



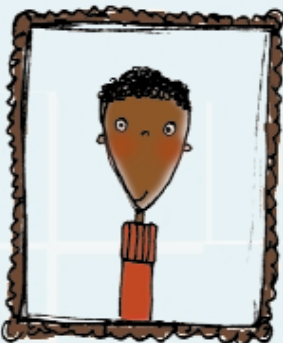
COLLECTION

santé
Communautaire
et promotion de
la santé



3

"Le diagnostic communautaire"



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

avec le soutien du Ministère de la Communauté fran-

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



COLLECTION

santé
Communautaire
et promotion de
la santé

3

"Le diagnostic communautaire"

avec le soutien du Ministère de la Communauté fran-



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

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



Rédaction
Martine Bantuelle,
Jacques Morel, Denis Dargent



Relecture
Marie Anne Beauquin, Thierry Lahaye,
Patrick Trefois

Mise en page et production
asbl Question Santé

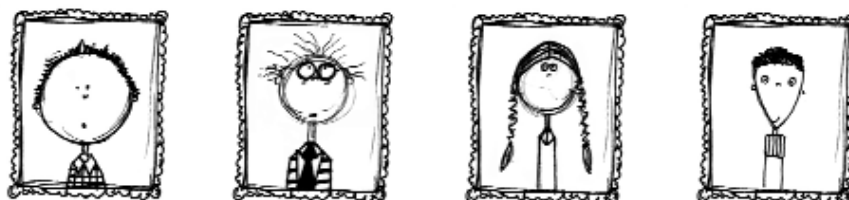
Maquette et illustrations
Sébastien Bontemps

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

SOMMAIRE

INTRODUCTION	6
LE DIAGNOSTIC COMMUNAUTAIRE	7
Définition	7
Un modèle dynamique	8
Planification et recherche-action	10
SUR QUOI PORTE LE DIAGNOSTIC COMMUNAUTAIRE ?	11
Besoins et problèmes	11
Identification des ressources	11
Déterminants de la santé	12
Valeurs culturelles et représentations	14
QUI FAIT LE DIAGNOSTIC COMMUNAUTAIRE ?	16
Participation et conscientisation	16
Les acteurs	16
ASPECTS METHODOLOGIQUES	18
Le choix du territoire d'intervention	18
La dimension "quartier"	19
La collecte des informations	20
Le temps	21
Les techniques	22
LE DIAGNOSTIC COMMUNAUTAIRE, POUR QUOI FAIRE ?	26
Initier l'action	26
Eclairer l'action	26
Prévoir l'évaluation	27
Interroger la société	28
BIBLIOGRAPHIE	30

INTRODUCTION



Au fil des rencontres et des échanges entre acteurs de programmes communautaires de santé, des doutes, des craintes, des difficultés et des interrogations font surface.

La question du diagnostic est sans doute l'une des plus récurrentes. Divers angles d'approche, comme son utilité, ses objets, sa méthodologie et ses limites, sont questionnés.

En quoi un repérage fin des problèmes et de la manière dont ils sont perçus par les membres d'une communauté est-il un outil stratégique pour l'intervention ? Ces informations sont-elles plus significatives que les informations disponibles pour des zones plus étendues ?

Comment sélectionner les informations pertinentes et choisir les bonnes sources ? Comment traiter les informations recueillies pour qu'elles puissent être facilement utilisées ? Tous les acteurs sont-ils concernés par le diagnostic ? Quel pourrait être le rôle des habitants ? Comment mettre en place un diagnostic dont la mise à jour puisse être permanente ?

Quel est le rôle du diagnostic dans la définition des priorités ? ...

En considérant que santé et qualité de vie sont intimement liées, l'intervention devient multidimensionnelle et s'intéresse simultanément aux habitudes de vie, aux loisirs, à la culture, aux relations familiales et sociales, à l'environnement physique etc... Cette complexité justifie la mise en place d'une démarche systématique qui permet de cerner la situation et sur laquelle reposera le choix de l'intervention et des objectifs à poursuivre.

Dans une dynamique communautaire, le diagnostic est à fois un outil d'analyse de la communauté, mais également, pour autant que celle-ci soit impliquée dans la réalisation, un outil de sa mobilisation.

Dans le but d'encourager la compréhension et l'engagement des acteurs, l'asbl "Santé, Communauté, Participation" a réalisé cette brochure. Il s'agit d'une première approche qui permet de comprendre la fonction du diagnostic et ses implications, particulièrement en termes de temps à lui consacrer, de moyens à dégager et d'interlocuteurs à convaincre.

Nous espérons que cette lecture puisse susciter le désir d'en connaître plus et de partager vos expériences et vos questions avec d'autres.

LE DIAGNOSTIC COMMUNAUTAIRE

DEFINITION

Le diagnostic constitue l'étape initiale d'une approche communautaire de santé. Il doit initier une dynamique locale.



Avant l'action, avant la mise en œuvre ou la modification des activités de santé dans une communauté donnée, il convient d'acquérir une connaissance suffisamment fine des problèmes de ladite communauté. Connaissance des tenants et aboutissants de ces problèmes, de leur origine historique ou culturelle, de la manière dont ils se présentent et de la manière dont ils sont perçus par la population. On doit aussi bien connaître les ressources disponibles dans la communauté et les acteurs en présence.

La définition du diagnostic, au sens médical du terme, correspond à l'"identification d'une maladie par ses symptômes" (Larousse); de même le diagnostic communautaire permet de mieux connaître la nature des dysfonctionnements au sein d'un groupe en s'intéressant aux origines de ceux-ci. Il permet également l'évaluation de la dynamique locale sur laquelle le travail des professionnels pourra s'appuyer.

L'approche communautaire nécessite en effet l'investissement des acteurs concernés pour la définition plus sensible des besoins et la mobilisation des protagonistes à leur prise en charge. "Le principe fondamental est donc de considérer le diagnostic comme un instrument visant à modifier des situations problématiques, à concevoir et à conduire un processus de changement. Le diagnostic ne doit pas se focaliser seulement sur l'analyse des problèmes inhérents à une situation mais s'efforcer de repérer les potentialités de changement qu'elle recèle et sur lesquelles il sera possible de s'appuyer pour générer un processus de développement. La qualité première d'un diagnostic est de susciter un échange et une confrontation des points de vue du territoire d'intervention. Il doit provoquer une dynamique locale et permettre la constitution de partenariats." (1)

1 In Méthode pour élaborer un diagnostic dans le cadre d'un programme de développement social urbain, Programme Med-Rehab (Marseille, Lisbonne, Anderlecht, Rabat, Sousse, Tripoli, Oran), S.N., page 7.

MODELE

UN MODELE DYNAMIQUE

Le diagnostic est l'occasion d'initier des processus de participation et de collaboration. C'est un instrument d'analyse, de connaissance, mais aussi de changement.

L'organisation des sociétés démocratiques en phase post-industrielle positionne, classiquement, les acteurs en trois ou quatre niveaux. Ceux-ci établissent entre eux des rapports codifiés, le plus souvent selon un modèle hiérarchique.

L'action communautaire postule la mobilisation et la conscientisation d'un nombre maximum d'acteurs, qu'ils soient professionnels de la santé, représentants d'institutions politiques ou sociales, témoins ou sujets du milieu de vie étudié. L'interaction entre ces différents intervenants servira de préalable à l'établissement de nouvelles stratégies permettant, notamment, l'intervention sur les facteurs déterminants de la santé. L'étape du diagnostic communautaire constitue donc le substrat sur lequel devront se développer ces processus de participation et de collaboration. Parce qu'il a pour objet de procéder à une

appréciation de la situation au sein d'une communauté déterminée, d'analyser ses problèmes, ses besoins, ses ressources mais aussi ses traditions, sa culture et son histoire, le diagnostic communautaire relève, par essence, d'un modèle dynamique d'action collective, un modèle "qui articule les processus d'action avec les logiques d'acteurs."

(2) Dans un premier temps, il doit permettre l'évaluation de la dynamique locale sur laquelle le travail des professionnels pourra s'appuyer. A cet égard, le diagnostic communautaire peut servir d'élément clef à la mise à jour ou à la revitalisation des réseaux locaux, qu'il s'agisse de réseaux entre professionnels de la santé ou de réseaux d'entraide plus informels entre les habitants d'un même quartier, d'une même ville.

Contrairement à un modèle d'action de type linéaire qui privilégie la rationalité et l'observation distanciée et déductive du milieu, le modèle dynamique repose sur un processus inductif qui part des réalités du terrain et conduit à une analyse plus pointue des "déterminants de santé", compris comme l'ensemble des facteurs personnels, sociaux, écono-

miques et environnementaux qui influencent le statut de la santé.

Le résultat, à terme, est un diagnostic qui n'a d'intérêt que si l'on peut le rendre opérationnel, ce qui implique qu'il ait été construit avec les partenaires qui seront amenés à l'exploiter. Dans cette perspective élargie, il apparaît donc nécessaire d'identifier les différents mécanismes et phénomènes sociaux qui conduisent à des situations d'exclusion ou de carence en matière de santé. Le diagnostic ne doit pas se limiter à l'analyse du problème. Il convient, en effet, de resituer l'individu "dans un environnement matériel et social, en lui reconnaissant une place active et autonome." (3) Instrument d'analyse et de connaissance, le diagnostic communautaire est aussi un instrument de changement susceptible d'orienter de nouvelles pratiques en matière de solidarité sociale et, par tant, d'aborder une redéfinition des notions de démocratie ou de liberté, souvent vidées de leur sens par des pratiques institutionnelles essentiellement verticales. In fine, le diagnostic communautaire a donc également pour objectif de réintroduire le sens de l'horizontalité dans l'action sociale de santé en suscitant "un échange et une confrontation des points de vue sur le territoire d'intervention." (4)



Les déterminants de la santé

Sous ce vocable sont
repris les divers éléments
pouvant influencer l'état de
santé. Rappelons-en briè-
vement quelques uns :

- l'environnement social et économique
- l'environnement physique
- les comportements et aptitudes de santé individuels
- les influences biologiques (notamment héréditaires)
- le recours aux services de santé.

Une autre manière de les présenter est de les répartir en :

- facteurs environnementaux (biologiques, physiques, chimiques, ergonomiques)
- facteurs comportementaux psychologiques et sociaux
- services de maintien et de restauration de la santé et du bien-être.

Le mérite de ces classifications est de mettre en lumière la complexité des influences qui modulent l'état de santé.

In Priorité à la santé : la santé publique dans la réformes des services de santé. Revue canadienne de santé publique, vol. 87 n° 1

3 In Bertolotto (F), Joubert (M), Arène (M), Brixi (O), Fatras (J-Y), Ville et santé, éd. CFES, coll. "La santé en action", 1995, page 107.

4 In Méthode pour élaborer un diagnostic dans le cadre d'un programme de développement social urbain, opcit, page 8.

PLANIFICATION ET RECHERCHE-ACTION

Le diagnostic communautaire a des liens étroits avec la méthode de recherche-action.

Les différentes étapes d'une démarche de santé communautaire s'appliquent, sous des modalités diverses, à ce que certains chercheurs appellent la "planification de la santé".

"Planifier, c'est appliquer un processus qui amène à décider quoi faire, comment le faire et comment évaluer ce qui sera fait avant l'action et le changement, objets ultimes de la planification." (5)

Embarqué dans un processus de planification, l'intervenant ne doit toutefois pas oublier que la réalité est mouvante, dynamique ; elle n'est en rien linéaire. Le diagnostic, envisagé ici comme le premier stade de la planification, intègre donc en permanence les mutations qui interviennent dans la communauté et ce, de manière à assurer efficacement la poursuite de l'interaction entre les différents acteurs. A cet égard, il est indispensable que le coordinateur d'une action sur le terrain entretienne un questionnement permanent quant à la validité du processus en cours, de façon à l'adapter à l'instabilité du milieu.

De fait, la notion de recherche-action

semble plus à même de traduire le mode de fonctionnement du diagnostic communautaire. La recherche-action est définie comme une "modalité de recherche fondamentale qui rend l'acteur chercheur et qui amène l'action vers des considérations de recherche. Elle est différente de la recherche fondamentale, qui ne fonde pas sa dynamique sur l'action, et de la recherche appliquée qui ne considère encore les acteurs que comme des objets de recherche et non comme des sujets participants.

Les membres d'un groupe social connaissent mieux leur réalité que les personnes extérieures au groupe.

La démarche de la recherche-action valorise une connaissance centrée sur le changement social, elle met l'accent sur la connaissance pratique des individus et des groupes plutôt que sur la connaissance "scientifique" et elle fait sien un principe de l'anthropologie qui veut que les membres d'un groupe social connaissent mieux leur réalité que les personnes extérieures au groupe." (6)

On verra plus loin combien diagnostic et action sont, par nature, intimement liés.

5 In Pineault (R) et Daveluy (C), La planification de santé – concepts, méthodes, stratégies, Editions Nouvelles, page 32.

6 In Lamoureux (H), Lavoie (J), Mayer (R) et Panet-Raymond (J), La pratique de l'action communautaire, Presses de l'Université du Québec, 1996, page 159.

SUR QUOI PORTE LE DIAGNOSTIC COMMUNAUTAIRE ?

BESOINS ET PROBLEMES



S'il permet la participation et le développement de collaborations intersectorielles, le diagnostic communautaire a évidemment comme objectif premier d'apprécier et d'analyser la situation sanitaire d'un milieu donné. Il s'attachera donc, dans un premier temps, à déterminer l'étendue des problèmes et des besoins de la communauté concernée. Deux notions qu'il convient de distinguer. Le mot problème renvoie en effet à "un état de santé jugé déficient par l'individu, par le médecin ou par la collectivité." (7) Le besoin, quant à lui, "se mesure en estimant l'écart par rapport à la norme. Plus l'écart à la norme est grand, plus le besoin de santé est important." (8) On peut aussi définir le besoin comme l'écart entre une situation vécue et une situation désirée.

Les notions de problème et de besoin ne sont pas forcément liées : certains besoins peuvent surgir en effet dans une situation où il n'y a pas de problèmes.

Les besoins, les problèmes et les demandes qui en résultent ne sont pas nécessairement perçus d'emblée. Leur mise à jour nécessite un travail

d'animation et d'expression.

RESSOURCES IDENTIFICATION DES RESSOURCES

L'identification des ressources permet de déterminer l'écart (ou l'adéquation) entre les services proposés et les besoins rencontrés, et donc de définir jusqu'à quel point les besoins identifiés peuvent être satisfaits avec ou sans ressources additionnelles.

L'un des phénomènes fréquemment observés lors d'une démarche de diagnostic communautaire est la méconnaissance des ressources du milieu étudié par les acteurs directement concernés. Il est donc nécessaire de procéder à un inventaire des dites ressources, qu'elles soient strictement professionnelles (institutions, hôpitaux...), matérielles ou humaines (réseaux informels d'entraide, etc.). Cet inventaire est d'autant plus important qu'il concerne des éléments sur lesquels la communauté devra pouvoir compter afin de résoudre ses propres problèmes.

7 In Pineault (R) et Daveluy (C), La planification de santé – concepts, méthodes, stratégies, Editions Nouvelles, page 74.

8 Ibidem

SANTÉ

DETERMINANTS DE SANTÉ

Depuis les années 80 et la ratification de la Charte d'Ottawa en particulier (1986), la notion de santé a vu son acception considérablement élargie. On est passé d'une conception purement sanitaire, réduisant la santé à un état d'absence de maladie, à une conception plus étendue – et par la même, plus positive –, définissant la santé comme " un état de bien être sur le plan physique, social et mental. " (9)

Les environnements sociaux, économiques et culturels ont dès lors acquis un rôle déterminant dans l'analyse des problèmes et des besoins d'une communauté donnée.

Une évolution d'autant plus nécessaire que, d'une part, on a assisté depuis la même période à une dégradation des conditions de vie sociale d'une frange toujours plus large de la population et ce, malgré l'augmentation globale de l'espérance de vie. D'autre part, des politiques urbanistiques fonctionnelles mais irréfléchies ont accéléré la précarité économique et la dégradation des environnements physiques. La prise

en compte du statut de santé dans une perspective plus complexe semblait donc nécessaire à l'heure où, par exemple, les médias de masse entamaient leur quête du moindre fait divers dans ces "banlieues à risques" et autres "quartiers chauds", véhiculant des images essentiellement négatives des dits quartiers. "Sous cet angle, plus anthropologique, on commence à entrevoir les conditions écologiques et culturelles qui peuvent conduire certaines personnes à développer des conduites à risques (alcoolisme, toxicomanie...) ou à subir plus que d'autres les effets d'une dégradation de leurs conditions socio-économiques et urbaines (mal-être, violence, tensions familiales...), avec des incidences très directes sur la manière de se sentir liées, parties prenantes d'un tout social." (10)

Dans cette optique, l'identification des problèmes et des besoins, le repérage et la redynamisation des réseaux ainsi que l'inventaire des ressources du milieu étudié ne constitueront en aucun cas les objets d'une recherche en vase clos. Ces données ne prendront sens, en effet, qu'une fois replacées dans un environnement social élargi. La validité du diagnostic communautaire est à ce prix.

9 In Burquel (C), Lambrechts (Y), Thomas (N) et Van Tichelen (B), Le diagnostic communautaire, outil pour une expérience de promotion de la santé mentale, Les Cahiers de la santé de la commission communautaire française, n° 7, 1998, page 5.

10 In Bertolotto (F), Joubert (M), Arène (M), Brixi (O), Fatras (J-Y), Ville et santé, éd. CFES, coll. "La santé en action", 1995, page 26.

La Charte d'Ottawa (1986)

La Charte d'Ottawa situe la santé dans une perspective large : ce ne sont pas seulement l'absence de maladie, l'accès aux soins... qui en constituent le substrat. La santé est la capacité de fonctionner au mieux dans son milieu. Elle est appréhendée comme une ressource de la vie quotidienne, comme un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques. Une multitude de facteurs influence positivement ou négativement l'état de santé de la population, notamment l'environnement comme l'habitat, le cadre de vie, les conditions de travail, de loisirs, la pollution, l'accès à l'information, à la formation, à une éducation de qualité...

In "Réflexions pour une Charte de la Santé". Bruxelles Promotion-Santé n°2 ; 1995. Question Santé asbl.

Les modèles de recherche dits "écologiques" (au sens de l'environnement physique et social de l'individu) envisagent ainsi le "statut de santé" par rapport à un ensemble de facteurs multiples appelés "déterminants de santé". Schématiquement, on peut se représenter l'importance de ces facteurs comme un assemblage de poupées russes. Au cœur du dispositif, on trouve l'individu, lui-même composant de la communauté. A ce stade sont pris en compte les données qui le définissent en tant qu'être humain : hérédité, sexe, nationalité, estime de soi, style de vie... L'échelon suivant est celui que constitue le milieu de vie de l'individu, le contexte social rapproché dans lequel il évolue. Ce milieu de vie contient des déterminants aussi divers que le cadre professionnel, le milieu scolaire, le milieu familial, l'environnement physique, le réseau des relations humaines, associatives ou de soutien...

Le dernier échelon est celui de l'environnement global, soit la société dans son ensemble. Un espace composé de valeurs et de normes, de lois, de règlements, de conditions économiques fluctuantes, de possibilités plus ou moins évidentes d'intégration sociale ou professionnelle, etc.

VALEURS

VALEURS CULTURELLES ET REPRESENTATIONS

La pratique communautaire tend à la valorisation de l'individu dans un environnement global où l'interaction de phénomènes, souvent contradictoires, provoque inégalités et exclusions sociales. En tant qu'étape initiatrice de cette démarche, le diagnostic joue un rôle considérable.

Le diagnostic communautaire constitue un outil par lequel on peut établir (ou rétablir) la communication et le dialogue entre les acteurs. Associer les acteurs (habitants, professionnels et institutionnels) au processus de réflexion et d'action signifie en effet qu'il est possible de confronter des points de vues et opinions (parfois très divergents) au sein même de la communauté, du territoire d'étude.

Dans une dynamique communautaire se confrontent des systèmes de valeurs individuels ou collectifs souvent opposés.

Dans un même milieu, ces valeurs peuvent différer fortement en fonction de l'âge, du sexe ou du niveau de

vie des individus. La position sociale des acteurs entraînera, elle aussi, des différences notables. De même, les valeurs culturelles, très influencées par l'appartenance ethnique, religieuse et sociale de l'individu, peuvent entraver le dialogue, fut-il polémique, entre les acteurs. Le rôle de l'intervenant social, acteur lui-même, est à cet égard particulièrement difficile, lui qui doit à la fois apprécier les antagonismes latents au sein de la communauté et, dans le même temps, faciliter la communication entre ses divers représentants. "Cette connaissance qui ne va pas de soi exige à la fois de la patience, de l'observation et aussi une certaine dose d'empathie et d'intuition." (11) Autre élément qui demandera toute l'attention de l'intervenant : les représentations réciproques des acteurs.

Au sein d'un même quartier, les habitants peuvent entretenir des représentations faussées les uns vis-à-vis des autres.

La position socio-professionnelle des uns, le sentiment de décrochage social des autres entraîneront forcé-

ment des différences d'appréciation de cet "autre", de ce voisin sur qui se focalisent idées reçues et préjugés. C'est particulièrement le cas entre des habitants d'origines ethniques variées.

Ces représentations peuvent avoir un caractère plus matériel. La méconnaissance des ressources et des services d'aides au sein d'un même milieu peut relever du manque de communication et des représentations biaisées entre les différents acteurs. Ainsi, le professionnel de santé connaîtra-t-il très mal les réseaux d'entraide informels entre les habitants d'un même quartier, alors que ces derniers ignorent les multiples services proposés par les institutions locales. La santé elle-même peut faire l'objet de représentations variables.

Ces problèmes de représentation s'adaptent aussi au modèle écologique de la définition des problèmes et des besoins. De manière quotidienne, le milieu de vie et l'environnement global des individus renvoient à ces derniers des images et des représentations très éloignées de leurs préoccupations journalières. L'offre détermine bien souvent la nature de la demande et la perception des besoins. La publicité et ses

principaux vecteurs médiatiques jouent à cet égard un rôle particulièrement pervers et sans doute encore mal cerné.

Quel est en effet le poids réel des valeurs véhiculées par la publicité (conformisme social, exaltation de la consommation et du bien être à tout prix) sur des individus qui, par leur situation sociale précaire, se heurtent à ces mêmes valeurs?



QUI FAIT LE DIAGNOSTIC COMMUNAUTAIRE ?

PARTICIPATION ET CONSCIENTISATION



Le diagnostic communautaire est un outil qui permet de briser la rigidité d'un système de communication trop vertical. En réintroduisant la notion d'interaction au sein de la communauté, il doit servir de ciment pour la reconstruction du dialogue entre les acteurs. L'action de santé visant le plus grand nombre, il est de ce fait essentiel que le plus grand nombre participe à sa détermination et à sa mise en œuvre.

La participation, qui constitue l'un des fondements de la démarche communautaire, est l'élément moteur du diagnostic.

Elle est au cœur d'une pratique qui "part des difficultés exprimées par une communauté, les considère dans leur complexité et leurs relations et cherche des solutions avec la population." (12) On touche là à un processus d'action collective appelé conscientisation, et défini comme "le processus par lequel des hommes et des femmes des couches populaires s'éveillent à leur réalité socio-culturelle, repèrent pour les dépasser les aliénations et les contraintes aux-

quelles ils sont soumis, s'affirment en tant que sujets, acteurs de leur devenir et conscients de leur histoire." (13) Cela doit permettre aux habitants – en particulier aux plus démunis et aux plus isolés d'entre eux –, de sortir progressivement de la spirale descendante dans laquelle ils sont trop souvent enfermés. En s'inscrivant comme acteurs à part entière, voire même comme auteurs de projets qui les concernent, ces citoyens commencent à retrouver leur dignité.

ACTEURS

Trois grands types d'acteurs émergent lors de la mise en œuvre d'un diagnostic communautaire : la population, les professionnels (extérieurs ou de proximité) et les institutionnels (partenaires politiques, techniques ou financiers). Leur mobilisation répondra bien entendu à des motifs et à des intérêts divers. Ainsi, au sein d'une population donnée, vivant dans un même espace déterminé (ville, quartier, rue...), la manière de s'intégrer au processus

12In Schapman (S), La démarche communautaire – Analyse de pratiques, Société française de santé publique, 1999, page 37.

13In Dumas (B), Séguier (M), Construire des actions collectives – Développer les solidarités, éd. Chroniques sociales, coll. "Comprendre la société", 1997, page 76.

variera d'un individu à l'autre. Certains développeront un fort sentiment d'appartenance et s'investiront plus facilement que d'autres dans une démarche de changement. La figure de l'intervenant (qu'on appellera aussi agent de développement, chef de projet, coordinateur, etc.) reste, dans ce cas, tout à fait centrale.

"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 acteur au sein du collectif. (...) Il mise donc 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." (14)

En ce sens, la manière de mener le diagnostic peut s'avérer inadaptée. S'il entend initier et entretenir un partenariat efficace, l'intervenant devra en effet posséder les compétences requises à l'animation et la dynamisation d'un groupe. Outre le choix des acteurs du partenariat, le recrutement éventuel d'enquêteurs de terrain chargés d'interviewer les habitants peut aussi occasionner des controverses. Quel type de formation ces enquêteurs devront-ils acquérir au préalable ? Doivent-ils appartenir eux-mêmes au milieu de l'enquête ou est-il préférable, et plus objectif, de recourir à des personnes extérieures ?

Pour mener à bien le diagnostic, l'in-

tervenant devra pouvoir compter sur l'aide des professionnels de proximité (médecins généralistes, infirmières, éducateurs de rue...), acteurs d'autant plus importants que leurs professions respectives les amènent à s'intégrer à la vie quotidienne des habitants. Leurs compétences et leurs connaissances du terrain constitueront un plus pour établir un diagnostic pertinent, sans que cela minimise le rôle des professionnels extérieurs à la communauté (architectes des espaces publics, experts en développement local, etc.). Ces derniers, éloignés des enjeux locaux et des préoccupations quotidiennes des habitants, bénéficient en retour d'une capacité de recul, doublée d'une vision d'ensemble moins affective. Ils jouent à l'occasion un rôle de "médiateurs-experts" au service des acteurs du développement.

Quant aux institutionnels, qu'ils soient élus au sein des différents échelons du pouvoir politique, administrateurs ou gestionnaires de caisses d'assurances maladies (mutualités), d'hôpitaux et autres CPAS, ils peuvent apporter une légitimité à l'action menée à travers la définition d'un certain nombre de priorités et/ou un soutien d'ordre financier.

ASPECTS METHODOLOGIQUES DU DIAGNOSTIC COMMUNAUTAIRE

INTERVENTION LE CHOIX DU TERRITOIRE D'INTERVENTION

La pratique du diagnostic communautaire repose en partie sur l'expérience et l'intuition des intervenants. Et cela se vérifie particulièrement lors du choix du territoire d'intervention.



"Il faut prendre en compte des ensembles géographiques socialement pertinents pour mettre en œuvre des actions cohérentes mais aussi pousser les différents acteurs et notamment les administrations à imaginer d'autres modes de gestion." (15)

Mais qu'est-ce qu'un ensemble socialement pertinent ? Le choix du territoire est-il décidé en fonction de découpages administratifs et politiques ou en fonction des modes d'échanges et de communication des habitants ? La délimitation du territoire dépend-elle de son rôle économique, social, urbanistique, culturel, historique ? Pourquoi choisir ce territoire plutôt qu'un autre ? Il est impossible de répondre à ces questions de façon tranchée. La complexité sociale et l'entremêlement des enjeux politiques et économiques que cela sous-entend occasionnent des réponses complexes et des

approches qui, de la part des opérateurs en santé, restent pour le moins pragmatiques. La littérature relative au diagnostic communautaire montre à suffisance combien, à côté de nécessaires cadres méthodologiques, la pratique repose en partie sur l'expérience et l'intuition des intervenants. Et cela se vérifie particulièrement lors du choix du territoire d'intervention. L'expérience enseigne en effet qu'il faut d'abord parcourir ce territoire, le repérer, l'identifier, l'analyser avec ses pieds, son œil, son intuition première. Une "prise de contact" qui permet de se faire une première opinion du milieu.

La plupart des diagnostics communautaires sont mis en œuvre dans des milieux urbains. Là où, comme l'indique le chercheur Michel Joubert, l'approfondissement de la crise économique et sociale à partir des années 80 a rejailli très directement sur les populations les plus défavorisées.

"Le propre des grandes villes et de leurs quartiers périphériques est d'avoir laissé se développer des déséquilibres importants, touchant des fractions de plus en plus significa-

tives du corps social." (16)
Conséquences : inégalités de la consommation médicale et du recours aux soins, accentuations des inégalités sociales à l'intérieur de la tendance générale à l'augmentation de l'espérance de vie. "Beaucoup de diagnostics effectués ces dernières années sur les quartiers en développement social urbain ont confirmé ces logiques", précise encore Michel Joubert. (17)

Aborder la santé dans cette perspective urbaine, celle des villes, des quartiers, des banlieues, suppose que l'état d'une population soit déterminé en partie par son cadre de vie. On rejoint ici le schéma d'analyse écologique, tenant compte des interactions du milieu sur les individus.

DIMENSION LA DIMENSION "QUARTIER"

A cet égard, l'approche de la santé à l'échelle du quartier, caractéristique du diagnostic communautaire, comporte de nombreux avantages. C'est dans le quartier en effet qu'on percevra de manière concrète les bouleversements engendrés par des politiques urbanistiques pas toujours

avisées.

L'existence de certains quartiers, leur développement lié à des considérations de logement au sens strict, peuvent témoigner des déséquilibres sociaux considérables qui s'opèrent au détriment des populations les plus fragilisées. La dimension relativement "intime" du quartier permet par ailleurs la grande proximité des acteurs, ce qui facilite le dialogue et l'expression des problèmes et des demandes par les habitants. La mobilisation des acteurs sera, elle aussi, facilitée en fonction des sentiments d'identité et d'appartenance au quartier.

Cela dit, il faut avoir à l'esprit que le quartier en tant que tel correspond rarement aux unités géographiques définies au niveau institutionnel, pas plus qu'il ne correspond forcément aux territoires d'intervention des services médico-sociaux. Les statistiques sanitaires disponibles, par exemple, concernent le plus souvent des zones géographiques plus étendues. La collecte de données spécifiques au quartier entraîne souvent un travail de recherche lourd et coûteux, et parfois inutile car non susceptible d'apporter des informations significatives.

16In Bertolotto (F), Joubert (M), Arène (M), Brixi (O), Fatras (J-Y), Ville et santé, éd. CFES, coll. "La santé en action", 1995, page 27.
17Idem, page 25

INFORMATIONS

LA COLLECTE DES INFORMATIONS

Un diagnostic communautaire sur la santé peut se résumer, dans certains cas, à une enquête épidémiologique dont l'objet est de collecter un maximum de données existantes (statistiques et autres) sur l'état sanitaire d'une communauté. Un certain nombre d'indicateurs purement sanitaires ou de type socio-démographiques permettent ainsi de dresser le portrait type d'une population : répartition par âge et par sexe, taux de natalité, taux de mortalité, taux de croissance démographique, flux migratoire, taux global de fécondité, mais aussi revenu moyen, taux de chômage, taux de pauvreté, niveau de scolarité, taux de suicide, etc. Une fois recensées, ces données s'avèrent très utiles pour anticiper, prévoir d'éventuels changements dans le milieu étudié. Ces informations peuvent être obtenues auprès d'institutions diverses, état civil, universités, ministères, institutions hospitalières, CPAS, mais aussi auprès d'organismes non gouvernementaux, services mutuellistes, etc. La mise en œuvre d'une enquête de type épidémiologique, surtout technique et relativement mobilisatrice,

peut également conduire l'enquêteur à découvrir des différences importantes entre des données établies par les professionnels (ex : la morbidité diagnostiquée) et les problèmes ressentis et exprimés par la population. Il en va de même pour les besoins. Ils diffèrent parfois du tout au tout selon qu'ils ont été déterminés par les professionnels seuls ou par la communauté dans son ensemble : ceci souligne l'importance d'une réelle participation des habitants.

Un diagnostic communautaire approfondi nécessitera donc, outre l'approche épidémiologique, des recherches de type psychosociologique. Le choix des méthodes utilisées sera fonction du degré de participation escompté mais aussi des moyens disponibles tant au niveau humain que financier. Ces deux approches sont largement complémentaires. Elles permettent en effet de combiner des mesures quantitatives (chiffrées) avec des mesures qualitatives qui reflètent les problèmes rencontrés, le vécu des habitants ou des autres acteurs par le biais de témoignages des sentiments et des angoisses exprimés, et de la

représentation de chacun quant à son propre environnement. "Dans ce type de recherche, les données ne sont pas interprétées par le seul chercheur, mais par l'ensemble du collectif de recherche. Lorsqu'il s'agit d'un groupe ou d'une communauté, l'analyse du matériel est plutôt d'ordre qualitatif, consistant en l'analyse du contenu des entrevues et des discussions. Les données doivent donc être clairement présentées, parfois avec l'aide de tableaux qui font ressortir les éléments principaux. L'analyse par le groupe fait ressortir les liens entre les données et leur explication. C'est précisément cette analyse qui donnera lieu à des pistes d'action." (18)

Par ailleurs, différentes expériences de terrain, dont celle menée il y a quelques années dans deux quartiers de la périphérie bruxelloise (19), mettent l'accent sur la restitution, sous forme de synthèse, des données du diagnostic aux personnes interrogées. Outre les raisons éthiques, cela permet aux participants d'émettre des idées nouvelles, des opinions ou des critiques par rapport à la synthèse proposée et donc, par rapport à la manière dont les intervenants ont analysé les données recueillies. Cela participe d'un véritable travail d'auto-critique de la part des intervenants.

TEMPS LE TEMPS

La mise en valeur des objectifs et des nécessités du diagnostic communautaire montre combien le facteur temps conditionne la réussite ou l'échec du projet.

Le temps accordé à ce diagnostic favorise, chez les habitants, la formulation des demandes, mais aussi la réappropriation des outils et des informations. Il permet également l'implication des acteurs dans la détermination des actions à mettre en oeuvre.



18In Lamoureux (H), Lavoie (J), Mayer (R) et Panet-Raymond (J), *La pratique de l'action communautaire*, Presses de l'Université du Québec, 1996, page 163.

19In Burquel (C), Lambrechts (Y), Thomas (N) et Van Tichelen (B), *Le diagnostic communautaire, outil pour une expérience de promotion de la santé mentale*, Les Cahiers de la santé de la commission communautaire française, n° 7, 1998, 41 p.

Respecter le temps:

"Les habitants ont besoin de temps pour se constituer en partenaires effectifs. L'adaptation du rythme du projet aux rythmes sociaux des habitants devrait être la première manifestation de l'estime qui leur est portée. Et pourtant, les rythmes administratifs sont généralement contradictoires avec le temps plus souple de l'information, du dialogue, de la négociation avec les habitants."

In Lahaye (T), L'accompagnement social dans le cadre des opérations de rénovation urbaine, rapport interne.

LES TECHNIQUES

Les techniques utilisées pour la réalisation du diagnostic communautaire sont le plus souvent multiples. Elles intègrent les éléments constitutifs d'approches diverses, épidémiologiques, sociologiques ou anthropologiques. Mais quelles que soient les approches utilisées, celles-ci doivent, in fine, refléter le plus fidèlement possible l'état de santé d'une population donnée. Elles devront nécessairement être acceptables, et acceptées, par les habi-

tants et par les professionnels de santé présents sur le terrain.

L'approche par indicateurs

L'approche épidémiologique procède par la compilation d'indicateurs (taux de natalité, seuil de pauvreté...) qui, eux-mêmes, constituent la traduction chiffrée (pourcentage, ratio, etc.) de données diverses, statistiques ou indices disponibles. Les caractéristiques de la population sont ici au premier plan. Le niveau socio-économique et les voyants statistiques qui y sont associés servent à identifier les populations les plus vulnérables. Ces données restent essentiellement quantitatives. Si elles constituent une bonne photographie d'une population, elles ne permettent pas de tirer des conclusions quant au comportement des individus ou même des collectivités. A ce stade, toute généralisation, toute déduction sur base de modèles chiffrés serait risquée.

Estimation par extrapolation

Lorsque les données ne sont pas disponibles pour une unité géographique spécifique, il est possible de

réaliser une extrapolation des taux obtenus au niveau d'une plus grande unité. Les taux obtenus dans la population de référence seront donc appliqués à la population d'un territoire donné. Cette extrapolation n'est valable que pour des groupes démographiques comparables. "Ce type d'estimation verticale (d'une grande région à une plus petite) peut être également appliquée de manière horizontale, à partir d'une entité géographique de dimension comparable." (20)

L'approche par enquête

Les approches sociologiques ou anthropologiques élargissent le champ des connaissances aux données qualitatives, soit un type d'informations beaucoup plus subjectives puisqu'elles émanent des acteurs eux-mêmes, appelés à s'exprimer sur leurs expériences, sur leur vécu. Les enquêtes permettent ainsi de produire de nouvelles données sur la communauté et, dans le cas du diagnostic communautaire, de toucher des personnes qui entretiennent des rapports difficiles avec les services de santé. L'enquête est, de plus, "la meilleure source d'information quant à la morbidité ressentie ; les gens sont questionnés sur la

perception qu'ils ont de leur état de santé et de leurs besoins. Cet aspect peut évidemment être considéré comme peu fiable si l'on vise à avoir un portrait "objectif" de la morbidité." (21) Ce défaut peut être comblé en complétant ces données, fondées sur la perception des individus, à l'aide de différents types d'exams et d'analyses faits directement sur la personne. (22)

(22) L'enquête Santé Canada comprenait deux questionnaires : le premier, administré par entrevue, recueillait l'information sur les caractéristiques socio-démographiques, sur l'état de santé et sur l'utilisation du système de soins ; le second, auto-administré, recueillait de l'information sur l'histoire médicale et sur les habitudes de vie. Ces réponses étaient complétées par la mesure directe de certaines caractéristiques physiques, de l'état immunitaire ainsi que d'éléments biochimiques.

L'enquête de santé, qu'elle soit menée au niveau de tout un pays ou d'une communauté, porte habituellement sur un échantillon représentatif de la population. Quelle sera, dès lors, l'unité de base utilisée pour analyse ? L'individu, la famille, le domicile ou l'organisation ? Quelles sont les limites de la zone d'intérêt :

20 In Pineault (R) et Daveluy (C), La planification de santé – concepts, méthodes, stratégies, Editions Nouvelles, page 212.

21 Idem, page 216.

22 Voir encadré ci-dessus

une région géographique naturelle, la région desservie par un établissement de santé particulier ou une unité socio-politique comme une ville, une province, une région administrative ? Certains groupes d'intérêt particulier sont-ils repris dans l'étude : ethnies, groupes d'âge, etc. ? La collecte se fera-t-elle par la poste, par téléphone, par entrevue ?

"Pour que l'échantillon représente bien la population de laquelle il est tiré, la détermination de sa taille doit d'abord tenir compte des caractéristiques de cette population. (...) La décision quant à la taille de l'échantillon repose en grande partie sur le degré de précision que l'on veut obtenir à l'aide de celui-ci ou encore sur le degré d'erreur que l'on est prêt à accepter". (23)

Contrairement aux indicateurs, moins sensibles, l'enquête présente donc l'avantage de mettre en valeur les différences socio-culturelles au sein d'une même population.

L'approche par consensus

L'approche dite "par consensus" privilégiera pour sa part le travail avec des personnes-relais ou des informateurs-clés (citoyens, professionnels...), sensés bien connaître la communauté étudiée et aptes à défi-

nir ses problèmes et ses besoins de manière consensuelle. On privilégie ici des techniques diverses destinées à organiser la réflexion au sein du groupe. La formulation d'une idée, la prise de parole ou d'autres formes d'expression individuelle nécessitent en effet un ensemble de stimulations psychologiques que l'intervenant (ici véritable animateur d'une dynamique de groupe) devra s'efforcer de faciliter. Les informateurs-clés sont des personnes qui résident ou travaillent dans la communauté et qui sont reconnues comme ayant une bonne connaissance de celle-ci. Différentes techniques s'adressent à ces informateurs, notamment celles du groupe nominal, du brainwriting ou du groupe Delphi.

La technique du groupe nominal se fonde sur une réflexion silencieuse, ce qui permet de surmonter les contraintes et les inhibitions liées à la participation au groupe. Cette technique favorise la concentration sur les tâches à accomplir dans le groupe. Durant cette phase de réflexion silencieuse, les membres du groupe subissent une certaine tension qui les pousse à se concurrencer pour les bonnes idées. Cette utilisation aide le groupe à éviter les arguments superficiels ou les clichés.

La technique du brainwriting repose elle aussi sur une réflexion silencieuse mais en privilégiant cette fois l'expression écrite. Des idées de départ (problèmes et solutions possibles) sont écrites préalablement par l'animateur et placées au centre de la table. "On demande d'abord à chaque participant (de 6 à 8) d'inscrire ses propres idées en silence. Lorsqu'il est à cours d'idées, il échange sa propre liste avec une de celles qui sont au centre de la table. Il ajoute à celle-ci de nouvelles idées et ainsi de suite jusqu'à épuisement des idées. Par la suite, il est possible de procéder à un tour de table suivie d'une discussion et, finalement, à la mise en ordre des items." (24)

Les membres d'un groupe Delphi, pour leur part, ne communiquent pas directement entre eux, mais réagissent à l'information émise par les autres participants, de telle sorte qu'ils en arrivent à un consensus sans qu'il y ait eu discussion entre eux. Cette méthode utilise une série de questionnaires adressés par la poste. Chacun de ces questionnaires est formulé à partir des réponses données au questionnaire précédent. La démarche s'arrête lorsqu'il y a consensus ou que l'information obtenue est suffisante.

D'autres techniques de groupe (groupe localisé, forum communautaire, brainstorming...) privilégient les échanges libres et ouverts entre les participants. Avec comme principal défaut, si le groupe formé n'est pas suffisamment homogène, de créer des rapports de force entre les participants en fonction de leur degré d'inhibition personnel. L'animateur jouera une fois encore un rôle crucial en favorisant la participation et la contribution de chacun à la réflexion.

On perçoit ici combien ses compétences conditionneront la réussite de ces expériences participatives. La tâche est plus complexe qu'elle n'y paraît.

"Elle requiert certes la maîtrise de compétences techniques et méthodologiques, mais fait aussi appel à des qualités humaines essentielles, telles que la sensibilité et le respect à l'égard des personnes, la capacité de s'adapter aux besoins du groupe et de s'ajuster aux imprévus qui peuvent surgir". (25) Le processus acquiert donc ici la même importance que le résultat.

²⁴Idem, page 240.

²⁵In Lamoureux (H), Lavoie (J), Mayer (R) et Panet-Raymond (J), La pratique de l'action communautaire, Presses de l'Université du Québec, 1996.

LE DIAGNOSTIC COMMUNAUTAIRE, POUR QUOI FAIRE ?

INITIER

INITIER L'ACTION



Etant entendu que le diagnostic consiste à acquérir un maximum d'informations sur l'état de santé et les ressources d'un milieu donné, on pourrait être tenté de le réduire à son caractère scientifique de recherche et d'analyse. Selon ce point de vue schématique, le diagnostic précéderait l'action. En pratique, ce n'est pas le cas. On a déjà signalé à ce propos tout l'intérêt d'un rapprochement avec la démarche de recherche-action.

Dès lors qu'il enclenche la dynamique de participation et d'interaction entre les différents acteurs, le diagnostic communautaire constitue déjà, en lui-même, le vecteur de pratiques nouvelles.

En ce sens, on peut estimer qu'il fait partie intégrante de l'action. La littérature insiste beaucoup à cet égard sur la nécessité de ne pas dissocier recherche et action, diagnostic et processus de changement. "Les connaissances acquises et l'implication des professionnels permettent à la fois l'adaptation des actions en cours et le choix des nouvelles priori-

tés. Les outils d'analyse élaborés à cette occasion favorisent l'évaluation immédiate et future des actions entreprises." (26) On perçoit bien ici toute l'importance de la restitution systématique des connaissances acquises aux acteurs qui les ont produites, à des fins d'évaluation, de remise en question. Le diagnostic constitue en fait la force motrice d'un processus dont les éléments interagissent les uns par rapport aux autres.

ECLAIRER

ECLAIRER L'ACTION

Le diagnostic produit également de la connaissance sur un milieu donné.

Cette connaissance permettra de définir les axes prioritaires d'intervention dans ce même milieu. En d'autres termes, après avoir identifié les problèmes et besoins spécifiques, l'analyse des données recueillies débouchera sur la détermination des besoins prioritaires. Là encore, on mesure combien les phases de diagnostic et d'action ne sont pas néces-

PREVOIR L'ÉVALUATION

sairement séparées dans le temps. Que du contraire. La connaissance ne se réduit pas en effet à un processus de recherche en vase-clos. L'intervenant communautaire ne doit pas se contenter de connaissances passives sur le milieu étudié. Son immersion dans ce même milieu suggère l'acquisition de connaissances intuitives (la découverte sensible et subjective du milieu) et actives (l'interaction avec les acteurs). L'intégration de ces trois niveaux de connaissance rapproche une fois encore recherche et action. Cela étant, si la connaissance est liée à l'action, certains commentateurs font remarquer qu'il ne faut pas "attendre aveuglément de la recherche des directives immédiatement applicables à l'action ; la connaissance ne donne pas le sens de l'action, elle ne peut que l'éclairer." (27) Cette distinction, pour le moins subtile, indique combien diagnostic et action ne sauraient constituer des actes à sens unique, des professionnels et des politiques vers les citoyens, en d'autres termes des dirigeants vers les dirigés.

Les solutions dégagées et les actions mises en œuvre à la suite d'un diagnostic communautaire feront l'objet d'une évaluation, soit une comparaison entre les objectifs poursuivis et les retombées concrètes de l'action sur le terrain.

L'évaluation, en tant qu'outil d'analyse, est nécessaire à chaque étape d'un processus de changement. L'évaluation permet notamment de rester proche de la demande des habitants, d'ajuster la démarche le cas échéant.

Dès lors que le diagnostic communautaire est constitutif de l'action, son déroulement fait appel à l'évaluation. L'évaluation d'une enquête par exemple, au-delà des données qualitatives récoltées, peut donner des informations utiles sur l'accueil réservé aux enquêteurs, sur les réactions des personnes interrogées face à la nature des questions posées, etc. On peut également procéder à une évaluation des objectifs définis, de la mobilisation effective des acteurs ou des premières retombées positives (ou négatives) pour lesdits acteurs.

²⁷In Lamoureux (H), Lavoie (J), Mayer (R) et Panet-Raymond (J), La pratique de l'action communautaire, Presses de l'Université du Québec, 1996, page 157.

Autant d'éléments qui peuvent contribuer à réorienter, voire à modifier, les méthodes choisies pour réaliser le diagnostic. En ce sens, l'évaluation au stade du diagnostic permet de prévoir et de préparer les évaluations ultérieures du processus d'intervention. Elle assure le soutien de l'action, sa continuité.

INTERROGER LA SOCIÉTÉ

Le document de synthèse d'une expérience de santé mentale menée il y a quelques années dans deux quartiers de la périphérie bruxelloise explique que la mise en œuvre de cette intervention reposait sur une conviction préalable, à savoir que "toute communauté porte en elle, d'une part, des capacités d'auto-développement qui peuvent être facilitées et, d'autre part, des capacités de réappropriation des ressources et de ses compétences qui peuvent être renforcées". (28) Cela rejoint en quelque sorte le "devoir d'utopie" exprimé par Maurice Titran dans l'ouvrage collectif *Ville et santé*. (29) "On est en train de découvrir, écrit-il, que la vie associative n'est plus une simple occasion,

un simple droit de s'associer (...) mais un devoir. Il faut introduire cette notion de devoir associatif au niveau des citoyens pour les aider à prendre conscience que l'État a des limites et que ce n'est pas lui qui peut tout. Il y a des lois qu'il faut appliquer mais il y a en plus ce devoir associatif où chacun doit se prendre en charge. Si on veut que tout cela puisse fonctionner, il est plus qu'urgent de travailler dans l'utopie, de faire que le rêve devienne réalité. Il ne faut pas partir de la réalité, aujourd'hui, il faut partir du rêve, de l'utopie."

Encore faut-il aider la communauté à prendre conscience de ces capacités mobilisatrices et associatives. Combien d'individus au sein d'une collectivité seront réceptifs à ce genre d'appel au rassemblement ? L'association ne constitue-t-elle pas, par ailleurs, de nouvelles formes de cloisonnement, de repli ? C'est tout l'enjeu d'un diagnostic communautaire, compris dans son principe d'action, que d'arriver à mettre en œuvre des structures de participation ouvertes sur le monde extérieur.

S'il a pour objet d'initier et d'éclairer une action sociale orientée vers le changement, le diagnostic communautaire de santé semble bel et bien constituer la première étape d'un processus d'interrogation des structures sociales en place.

Le diagnostic communautaire est un outil dont la fonction est d'interroger la société au travers des diverses formes de vécu recensées et analysées. Faire progresser la notion de santé vers des conceptions de bien-être mental et social implique évidemment la remise en cause des différents facteurs empêchant ce type d'avancée. Et l'on perçoit bien, à l'heure actuelle, l'importance de la chose. La mondialisation, de par ses fondements économiques, et les conceptions néo-libérales dans leur ensemble entrent en concurrence avec les pratiques axées sur la promotion de l'entraide et de la solidarité. Les Etats, par ailleurs, ont effectivement démontré leurs limites en matière d'interventionnisme à l'échelon social. Le diagnostic communautaire, de par ses objectifs de mobilisation et d'autonomie, peut donc être envisagé comme une main tendue par la sphère politique, une sorte de planche de salut pour l'ini-

tiation de nouvelles politiques sociales. Encore faut-il que soit laissée une marge de manœuvre au rêve et à l'utopie.



BIBLIOGRAPHIE

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

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

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

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

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

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

- S.N., Méthode pour élaborer un diagnostic dans le cadre d'un programme de développement social urbain, Programme Med-Rehab (Marseille, Lisbonne, Anderlecht, Rabat, Sousse, Tripoli, Oran), 22 p.

Outil destiné aux différentes villes engagées dans le programme de développement social urbain Med-Rehab. Il met en évidence la nécessité de faire reposer l'édifice sur le socle de connaissances intégrées que constitue le diagnostic communautaire.

- S.N., Santé et développement social urbain – outils et méthodes, document réalisé Cres 31 et Santé et communication, édité par la délégation interministérielle à la ville et au

développement social urbain, Paris, 29 p.

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

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

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

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

Cet ouvrage vise à transmettre l'expérience cumulée des quatre auteurs qui ont derrière eux près de quarante ans d'action communautaire au Québec. Il situe dans un contexte historique et éthique les pratiques de l'action communautaire. Il présente également une réflexion critique sur ces pratiques et aborde les défis qui se posent en cette période de remise en question de nombreux acquis sociaux.

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

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

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

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

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

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

- S.N., La promotion de la santé : concepts et stratégies d'action, coll. "Promotion de la santé", Québec, 85 p.

Aperçu des stratégies utilisées à la fin des années 80 pour la promotion de la santé. Le document survole des thèmes tels que l'éducation pour la santé, le marketing social, la communication, l'organisation communautaire, l'action politique et la conscientisation.

- Collectif, La santé en action – Guide méthodologique et pratique en éducation pour la santé, éd. CFES, France, 1995, 267 p.

Réflexion collective sur la nécessité et la mise en œuvre des actions sociales de santé en milieu urbain. En filigrane : une mise en perspective des actions de santé publique afin de mettre à jour leurs effets contradictoires et les moyens de les corriger.

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

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

- Morel (J), Moulart (A), Swaelens (C), Vankelegom (B), Laruelle (X), Forest Quartiers Santé – Programme de santé communautaire, 1997, 96 p.

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

- Approche des besoins de santé à la Goutte d'or (Paris XVIIIe), enquête réalisée par Santé et communication, sous la direction du docteur Elisabeth Feur, médecin de santé publique, éd. AIDDA, 1989, 107 p.

Rapport d'une enquête menée pendant un an par des professionnels et des institutions dans le quartier de la Goutte d'Or à Paris. Une attention toute particulière est portée aux conditions de vie des habitants (habitat, structures de santé...), comprises comme des déterminants évidents de l'état de santé général.

- Quartier – Santé, approche sociologique des besoins et des pratiques de santé des familles et des jeunes, sous la direction de Michel Joubert, 1991, 288 p.

Rapport d'un projet de recherche-action en santé communautaire menée dans la seconde moitié des années 80 dans le quartier de Franc Moisin – Bel Air (Saint-Denis). Les auteurs insistent sur la nécessité d'intégrer leur réflexion et leur travail de terrain dans un cadre environnemental global, tenant compte forcément des atteintes portées au cadre de vie des habitants.

- Renaud (L), Gomez Zamudio (M), Planifier pour mieux agir, Ed. Réfips, coll. "Partage", Québec, 1998, 175 p.

Ouvrage méthodologique exposant les grands axes du modèle PROCEED (Canada) et ce, à destination des pays francophones (PRECEDE). Les auteurs envisagent le diagnostic suivant différentes étapes : diagnostic social, épidémiologique, comportemental et environnemental, éducationnel et organisationnel, administratif et politique.



asbl "Santé, Communauté, Participation"

Adresse :
25 boulevard du Midi
Bte 5 1000 Bruxelles

Tél :
02/514 40 14

Fax :
02/514 40 04

Email :
Sacopar@fmm.be

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