

Bruxelles Santé

Périodique trimestriel, paraît
en mars, juin, septembre, décembre

N° **86** Avril - Mai - Juin 2017
ISSN 1371 - 2519

La démarche communautaire : un choix sociétal ?

Le non-recours à Bruxelles

Entre exclusion et sous-protection
sociale

Travail en réseau

Tisser du lien
autour de la personne handicapée

Intergénérationnel

Et pourtant, ils jouent...

sommaire

Non-recours

Le non-recours à Bruxelles :
entre exclusion
et sous-protection sociale

3

L'Observatoire de la santé et du social de Bruxelles-Capitale a consacré son rapport thématique 2016 à la problématique de la sous-protection sociale. Laurence Noël, l'auteure du rapport, revient sur les principaux constats de cette large enquête qualitative.

Dossier

La démarche communautaire :
un choix sociétal ?

6

La démarche communautaire, en tant qu'approche participative, est l'un des cinq axes qui fondent la promotion de la santé. Quelle est cette démarche ? En quoi est-elle porteuse de forces et de faiblesses pour l'action en santé ? Quels enjeux démocratiques soulève-t-elle ? Ces questions sont notamment examinées à la lumière de l'expérience d'acteurs de terrain.

Travail en réseau

Tisser du lien autour
de la personne handicapée

12

Depuis 40 ans, l'asbl Le Bataclan promeut l'autonomie, le bien-être et l'inclusion des personnes en situation de handicap. Il y a quelques mois, l'asbl organisait un colloque centré sur les enjeux du travail en réseau des professionnels impliqués dans l'accompagnement de ce public.

Intergénérationnel

Et pourtant, ils jouent...

15

Monter sur scène et proposer un spectacle avec des personnes âgées présentant des problèmes de mémoire et du personnel de leur résidence, cela peut paraître un peu "fou". Pourtant, en mars dernier, la preuve a été donnée que ce pari, loin d'être impossible, pouvait (aussi et surtout) changer les regards...

Echos du CBPS

Place aux usagers

17

Parmi les accompagnements qu'il réalise, le centre bruxellois de promotion de la santé compte le projet de santé communautaire mené par le groupe santé de la coordination sociale de Saint-Gilles. Ce projet qui mobilise plusieurs secteurs autour de la santé des habitants a notamment permis de faire bouger les représentations des professionnels.

Echos des politiques

18

Dans ce numéro nos élus au Parlement de la Commission communautaire française ont été invités à contribuer au thème du dossier au départ de la question suivante : "Comment les dispositifs politiques peuvent-ils garantir la participation des publics ?"

Photo de couverture © asbl Les Pissenlits asbl

Rédaction
Anoutcha Lualaba Lekede
Marie-Hélène Salah
Régis Verhaegen

Comité de pilotage
Gaëlle Amerijckx
Dr Murielle Deguerry
Jacques Moriau
Patricia Piron
Bernadette Taeymans

Graphisme
Carine Simon

Editeur responsable
B. Taeymans,
72 rue du Viaduc - 1050 Bruxelles

Avec le soutien de



Une réalisation de l'asbl Question Santé
Tél.: 02/512 41 74 Fax: 02/512 54 36
E-Mail : info@questionsante.org
http://www.questionsante.org



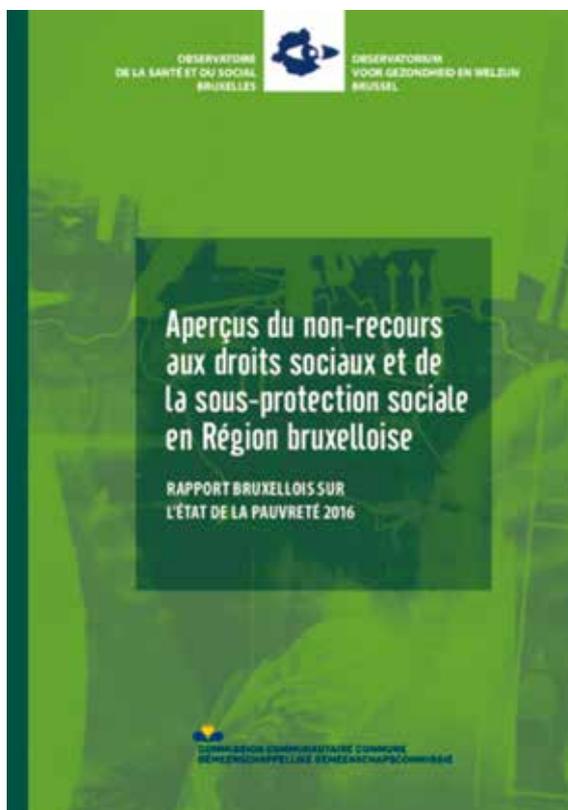
Le non-recours à Bruxelles : entre exclusion et sous-protection sociale

Dans son cahier thématique du Rapport bruxellois sur l'état de la pauvreté 2016, l'Observatoire de la santé et du social pose un premier constat global et exploratoire sur le non-recours aux droits et services, et plus généralement sur la sous-protection sociale en Région bruxelloise. Laurence Noël, auteure du rapport, nous a présenté les grandes lignes de cette étude, la première du genre à Bruxelles.

On le sait, la quantification du non-recours pose un important problème de données : comment évaluer ce qui n'existe pas ? Quels constats posez-vous par rapport aux données existantes et manquantes en Région bruxelloise ?

A travers le Rapport bruxellois sur l'état de la pauvreté, nous essayons d'inciter les responsables politiques à lutter contre la pauvreté au niveau régional. Si le Baromètre social reprend chaque année des données quantitatives, les deux cahiers, Rapport thématique et Regards croisés, ont une approche qualitative et privilégient la parole des personnes et intervenants concernés. C'est pourquoi nous avons effectué un gros travail de terrain. Nous avons interviewé 25 experts, 68 intervenants professionnels et 26 personnes en situation de sous-protection sociale. Nous avons également sollicité la *Datawarehouse* de la Banque carrefour de la sécurité sociale afin de retracer les parcours de personnes qui ont été exclues du chômage et des bénéficiaires du revenu d'intégration entre 2010 et 2012.

Nous avons eu accès à certaines informations, mais pas à toutes. De plus, les données reçues étaient souvent anciennes et dépassées. Pourtant, les données existent. Elles sont détenues par différentes institutions et administrations liées à la sécurité sociale (ONEM, ONSS, INAMI, mutualités...)



et sont souvent connectées directement aux données fiscales et au registre national. Ces institutions pourraient probablement, avec un cadre légal *ad hoc* respectant la vie privée, calculer le taux de non-recours. Mais, même avec des données récentes, calculer le taux de non-recours reste très compliqué. Benjamin Vial qui travaille pour l'Observatoire des non-recours en France (Odenore) l'a bien expliqué¹ : les populations se dé-

placent beaucoup, particulièrement en contexte urbain, les conditions d'accessibilité et de maintien des droits sont de plus en plus complexes, les droits de plus en plus saucissonnés et la législation change fréquemment. Puisqu'un taux de non-recours, c'est le nombre de personnes qui ont effectivement droit sur le nombre de personnes potentiellement éligibles, il faut définir précisément le droit ou le « morceau de droit » à étudier, la pé-

riode de référence et être capable de calculer le dénominateur. Donc, calculer le taux de non-recours est difficile mais pas impossible. Les données existent mais ne sont pas corrélées et restent peu accessibles. Par le biais de l'approche qualitative, nous avons répondu à nos missions exploratoires, nous avons tenté de visibiliser l'invisible et de travailler ce thème sous l'angle des mécanismes de précarisation.

Dans votre étude, de nombreux intervenants imputent une bonne partie du non-recours au renforcement des contraintes administratives et des conditions d'accès. Ces causes structurelles et institutionnelles ont-elles un impact si important ?

Du point de vue bruxellois, il est évident que les facteurs administratifs sont prégnants dans l'explication du non-recours. Nous ne sommes d'ailleurs pas les premiers à l'avoir identifié, l'Odenore et Wim Van Oorschot, professeur à la KUL, ont déjà montré que la complexification de la législation est un facteur très fort d'explication du non-recours. Lorsqu'il y a de plus en plus de conditions pour accéder à un droit, pour le maintenir et ce dans plusieurs droits en même temps, des barrières administratives très fortes se créent. Cela montre bien que l'explication du non-recours par les seuls facteurs individuels et comportementalistes est insuffisante.

Dans le rapport, vous mentionnez fréquemment le fait d'être « entre-deux statuts » comme une cause de non-recours fréquente et en augmentation. Comment expliquer ce phénomène ?

Dans notre Rapport thématique 2014 « Femmes, précarités et pauvreté en Région bruxelloise », nous avons déjà mis en évidence la notion d'« espace de précarités ». Nous avons ainsi identifié des passages d'une situation pré-

caire à une autre, d'un statut à l'autre. Dans le Rapport 2016, ce constat s'est renforcé et nous l'avons prouvé qualitativement et quantitativement. Les parcours que nous avons analysés montrent clairement l'augmentation de l'instabilité des statuts. Prenons, par exemple, les personnes exclues du chômage entre la fin 2010 et 2012, 65% d'entre elles ont eu au minimum deux statuts différents, dans les deux ans après la sanction. Sur la même période 51% des bénéficiaires du revenu ont eu plus de deux statuts.

L'« entre-deux statuts » est un espace de précarité dans lequel de plus en plus de personnes vulnérables sont poussées, notamment par les politiques d'activation. Ces personnes sont contraintes d'accepter un travail précaire, une formation, de chercher un revenu de survie... Elles passent d'un statut précaire à l'autre, renoncent à certains droits, en perdent d'autres. A chaque changement de situation, elles restent de plus en plus longtemps dans cet « entre-deux statuts » car elles tentent d'accéder à leurs droits, attendent une décision administrative ou l'aboutissement d'un recours. Nous avons constaté une augmentation de la fréquence de ces changements de situation, donc du temps passé entre deux statuts et finalement une augmentation des situations de non-recours. Dans cet espace d'entre-deux, les personnes ne sont plus couvertes ou seulement partiellement alors qu'elles devraient l'être. Elles « se perdent » dans des poches de sous-protection sociale, elles deviennent invisibles.

A la lecture des nombreux témoignages que vous avez récoltés, il semble que depuis 2004 et l'adoption en Belgique des principes de l'Etat social actif, les situations de non-recours aient augmenté. L'exclusion est-elle une nouvelle forme de sous-protection sociale ?

Nous avons ajouté l'exclusion à la typologie explicative du non-recours

développée par l'Odenore, dans l'optique de visibiliser les éventuels non-recours issus des évolutions législatives. Nous avons obtenu des résultats au-delà de tout ce que nous aurions pu imaginer. Il est évident que dans un certain nombre de cas, l'exclusion est une forme de sous-protection sociale. Certains diront que l'exclusion entre dans la catégorie de la non-couverture. L'approche orthodoxe légaliste du non-recours partira du principe que s'il y a exclusion suite à un changement de loi, l'exclusion est légale et que ce n'est donc pas du non-recours. Mais à travers les nombreux témoignages et observations de situations concrètes, nous avons constaté des exclusions quasi illégales : intervenants qui refusent d'octroyer un droit, qui omettent des informations ou en transmettent de mauvaises, la multiplication des demandes de preuves alors que la personne est éligible... Face à ces exclusions illégales ou abusives, les personnes se sentent souvent coupables. Elles se disent qu'elles sont responsables, qu'elles auraient dû mieux savoir, mieux comprendre, mieux remplir les documents. L'exclusion est donc une forme pertinente à ajouter à la typologie du non-recours de l'Odenore car elle permet de visibiliser des situations au-delà de la non-connaissance, de la non-demande, du nonaccès ou de la non-proposition.

Les politiques publiques seraient directement responsables de l'augmentation du non-recours et donc de la pauvreté à travers la complexification de la législation et la conditionnalité croissante des droits ?

Les causes du non-recours sont toujours multifactorielles. Elles s'expliquent par la situation des personnes, leurs ressources, des facteurs administratifs, institutionnels, législatifs, divers types de discrimination, les politiques publiques... Chaque droit a ses spécificités, certains sont plus difficiles à obtenir que d'autres. Mais la com-

1. Mesurer le non-recours : problème politique et question scientifique, 2010 (<https://odenore.msh-alpes.fr/content/mesurer-le-non-recours-probl%C3%A8me-politique-et-question-scientifique>)

plexification de l'accès et du maintien des droits et les restrictions des droits sont le plus souvent produites par des changements de législation et sont donc du ressort des politiques publiques. Il y a des liens entre l'évolution de la protection sociale, des droits sociaux fondamentaux et les politiques d'austérité. Les situations de non-recours sont souvent cumulatives. Vous commencez par perdre un droit, puis plusieurs, ensuite vous perdez votre logement et, à partir de là, vous perdez tous vos droits.

Dans ce rapport, nous mettons l'accent sur les situations concrètes. Nous avons confronté les droits théoriques et la pratique c'est-à-dire la manière dont les personnes « pratiquent » leurs droits et comment les institutions, limitées par leurs propres contraintes, les octroient ou non. Car qui dit augmentation du non-recours dit risque de précarisation et d'augmentation ou d'aggravation de la pauvreté. Il est indispensable de se saisir de l'importance de cette problématique. Le non-recours est une invisibilisation des personnes en droits, mais aussi en chiffres car elles disparaissent des statistiques.

La complexification des législations concerne aussi les professionnels. Les intervenants sociaux ne parviennent parfois plus à traduire les situations humaines complexes en droits. Ils sont perdus face à une législation qui change sans cesse et qui est de plus en plus difficile à appliquer. Pour les intervenants, il devient très difficile de transmettre des informations exhaustives à d'autres institutions, et d'informer de manière juste et pertinente les personnes en demande ou en attente. Face à autant de démarches administratives, les professionnels n'ont plus le temps de traiter les demandes et de suivre les dossiers, et les personnes se retrouvent en attente et sans droits, renvoyées d'une institution à l'autre.

De plus en plus d'acteurs privés participent également à l'effectivité des droits : assurances, secrétariats sociaux, employeurs... Quiconque remplit un formulaire devient co-responsable des

droits de la personne. Cette multiplication des acteurs entraîne une dilution des responsabilités. Finalement, l'information et son traitement échappent aux personnes et aux intervenants sociaux.

La complexification de la législation, la conditionnalité d'accès et de maintien des droits, la contractualisation des droits, la multiplication des exigences de preuves, de démarches administratives, tous ces éléments épuisent les personnes et les acculent à renoncer à leurs droits.

Le nombre et la diversité des freins à l'accès aux droits cités dans votre rapport sont impressionnants : réforme institutionnelle, mobilité, subjectivité, manque d'informations, incompréhension, erreurs administratives... Quelles seraient les premières mesures à prendre pour lutter contre le non-recours en Région bruxelloise ?

Avant tout, il faut une volonté politique ! A Bruxelles, plusieurs leviers existent puisque certains droits ont été transférés aux Régions. Mais il n'est pas simple d'agir car de nombreux droits sont saucissonnés et dépendent de plusieurs niveaux de pouvoir. Pour intervenir, il est indispensable d'identifier précisément la prestation ou le droit sur lequel on souhaite agir, les niveaux de pouvoirs concernés et les moyens d'action. Une autre piste serait d'assouplir la conditionnalité de certains droits. Il serait bon de se demander si tous les documents et les démarches exigés sont vraiment indispensables. Lorsque les données sont informatisées, il est possible d'en améliorer la consultation et le transfert entre services et institutions afin de ne plus exiger que les personnes les fournissent.

Nous avons très peu d'informations sur les nouvelles demandes. Les données disponibles ne concernent que les demandes acceptées. Or, pour évaluer autrement le non-recours, il serait aussi nécessaire de pouvoir calculer le différentiel entre le nombre de demandes des personnes éligibles, le nombre de demandes réellement introduites et les

décisions positives. Les décisions négatives et leur motif devraient aussi être documentés. Il y a une réflexion à mener sur les données, leur disponibilité et leur traitement par les différentes institutions de la sécurité sociale.

Il est également nécessaire de s'interroger sur les critères d'évaluation. Certains droits sont devenus contractuels, c'est-à-dire que les personnes éligibles doivent signer un contrat. Il faudrait repenser les grilles d'évaluation, fixer des balises claires dans les manières d'évaluer et éviter à tout prix d'exclure temporairement ou définitivement les personnes de leurs droits. Lutter contre le non-recours, c'est avant tout un choix politique, celui d'agir d'abord dans le bénéfice de la personne avant de chercher à lutter contre la fraude sociale. La lutte contre le non-recours et la lutte contre la fraude sociale sont deux priorités bien différentes.

Marie-Hélène Salah

Le cahier thématique du Rapport bruxellois sur l'état de la pauvreté 2016 « **Aperçus du non-recours aux droits sociaux et de la sous-protection sociale en Région bruxelloise** » de l'Observatoire de la Santé et du Social est disponible en ligne : <http://www.observatbru.be/documents/news-items/2017-3-rt-2016-pauvrete-sous-protection-sociale-armoede-sociale-onderbescherming.xml?lang=fr>

Pour toute information complémentaire sur ce rapport : Laurence Noël, lnoeel@ccc.brussels

Pour plus d'information sur le non-recours :

- Bruxelles Santé, n°62, juin 2011, Le non-recours aux prestations et à l'aide publique : <http://questionsante.org/nos-publications-periodiques/bruxelles-sante/anciens-numeros/bs-62/le-non-recours-aux-prestations-et-a-l-aide-publiques>
- ODENORE : <http://odenore.msh-alpes.fr>



La démarche communautaire, quelle est-elle ? En quoi est-elle porteuse de forces et de faiblesses pour l'action en santé ? Quels enjeux démocratiques soulève-t-elle ? Ces questions sont au cœur de ce dossier qui examine les contributions d'un numéro spécial de la revue « Politiques sociales » sur le sujet, tout en laissant la place à la parole d'acteurs de deux institutions engagées dans cette démarche à Bruxelles : l'asbl Les Pissenlits et le service de santé mentale Le Méridien.

La démarche communautaire : un choix sociétal ?

La démarche communautaire est une approche participative utilisée un peu partout dans le monde, et notamment en promotion de la santé. Comment fonctionne-t-elle ? Pourquoi l'utiliser en santé ? Que peut-elle apporter à ceux qui la pratiquent ? Quels sont les enjeux de société autour de ce type de méthode ? *La démarche communautaire : une méthodologie qui fait santé ?*

Cette dernière question, la revue *Les Politiques Sociales* se l'est posée en publiant un double numéro (2016, n° 1-2) sur les méthodologies communautaires. Sous la direction de Frédérique Déjou, Noémie Hubin et Vêrane Vanexem, ce double numéro de la revue présente différents aspects de la démarche à travers le monde dans le secteur de la santé, mais aussi du social, de l'urbanisme, de la justice... Nous avons ici souhaité extraire les principaux enseignements et points de discussion qui touchent à la démarche communautaire : quelle est-elle ? Quels sont ses avantages ? Quels défis pose-t-elle ? Notamment en termes de gouvernance publique¹.

Nous sommes également allés à la rencontre de travailleurs qui emploient ces techniques au quotidien. Nathalie Thomas est psychologue dans l'équipe communautaire du service de santé mentale de Saint-Josse Le Méridien. Noémie Hubin et Alexia Zeegers sont, quant à elles, responsables de projets à l'asbl Les Pissenlits, association de santé communautaire située dans le quartier de Cureghem à Anderlecht.

Les points de repère d'une démarche

«La promotion de la santé passe par la participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise des décisions et à l'élaboration et à la mise en œuvre des stratégies de planification en vue d'atteindre une meilleure santé. Au cœur même de ce processus, il y a la dévolution de pouvoir aux communautés considérées comme capables de prendre en main leurs destinées et d'assumer la responsabilité

de leurs actions. Le développement communautaire puise dans les ressources humaines et matérielles de la communauté pour stimuler l'auto-assistance et le soutien social et pour instaurer des systèmes souples susceptibles de renforcer la participation et le contrôle du public en matière de santé.»

Charte d'Ottawa (1986) première conférence internationale pour la promotion de la santé

Participation et communauté, les deux mots-clés

Plusieurs valeurs sous-tendent le mode de fonctionnement participatif de la démarche communautaire : reconnaissance des ressources des participants, horizontalité de la relation, empowerment et changement sociétal. De plus, la principale caractéristique de l'approche communautaire, qui la différencie d'autres méthodes ou approches, est son fort ancrage dans la communauté. La communauté est en effet un niveau intermédiaire de regroupement social, entre la famille et la société au sens large, basée sur un ensemble de liens et de partages d'intérêts, d'espaces, d'identités, d'histoires, de devoirs, de caractéristiques... Au travers de nos identités multiples, nous sommes tous amenés à appartenir, nous reconnaître ou encore être associés à plusieurs communautés.

Les communautés sont ici reconnues au travers des ressources de leurs membres, ressources qui sont valorisées, considérées et surtout partagées. Sous forme de savoirs, de savoir-être ou savoir-faire, ces ressources permettent

à chacun de vivre et de faire face aux difficultés. L'approche communautaire va donc prendre en compte l'existant à travers les liens de soutien entre ses membres. Ces liens préexistent à l'action des professionnels. «En s'appuyant sur les réseaux primaires des personnes (voisins, amis, familles, etc.), elle permet d'éviter la multiplication abusive du nombre de professionnels dans de nombreuses situations. Or, on le sait bien et de multiples études le rappellent, la "fonction soignante" n'est pas l'apanage des professionnels : [...] les gens se font aider par d'autres ressources que les professionnels de la santé mentale. L'approche communautaire vise à soutenir dans leur rôle d'entraide des personnes ressources vivant dans les quartiers².»

Relation partenariale et empowerment

Réussir à valoriser les ressources de chacun, cela nécessite de repenser la relation en évacuant la dissymétrie : plus question d'expert transmettant des savoirs préconstruits à un récepteur passif. La relation va se baser sur un constat simple : chacun a des connaissances, des capacités, des expériences et des avis. Les savoirs du professionnel ne sont pas niés, au contraire, mais on leur donne une juste place. La relation devient horizontale et démocratique. Les différents acteurs sont considérés comme des partenaires d'un même objectif.

Ce mode particulier d'interaction va favoriser l'empowerment. Ce terme central de la pratique, intraduisible sans inventer de nouveaux mots, se définit par «La capacité d'individus, de groupes et/ou de communautés à prendre

le contrôle de leurs conditions de vie, à exercer un pouvoir et atteindre leurs propres objectifs. Processus par lequel ils sont, individuellement et collectivement, aptes à s'aider eux-mêmes et les autres pour améliorer leur qualité de vie.»³ L'empowerment s'accompagne d'un travail de conscientisation, ici encore, réalisé dans le partage : en quoi mes difficultés, mes problèmes sont aussi ceux de mes semblables. Le but final de la démarche vise la transformation, le changement individuel et collectif. Forts de la prise de conscience collective des réalités sociales, les participants seront renforcés par les liens de soutien de la communauté et auront développé un pouvoir d'agir.

Étapes modulables

Il n'existe pas de véritable mode d'emploi. L'aspect multiforme et adaptable de cette démarche semble la rendre résistante à la théorisation. Des éléments récurrents vont néanmoins servir de repères.

Si elle comprend aussi une partie plus rigoureuse, l'étape initiale du diagnostic se fait essentiellement par le contact humain. Il s'agit avant tout de découvrir la communauté, de tisser des liens et de repérer les besoins, les envies ou les demandes. En ciblant une préoccupation de la communauté, on répond donc à un intérêt. Cela permet d'amorcer efficacement la démarche. Le groupe ainsi constitué, les sujets à aborder et les règles sont établis de manière participative. Comme nous l'explique Nathalie Thomas du service de santé mentale Le Méridien «en général on pose la question : dans quelles conditions vais-je me sentir à l'aise dans ce groupe?»

Le groupe va alors partager les expériences individuelles vécues par rapport à la thématique choisie. Seule une demande explicite des participants amènera le professionnel à partager des contenus (de nature théorique ou autre) avec le groupe. L'idée est de se baser sur les savoirs créés par l'expérience directe. Le groupe peut, à ce moment, essayer de tirer les leçons et ainsi développer une forme de théorie plus générale sur le thème.

L'étape suivante consiste à contextualiser la situation. Cette étape permet d'éviter le fatalisme et la culpabilisation qui

plombent souvent toute tentative de changement. Les participants vont alors faire appel à des spécialistes (sociologues, historiens, politologues, psychologues, médecins...) ou aller directement chercher l'information.

Suivant le rythme et les impulsions du groupe, on passe alors à l'étape de l'action. Si l'interpellation politique revient souvent dans les actions identifiées par les groupes, les projets développés sont, quant à eux, extrêmement diversifiés.

L'étape finale consiste à évaluer l'ensemble du processus, toujours de manière participative. Toutes ces phases ne sont pas forcément consécutives. Certaines, comme l'évaluation, le partage d'expériences et le diagnostic, peuvent rester présentes tout au long de la démarche.

Un ensemble d'opportunités et une masse de défis

Le recours à la démarche communautaire vise principalement à toucher plusieurs facteurs ou déterminants de la santé. La démarche présente aussi des défis et des critiques que nous allons explorer. Rappelons que la santé n'est ni permanente ni immuable : elle se construit. En ce sens, Simon Gasibirege explique que «toute communauté produit sa santé mentale comme elle produit son économie, son régime politique, son système judiciaire, scolaire, médical, etc. Elle le fait au moyen des structures de communication et de solidarité qu'elle crée et développe, au moyen aussi des personnes-ressources qui animent le fonctionnement des structures ainsi mises en place»⁴. Peut-on alors concevoir la démarche communautaire comme une action de production sociale de la santé?

Des déterminants rendus accessibles

Les déterminants de santé sont des facteurs qui influencent l'état de santé d'une population. Qu'ils soient politiques, sociaux, économiques, environnementaux ou culturels, la plupart se trouvent en dehors du champ d'action

des professionnels du secteur de la santé. Au niveau politique, des efforts peuvent être faits pour intégrer un volet santé aux actions de chaque ministère ; c'est ce que promeut l'OMS via « la santé dans toutes les politiques ». Au niveau du terrain par contre, mener une action concrète ayant un impact sur ces déterminants n'est pas simple : les domaines sont nombreux, vastes et complexes. C'est pourtant ce que la démarche communautaire propose de faire.

Au sein de l'équipe communautaire du Méridien, «souvent on part de cette question dans les groupes : qu'est-ce qui m'empêche de bien vivre pour le moment? Qu'est-ce qui rend ma vie difficile pour le moment? Avec cette question-là, on sait qu'on va toucher des déterminants parce qu'on ouvre tout.» Au-delà du sujet traité par le groupe, l'approche communautaire va travailler sur l'estime de soi, le sentiment d'auto-efficacité, la capacité de dire et d'agir, le réseau de soutien, le sentiment d'appartenance, le fonctionnement démocratique ainsi que des capacités sociales, organisationnelles et d'évaluation. L'acquisition de ces compétences psychosociales, habituellement difficiles à toucher, s'avère avoir un effet bénéfique pour la santé.

Se réapproprier sa santé

La réappropriation par les habitants d'une forme de maîtrise sur leurs conditions de bien-être est un des effets recherchés de l'approche. Si la santé est une production collective, elle ne devrait pas être perçue comme étant aux seules mains de spécialistes. Le collectif Pratiques Communautaires en Santé Mentale nous explique que «La santé mentale est devenue "l'affaire des spécialistes" et les personnes ne se sentent plus compétentes, plus responsables de leur santé mentale et de celle de leurs concitoyens.»⁵ Alors qu'un professionnel de la santé va intervenir ponctuellement sur un sujet précis, l'individu va lui s'occuper de sa santé tout au long de sa vie. N'est-il donc pas logique qu'il soit traité en tant qu'acteur principal des interventions qui le concernent?

Des actions pertinentes

Avec la démarche communautaire, on pourra trouver une forte concordance entre la proposition d'action et les

besoins de la communauté. L'un des défis de toute politique de santé est de créer une adéquation entre l'offre de services et les besoins de la population. Alexia Zeegers, de l'asbl Les Pissenlits, nous offre un exemple. « Deux fois par an, il y a des sensibilisations au diabète ; une fois sur le marché de l'Abattoir, une fois sur le marché annuel d'Anderlecht. Il y a des réunions toute l'année pour préparer ça avec une dizaine d'acteurs et d'organisations qui se réunissent. Depuis à peu près un an, à chaque réunion, il y a des personnes du groupe de diabétiques et ils ont de sacrées bonnes idées. Je donne un exemple : tous les kinés des maisons médicales ont un stand. Il y avait une demande qu'ils fassent une activité au lieu d'avoir juste un stand ; quelque chose de plus participatif, si possible avec de l'activité physique. » Une partie des kinés était pour et une autre s'opposait à l'idée de faire une consultation dans la rue. « C'est une personne du groupe qui a dit : "Pourquoi vous n'apprenez pas à ramasser un objet et à porter sans se faire mal au dos ?" Et là, ça faisait consensus. On en a plein des exemples comme ça. »

Encore faut-il y arriver

La démarche va toutefois présenter certains défis. Il n'est pas toujours aisé d'atteindre l'étape de l'action sociétale. Nathalie Thomas nous l'explique : « Plusieurs fois, on a proposé d'essayer d'arriver à des actions collectives, mais on sentait bien que le groupe était encore trop fragile [...] Ce n'est pas du jour au lendemain qu'on va mettre toutes ses forces dans un projet collectif alors que, soi-même, on est dans la survie ». Le groupe quant à lui n'a pas toujours un rôle positif. A l'asbl Les Pissenlits, l'effet du collectif « n'est pas magique. Le groupe peut aussi être très destructeur. C'est grâce au cadre qui favorise le respect de chacun et l'interrogation de stéréotypes [...] C'est assez délicat, il y a un équilibre à retrouver à chaque fois. » Il se peut également que l'offre ne réponde pas à une attente réelle des personnes. Pour ces raisons, un diagnostic bien réalisé et un cadre de qualité s'avèrent nécessaires pour le succès de la démarche.

Des aptitudes spécifiques

Les professionnels du travail communautaire doivent disposer de compétences spécifiques. Pour commencer, ils

L'atelier créatif à l'asbl Les Pissenlits, un exemple de démarche communautaire

On pourrait se demander : « quels impacts sur la santé peut avoir un atelier créatif quand il est organisé selon les principes de la démarche communautaire ? » La communauté est ici celle des usagers d'un quartier, celui de Cureghem à Anderlecht, avec un intérêt partagé : la création artistique. « L'atelier créatif est né d'une demande des habitants suite au diagnostic continu. [...] Il y avait une forte demande pour tout ce qui est créatif et couture. [...] Il y a deux réunions par an, au cours desquelles le programme est fixé. [...] Il faut voter, car il y a aussi l'aspect interpersonnel. Les gens sont sensibles à ça. Il y a ceux qui veulent prendre la place ou qui s'écrasent trop. Il y a ceux qui, chaque année, proposent une technique et ceux qui, après cinq ans, osent lever la main et dire : moi je sais faire ça. [...] Il y en a qui disent : je ne sais rien faire. On essaye de les encourager, de se regrouper ou de leur dire : mais si, vous connaissez telle ou telle chose. Par exemple, une personne sourde a dit : mais moi je ne sais rien. Et on lui a répondu : mais si, tu connais la langue des signes. [...] On a donc développé une activité pendant plusieurs années où il y avait un échange entre personnes sourdes et entendantes pour la langue des signes [...] C'étaient les personnes sourdes qui étaient en posture de présenter leurs savoirs aux personnes : apprendre quelques signes et expliquer la culture. [...] La personne qui a proposé une technique, vient en général un peu plus tôt. On lui a proposé à l'avance de faire elle-même les courses pour le matériel que la technique nécessite. C'est aussi une forme de responsabilisation. Ils arrivent, on installe tout le matériel [...] On demande un peu d'attention pour que la personne qui dispense la technique puisse donner quelques explications et puis, en général, cette personne passe un peu parmi les autres. »

Si un intervenant extérieur est demandé, « on essaye de trouver des personnes déjà un peu sensibilisées à ce type d'approche et qui ne viennent pas avec une posture de spécialiste qui enseigne quelque chose, mais vraiment pour un échange avec l'idée qu'il a autant de choses à retirer de l'échange qu'à en amener. »

L'organisation du cadre de l'atelier va être très importante. « L'accueil est un moment qui aide au lien social. [...] Ils en profitent pour échanger, se donner des nouvelles. On pense que ça fait santé aussi parce qu'il y a des infos sur le médecin, sur l'état de santé des gens. [...] Tous ces petits moments qui ne sont pas l'activité elle-même, vont être organisés d'une façon qui favorise la santé soit par l'empowerment, la création de lien social ou ce qui est mis à disposition [...] À chaque début d'activité, il y a toujours quinze minutes consacrées à relayer des projets ou des initiatives qui ont lieu dans les environs, parfois ça va jusqu'à Bruxelles de manière générale. On essaye de favoriser le fait que les personnes relayent elles-mêmes des informations. [...] Un exemple typique, c'est le groupe de personnes diabétiques : les gens se retrouvent parfois à huit de chez nous à aller à une conférence de l'association belge du diabète. [...] Des gens n'auraient pas osé y aller seuls, mais le fait de se retrouver à plusieurs... Suite à une brève que nous avons annoncée aux Pissenlits, [des personnes] ont commencé une formation professionnalisante. [...] »

Au niveau de la nourriture, il y a eu une réflexion de la part des participants [...] toujours des fruits et on ne propose plus de boissons sucrées [...] c'est venu des participants. On essaye que le contexte soit un environnement favorable à la santé et ça se construit avec les personnes. »

Les étapes et les principes sont présents dans tout le processus : définition collective du cadre, diagnostic, partage et valorisation d'expériences, élargissement du point de vue, action (par une exposition ou autre) et finalement, évaluation : « Le groupe qui parle de l'éducation des enfants était animé à un moment par un psychologue extérieur. Toute l'année se passe et, à la fin, on fait une évaluation. Les participants disent : ça c'était bien, on devrait faire ça et puis on voudrait aussi ça. Bon, moi je prends note et, dans ma tête, ça se planifie déjà pour l'année d'après. À la fin, le psychologue nous dit : mais ils ne sont pas contents du tout ! Je dis : mais si ! Ils sont très contents. Ils ont juste dit ce qu'ils voulaient d'autre pour l'année prochaine. On a souvent ce commentaire. Les gens n'ont pas l'habitude qu'on analyse leur travail. [...] Comme ils font tellement d'évaluations et qu'ils savent que c'est pris en compte, on peut être surpris. D'autres professionnels prennent parfois ça comme une critique, mais non. [...] L'empowerment : ben oui, c'est ça »

doivent savoir gérer des groupes et avoir de solides capacités relationnelles. Comme l'affirme Paulo Freire, un des fondateurs de la pédagogie des opprimés qui repose également sur la participation, «*Le dialogue exige une grande confiance dans les hommes. Une foi dans leur pouvoir de construire et de reconstruire, de créer et de recréer. Une foi dans leur vocation au plus-être [...]*»⁶ Ce travail demande donc une forme d'engagement personnel. Avoir un regard sociologique sera utile pour décoder les aspects sociétaux des situations, particulièrement dans des contextes, tels qu'à Bruxelles, où la dimension interculturelle aura une grande importance. Face aux réalités du processus participatif, les travailleurs auront besoin de souplesse. En donnant la parole aux gens, on doit être prêt à les entendre, à écouter les critiques et même parfois les reproches. En principe, tout est adaptable, transformable. Mais en réalité, il faut être capable de lâcher prise, d'accepter de ne pas contrôler le contenu ou la destinée des groupes. Cela peut coïncider quand le projet n'est pas porté par l'ensemble des acteurs.

Trop lent?

La critique la plus fréquente de l'approche communautaire porte sur sa temporalité. Faire du communautaire nécessite du temps. Pour l'asbl Les Pissenlits, ce n'est pas si simple : «*on dit toujours que le plus gros obstacle, c'est que cela prend du temps, mais pour moi ce n'est pas vrai parce que chaque étape donne des résultats. On ne peut pas comparer une vaccination qui est faite en une heure et quelque chose qui a pris un an.*» Si l'on compte le temps et l'énergie pour réaliser une action (comme un DVD sur le diabète ou une brocante solidaire), cela semble démesurément long. Mais si l'on compte que chaque étape a apporté aux participants des acquis réels et autrement difficiles à atteindre, on peut voir les choses différemment. Une autre critique concerne le nombre de personnes touchées. Or, à nouveau, au groupe d'habitants, il faut ajouter les professionnels, les intervenants, tous ceux qui sont impactés par les actions, les politiques, etc. qui profitent eux aussi de la méthode.

La démarche communautaire permet donc de toucher des déterminants de la santé, que des approches plus classiques, fonctionnant en silo, ont généralement du

mal à impacter. La portée de ses ambitions sociétales est telle que les défis et les critiques essayés la ramènent souvent à la réalité de ses moyens. Cette réalité, les travailleurs que nous avons rencontrés l'affrontent avec un pragmatisme teinté d'idéalisme : l'espoir d'une société plus inclusive qui n'attend pas que d'autres la construisent à leur place.

La participation démocratique, ça se construit

La législation belge dispose encore de peu d'outils visant à promouvoir la démocratie directe. Jusqu'à la sixième réforme de l'Etat, la consultation populaire n'était par exemple autorisée qu'aux niveaux communal et provincial. Au fédéral, elle n'est toujours pas permise. Le référendum, autre dispositif de participation directe, est quant à lui interdit sur tout le territoire. A contrario, plusieurs décrets ou ordonnances contiennent des injonctions claires quant à l'utilisation de méthodes participatives ou communautaires : cohésion sociale, promotion de la santé, écoles de devoirs, aide en milieu ouvert, maisons de jeunes, éducation permanente, services ambulatoires, revitalisation urbaine (contrats de quartier durable), etc. Depuis quelques décennies, la participation citoyenne semble donc avoir le vent en poupe.

Risques et dérives

Cette évolution sociétale soulève plusieurs questions. D'un espoir de démocratie plus inclusive et plus égalitaire à une parodie de participation, il n'y a en effet que quelques pas à franchir.

La démarche communautaire peut d'abord offrir la tentation d'un service public plus économique pour «*se décharger d'une partie de ses responsabilités en se disant que si les quartiers, les communautés prennent en charge ces aspects-là, c'est ça en moins qu'on ne devra pas faire*» nous dit Nathalie Thomas. C'est néanmoins un pari hasardeux puisque l'une des finalités de la méthode réside dans l'interpellation politique. Dans la Charte de Bangkok, il est ainsi énoncé que «*des communautés bien organisées et plus autonomes jouent un rôle très efficace dans les décisions*

relatives à leur propre santé et sont en mesure de rendre les pouvoirs publics et le secteur privé responsables des conséquences sanitaires de leurs politiques et pratiques.»⁷ Interpeller un élu peut néanmoins présenter des risques. Pas simple pour un travailleur social d'en arriver à aller, sous l'impulsion du groupe d'habitants qu'il accompagne, frapper à la porte d'un échevin qui se trouve hiérarchiquement cinq ou six échelons au-dessus de lui. Cela fait beaucoup d'occasions de se faire taper sur les doigts.

Un autre risque réel est l'utilisation des mots de participation citoyenne ou de méthode communautaire comme un effet de mode, voire une coquille vide qui indiquerait seulement que, à un moment, des habitants ont été rencontrés. Participer, cela implique un rôle véritable : être intégré au processus de décision. On peut aussi se demander pourquoi cette méthode s'inscrit en majorité dans des secteurs travaillant avec des publics fragilisés. Il suffit de regarder les quelques décrets présentés ici pour s'en rendre compte. Ne pourrait-on y voir une volonté d'ordonner une forme de contestation populaire? Ne devrait-elle pas concerner tous les milieux sociaux?

Doubles contraintes

Au niveau administratif, les financements publics s'accompagnent ordinairement de demandes de projet, de budgets prévisionnels, de rapports d'évaluation, etc. Or la destination d'un projet communautaire ou véritablement participatif est, par définition, imprévisible. Les participants vont décider de la marche à suivre. Mais les autorités publiques sont-elles prêtes à subsidier un projet qui va travailler sur une inconnue? Plusieurs subsides, surtout dans les secteurs cités plus haut, se concentrent sur les moyens mis en œuvre et la méthode utilisée, or la tendance actuelle des pouvoirs publics vise à financer des projets précis, avec une durée déterminée et des résultats mesurables à court terme. Ici, on est dans les processus : les rencontres, les savoirs échangés, les liens tissés, la force et le courage d'arriver à une action pour le bien de la société. Ces résultats restent difficiles à quantifier. Au Méridien, Nathalie Thomas explique que «*le décret promotion de la santé était, à ce niveau, assez facilitateur dans le sens où*

l'évaluation était beaucoup plus centrée sur les processus que sur les résultats.»

L'injonction à l'utilisation de méthodes participatives relève parfois de la double contrainte pour le professionnel. Travailler sur des points extrêmement complexes à quantifier, comme la confiance en soi, et demander des résultats chiffrés. Aider les gens à lutter pour l'amélioration de leurs conditions sociales ou de santé sans remettre en question l'autorité de tutelle. Face aux nombreuses et croissantes injonctions des pouvoirs subsidiaires, l'ambition de la démarche communautaire peut facilement passer au second plan. Pour éviter cet écueil, une vigilance de toutes les parties et de tous les instants est exigée.

L'avenir de la santé communautaire en Cocof

Alors que le plan stratégique de promotion de la santé de la COCOF était en construction ces derniers mois, la Fédération Bruxelloise de Promotion de la Santé a souhaité apporter sa contribution pour clarifier les enjeux du secteur. Un groupe de travail "Démarche communautaire" s'est formé avec près de la moitié des associations de la Fédération. Ces derniers ont produit une note qui présente la méthode, ses valeurs et formule au politique quelques propositions : utilisation transversale et décloisonnée de l'approche, adaptabilité, modes d'évaluation spécifiques, valorisation du temps nécessaire, etc.

Éduquer à la démocratie

Plus qu'un outil de soutien personnel, d'aide collective et de lutte sociale constructive, la démarche communautaire est aussi une méthode d'éducation politique profondément démocratique. Comment la faire vivre cette démocratie ? En essayant par exemple d'avoir un impact, aussi petit soit-il, pour le bien commun. Selon la Commission des déterminants sociaux de l'Organisation mondiale de la santé, « pour qu'il y ait équité en santé, il faut avant tout que les individus soient en mesure de combattre les injustices et les fortes disparités dans la répartition des ressources sociales

auxquelles chacun a légitimement droit. »⁸ Ainsi les paroles et les actions des plus fragilisés pourraient nous surprendre, voire nous déstabiliser à propos de ces enjeux.

La méthode communautaire n'est pas une solution miracle. Avec les moyens dont elle dispose actuellement, elle ne pourrait réussir, seule, à transformer la société. C'est néanmoins l'un des outils fonctionnels pour y arriver. Souhaiter appliquer ces méthodes nécessite de choisir leurs modes de fonctionnement, d'accepter leurs processus et leurs conséquences. Laisser participer les citoyens, c'est aussi et avant tout, admettre qu'ils puissent remettre certaines choses en question.

Le choix du nous

L'approche communautaire est loin d'être la seule en son genre : éducation populaire, devenue éducation permanente en Belgique, travail social collectif, participation citoyenne, pédagogie Freinet, pédagogie active, pédagogie institutionnelle, pédagogie du projet, etc. Toutes se fondent sur des principes similaires de participation et de valorisation des ressources de chaque être humain. Choisir ces techniques, c'est poser un choix sociétal. Voulons-nous aller vers des valeurs sociales qui unissent les gens là où, selon Régis Debray, « l'individu est tout, et le tout n'est plus rien ? Que faire pour qu'il devienne quelque chose ? Comment, au royaume éclaté du moi-je, susciter ou réveiller des nous qui ne se payent pas de mots et laissent chacun respirer ? »⁹

Régis Verhaegen

1. Voir plus particulièrement dans ce numéro : Déjou F, Hubin N et Vanexem V, « Agir sur les inégalités sociales de santé » ; Maeyens C et Bosquet C « Une approche du travail social communautaire en Belgique » ; Ferguson M, « Dans la Cité des Anges, une histoire de David contre Goliath » ; Absil G, « La démarche communautaire, quel que soit le secteur, fait-elle toujours santé ? »
2. Corral, Namur et Thomas, Nathalie (2005) Santé Communautaire, Mental'idées.



Photo © asbl Les Pissenlits

3. Adams, Robert (2008) Empowerment, participation and social work.
4. Gasibirege, Simon (1997) Développement d'un programme de santé mentale communautaire au Rwanda de l'après guerre et génocide. Les Politiques Sociales : La santé communautaire.
5. Lambrecht, Y. Thomas, N. et Van Tichelen B. Éducation populaire et santé mentale, www.collectif-pcsm.be.
6. Paulo Freire (1974) Pédagogie des opprimés.
7. Organisation Mondiale de la Santé (2005) Charte de Bangkok.
8. Organisation mondiale de la Santé – Commission des déterminants sociaux 2005-2008, Principaux concepts relatifs aux déterminants sociaux de santé. www.who.int/social_determinants.
9. Régis Debray (2009) cité par Alain Cherbonnier, La notion de participation : une question de pratique et de politique in La santé communautaire en 4 actes (2016) Chronique Sociale.

Tisser du lien autour de la personne handicapée

Le 30 novembre dernier, Le Bataclan, une asbl bruxelloise qui a pour objectif de promouvoir l'autonomie, l'inclusion et le bien-être de la personne en situation de handicap, organisait un colloque dans le cadre de ses 40 ans. Lors de cette journée de réflexion, la question du travail en réseau pour et avec la personne handicapée a été centrale. Éclairage autour de deux outils susceptibles d'améliorer l'accompagnement de ce public.

L'accompagnement de la personne handicapée confrontée à une situation de handicap, l'asbl Le Bataclan en connaît un rayon. Cela fait quarante ans qu'elle œuvre dans ce secteur au travers de plusieurs structures : un service d'accompagnement pour enfants et adolescents, un service de loisirs pour tous âges, ainsi qu'un service d'éducation permanente. C'est dans le cadre de ces activités que la question du travail en réseau se pose de manière de plus en plus intense. En effet, les situations et les demandes sont toujours plus complexes et face à cette multiplicité de facteurs, la volonté des acteurs est de décloisonner les secteurs et de travailler en réseau, de manière intersectorielle et concertée.

Pour essayer de mieux appréhender les conditions et les freins à ce travail en réseau intersectoriel, une recherche-action a été menée, en collaboration avec l'asbl Orchis, qui aide les professionnels du social à innover dans leurs pratiques professionnelles, et le Réseau Mag afin d'implémenter la méthode d'analyse en groupe dans le cadre de cette recherche. Afin de trouver une meilleure articulation entre tous les services bruxellois qui gravitent autour de la personne handicapée et mieux répondre aux besoins des usagers et des professionnels, la démarche a été de réunir les acteurs de terrain. Le but : faire émerger les opportunités, les limites et les perspectives d'évolution d'un travail en réseau.

Genèse du projet

Pour mieux comprendre les enjeux et le travail qui ont mené à la rédaction d'un vade-mecum sur ce sujet, Bruxelles Santé a rencontré John Cultiaux, directeur scientifique d'Orchis qui a expliqué les prémises de ce travail réflexif. « C'est Laurent Dupont, le directeur du Bataclan, très investi dans le maillage de services autour de la personne handicapée, qui a souhaité explorer cette dimension du réseau. Déjà le handicap en soi est une boîte noire : avec des handicaps très différents, certains invisibles, d'autres que l'on repère aisément, moteurs, mentaux, fortement invalidants ou plus légers...

Ensuite le risque de certains fonctionnements en réseau est soit de projeter sa propre vision des besoins de la personne à aider et d'être dans un encadrement trop important qui ne laisse pas assez de place à l'autonomie, soit de mettre en place quelque chose de trop compliqué, où les différents intervenants ne trouvent pas leur place et se renvoient la 'patate chaude'. Une telle situation laisse dès lors une trop grande place au hasard, avec dans certains cas, la chance de trouver le bon interlocuteur, mais dans d'autres, le fait de laisser la personne handicapée sur le carreau. Une situation qui n'est pas simple pour les travailleurs sociaux impliqués et qui peut être traumatisante pour la personne handicapée qui se vit alors comme un boulet. »

L'initiative du Bataclan était donc de chercher à analyser de manière collective les réalités de travail en réseau pour l'améliorer. Le cadre méthodologique a été de créer deux groupes de travail intersectoriels, réunissant des professionnels de terrain bruxellois impliqués dans le secteur du handicap, de l'emploi, du travail social, du logement et de la santé (mentale). Ces intervenants (directeurs de services, travailleurs sociaux, représentants d'usagers) ont été mobilisés pendant trois journées de travail au cours desquelles ils ont dans un premier temps contribué activement à un partage d'expériences positives et négatives, sur la base de trente petits récits de vie. Ils sont ensuite montés en analyse, en cherchant des points de convergence et de divergence, et en essayant de dégager des étapes et des points d'attention ou de passage indispensables quand on travaille en réseau. Comme le souligne John Cultiaux, « Ce travail de partage et d'élaboration s'est construit évidemment sur des éléments de théorisation des réseaux, comme on les retrouve chez Michel Callon, Bruno Latour, sociologues français ou plus proche de nous, chez Abraham Franssen de l'Université Saint-Louis, avec une analyse étayée des exigences et des difficultés sur le plan théorique. »

Le travail mené avec la vingtaine d'institutions bruxelloises a permis d'affirmer la conviction unanime de l'intérêt du travail en réseau, avec l'assurance qu'un regard unique n'a pas de sens pour traiter des



Photo © Orchis

Des intervenants issus des secteurs du handicap, de l'emploi, du travail social, du logement et de la santé (mentale) en réflexion sur les façons d'améliorer le travail en réseau au bénéfice de la prise en charge des personnes en situation de handicap.

situations complexes ou est en tout cas très difficile. Autre élément fondamental : le réseau rompt l'isolement, pour l'usager mais également pour le travailleur social. Ensuite, cette logique de travail en réseau cadre avec celle du Décret inclusion, adopté à Bruxelles en 2014 et dont la philosophie est de placer la personne porteuse de handicap au centre d'une politique d'aide, comme acteur d'un réseau choisi par lui et destiné à l'amener vers l'autonomie. Quatrième point d'attention, plus ambivalent sur le plan des résultats : le fait que le réseau semble répondre à un enjeu d'efficacité de l'action publique, avec une optimisation des moyens et une réduction des coûts, mais que peu de soutien vient finalement des décideurs politiques pour la mise en place effective de ces réseaux. La demande des pouvoirs publics pour un tel travail en réseau est dès lors ressentie comme davantage incantatoire que réellement accessible, faute de temps et de moyens.

Faire d'un réseau un système vivant

Le vade-mecum issu de ce travail de réflexion s'articule autour de trois axes : le travail en réseau qui se tisse entre différents services et professionnels, indépendamment des cas particuliers de prise en charge. Selon John Cultiaux, « *Il s'agit d'une construction entre partenaires qui s'identifient, s'interrogent sur leurs besoins et cherchent à se compléter. La réciprocité est une des bases du réseau : s'il y a des besoins réciproques récurrents, cela peut mener à la formalisation d'un réseau, avec des réunions, des données partagées, des protocoles de communication. Mais il faut pour cela apprendre à se connaître en profondeur et reconnaître la dimension sensible du travail de l'autre. Quant à la formalisation, il faut sans doute y aller crescendo et construire un réseau petit à petit, sans pour autant tout for-*

maliser au risque de devenir rigide ». Le deuxième axe du vade-mecum porte sur le travail de réseau, qui consiste à créer du lien autour d'une personne, dans une optique d'inclusion. Ce travail de réseau suppose un « accrochage » de la personne handicapée, le cas échéant en s'appuyant sur une relation d'aide privilégiée, pour lui permettre de s'ouvrir à d'autres horizons. Le travail avec un réseau préexistant peut aider à cela, mais cette mise en œuvre autour de la personne doit s'adapter cas par cas. Elle doit également inclure des non professionnels qui peuvent avoir toute leur importance dans l'environnement de la personne handicapée. Enfin le troisième axe se penche sur les obstacles et les points d'attention. Avec, comme déjà relevé, une demande des pouvoirs publics d'un travail en réseau, mais des logiques de financement qui méconnaissent un tel travail, des indicateurs de pilotage trop quantitatifs, des tensions budgétaires entre services ou de pilatisation qui



Photo © Orchis

contredisent cet élan. Il y a aussi des obstacles liés au temps que prend la constitution d'un réseau, ceux qui émergent en raison d'un réseau qui s'étend trop, avec une dilution des responsabilités, ou qui fonctionne trop bien et qui entre dans une routine. Des difficultés dues à la mobilité des carrières, aux réalités plurielles des besoins en fonction des quartiers, même sur un territoire restreint comme Bruxelles, qui contredisent la logique du réseau ou encore liées à des questions éthiques très actuelles comme le secret professionnel ou le partage de responsabilités.

Au pilotage de ce vade-mecum, John Cultiaux considère ce texte comme « un outil pour se familiariser au travail en réseau, mettre le doigt sur les conditions de possibilité d'une telle démarche, l'ensemble des questions à se poser, les balises pour créer un réseau actif, vivant, dynamique, un processus en perpétuelle évolution, autour de la personne handicapée qui reste le principal point d'attention ».

Nathalie Cobbaut

Pour en savoir plus et découvrir le vade-mecum : John Cultiaux, Raphaël Darquenne, Louise Méhauzen, « **Travailler en réseau intersectoriel autour de la personne handicapée et d'autres publics** », février 2016, téléchargeable sur le site de l'asbl Bataclan : <http://www.bataclan.be/travailler-en-reseau/>

Une carte-réseau pour identifier les ressources

Toujours lors du colloque du Bataclan, en novembre 2016, un autre outil a été présenté à l'assemblée : la carte-réseau ou sociogramme Morpheus (Mobilisation du réseau par les usagers). Cette fois, il s'agit de cartographier les ressources propres à l'utilisateur.

Si le travail en réseau nécessite des liens entre professionnels, des objectifs communs, des outils de collaboration et des modalités de gouvernance claire, il est également important de mettre en exergue les ressources qui entourent un usager et qui peuvent être mobilisées pour atteindre certains objectifs. Cette question se pose de manière aiguë pour les personnes rencontrant des problèmes psychiatriques. En effet, depuis la désinstitutionnalisation de la prise en charge de ces troubles, c'est une approche communautaire qui prévaut, avec des effets positifs comme la réduction des épisodes de crise ou de la durée des traitements, mais aussi avec des écueils comme l'insertion sociale qui reste déficitaire.

François Wyngaerden, chercheur auprès de l'Institut de recherche Santé et Société de l'UCL, a travaillé à la mise en œuvre d'une carte-réseau ou sociogramme « Morpheus », sur la base d'une étude exploratoire menée auprès de 3 fois 30 usagers et ensuite testée auprès de 380 patients. Cet outil consiste à cartographier le réseau de support social de l'utilisateur avec l'objectif de mieux appréhender ses ressources, d'impliquer l'utilisateur dans son parcours de soins et d'en améliorer la continuité. Un des points d'attention qui a fondé cet outil est sous-tendu par la conception déjà développée par ce chercheur dans sa thèse de doctorat, basée sur l'importance de la participation des usagers à l'organisation de leur environnement : « le fait de permettre à l'utilisateur d'être impliqué dans le réseau de soins et de soutien qui l'entoure, de le construire, de l'organiser améliore son bien-être et le fait de mieux appréhender ces ressources

y participe. » Autre atout de cet instrument, mis en exergue par François Wyngaerden : le fait qu'il soit transposable à d'autres situations où une personne nécessite des soins, une prise en charge par différents types d'acteurs. « Le dispositif a été conçu de manière la plus simple possible pour qu'il puisse être utilisé par des personnes rencontrant des difficultés cognitives. Donc il est très accessible. »

La conception de cette carte-réseau se base sur des analyses existantes de type systémique et sociologique sur l'existence des réseaux. Il permet d'identifier les ressources mais également de les structurer, de les hiérarchiser et de les dynamiser, autour du projet du patient. « Un des éléments importants de cette carte-réseau est d'intégrer dans le dispositif des non-professionnels, comme la famille, les amis, les voisins. Bien souvent on les oublie. Or dans bon nombre de cas, ils sont indispensables. » Un listing de toutes les personnes qui font partie du réseau de support social d'un usager est réalisé : les professionnels, comme un psychologue, un assistant social de CPAS, un kiné... mais aussi les amis, les parents, les frères et sœurs... Ensuite le rôle de chacun est déterminé (en matière de gestion et de finances, pour les soins de santé, les loisirs, le logement...), tout comme le degré d'implication de chacun et les liens d'échange et d'information entre ces personnes. Ce travail permet aussi à l'utilisateur de se positionner dans ce réseau, de l'évaluer et de le faire évoluer. C'est la personne et ses besoins qui sont au centre des préoccupations.

Nathalie Cobbaut

Pour en savoir plus sur la carte-réseau Morpheus: voir la présentation PPT lors du colloque du Bataclan, téléchargeable sur le site www.bataclan.be. Afin d'avoir accès au matériel didactique pour réaliser ces cartes-réseau : francois.wyngaerden@uclouvain.be.

Et pourtant, ils jouent...

Sur scène, une douzaine de personnes âgées, ainsi que quelques membres du personnel de la résidence où elles vivent. De l'impro, des souvenirs, de la poésie, un défilé, une danse... et une "particularité" : les acteurs les plus âgés souffrent tous de problèmes de mémoire et, pour certains, de "désorientation".

Trop tard ! Ce spectacle-là n'aura eu qu'une représentation¹. Mais ceux qui y ont assisté peuvent attester du fait qu'il n'est jamais vain de se lancer dans des projets un peu fous. Celui-ci visait (entre autres) à mettre sur scène des personnes âgées souffrant de problèmes de mémoire ou de la maladie d'Alzheimer autour d'un "spectacle". Il devait être conçu, réalisé et monté en collaboration avec du personnel de la résidence où vivent ces personnes - un point déterminant. La psychologue Isabelle Parentani (asbl Zaharra), Valérie Van Berlamont (référente pour la démence aux Terrasses des Hauts Prés, à Uccle), et Babou Sanchez (metteuse en scène) y croyaient : elles l'ont fait. Un dimanche après-midi de mars dernier, une vraie (petite) salle de spectacle a accueilli cette représentation hors norme, et tous ces acteurs en herbe.

En 2016, Isabelle Parentani et Valérie Van Berlamont avaient déjà mené un projet intergénérationnel à la Terrasse des Hauts Prés avec des personnes désorientées, en se servant de la photo comme support. Pourquoi ne pas recommencer, se sont-elles demandé, mais sous une autre forme (et le tout pour un coût d'environ 4 000 euros pour la résidence) ?

Dès le départ, leurs objectifs étaient clairs : changer les regards sur ces personnes vieillissantes, y compris de ceux qui les entourent, et travailler la relation entre tous les participants. De plus, pour ces personnes souvent vues comme "ne valant plus grand chose" en raison de leurs troubles divers, il s'agissait d'apporter la possibilité de vivre quelque chose de particulier, puis de le partager. Dès le départ, les initiatrices savaient cependant que "pour faire fonctionner un projet de spectacle avec de tels acteurs, il fallait ac-

cepter de débiter... sans attendre de résultats", précise Valérie Van Berlamont.

La belle aventure ô gué

Ce voyage vers l'inconnu a débuté sous la forme d'un "atelier théâtre". A partir de novembre, tous les lundis, les séances ont rassemblé des résidents (12 au maximum) et 6 membres du personnel, tous volontaires pour participer à l'expérience (des aides-soignantes à la neuropsychologue, en passant par la directrice adjointe et la technicienne de surface). Soit une jolie troupe, de 26 à 96 ans.

En pratique, le prénom "Babou" est vite devenu familier à tous. "Un même lieu, avec une même disposition du cadre, était destiné, tous les lundis, à donner un ancrage, avec un rituel identique, le tout sans créer de stress malgré l'objectif - un brin angoissant - de se retrouver un jour sur scène, raconte Isabelle Parentani. L'atmosphère de cet atelier a contribué au plaisir de s'y retrouver, même si certains ne savaient plus toujours trop bien pourquoi. En réalité, compte tenu des troubles

de ces personnes âgées, et du fait qu'elles ne se projettent plus dans le futur, c'est le moment présent qui compte, et sa qualité. Lorsque cet objectif est atteint, il permet la diminution de l'angoisse, fréquente dans ces troubles. Il apporte aussi la confiance, et une certaine audace."

Soyons honnête, le chemin à parcourir avant de parvenir à la salle de spectacle n'a pas toujours été facile. Pour le personnel lancé dans l'aventure, être disponible, à chaque fois, a entraîné de beaux exercices d'équilibre avec le planning. Du côté des acteurs les plus âgés, certains n'étaient pas toujours prêts à venir tous les lundis, en particulier lorsqu'une autre activité était proposée dans la maison. Et puis, bien sûr, il y avait de temps en temps ces fameux... problèmes de mémoire, avec ces moments où l'on entendait demander, re-demander et re-re-demander ce qu'il faut faire ou ce qu'il va se passer... Sans parler de ces instants où des "acteurs" piquaient du nez dans leur fauteuil ou bien des réflexions désinhibées de certaines personnes âgées, souvent propices à déclencher rires ou fou-rires. Pourtant,



Photos © Nèle Deflandre
Plus qu'un "projet théâtre", ce projet relationnel a apporté du plaisir, de l'apaisement, du mieux-être et de nouvelles complicités.



Photo © Nèle Deflandre

Une vraie troupe, avec des acteurs de 26 à 96 ans, était née...

au final, une vraie troupe est née, liée par une caractéristique étonnante: le respect du travail de chacun, sous la conduite ferme et tendre de Babou.

Du sur mesure

"Lors des ateliers, Babou a su capter ce qui valorise ces personnes et ce qui fait sens pour elles, parce qu'il s'agit d'événements ou de situations de leur passé qui leur apportent encore du bonheur ou de la fierté à l'heure actuelle", détaille Isabelle Parentani. C'est ainsi qu'au fil des semaines, à force d'exercices de théâtre et d'apprentissage à l'improvisation, la trame d'un spectacle a commencé à se dessiner autour de saynètes adaptées aux capacités de chacun, et jouées selon l'humeur ou l'inspiration du moment, avec le soutien bienveillant des 6 volontaires qui travaillent dans la résidence. Systématiquement, à la fin de chaque séance, Isabelle Parentani a pris aussi un temps de réflexion avec les membres du personnel, afin qu'ils puissent exprimer leur vécu, aller plus loin dans ce projet mais, aussi, dans leur travail au quotidien avec ces personnes âgées.

A l'issue des quelques premières semaines d'apprentissage, les répétitions pour la préparation du spectacle se sont affinées. Les consignes de Babou ont alors ressemblé à toutes celles que l'on ferait à une troupe d'amateurs. Ni moins ni à peine plus.

Tous en scène !

Alors, à quoi ressemblait donc ce spectacle ? C'est "simple" : il s'appuyait sur les talents divers qui s'étaient révélés au fur

et à mesure des ateliers. Nicdouille (elle s'appelle Nicole, "mais c'est Nicdouille pour tout le monde", dit-elle) a donc prouvé qu'elle pouvait sans problème improviser sur un thème donné. Dieu ? "Il ne doit pas être marrant!" Les croyants ? "Ils s'agenouillent et ne savent pas, après, pourquoi ils ont mal aux genoux."² Ou même la mort. "C'est bien emmerdant. Je n'ai pas du tout du tout envie de mourir. J'aime bien vivre ! C'est terrible, affreux, de voir mourir ceux qu'on aime."³ Et il n'a jamais fallu prier Nicdouille pour qu'elle régale son public d'une révérence effectuée dans les règles de l'art.

Thérèse, qui a vécu 11 ans en Afrique, est apparue sur scène avec Bintou. Avec justesse et dignité, elles ont célébré les femmes, d'ici et d'ailleurs. Jacques, lui, aurait bien lu Cyrano en entier, si on l'avait laissé faire et si un souci de santé ne l'avait contraint à quitter la scène au bras de sa petite-fille. Janine, la voyageuse, dont le grand-père, Frédéric Passy, reçut le premier prix Nobel de la paix, a parlé de la marche à pied, sa passion, elle qui a parcouru plusieurs fois l'Inde et le Tibet. De sa chaise roulante, Carmen, après avoir assuré "ne pas savoir chanter malgré son prénom", a harangué le public et invité les spectateurs à chanter... jusqu'à ce que l'un d'entre eux ose, se lance, et que les autres le suivent. Quant à Marie-Yvette qui a découvert, de la scène, que son fils était venu de France pour la voir, elle l'a présenté à tous.

Enfin il y a eu les autres, toutes les autres. Celles qui s'éclairent lorsqu'elles défilent. Celles qui, bravement, se mettent face au public et le regardent, sans un mot, en se laissant voir. Celles qui se lancent des re-

gards complices. Celles qui discutent, partagent, se mettent sur la même longueur d'onde. Celles qui chantent et dansent, comme Amal et Danièle, unies sur des paroles de Dalida et un air qui rappelle... qu'elles n'ont plus 18 ans.

Lors du spectacle, c'est bien le plaisir de l'instant qui a été mis en avant et offert au public. "Il a rendu ces personnes belles et justes, et a fait oublier leurs maladies", confirme Isabelle Parentani. Quant à la connivence partagée entre les différents acteurs, elle a contribué aussi à changer les regards portés sur ces personnes âgées. Ce jour-là, elles étaient simplement... des personnes qui osent, en compagnie d'acolytes attentifs et parfois plus "traqueuses" qu'elles de se retrouver sur scène.

Au final, cette représentation unique d'un dimanche a-t-elle été vraiment l'apothéose du projet ? Ce n'est pas si sûr... "Il n'a fallu que quelques séances de cet atelier pour commencer à percevoir une petite différence chez les résidents", constatent Isabelle Parentani et Valérie Van Berlamont. Entre résidents et membres du personnel, des chemins se sont trouvés, tout comme une confiance et une reconnaissance.

"Ce n'était pas un projet 'théâtre', mais un projet relationnel, assurent-elles. L'une des résidentes, perçue jusqu'alors comme une 'râleuse' a été vue ici comme hyper généreuse. On l'a écoutée, on s'est amusé avec elle. Un jour, deux résidentes ont consolé un membre du personnel, qui pleurait... Ces moments ont apporté du plaisir, de l'apaisement, du mieux-être." Comme le précise Babou, "l'atelier les a aidés à accepter et à apprivoiser le regard de l'autre". Pour Isabelle Parentani, "avant d'être intergénérationnel, ce projet a finalement permis de changer de regard sur l'autre". rideau et... applaudissements.

1. "Ensemble sur scène, extrêmement délicat tout ça!", le dimanche 12 mars 2017, au Caliclub, à Drogenbos.

2. Propos tenus lors de la répétition du 27 février.

3. Propos tenus lors de la répétition sur scène, le 6 mars.

Place aux usagers

Depuis 2015, le groupe santé de la coordination sociale de Saint-Gilles mène un projet de santé communautaire. C'est à cette époque que la coordinatrice fait appel à l'accompagnement du CBPS. Différentes thématiques seront abordées dans le temps avec, au cœur des préoccupations, la place donnée à la parole et aux représentations des usagers.

A l'origine du projet, une invitation pressante du CPAS vers le groupe santé à se pencher sur les constats du service social et les conclusions des médecins agréés par le CPAS et des Maisons Médicales saint-gilloises.

Travailleurs de rue ou issus du secteur de l'hébergement, de la santé, de la santé mentale, du logement... autant de secteurs et d'expertises autour de la table, avec lesquels il s'agira d'abord de prioriser les sujets. L'alimentation sera la première priorité, la consommation rationnelle de médicaments la seconde. Et pourtant, « *l'alimentation : est-ce opportun pour nos usagers, englués dans d'autres problèmes ?* », avancent certains. Les professionnels viennent avec leurs constats, une vraie connaissance des personnes qu'ils accompagnent mais aussi pour certains de fortes certitudes. Il s'agit alors d'inviter ces travailleurs non pas à se départir de leurs convictions mais plutôt à creuser et à éclairer ce que charrient ces représentations. Un exercice parfois malaisé mais qui se révélera fécond.

Alimentation... tous

L'alimentation, faire état de constats... quelle que soit notre ligne (première, deuxième ou même troisième) d'intervention, quelle certitude avons-nous sinon celle, qu'il y a, au centre, ou comme finalité de notre travail, les usagers ? Élémentaire donc de recueillir leur parole. « *Oui mais comment ? D'abord, on n'a pas du tout les mêmes publics. Leurs urgences et leurs centres d'intérêt diffèrent.* » se dit-on. Et encore « *Oui, mais s'alimenter, ils le font tous... nous le faisons tous. Pas très sain, pas varié, devant la télé...* » On tente de

comprendre. Echanges, débats... Le CBPS relance : qu'est-ce que ce « pas bien », ce « pas assez » ? Nous tirons ce fil des habitudes alimentaires.

Le pari est alors pris avec les travailleurs d'élaborer ensemble un questionnaire à l'intention de leurs usagers. Concernant leurs habitudes alimentaires, le but est de pouvoir cerner leurs difficultés et identifier la(les) démarche(s) à mettre en œuvre.

Cette construction du questionnaire permet aux professionnels de sonder leurs propres représentations et de faire état de leurs pratiques et questions. Préciser ce que l'on veut savoir, en justifier la pertinence et puis formuler des questions en langage accessible. Le travail de la concertation est remarquable. La coordinatrice, pour sa part, soutient les travailleurs jusqu'au bout du processus. Le questionnaire testé et finalisé, les travailleurs vont alors à la rencontre des usagers. Et certains disent les découvrir sous un autre jour... les perceptions bougent !

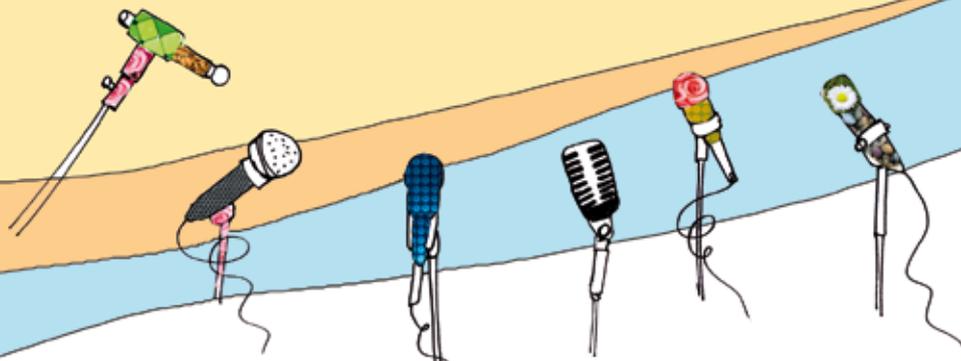
L'analyse des résultats est prise en charge par la coordination avec l'aide du CBPS. Plusieurs facteurs sont mis en avant et seront à travailler auprès des usagers. Si certains sont déjà traités par des institutions saint-gilloises, les professionnels disent manquer d'outils pour appréhender d'autres aspects de cette thématique. La coordinatrice s'attèle avec les membres du groupe à formuler une demande de formation à la carte. Objectif : que les partenaires de la coordination sociale inscrivent dans le long terme des ateliers et/ou réflexions avec leurs publics autour de l'alimentation saine pour petits budgets.

Consommation rationnelle des médicaments

De réunions en réunions, la deuxième priorité du groupe santé, la problématique de la consommation rationnelle des médicaments, en lien avec les assuétudes et les maladies mentales, se transforme. D'abord cette question des travailleurs : quelle légitimité pour eux de porter un regard sur la consommation des publics, sur les prescriptions médicales des usagers, notamment toxicomanes ou/et en prise avec des problématiques de santé mentale ? Mais une préoccupation est prégnante : comment se débrouillent ces personnes avec leur santé, avec ou sans médecin ? Quel rapport avec celui-ci ? Quels médicaments ? Quelles alternatives ? Et donc, comment prendre en compte l'expertise de l'utilisateur ? Modus Vivendi et l'Entraide des Marolles viennent témoigner de leur expérience à ce propos. L'idée se précise : mettre en place des *focus groups* d'utilisateurs. Le CBPS travaille avec les professionnels à la clarification des modalités des *focus* : leurs objectifs, les points de vigilance par rapport au public, les questions à poser. Les travailleurs animeront ces focus. Ce sont eux qui par la suite seront les agents de prévention santé. A l'heure où nous clôturons cet article, trente personnes ont participé aux trois focus. Deux jours avant, aucune inscription n'était encore assurée... La santé communautaire, une aventure parfois bien déroutante !

Patricia Thiébaud

Membres du groupe : BABEL, Collectif alpha, CPAS – Habitat accompagné, Eco&Co, Educateurs de rue, Epi St-Gilles, Foyer du Sud, La Trace, Enaden, Maison d'accueil l'Escale, Maison médicale ASASO, Maison médicale Galilée, Service médiation de dettes CAFA, Service de santé mentale de Saint-Gilles



La participation à l'aune des conseils consultatifs : pourquoi faut-il en arriver à légiférer ?

La Charte d'Ottawa est d'une clarté éblouissante d'enjeux politiques et démocratiques. Elle stipule que le bien-être des individus réside dans leur implication dans les processus de décision qui les concernent. La participation des citoyens représente donc clairement un enjeu de santé majeur. Mais, force est de constater que cette participation, bien qu'en progression permanente, reste un processus difficile à organiser, soumis trop souvent aux aléas de la volonté des responsables politiques et de leur agenda, quand elle ne fait pas objet d'une manipulation réelle ! Un exemple : les conseils consultatifs communaux, constitués de citoyens sans mandat politique. Il en existe dans chaque commune, sur différents sujets : la mobilité, le handicap, la famille, les personnes âgées, la santé... Avec des succès de participation et de production d'idées bien divers. Certains de ces conseils sont en léthargie totale, d'autres ronronnent, d'autres encore font preuve d'une dynamique réelle. Or, ces conseils peuvent assurer un rôle politique réel, en émettant des suggestions à l'égard du Collège, produisant des avis sur des projets spécifiques, faisant émerger des besoins nouveaux.

Composés de citoyens, dont certains sont déjà engagés dans des associations, d'autres choisis pour leur compétence, d'autres encore parce qu'ils portent une sensibilité de l'un ou l'autre quartier, ces conseils représentent un axe de participation structurel intéressant, malheureusement trop souvent malmené. Face à cette situation caractérisée par un mode de fonctionnement très inégal, une proposition d'ordonnance, portée par le cdH,

est actuellement en débat au parlement. Elle vise à structurer de façon officielle la composition, le mode de fonctionnement et les missions des conseils consultatifs des personnes âgées. De façon à redynamiser ces conseils, leur accorder les moyens financiers nécessaires à leur fonctionnement, et légitimer davantage leur existence aux yeux des autorités locales. Occasion aussi de s'élargir au numérique (application, blog, site web) qui offre toute une série de possibilités nouvelles pour étendre et renforcer la légitimité du travail des conseils consultatifs, tout en augmentant leur accessibilité à tous les citoyens. Et de donner des idées aux autres conseils consultatifs, pour que l'implication de chacun soit mieux prise en considération tout au long de la législation communale.

André DU BUS

Député bruxellois et Wallonie-Bruxelles
(cdH)

Les dispositifs politiques et la participation des publics

Le pouvoir d'un peuple ne peut se limiter aux seules échéances électorales. Aussi, afin de recréer des liens entre la société civile et les institutions, la démocratie participative est souvent invoquée comme moyen pour rapprocher les citoyens de la politique. La démocratie participative n'est probablement pas la solution miracle, mais peut être l'une des mesures permettant de se diriger vers un « ré-enchantement de la politique ». Où commencer ?

La gestion locale semble être le domaine où la participation des citoyens s'avère la plus fructueuse, car l'échelon communal se prête par excellence à un renforcement

de la participation directe des citoyens à certains débats, voire à certaines fonctions de gestion. Alors pourquoi ne pas encourager (ou améliorer) les initiatives suivantes :

- Renforcer les procédures de consultation et de concertation, car cela renforce la communication entre politique et citoyens, la transparence sur les projets et l'action communale, le débat et la participation des citoyens (questions, interpellations lors de réunions publiques), tout en gardant le pouvoir du dernier mot à l'autorité publique élue au suffrage universel. Plus concrètement, il sera opportun de rendre obligatoire la réponse du Collège à des questions des habitants sur un chantier communal, par exemple.
- Encourager la mise en place obligatoire d'un budget participatif dans chaque commune, dont les modalités pourraient varier d'une commune à l'autre. Dans le budget participatif, une fraction du budget général relève de décisions prises collectivement par les citoyens par quartier. Il s'agit le plus souvent d'investissements dans les quartiers. Tous les citoyens de plus de 16 ans seraient en droit de participer.

La participation à la gestion publique est un enjeu que personne ne peut ignorer. La réflexion se poursuit afin de répondre au défi !

Michel COLSON

Député DéFi au Parlement bruxellois
Chef de groupe pour la Cocof

Bruxelles : Ville-Santé, à cloche pied ?

La récente Déclaration de Shanghai, proclamée en novembre 2016 à l'occasion de la neuvième Conférence mondiale sur la

promotion de la santé, met notamment l'accent sur l'importance de la bonne gouvernance, ainsi que des villes et des communautés, pour la santé. Dans ce cadre, les signataires s'engagent singulièrement à « garantir la transparence et la responsabilisation sociale et favoriser une vaste mobilisation de la société civile ».

On sait aussi que le label « Ville-Santé » de l'OMS, dont Bruxelles dispose depuis 2004, demande un haut degré de participation du public, ainsi qu'un contrôle possible de sa part sur les décisions relatives à la santé, au bien-être, à la qualité de vie. La Région de Bruxelles-Capitale gagnerait donc à être en pointe sur la dimension de la participation communautaire dans le cadre de ses politiques de santé. Pourtant, les récents dispositifs « participatifs » déployés sur le territoire bruxellois laissent sur la faim, qu'il s'agisse du Plan régional de développement durable (PRDD) ou du Plan Santé bruxellois : pas d'investissement au niveau de la publicité et de la transparence, pas de réelle stratégie participative un peu large, silence radio sur l'intégration des remarques... La plupart des Bruxelloises et Bruxellois n'ont pas entendu parler de ces plans, se sentent peu concernés. Alors qu'ils le sont pourtant au premier chef. Bruxelles est donc « Ville-Santé », mais pas sur ses deux pieds.

On ne pourra que regretter une fois de plus l'inexistence d'un opérateur régional de santé (sur le modèle des Agences régionales de santé françaises), qui associe les différentes parties prenantes et transversalise les différentes politiques ayant un impact sur la santé des Bruxellois. Le nouvel organisme d'intérêt public, Iriscare, issu de la 6^e réforme de l'État, eût pu être ce bras armé, mais ce ne sera clairement pas le cas : service minimum et éclatement des compétences.

Au niveau régional, comme local, Ecolo continuera, autant que possible, à promouvoir l'implication des habitantes et habitants. Pour que Bruxelles compte sur tous ses membres pour avancer.

*Alain MARON
Député bruxellois, chef de groupe Ecolo à
la Cocof et à la Cocom*

La Promotion de la santé à Bruxelles : la voix des acteurs au cœur de l'action politique

Construite autour d'un dispositif complexe regroupant un nombre important d'acteurs, la politique de Promotion de la Santé était gérée, à Bruxelles et jusqu'en 2016, par la Fédération Wallonie-Bruxelles en vertu des décrets de 2003 et 2009.

En conséquence de la sixième réforme de l'Etat et aux accords intra-francophones, la compétence a été transférée au Gouvernement francophone bruxellois lequel a, depuis le 1er janvier 2016, adopté un nouveau décret pour fixer les nouvelles modalités de fonctionnement du secteur. Reprenant les lignes directrices édictées par la FWB, la COCOF entendait donc réinscrire l'élaboration des politiques de Promotion de la Santé suivant l'idéal de participation communautaire qui postule que chaque citoyen ou acteur du terrain est en mesure de prendre part aux décisions politiques qui influencent sa santé et son cadre de vie. Même si elles sont sujettes à modification, les priorités en matière de santé sont d'abord et avant tout définies par le Collège avant de permettre leur mise en œuvre par les professionnels du secteur.

Si ce procédé inscrit théoriquement la démarche dans un cercle vertueux, la pratique de concertation et de dialogue entre une multitude d'acteurs rencontre, dans la pratique, un nombre tout aussi important d'obstacles que l'on ne pourrait imaginer. Il émet d'emblée le postulat suivant lequel ces acteurs, bien que travaillant dans des secteurs différents (ambulatoire, psycho-social, pauvreté, etc.) penchent naturellement vers une logique de travail collectif. Il postule ensuite que ces acteurs sont, au même titre que les mandataires, inclus dans la prise de décision politique. Ces postulats sont, en réalité, loin d'être observés.

Dès lors, si le Plan Promotion Santé de la COCOF a le mérite d'inclure les professionnels de la santé dans la mise en œuvre de ses politiques, l'approche communautaire – dans son acception la plus classique et politique du terme – ne sera pleinement rencontrée que si cette intégration se fait en amont de toute élaboration.

*Gaëtan VAN GOIDSENHOVEN
Député bruxellois et chef de groupe MR
COCOF*

Comment les dispositifs politiques peuvent-ils garantir la participation des publics ?

Les techniques développées en santé communautaire et la notion d'« expert du vécu » sont de plus en plus largement acceptées comme utiles à la chose publique dans son ensemble. Elles sont aussi au cœur de développements plus controversés : manipulation de groupe à des fins d'endoctrinement, panels non représentatifs ou dont le but est finalement le gain personnel plus que l'action collective... Dans ce contexte, comment garantir une vraie participation des publics, qui amène de la valeur ajoutée collective, qui ne reste pas cantonnée à de l'empowerment, utile par ailleurs, mais qui peut prendre place dans bien d'autres contextes ? Une participation qui devient synonyme d'engagement, de lien social fort, qui consolide notre société ?

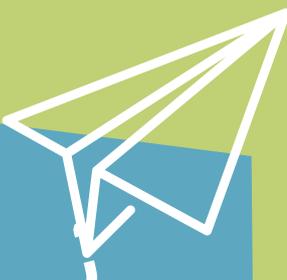
Il n'est pas simple de répondre à cette question. Mais il me semble que le plus important est avant tout de garantir aux participants qu'il sera fait quelque chose de leur avis. Du respect donc, en premier lieu. Car sinon le processus ne fera qu'éloigner la population, qui aura investi des heures en vue de fournir un travail utile, des politiques et mesures mises en place. Et pas sûr qu'elle sera à nouveau réceptive à la prochaine initiative du même type, quand bien même elle serait mille fois mieux organisée !

Ensuite, pour ainsi dire concomitamment, il faut des moyens ! Car le respect des avis émis ne pourra être garanti que moyennant un investissement important dans le processus mis en place. Pour qu'il soit qualitatif, mais surtout parce que c'est à ce prix seulement que la représentativité du panel sera au rendez-vous. Or celle-ci est clé pour garantir la légitimité du processus et la légitimité pour les politiques d'adopter les conclusions de la participation plutôt que de décider eux-mêmes en faveur des individus qu'ils veulent défendre. Car elle est clé pour garantir que le processus tient en compte au premier chef l'intérêt du plus grand nombre !

*Catherine MOUREAUX
Présidente du groupe PS au Parlement
francophone bruxellois
Députée bruxelloise et au Parlement de la
Fédération Wallonie-Bruxelles*

Bruxelles

Santé



Dès septembre, recevez votre magazine trimestriel sous format électronique !

La revue Bruxelles Santé plonge dans l'ère du numérique et vous propose un nouveau format encore plus riche en infos 100% bruxelloises !

Outre vos rubriques habituelles, vous y trouverez un dossier aux contenus enrichis, pour explorer plus en profondeur les sujets développés au travers de photos, de vidéos, d'extraits sonores ou encore de compléments textuels.

Intéressé(e) ? Abonnez-vous gratuitement au format numérique dès maintenant par mail à info@questionsante.org, en mentionnant :

Nom et prénom

Institution

Adresse postale de l'institution

Adresse mail

Mentionnez également si vous souhaitez supprimer votre abonnement à la version papier au profit de l'abonnement numérique.