un deuxième temps, les institutions aient du mal à accepter les conséquences de leur engagement initial, en particulier devant les « dérapages » possibles des projets : communauté abandonnant les objectifs initiaux du projet, mobilisation des habitants sur des thèmes mal acceptés au plan institutionnel, ou ne correspondant pas à des thèmes jugés prioritaires, etc.

Cela peut se traduire par une injonction des structures aux professionnels qu'elles salarient de modifier leurs pratiques vers une approche plus conventionnelle, par des blocages dans le financement ultérieur de projets, par un refus sous des prétextes divers par une municipalité ou un bailleur de mettre à la disposition des habitants un local promis, etc.

« Comment, à partir de la réflexion et de l'analyse sur le terrain, devenir une force de proposition en ce qui concerne les politiques d'action sociale du territoire ? » (Un professionnel du développement social, à la fin d'une action communautaire de santé conduite sur 2 ans).

CONCLUSION

Loin d'apporter des solutions toutes faites, la SFSP souhaite apporter des points de repère pour promouvoir et développer la démarche communautaire en France. A travers notamment les entretiens conduits sur six sites français, quelques éléments ont retenu toute notre attention.

- 1 - Construire des projets avec des habitants suppose que les professionnels et institutionnels acceptent de gérer l'incertitude et de procéder par tâtonnements. Aucun plan d'action ne peut être arrêté par avance si l'on veut réellement partir des préoccupations de la population. La rigueur ne consiste pas ici à contrôler des délais dans l'avancement des travaux, mais à vérifier sans cesse l'adéquation des moyens aux objectifs de l'action, et prioritairement à ceux qui se situent dans une perspective de réappropriation et d'autonomisation des habitants.
- 2 - Si la participation des habitants ne se décrète pas, elle se favorise. Pour cela, il est demandé aux agents de développement de posséder de grandes capacités d'adaptation, de créativité et des compétences en matière de stratégie.
- 3 - De la prudence s'impose également, eu égard aux risques que ne manquerait pas de comporter un échec de l'action communautaire pour les habitants. Parfois, une première étape d'aide et d'assistance individuelle est nécessaire afin de redonner suffisamment confiance en soi à un public économiquement et socialement très démuné, avant de l'inciter à participer à des actions communautaires.

Par ailleurs, il convient également de faire preuve de discernement, tant dans l'analyse préalable de l'environnement que dans l'appréciation des marges de manœuvre ou dans la pertinence du choix des moyens, de façon à ne pas soulever des espoirs irréalistes chez les habitants de maîtrise de leur cadre de vie qui, s'ils étaient déçus, reviendraient à accentuer leur exclusion et leur démobilité.

- 4 - Pour mener à bien ce type de démarche, une condition *sine qua non* relevée sur tous les sites, est le temps laissé aux habitants pour devenir acteurs et auteurs de projets. Si le temps des élus, des administratifs, des professionnels ne coïncide pas avec le temps des habitants, un travail d'information est nécessaire. La question principale est celle-ci : comment les professionnels et les institutionnels peuvent-ils participer aux projets d'habitants (et non le contraire) ? Comment peuvent-ils se situer dans une perspective de partage du savoir ?

Le chemin vers ces pratiques sera certainement encore long et semé d'embûches tant les vieux fantasmes et les anciennes habitudes sont tenaces. On peut citer deux

exemples illustrant les réticences des professionnels et institutionnels et leur peur de perdre leurs pouvoirs :

« La réticence venait un peu de là... finalement, on s'est rendu compte qu'on ne perdait pas de pouvoirs » (un professionnel).

« Un comité de pilotage composé d'institutionnels a été mis en place. Il était chargé de vérifier ce qui était fait. Il n'a rien eu à bloquer car il n'y avait rien de subversif » (un institutionnel).

PERSPECTIVES ENVISAGEABLES

Au plan des acteurs de terrain

Quatre demandes principales semblent émerger des acteurs professionnels rencontrés sur le terrain :

- un corpus théorique plus lisible : de nombreux acteurs convaincus de l'intérêt de la démarche communautaire désirent une information plus précise et plus accessible sur les concepts de cette dernière ;
- une aide pratique : si l'idée d'un guide méthodologique est rejetée par la plupart des acteurs interrogés, car ne répondant pas réellement à leurs besoins, certains souhaitent une formation théorique et pratique quant aux techniques de base d'animation de groupes, de conduite de réunion, de maîtrise des aspects relationnels, d'analyse stratégique institutionnelle, etc. ;
- des échanges entre professionnels du développement social : les acteurs de terrain se sentent souvent isolés et désirent pouvoir échanger leurs expériences, leurs difficultés, leurs réflexions relatives à leurs actions avec d'autres professionnels ;
- une aide et des moyens pour réaliser, capitaliser et valoriser les expériences menées sur le terrain.

« Je me dis que si vous voulez aussi être dans une démarche communautaire, la logique voudrait que l'ensemble des animateurs se retrouvent. Je pense que l'on a des savoirs-faire qui ne sont pas faciles à transmettre et que l'on peut les partager entre nous et aussi avec vous... C'est en se rencontrant que l'on va trouver les réponses sur la manière de promouvoir la démarche communautaire en France » (un agent de développement).

Au plan de la politique de santé

De façon générale, il semble important d'instaurer rapidement une continuité entre les démarches communautaires et les conférences régionales de santé, les PRAPS, etc.

Il importe aussi de définir quelles aides les politiques verticales peuvent apporter au développement des actions communautaires. Par exemple, comment établir des liens entre les démarches communautaires des quartiers et les actions de promotion de la santé en faveur des élèves menées par la santé scolaire ? Entre les actions communautaires hors du champ de la santé et les professionnels de santé ? Quels lieux de rencontres et de ressources inventer pour tous les acteurs ?

Bibliographie

Sélection des documents

CRITÈRES D'INCLUSION

Sont inclus dans l'étude, les articles, les ouvrages scientifiques et les autres documents (rapports, actes de colloques, guides pratiques), traitant de l'action communautaire d'un point de vue théorique et technique, dans le champ de la santé, du travail social, de l'urbanisme et du développement social local.

CRITÈRES D'EXCLUSION

Sont exclus du champ de l'étude, les documents concernant les pays en voie de développement, ainsi que les écrits descriptifs d'actions communautaires.

REPÉRAGE DES DOCUMENTS

Notre recherche bibliographique s'est effectuée selon trois modalités :

- A. Interrogation des bases de données suivantes : BDSP, MEDLINE, PASCAL, REFIPS, FRANCIS, PRISME.
- B. Consultation des centres de documentation portant sur les thématiques retenues : Ecole Nationale de Santé Publique, Ecole de Santé Publique de Nancy, Fipe-Santé Doc, Faculté de médecine de Bordeaux, CIDEF, CFES, Collège Coopératif de Montrouge, IRTS de Montrouge, Institut Théophraste Renaudot, DIV.
- C. Examen des références bibliographiques des documents rassemblés.

ÉCHANTILLON

La recherche bibliographique a mis en évidence l'ampleur et la diversité des références existantes. Par conséquent, devant l'impossibilité de couvrir l'ensemble de ce champ, nous avons décidé de concentrer cette revue de la littérature sur des documents essentiellement français ou facilement accessibles en France.

Plus de 150 publications antérieures à avril 1998 ont été analysées (voir bibliographie).

Il s'agissait de :

- présenter les concepts et définitions de l'action communautaire ;
- définir les finalités des actions communautaires ;
- identifier les acteurs impliqués, leur rôle respectif et leur mode d'intervention.

Décrire les phases de déroulement des actions communautaires et les modes d'évaluation proposés.

- Agir en promotion de la santé : un peu de méthode... *Bruxelles santé*, 1997, (suppl. 7) : 66 p.
- A new approach to community participation. *Health Promot Int*, 1991, 6 : 199-206.
- ALLA F. *Santé communautaire, concepts et questions*. Nancy : Ecole de santé publique, 1997, 20 p. (non publié).
- AMAT T. *La participation de la population dans les projets de promotion de la santé*. Montpellier : ORSLR, 1986, 73 p.
- AMAT T. La santé communautaire. *Rev Fr Santé Publique*, 1987, 39 : 11-13.
- ARÈNE M., GRANIER A., LAZARUS A., BEYRAGUED L., GUERRIER SAGNES F., ROBIN TERNIER D., et al. Santé et développement social. Médicaliser le social ou socialiser la santé ? *Cah CRDSU* 1996, 1 : 11-47.
- Atelier de Travail Urbain. *Travail urbain, espace public et démocratie locale*, Cahier n° 1, Atelier de Travail Urbain de Grande-Synthe, 1994-1995.
- AUBEL J. Le développement participatif exige une conception participative de la communication. *Promot Educ*, 1996, 3 : 28-31.
- AUBEL J., SAMBA-NDURE K. La pérennité des projets de santé communautaires : leçons d'une expérience. *Forum Mondial de la Santé*, 1996, 17 : 56-61.
- BALTHAZARD M., MARTIN C. Stratégies de changement social : les individus et les groupes sont des acteurs. *Actualité-Santé*, 1985, 76 : 27-40.
- BANTUELLE M., DE HENAU P.A., LAHAYE T., MOREL J., TREFOIS P. La pratique communautaire dans la promotion de la santé : quelques réflexions. In *Susciter la santé communautaire. Santé conjuguee*, 1998, 4 : 30-37.
- BASS M. *Problématique et enjeux des pratiques nouvelles en santé : le cas de l'approche communautaire de la santé*. [Mémoire pour le DEA. de Socio-Economie du développement], Paris : EHESS, 1989 : 130 p.
- BASS M. *Promouvoir la santé*. Paris : L'harmattan, 1994 : 304 p.
- BASTARD A. *De la relégation à la participation active des habitants sur le quartier : étude d'un processus d'autonomisation*. [Mémoire de DESS Gestion de l'emploi et développement social d'entreprise]. Paris : IEP, 1996, 93 p.
- BAUMANN M., CHAZE S. *La santé en action*. Paris : CFES, 1987, 112 p.
- BERNAT F. *L'approche communautaire... ... pour un autre regard*, [Diplôme d'Université de Santé Publique et Communautaire] Nancy : Faculté de Médecine, 1995, 24 p. + annexes.
- BERTOLOTTO F. Santé publique et crise urbaine dans les quartiers défavorisés : du souci de santé à l'enjeu démocratique. *Lumières de la Ville*, 1992, 5 : 57-67.
- BERTOLOTTO F. Le recours aux réseaux dans le champ de la santé : un enjeu politique, un enjeu de santé publique. *Prévenir*, 1994, 27 : 157-163.
- BERTOLOTTO F., BOUHNIC P., JOUBERT M. *Quartier, démocratie et santé*. Paris : L'Harmattan (Coll. Logiques sociales), 1993, 272 p.
- BICHMANN W., RIFKIN S.B., SHRESTHA M. Peut-on mesurer le degré de participation communautaire. *Forum Mondial de la Santé*, 1989, 10 : 513-519.
- BJARAS G. Can a community development model be used for health programs in industrialized country. *Int Health Plann Manage*, 1991, 6 : 209-219.
- BJARAS G., HAGLUND B.J.A., RIFKIN S.B. A new approach to community participation assessment. *Health Promot Int*, 1991, 6 : 199-206.

- BLANC B. *Actions collectives et travail social*. Tome 1. Paris : ESF, 1986 : 227 p.
- BLANC B., DORIVAL M., GERARD R., *et al.* *Actions collectives et travail social*. Tome 2. Paris : ESF, 1989, 225 p.
- BONETTI M., CONAN M., ALLEN B. *Développement social urbain. Stratégies et méthodes*. Paris : L'Harmattan, 1991.
- BOTERF (LE) G. *L'enquête participative en question*. Paris : Ligue de l'enseignement et de l'éducation permanente, 1981, 391 p.
- BOTERF (LE) G., LESSART P. *L'ingénierie des projets de développement*. Paris : Paiedeia 1988.
- BOUCHET C., FRANCHET C., ROUSSEAU C., CHOMEL M.C., BOIGE FAURE S. *et al.* Vers des démarches participatives en santé publique. *Lettre d'information de l'observatoire régional de la santé Rhône-Alpes* 1996, 20 : 1-8.
- BOURDIEU P. Questions de politique. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 16 septembre 1977.
- BOURDIEU P. *Méditations Pascalienues : éléments pour une philosophie négative*. Paris : Seuil, 1997.
- BOURGET-DAITCH M.R., PISSARRO B. *Pour une maîtrise et une appropriation par les habitants de leur vie, de leur santé et de leur environnement*. Paris : MDSL, 1995, 66 p.
- BRACHT NF. Use of community analysis methods in community-wide intervention programs. *Scand J Prim Health Care*, 1988, 6 (suppl.) : 23-30.
- BRACHT N. Citizen participation in community health : principles for effective partnerships. *Who Reg Publ Eur Serv*, 1991, 37 : 477-496.
- BRACHT N, KINGSBURY L. Community organization principles in health promotion : a five-stage model. In : Bracht N. *Health promotion at the community level*. Newbury Park, California : Sage Publications 1990.
- BRACHT N., TSOUROS M. Principles and strategies of effective community participation. *Health Promot Int*, 1990, 5 : 199-206.
- BRAITHWAITE R.L., BIANCHI C., TAYLOR S.E. Ethnographic approach to community organization and health empowerment. *Health Educ Q* 1994, 21 : 407-416.
- BRANNSTROM I.A., PERSSON L.A.M., WALL S.I. Towards a framework for outcome assessment of health intervention. Conceptual and methodological considerations. *Eur J Publ H*, 1985, 4 : 125-30.
- BRIXI O., HALLEY DES FONTAINES V., PISSARRO B. La formation-action pluri-professionnelle : moyen privilégié de participation de la communauté et de promotion de la santé 3^e Symposium international de médecine communautaire. Paris : Faculté de médecine, 1987, 6 p.
- BRODEUR C., ROUSSEAU R. *L'intervention de réseau*. – Service social dans le monde : 1987 : 1. Ed. France-Amérique.
- BROWN L. Participation : myths, realities and prognosis. *Soc Sci Med*, 1987, 25 : 605-614.
- BROWN ER. Community action for health promotion : a strategy to empower individuals and communities. *Int J Health Serv*, 1991, 21 : 441-456.
- BURY J. Education pour la santé, Bruxelles, 1988, In : Pissarro B., Collin J.F., Pame P., Macquet P., Debionne F.P., Coulouma E., *et al.* *Développement social et santé*. Vandœuvre les Nancy : Société Française de Santé Publique, 1994, 61p. (Collection santé et société n° 2).
- CAMILETTI Y.A. A simplified guide to practising community-based/community development initiatives. *Rev Can Santé Publique*, 1996, 84 : 244-247.
- CARRAGETA M.O., NEGRAO L., DE PADUA F., REED J. Health promotion : a community-based perspective. *Am J Prev Med*, 1994, 10 (Suppl. 3) : 26-29.

- CHANTRAINE J., PIETTE D. Participation de la population aux prises de décision. *Education Santé* 1994, 85 : 3-9.
- Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé.* In : Marlin J. *Pour la santé publique.* Lausanne : Réalités sociales, 1987, 261-265.
- Charte de promotion des pratiques de santé communautaire.* Paris : Institut Théophraste Renaudot, 1998, 14 p.
- CHEADLE A., BEERY W., WAGNER E., FAWCETT S., GREEN L., MOSS D. *et al.* Community-based health promotion – state of the art and recommendations for the future. *Am J Prev Med*, 1997, 13 : 240-243.
- CHEADLE A., PSATY B.M., DIEHR P. *et al.* An empirical exploration of a conceptual modes for community-based health promotion. *Int Q Community Health Educ*, 1993, 13 : 329-363.
- CHOMBART DE LAUWE P.H., MINGASSON L., VULBEAU A. Participer : les techniques. *Informations Sociales* 1995, 44 : 1-109.
- CHONG D. Coordonating demands for social change. *Ann Am Acad Pol Soc Sci*, 1993, 528 : 126-141.
- COLIN C. Peut-on promouvoir la santé ? L'expérience du Québec en promotion de la santé. *Santé de l'homme*, 1996, 325 : 23-27.
- COLIN R. Modélisation des systèmes socioculturels et développement social. In : *L'approche systémique dans le social.* Montrouge : ITSRS, 1993.
- COLIN-THOME D. A fundholder's support for community participation. *J R Coll Gen Pract*, 1994, 64 : 4-6.
- Colloque : Projet d'habitants, dialogue dans la ville, colloque, Paris : Fondation de France, 1997.
- Comité Français d'Education pour la Santé. *Séminaire « Santé et publics démunis en Europe ».* Paris : CFES, 1995.
- Community action for health [news]. *World Health Forum*, 1994, 15 : 413-414.
- Community involvement in health development : challenging health services. *World Health Organ Tech Rep Ser*, 1991, 890 PI-IV : 1-56.
- Concepts en santé : points de vue d'auteurs.* 3^e rencontre internationale francophone de promotion de la santé. Lille, 27 juin-2 juillet 1994. Paris : HCSP, 1994, 10 p.
- CONNILLE E., O'NEILL M. La notion de santé communautaire : éléments de comparaison internationale. *Rev Can Santé Publique*, 1984, 75 : 166-175.
- CORNWALL A., JEWKES R. What is participatory research ? *Soc Sci Med*, 1995, 41 : 1667-1676.
- CORPET O. *Analyse des écarts entre les discours et les réalités dans les domaines de la participation et de l'autogestion : nouvelles approches de l'expertise et de l'intervention.* Paris : CICRA, 1984. [document dactylographié].
- DE BAUW C., DE HENAU P.A., THOMAS N. Contexte institutionnel et dynamiques locales dans un quartier bruxellois In : *Les politiques sociales.* Bruxelles : Collège International pour l'étude du changement dans les politiques sociales, 1998, 50-59.
- DEBIONNE F.P., LARCHER P., CASSARD C., LAZARE F., DESCHAMPS J.P. Une expérience de participation de famille du quart-monde en Lorraine à l'identification de leurs besoins et à la mise en place de réponse communautaire. *Rev Fr Santé Publique*, 1984, 27 : 23-28.
- DECONNINCK P. L'implication des citoyens ordinaires dans le processus d'aide à la décision en santé publique. *Ruptures*, 1997, 4 : 152-162.
- DELARUE J.M. Banlieues en difficulté, la relégation. – Paris : SYROS/Alternatives, 1991.

- Délégation Interministérielle à la Ville et au Développement Social Urbain. *Villes en santé*. Paris : Editions d'ensembles, 1996, 83 p.
- Délégation Interministérielle à la Ville. *Dossier Ressource pour les Contrats de Ville du XI^e plan*, Paris, mai 1993.
- DEMARTEAU M. L'éducation pour la santé dans la démarche de santé publique : modèle épidémiologique ou modèle communautaire ? *L'observatoire*, 1994, 3 : 24-21.
- DESCHAMPS J.P., DANZON M. Education pour la santé et développement local, Helsinki, 1991, 16-21.
- DESCHAMPS J.P., VANTROYS M.P., BRIANÇON S., BLANCHARD F. *et al.* Analyse des besoins d'une communauté. Atelier 7. Symposium « Méthodologie en promotion de la santé ». Paris, 14-15 mai 1985. Paris : DGS, 1985, 79 p. +annexes.
- DESROSIERS G. *Introduction à la santé communautaire : plan de cours, recueil de textes*. Montréal : Université de Montréal, 1986.
- DESROSIERS G. Evolution des concepts et des pratiques modernes en santé publique : 1945-1992. *Ruptures*, 1996, 3 : 18-20.
- DGLDT, DIV Prévention des toxicomanies. Guide des Politiques locales, Paris, 1991.
- DIXON J. The limits and potential development for personal and social change. *Community Health Stud* 1989 ; 13 : 82-92.
- DOUCET L., FAVREAU L. *Théorie et pratiques en organisation communautaire*, Quebec : Presses de l'Université du Quebec, 1991, 464 p.
- DUBUISSON P. « *Ma ville est le plus beau Park* » Expérience de développement social local menée sur la commune d'Escaudain. - Mémoire pour le D.S.T.S. et pour le D.H.E.P. S - Collège coopératif - Montrouge 1996. 203 p. + annexes.
- DUMAS B, SÉGUIER M. *Construire des actions collectives. Développer les solidarités*. Lyon : *Chronique sociale*, 1997 : 226 p.
- EAKIN J.M., MACLEAN H.M. A critical perspective on research and knowledge development in health promotion. *Can J Public Health*, 1992, 83 : s72-76.
- EISEN A. Survey of neighborhood-based, comprehensive community empowerment initiatives. *Health Educ Q*, 1994, 21 : 235-252.
- ENG E., PARKER E.A., HARLAN C. Lay health advisors : A critical link to community capacity building. *Health Educ Behav*, 1997, 24 : 4.
- ENG E., PARKER E. Measuring community competence in the Mississippi Delta : the interface between program évaluation and empowerment. *Health Educ Q*, 1994, 21 : 199-220.
- ENG E., SALMON M.E., MILLON F. Community empowerment : the critical base for primary health care. *Fam Community Health*, 1992, 15 : 1-12.
- FABIANO P.M. From personal health into community action : another step forward in peer health education. *J Am Coll Health*, 1994, 43 : 115-121.
- FABRE C, GUILLOUX R, RIBAUT V. Santé et Développement Social Urbain. Outils et méthode. Paris : DIV, 1992.
- FARRANT W. Addressing the contradictions : health promotion and community health action in the United Kingdom. *Int J Health Serv*, 1991, 21 : 423-439.
- FEUR E. Approche des besoins de santé à la Goutte d'Or (Paris 18^e). S.I. : AIDDA, 1989.
- FLOCH J. Participation des habitants à la ville. Paris : DIV, 1991 : 97 p.

- FINDLAY G., PALMER J. Reorientating health promotion in primary care to participative approaches. *J R Coll Gen Pract*, 1994, 64 : 29-32.
- Fondation Pour le Progrès de l'Homme. *Déclaration de Caracas*. Paris : FPPH, 1991 : 38 p.
- FOOTE-WHYTE W.E., GREENWOOD D.J., LAZES P.J. Participatory action-research : through practice to science in social research. In : Whyte WE. *Participatory action research*. Newbury Park, California : Sage Publications, 1991.
- FOSTER G. Community development and primary health care : their conceptual similarities. *Med Anthr* 1982, 6 : 183-195.
- FOURNIER P, POTVIN L, KADDAR M. Participation communautaire et programmes de santé : les fondements du dogme. La participation communautaire : une réponse à un double échec ? *Sci Soc Santé* 1995, 13 : 39-64.
- FRANKFORD D.M., LIGHT D.W., EMANUEL E.J., EMANUEL L.L., TANENBAUM S.J., ADAY L.A., LINDER S.H. Community, professions, and participation. *J Health Polit Policy Law*, 1997, 22 : 101-243.
- FREIRE P. *Pédagogie des opprimés*. Paris : Maspéro, 1977 : 202 p.
- FREUDENBER N., ENG E., FLAY B., PARCEL G., ROGERS T., WALLERSTEIN N. Strengthening individual and community capacity to prevent disease and promote health : in search of relevant theories and principles. *Health Educ Q*, 1995, 22 : 290-306.
- FREYNET M.F. *Les médiations du travail social*. Lyon : Chronique sociale, 1995.
- FREYNET M.F., BLANC M., PINEAU G. *Les transactions aux frontières du social*. Lyon : Chronique sociale, 1998, 252 p.
- GEORGIA S. Obstacles to community health promotion. *Soc Sci Med*, 1996, 43 : 689-95.
- GOODMAN R.M., WANDERSMAN A., CHINMAN M., IMM P., MORRISSEY E. An ecological assessment of community-based interventions for prevention and health promotion : approaches to measuring community coalitions. *Am J Community Psychol*, 1996, 24 : 33-61.
- GOTTOT S., BRODIN M., LOMBRIL P., et al. Un enseignement de méthodes pour la santé communautaire. *Rev Educ Med*, 1988, 11 : 35-40.
- GOUDET B. Champ des approches collectives et modèle d'analyse. Problématique et méthodes. In : *Processus d'action collective et méthodologie d'intervention sociale Les jeux de l'agir et du savoir*. Journées d'étude des 16, 17 et 18 novembre 1988. Bordeaux : GIRPAC, 1988 : 5-25.
- GOUDET B. Action collective et médiation du travail social. Modélisation et évaluation. Handicaps et inadaptation. *Cah CTNERHI*, 1990, 49 : 51-64.
- GOUSSAULT B. Demande sociales. In Péchevis M, et al. *La santé communautaire. Concepts-Actions-Formation. Groupe de travail sur l'enseignement de la santé communautaire*. Paris : Centre International de l'Enfance, 1990, 119-121.
- GROUPE DE NAVARRENX. *Du contrat de citoyenneté* (Lefèbvre H.). Edition Périscope / Syllepse, s.d. (Exploration/Découvertes en terres humaines)
- GUILLOUX K. *Santé publique et volonté communautaire : une étude-action dans le cadre du développement social des quartiers*. *Cah LERASS*, 1991, 22 : 131-148.
- GUITERREZ LM. Working with women of color : an empowerment perspective. *Social work*, 1990, 35 : 149-153.
- GYORKOS TW, TANNENBAUM TN, ABRAHAMOWICZ, et al. An approach to the development of practice guidelines for community health interventions. *Rev Can Santé Publique*, 1994, 85 (suppl.) : 8-13.

- HALL M. What do we get out of being involved with the local community? *J R Coll Gen Pract*, 1994, 64 : 36-37.
- HANCE B.J., CHESS C., SANDMAN T.M. *Industry risk communication manual : improving dialog with community* Boca Raton : Lewis Publisher, 1990.
- HARRIS E. Assessing Community Development Research Methodologies. *Can J Public Health*, 1992, 83 : S62-6.
- HASTINGS J. Patterns of community participation in primary health care. Copenhague : OMS, 1986.
- HAUT COMITÉ DE LA SANTÉ PUBLIQUE. La Santé en France, décembre 1994.
- HEIDSIECK E. Comment faire participer les habitants ? *Actual Soc Hebdo*, 1996, (1991) : 31-32.
- Intervenir et/ou accompagner ? *Actual Soc Hebdo*, 1966, 1968 : 19-21.
- ISRAEL B., CHECKOWAY B., SCHULZ A., ZIMMERMAN M. Health education and community empowerment : conceptualizing and measuring perceptions of individual, organizational, and community control. *Health Educ Q*, 1994, 1 : 149-170.
- JAZOULI, A., interview dans le *Nouvel Observateur*, mai-juin 1996 In : Bastard A. *De la relégation à la participation active des habitants sur le quartier : étude d'un processus d'autonomisation*. [Mémoire de DESS Gestion de l'emploi et développement social d'entreprise]. Paris : IEP, 1996, 93 p.
- JEANNEROT V., PISSARRO B., BOURGET-DAITCH M.R., TALLEYRAND D. *Construire en réseau des actions pour promouvoir la santé dans les quartiers en développement social*. Rapport au Réseau National de Santé publique. Paris : MDSL, 1995 : 120 p. + Ann.
- JEANNEROT-BILLAUD V. *Initier une approche communautaire de la santé. Accompagnement d'une équipe de professionnels sur un quartier de Choisy le Roi*. [DESS de Santé Publique, option Santé communautaire] Paris Faculté de médecine Saint Antoine, 1995, 53 p.
- JEWKES R., MURCOTT A. Meanings of community. *Soc Sci Med*, 1996, 43 : 555-563.
- JONES AM. Popular participation in community health programs. *World Health Forum*, 1993, 14 : 163-167.
- JOUBERT M., BERTOLOTTI F., BOUHNIC P. *Quartier démocratie et santé : mode de vie et santé des familles et des jeunes sur un quartier de banlieue. Une recherche-action en santé communautaire*. Paris : L'harmattan (Collection Logiques sociales), 1993 : 271 p.
- KELLY K.J., VAN VLAENDEREN H. Dynamics of participation in a community health project. *Soc Sci Med*, 1996, 42 : 1235-1246.
- KELLY M.P., CHARLTON B. The modern and the postmodern in health promotion. In : Bunton R, Nettleton S, Burrows R. *The Sociology of Health Promotion*. London : Routledge, 1995, 75-76.
- KØPSELL T.D., WAGNER E.H., CHEADLE A.C. *et al*. Selected methodological issues in evaluating community-based health promotion and disease prevention programs, Palo Alto : Annual Reviews Inc, 1992.
- KURTZMAN PA. The native-settler concept : implications for community organization. *Soc Work*, 1964, 4 : 58-64.
- LABONTE R. Conférer le pouvoir aux communautés : la nécessité d'une analyse politique *Can J Public Health*, 1989, 89 : 89-91.
- LABONTE R., FINNEGAN J.R. J.R., MURRAY D.M., KURTH C., MCCARTY P. Community and professional empowerment. *Can Nurse*, 1989, 85 : 22-28.
- LABONTE R. Empowerment : notes on professional and community dimensions *Can Rev Soc Policy*, 1990, 6 : 64-75.

- LABONTE R. Health promotion and empowerment : reflections on professional practice *Health Educ Q*, 1994, 21 : 253-268.
- LAMOUREUX J. La commission Rochon : le communautaire, encore et toujours à la marge *Rev Int Action Communautaire*, 1988, 20 : 157-170.
- LAMOUREUX H. *L'intervention sociale collective : une éthique de la solidarité*. Glen Sutton : Le pommier, 1991 : 232 p.
- LAMOUREUX H., MAYER R., PANET-RAYMOND J., *L'intervention communautaire*. Montréal : Editions Saint Martin, 1984, 237 p.
- LARCHER P. Ethique, In : Péchevis M. et al. *La santé communautaire. Concepts-Actions-Formation. Groupe de travail sur l'enseignement de la santé communautaire*. Paris : Centre International de l'Enfance, 1990, 135-138.
- La santé, premier pas vers la citoyenneté. *Territoires*, 1996, 365 : 11-58.
- LASFARGUES L. Le travail social communautaire : un serpent de mer ? *Actual Soc Hebdo*, 1995, 1930, 9-10.
- LAURIE E. Ideas for the evaluation of community participation initiatives, *J R Coll Gen Pract*, 1994, 64 : 33-35.
- LAVOIE J., PANET-RAYMOND J. L'action communautaire. Guide de formation sur les étapes de l'intervention communautaire. Montréal : Centre de formation populaire, 1993, 58 p.
- LECORPS P. Introduction. In Péchevis M, et al. *La santé communautaire. Concepts-Actions-Formation. Groupe de travail sur l'enseignement de la santé communautaire*. Paris : Centre International de l'Enfance, 1990, 95-97.
- LEWIN K. Frontiers in group dynamics. *Hum Relations*, 1947, 1 : 5-41.
- LIEKENS A. Une étape décisive dans les programmes de santé communautaire : la détermination des priorités. *Contact Santé*, 1997, 114 : 16-7.
- LYSACK C, KAUFERT J. Comparing the origins and ideologies of the independent living movement and community based réhabilitation. *Int J Rehabil Res*, 1994, 17 : 231-240.
- MACHADO V., PETITGIRARD A., BRIXI O. *Négociation*. In PÉCHEVIS M. et al. *La santé communautaire. Concepts-Actions-Formation. Groupe de travail sur l'enseignement de la santé communautaire*. Paris : Centre International de l'Enfance, 1990, 156-158.
- MADAN T.N. Community involvement in health policy : socio-structural and dynamic aspects of health beliefs. *Soc Sci Med*, 1987, 25 : 615-620.
- Maison Régionale de Promotion de la Santé. *Développement social : la santé aussi !!!* - Lille : M.R.P.S., 1994.
- MANCIAUX M., DESCHAMPS J.P. *La santé de la mère et l'enfant*. Paris : Flammarion, 1978.
- MARCOTTE F. *L'action communautaire : ses méthodes, ses outils, ses rouages et sa gestion*. Montréal : Ed. Saint Martin, 1986, 141 p.
- MCALISTER A.L. Population behavior change : a theory-based approach. *J Public Health Policy*, 1991, 12 : 345-361.
- MCKNIGHT J.L., Two tools for well-being : health systems and communities. *Am J Prev Med*, 1994, 10 (Suppl. 3) : 23-5.
- MCMILLAN D, CHAVIS D. Sens of community : a definition and theory. *J Community Psychol*, 1986, 14 : 6-23.
- MEISTER R.A. *Participation dans le développement*. Paris : Editions ouvrières 1977.

- MICHIELUTTE R., BEAL P. Identification of community leadership in the development of public health education programs. *J Community Health*, 1990, 15 : 59-68.
- MILLET H. Faire exister la participation. *Informations Sociales*, 1995, 43 : 78-84.
- MISSOTTE P. *Le projet de base pour une mobilisation des ressources humaines en développement endogène, évaluation et balisage*. Paris : Unesco, 1986, 90 p.
- MISSOTTE P. « 1960-1990 : trois décennies pour le développement des peuples » Document établi à partir d'une « Etude en profondeur et évolution du concept de développement ». Paris : UNESCO, 1987.
- MITCHELL L. Community health. Whose health for all ? *Nurse Times*, 1989, 85 (34) : 48-50.
- Mobilisation d'un canton autour des aidants familiaux. *Actual Soc Hebdo*, 1996, (1987) : 29.
- MONNIER J., DESCHAMPS J.P., FABRY J. Santé publique. Santé de la Communauté. SIMEP Ed., 1980.
- MOREL J. *Actualité du concept de santé communautaire*. In *Susciter la santé communautaire. Santé conjugquée* 1998, 4 : 25-28
- NAKAMURA Y., SIREGAR M. Evaluation qualitative de la participation communautaire aux activités de promotion de la santé. *Forum Mondial de la Santé*, 1996, 17 : 452-454.
- NELISSE C., HERSOVICI A., MOULIN M. *et al.* Les formes de l'informel. *Lien Social et Politiques - Riace*, 1994, 32 : 197 p.
- NEWMAN B. L'état se désengage... les gens s'engagent. *Forum Mondial de la Santé*, 1993, 14 : 15-17.
- NICHER M. Project community diagnosis : participatory research as a first step toward community involvement in primary health care. *Soc Sci Med*, 1984, 19 : 237-252.
- NICKSON P.J. Community participation in health care : who participate with whom ? *Trop Doct*, 1991, 21 : 75-7.
- NISBET R.A. *La tradition sociologique*. Paris : PUF, 1996.
- NOIRIEL G., WIEVIORKA M., DONZELOT J., MENARD F., BAROU J., BROSSAUD C. *et al.* Participer : le concept. *Informations Sociales* 1995, 43 : 119 p.
- NYERERE J. *Freedom and développement*. Dar es Salam : Oxford University Press, 1973, 60 p.
- OAKLEY P. *L'engagement communautaire pour le développement sanitaire : Analyse des principaux problèmes*. Genève : OMS, 1989, 85 p.
- OMS. Alma-Ata 1978. Les soins de santé primaire. Genève : OMS 1986.
- OMS. *L'engagement communautaire en faveur du développement sanitaire : un défi pour les services de santé*. Genève : OMS, 1991.
- OMS. L'action communautaire en faveur de la santé/47^e Assemblée Mondiale de la Santé, Mai 1994. Genève : OMS, 1994, 49 p.
- Organisation Mondiale de la Santé, Santé et Bien-Etre Social Canada, Association Canadienne de Santé Publique. - *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé : une conférence internationale pour la promotion de la santé, vers une nouvelle santé publique*, 17-21 novembre 1986 - Ottawa : s.n., 1986. - (2 p.)
- O'NEILL M. Community participation in Quebec's health system : a strategy to curtail community empowerment ? *Int J Health Serv*, 1992, 22 : 287-301.
- PALMER C.T., ANDERSON M.J. Evaluation du développement de la participation communautaire. *Rapport trimestriel de statistiques sanitaires mondiales*, 1986, 39 : 345-352.

- PAME P. *Apport d'une théorie de la complexité à l'action communautaire*. [Thèse pour le doctorat en médecine] Paris : Faculté de médecine de Saint Antoine 1992.
- PANCER S.M., NELSON G. Community-based approaches to health promotion guidelines for community mobilization. *Int Q Commun Health Educ*, 1990, 10 : 91-111.
- PAUL-SHAHEEN P.A. Health care reform, a community-based alternative : the comprehensive community health models initiative. *Mich Med*, 1994, 93 (10) : 57-60.
- PÉCHEVIS M. *Le diagnostic communautaire*. Paris : Centre International de l'Enfance, 1986 : 26 p.
- PÉCHEVIS M. *Planification de programmes intégrés dans une perspectives communautaire. Cours international sur la santé de la femme et de l'enfant*. Paris : CIDEF, 1998.
- PÉCHEVIS M. et al. *La santé communautaire. Concepts-Actions-Formation. Groupe de travail sur l'enseignement de la santé communautaire*. Paris : Centre International de l'Enfance, 1990 : 264 p.
- PETERSON A.R. Community development in health promotion : empowerment or regulation ? *Aust J Public Health*, 1994, 18 : 213-7.
- Peut-on promouvoir la santé ? *Santé de l'homme*, 1996, 325 : I-XXVIII.
- PIETTE D. Community participation in formal decision-making mechanisms. *Health Promot Int* 1990, 5 : 187-197.
- PIETTE D. La participation communautaire à travers des mécanismes formels de prise de décisions. *Santé conjugée*, 1998, 4 : 44-48.
- PISSARRO B. *Médecine communautaire, santé communautaire et promotion de la santé*, Paris : Faculté de Médecine Saint-Antoine, 1987, 3 p.
- PISSARRO B. *Promotion de la santé et participation de la communauté*. 3^e symposium international de médecine communautaire. Sousse : Faculté de Médecine, 1987 : 4 p.
- PISSARRO B. *Méthodes d'intervention*. Congrès « Santé et développement social des quartiers ». Châlons sur Marne, 1990, 5 p.
- PISSARRO B. *Les inégalités dans la ville*. - Congrès international du centre de coordination communautaire en éducation pour la santé : « Le social dans la santé ». - Liège, 1992/11/18-20. - 10p. + annexes
- PISSARRO B. *Méthodes pour l'action - Action-formation-recherche et mise en réseau des habitants*. Territoires « Santé, premier pas vers la citoyenneté », 1996, 365 : 48-51
- PISSARRO B. *Comment établir des priorités en promotion de la santé ?*. Les cahiers du CR. DSU « Santé et développement social - Médicaliser le social ou socialiser la santé ? », 1996, 11 : 37-38
- PISSARRO B. *La santé, c'est quoi ?*. TLM (Toute la Formation Médicale continue) « Santé et citoyenneté ». 1997, 29 : 12-13
- PISSARRO B., COLLIN J.F., PAME P., MACQUET P., DEBIONNE F.P., COULOUMA E. et al. *Développement social et santé*. Vandœuvre-lès-Nancy : Société Française de Santé Publique, 1994, 61 p. (Collection santé et société n° 2).
- PISSARRO-ALFÖLDI C. Quinze ans d'actions communautaire pour consolider le lien social : confrontation et coopération entre bénévoles et professionnels. In: Gabel M, Manciaux M, Jésus F. *Maltraitements : mieux traiter les familles et les professionnels*. Paris : Edition Fleurus, 2000 (à paraître).
- PLOUGH A., OLAFSON F. Implementing the Boston healthy start initiatives : a case study of community empowerment and public health. *Health Educ Q*, 1994, 21 : 221-234.
- POHIER M. *Notre santé... une école de la vie : expérience de santé communautaire*. Lyon : Chroniques sociales, 1992 : 234 p.

- POTVIN L., PARADIS G., LESSSARD R. Le paradoxe de l'évaluation des programmes communautaires multiples de promotion de la santé. *Ruptures*, 1994, 1 : 45-57.
- Prévention des toxicomanies. Guide des Politiques locales, Paris : DGLDT, DIV, 1991.
- PRITCHARD P. Community involvement in a changing world. *J R Coll Gen Pract*, 1994, 64 : 26-28.
- RAEBURN J., BEAGLEHOLE R. Health promotion : can it redresse the health effects of social disadvantage ? *Community Health Stud*, 1989, 13 : 289-293.
- REED J. Health promotion : a community-based perspective. *Am J Prev Med*, 1994, 10 (Suppl. 3) : 26-29.
- RENAUD L., CHEVALIER S., O'LOUGHLIN J. L'institutionnalisation des programmes communautaires : revue des modèles théoriques et proposition d'un modèle. *Can J Public Health*, 1997, 88 : 109-113.
- RIFKIN S.B. Planification sanitaire et participation communautaire. *Forum Mondial de la Santé*, 1986, 7 : 163-169.
- RIFKIN S.B. Lessons from community participation in health programs. *Health Policy Plann*, 1986, 1 : 240-249.
- RIFKIN S.B. *Participation communautaire aux programmes de santé maternelle et infantile, planification familiale : analyse sur la base d'une étude de cas*. Genève : OMS 1990 : 44 p.
- RIFKIN S.B. Paradigms lost : toward a new understanding of community participation in health programs. *Acta Trop*, 1996, 61 : 79-92.
- RIFKIN S.B., MULLER F., BICHMANN W. Primary health care : on measuring participation. *Soc Sci Med*, 1988, 6 : 931-940.
- RIVET G. et al. *Initiatives d'habitants, le Fonds en faveur des Initiatives Locales : une expérimentation dans dix quartiers populaires*. Paris : Fondation de France, 1997 : 90 p. + annexes.
- ROBERTIS (DE) C., PASCAL H. *L'intervention sociale collective en travail social*. Paris : Le Centurion, 1987, 304 p.
- ROBERTSON A., MINKLER M. New health promotion movement : a critical examination. *Health Educ Q* 1994, 21 : 295-312.
- ROCARD M. Colloque national Développement et solidarité. Paris : Caisse des Dépôts et Consignations, 1990.
- RONFARD I., MACQUET P. *Groupe de ressource du Pas-de-Calais : méthodologie pour une prise en charge de leur santé par les habitants à partir de pratiques de professionnels durant les années 91 et 92*. Lille : MRPS, 1993, 42 p.
- ROSNAY (DE) J. *Les chemins de la vie*. - Paris : Seuil, 1984
- RUDD R.E., COMINGS J.P. Learner developed materials : an empowering product. *Health Educ Q*, 1994, 21 : 313-27.
- Santé et développement social urbain. Outils et méthodes*. Paris : Délégation interministérielle à la ville et au développement social urbain, 1992, 31 p.
- SAUL J., *Le citoyen dans un cul de sac ? Anatomie d'une société en crise*. Montréal : Fides/Musée de la civilisation, 1996.
- SÉGUIER M. *Développement social local : une pratique sociale réinventée*. Jonzac : MDSL, 1987.
- SHEA S. Community health, community risks, community action [editorial : comment]. *Am J Public Health*, 1992, 82 : 785-787.

- SHIELL A., HAWE P. Health promotion community development and the tyranny of individualism. *Health Econ*, 1996, 5 : 241-247.
- SHOO R. Training primary health care workers to foster community participation. *World Health Forum*, 1991, 12 : 55-62.
- Singer MA. Community participation in health care decision making : is it feasible. *Can Med Assoc J*, 1995, 153 : 421-4.
- Sleet D, Guillary B. Participation for all in health. *Hygie* 1988 ; 7 (4) : 11-7.
- Smith SE, Pynch T, Lizardi AO. Pour une recherche pragmatique et participative. *Forum Mondial de la Santé*, 1993, 14 : 344-9.
- Société Française de Santé Publique. *Développement social et santé*, Vandœuvre-lès-Nancy : SFSP, 1994 (Santé et société ; 2)
- STONE L. Cultural influences in community participation in health. *Soc Sci Med*, 1992, 35 : 409-417.
- Susciter la santé communautaire. *Santé conjugulée*, 1998, 4 : 23-80.
- SZAPIRO L. Une action communautaire en Argentine. Faits, éléments de discussion. In : Péchevis M, et al. *La santé communautaire. Concepts-Actions-Formation. Groupe de travail sur l'enseignement de la santé communautaire*. Paris : Centre International de l'Enfance, 1990, 29-42.
- TESSIER S., ANDREYS J.B., RIBEIRO M.A. *Santé publique et santé communautaire*. Paris : Maloine, 1996 : 292 p.
- THOMAS N. Perspectives et méthodologie de diagnostic en santé mentale communautaire In : *Les politiques sociales*. Bruxelles : Collège International pour l'étude du changement dans les politiques sociales 1998, 38-49.
- TOURAINÉ A. *La voix et le regard*. Paris : Seuil, 1978.
- VARINE (De) H. *L'initiative communautaire*. Paris : éditions W, 1991.
- WALLERSTEIN N., BERNSTEIN E. Empowerment education : Freire's ideas adapted to health education. *Health Educ Q*, 1988, 15 : 379-394.
- WALLERSTEIN N., BERNSTEIN E. Introduction to community empowerment, participatory education and health. *Health Educ Q*, 1994, 21 : 141-148.
- WANDERSMAN A. A framework of participation in community organization. *J Appl Behav Sci*, 1981, 17 : 27-58.
- WICKIZER T.M., VON KORFF M., CHEADLE A., MAESER J., WAGNER E.H., PEARSON D. et al. Activating communities for health promotion : a process evaluation method. *Am J Public Health* 1993, 83 : 561-567.
- WILLIAMS D.M. Policy at the grassroots : community-based participation in health care policy. *J Prof Nurs* 1991, 7 : 271-276.
- WOELK G.B. Cultural and structural influences in the creation of an participation in community health program. International. Conférence on social Sciences and Medicine. Peebles, GB, 14-18 sep 1992. *Soc Sci Med*, 1992, 34 : 419-424.

ANNEXES

Fiche réponse

Fiche réponse : actions communautaires

N'hésitez pas à dupliquer cette fiche autant de fois que nécessaire. Merci de créer une fiche par action, même si vous ne disposez pas de toutes les informations. Nous prendrons directement contact avec les auteurs des actions pour compléter.

Titre de l'action

Nom du ou des promoteur(s)

-
-
-
-

Adresse et coordonnées du ou des promoteur(s)

.....
.....
.....

Code postal..... Ville.....

Tél. : Fax :

Email :

Descriptif succinct de l'action

ANNEXE 2

Liste des actions retenues dans notre échantillon

TITRE ACTION	CORRESPONDANTS	DEP	VILLE
« Le point alcool Rencontres Informations »	Le PARI	59	Lille
Monplaisir Santé	Monplaisir Santé (CSCV)	49	Angers
EGO	Espoir Goutte d'Or	75	Paris
Création d'une petite unité de vie	ALAGADOM	87	Limoges
Santé en quartiers	CPAM	68	Mulhouse
Les ateliers de l'espoir	Mouvement pour un développement social local	75	Paris
Groupe détente et bien être	Centre Médico-Social	74	Thonon
Atout santé	Atout santé	49	Cholet
Programme de prévention de la toxicomanie	Service communal d'hygiène et santé	38	Bourgoin- Jallieu
Carrefours loisirs2	Centre Social	59	Conde sur- l'Escaut
Réseau Santé	Réseau Santé	69	Lyon
Groupe santé bien-être	Santé bien être	93	Saint Denis
Les amis de mon jardin	Centre de Soins	59	Lille

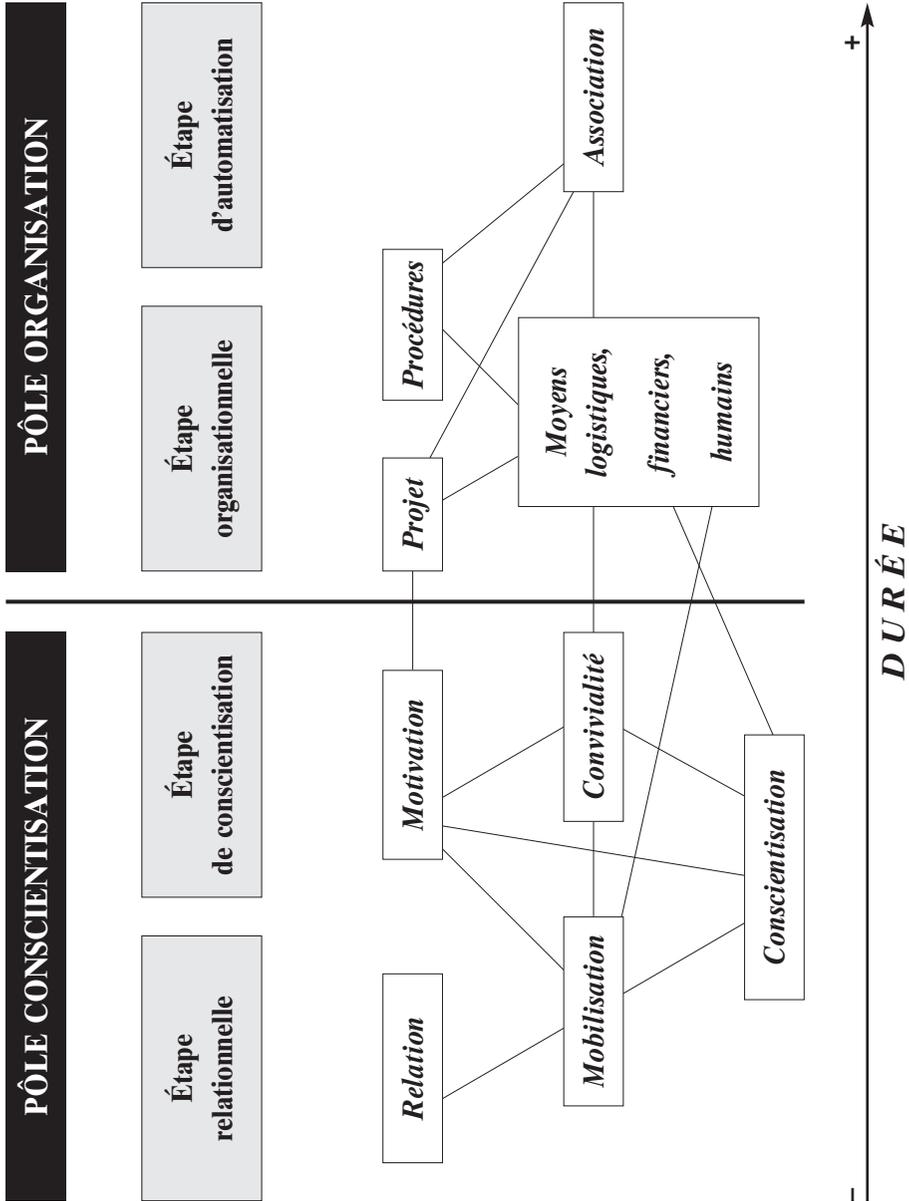
TITRE ACTION	CORRESPONDANTS	DEP	VILLE
Lav'plaisir	Confédération Syndicale du Cadre de Vie	49	Angers
Tenue d'un café sans alcool « la barque »	Au fil de l'eau	37	Tours
Approche Globale de santé	<i>Codes Mayenne</i>	53	Laval
Projet de promotion de la santé à la DDE Yvelines	Codes 70	78	Versailles
Théâtre et santé	Mission Locale	62	Boulogne- sur-Mer
La prévention contre le sida	Association ELAN	88	Epinal
Echanges santé	Mutualité française du Cher	18	Bourges
Fonctionnement du local « jeunes »	Mutualité française Haute-Garonne	31	Toulouse
Lien social dans les quartiers défavorisés	UDMI - Mutualité de l'Isère	38	Grenoble
Formation ado-relais groupe Champagnole	Mutualité française du Jura	39	Lons-le-Saunier
Formation adultes-relais : femmes debout	Mutualité française du Jura	39	Lons-le-Saunier
Programme participatif « et caetera »	Mutualité française de Vendée	85	La Roche/Yon
Atelier de travail urbain	Mairie de Grande Synthe	59	Grande Synthe
Comité de quartier	ADSEA	77	Meaux
Groupe santé	Centre social	91	Evry

TITRE ACTION	CORRESPONDANTS	DEP	VILLE
Groupe Lundi	Centre Social	17	La Rochelle
Bellevue Boiffier	CAF	17	La Rochelle
Saint Eloi	Centre Social	17	La Rochelle
Groupe Santé	CAF	17	Rochefort
Sel système échange local	CAF	17	La Rochelle
Projet rural escapade	CAF	17	La Rochelle
Réseau de jeunes	CAF	17	La Rochelle
Vie quotidienne	CAF	17	La Rochelle
Groupe santé	Centre de prévention	59	Denain
Santé communautaire et personnes prostituées	Autres regards	13	Marseille
Action expérimentale d'insertion	Migrations santé contrat de ville Avignon	84	Avignon
Réseau Santé	Réseau santé Mulhouse	68	Mulhouse
Groupe parole	DETAS – CAF	17	Ile de Ré
Vis avec nous	Vis avec nous	93	Bagneux
Association Créatif	Mutualité Sociale Agricole Maine-et-Loire	49	Montreuil- Bellay
PEPS	Mutualité Sociale Agricole	19	Argentat
Recherche-formation-action Champ de manœuvre	Mutualité Française de la Charente	16	Soyaux

Caractérisation des actions incluses

	Caractéristiques	Nbre d'actions
1) POPULATION IMPLIQUÉE	<i>1.1 Critères géographiques</i>	27
	<i>1.2. Critères socio-culturels</i>	18
2) FORMES DE REGROUPEMENT PRÉALABLES À L'ACTION	<i>2.1. Organisation préalable</i>	8
	<i>2.2. Pas d'organisation préexistante</i>	37
3) DEGRÉ D'IMPLICATION DE LA POPULATION AU MOMENT DE L'ÉTUDE	<i>3.1. Population consultée</i>	4
	<i>3.2. Population partenaire</i>	26
	<i>3.3. Population décideur</i>	15
4) NIVEAU D'ORGANISATION COLLECTIVE AU MOMENT DE L'ÉTUDE	<i>4.1. Pas d'organisation</i>	2
	<i>4.2. Peu formalisé</i>	8
	<i>4.3. Formalisé mais non institutionnalisé</i>	17
	<i>4.4. Structuré</i>	18

Moyens pour que les habitants deviennent des acteurs-auteurs de S. Schapman





Société Française de Santé Publique

200 F TTC



9 782911 489112

ISBN : 2-911489-11-X