

LES NOUVEAUX DISPOSITIFS SOCIAL SANTÉ DE 1^{RE} LIGNE

DE LA MISE EN PRATIQUE AUX ENJEUX FUTURS

CENTRE BRUXELLOIS
DE PROMOTION DE LA SANTÉ





CENTRE BRUXELLOIS
DE PROMOTION DE LA SANTÉ



LES NOUVEAUX DISPOSITIFS SOCIAL SANTÉ DE 1^{RE} LIGNE : DE LA MISE EN PRATIQUE AUX ENJEUX FUTURS

DAMIEN FAVRESSE, JULIETTE VANDERSTRAETEN

Février 2026

AUTEURS

Damien Favresse, Juliette Vanderstraeten

REMERCIEMENTS

Aux professionnels et professionnelles qui ont aimablement participé aux entretiens ;
Aux jobistes qui ont retranscrit les entretiens ;
À Patricia Thiébaut et Fanny Céphale pour leur relecture ;
À l'équipe du Centre Bruxellois de Promotion de la Santé pour ses coups de main tout au long de la réalisation de ce projet ;
À la Direction Santé et Aide aux Personnes de Vivalis sans qui ce rapport n'aurait pu être réalisé.

MISE EN PAGE

Nathalie da Costa Maya, Centre de Diffusion de la Culture Sanitaire - CDCS asbl

ÉDITION

Éditeur responsable : D. Favresse,
rue Jourdan 151, 1060 Bruxelles
Dépôt Légal : D/2026/15.416/01
Février 2026

Centre Bruxellois de Promotion de la Santé

Rue Jourdan 151 - 1060 Bruxelles
Tél.: 02/639 66 85

www.cbps.be

VEUILLEZ CITER CE DOCUMENT DE LA FAÇON SUIVANTE :

Favresse D., Vanderstraeten J., *Les nouveaux dispositifs social santé de 1^{er} ligne : de la mise en pratique aux enjeux futurs*, Centre Bruxellois de Promotion de la Santé, Bruxelles, 2026.

Pour une question de confort de lecture, l'usage du féminin et du masculin est utilisé, dans ce texte, de manière alternée lorsqu'il est question des personnes, quel que soit leur genre.

0.

TABLE DES MATIÈRES

1. OBJECTIF ET MÉTHODE	5
2. LES DISPOSITIFS RENCONTRÉS	7
2.1 Contrat Local Social Santé	7
2.2 Relais d'Action de Quartier	8
2.3 Centre Social Santé Intégré	9
2.4 Lieux de Liens	10
3. LA MISE EN PRATIQUE DES MISSIONS	11
3.1 Le cas des Contrats Locaux Social Santé (CLSS)	11
3.1.1 La multiplicité des compétences nécessaires aux CLSS	11
3.1.2 Une sous-estimation de la complexité de leurs missions	12
3.1.3 Des besoins d'encadrement clairs, cohérents et continus	13
3.1.4 Des pratiques à adapter aux populations vulnérables	14
3.2 L'« aller vers » des Relais d'Action de Quartier (RAQ)	16
3.2.1 Un positionnement entre aide individuelle et action communautaire	16
3.2.2 La primauté à l'aide individuelle	16
3.2.3 La primauté à l'approche communautaire	17
3.2.4 Une démarche communautaire à concrétiser	18
3.3 Les multiples rôles des lieux de liens	18
3.4 Les contextes d'intervention, une réalité à multiples facettes	19
3.4.1 La diversité des cadres de référence	19
3.4.2 Le besoin d'un cadre commun	20
3.4.3 Un cadre adapté aux dynamiques locales	21
3.5 L'institutionnalisation des missions : tantôt une ressource, tantôt un frein	21
3.5.1 L'intégration des CLSS aux CPAS	22
3.5.2 L'intégration des RAQ au sein du partenaire hébergeur (PH)	24

3.6	L'action sur les quartiers : un processus en construction	26
3.6.1	Une place pas toujours claire	26
3.6.2	Un décloisonnement des pratiques en cours	27
3.6.3	La rencontre des habitants et la recherche d'expériences en démarche communautaire	29
3.7	Les facilitateurs au développement des actions	31
3.7.1	L'autonomie professionnelle	31
3.7.2	Les espaces d'échanges entre pairs	32
3.7.3	Les collaborations entre professionnelles	33
3.7.4	La mobilisation de ressources à la carte	34

4. DÉFIS ET ENJEUX DE LA PREMIÈRE LIGNE SOCIAL SANTÉ 35

4.1	La démarche communautaire et ses enjeux	35
4.2	La démarche communautaire dans une approche sociale santé intégrée visant la réduction des inégalités	36
4.3	Un aspect réaliste à prendre en considération	38
4.4	Le développement de liens de proximité, la mobilisation des habitants et l'organisation de la démarche	39
4.5	L'agent de santé communautaire, un rôle à formaliser	40
4.6	La coopération avec les populations « défavorisées », une démarche à développer	40
4.7	La reconnaissance de l'expertise des populations	41
4.8	La construction d'un savoir collectif en préalable aux actions concrètes	42
4.9	La nécessaire construction de l'articulation entre professionnelles de différents secteurs	43
4.10	Les difficultés inhérentes à ce processus d'articulation	43
4.11	Les points d'attention à respecter dans cette articulation	44

5. EN GUISE DE CONCLUSION 46

6. BIBLIOGRAPHIE 47

1.

OBJECTIF ET MÉTHODE

La promotion de la santé et la réduction des inégalités sociales de santé sont au cœur des changements projetés par le Plan Social Santé Intégré (PSSI) bruxellois. Elles sont aussi au centre des activités du CBPS dont les accompagnements s'effectuent dans une approche globale et intersectorielle, susceptible de mieux induire ces changements. Cette approche a pu, notamment, se développer avec des professionnelles de l'enseignement, de la santé mentale communautaire, de la jeunesse, de la prévention des assuétudes ou des intervenants mettant en œuvre des projets à destination de publics fragilisés (familles monoparentales, personnes en situation de handicap, personnes d'origine étrangère, etc.).

Dans une perspective d'adapter ses accompagnements aux nouvelles pratiques déployées dans le cadre de la réforme du secteur social-santé bruxellois, le CBPS a mené des entretiens exploratoires auprès des nouveaux opérateurs de 1^{re} ligne. Cette exploration vise, notamment, à mieux comprendre les pratiques qui se développent localement, à saisir l'attitude et le fonctionnement des intervenantes à l'égard des missions qui leurs sont allouées, à mieux cerner les éléments décisifs en termes opérationnels (perception des usagers, adhésion aux nouvelles missions, manières dont se conjuguent les partenariats locaux ...) et à mieux prendre en compte la diversité des pratiques mises en place et le contexte d'intervention au sein duquel elles se déploient.

Par ce moyen, il s'agit in fine de mieux saisir les enjeux et défis de ces professionnels de 1^{re} ligne et de permettre au CBPS de les accompagner dans leurs projets et missions en connaissance de cause.

La démarche exploratoire s'est effectuée, de janvier à juillet 2024, par entretiens semi-directifs prioritairement auprès des Contrats Locaux Social Santé (CLSS) et, secondairement, auprès des Relais d'Action de Quartier (RAQ).

Plus spécifiquement, ces entretiens ont été réalisés auprès de :

- 9 CLSS (6 référentes de quartier, 2 coordinateurs, 1 porteuse de projets)
- 3 RAQ

En complément, des rencontres ont été réalisées auprès de 2 « Lieux de liens » et d'un Centre Social Santé Intégré (CSSI).

Les personnes interrogées représentent une diversité de contextes locaux d'intervention de manière à explorer les éventuelles incidences de ces contextes sur la mise en œuvre des missions.

Les entretiens ont été menés sous « la forme de rencontres individuelles »¹ afin de privilégier la liberté de parole, et la trame des entretiens a été organisée autour de 3 thèmes qui ont été abordés de manière ouverte afin d'éviter d'en prédéterminer le contenu² et d'appréhender au mieux les différentes facettes³ de ces nouvelles pratiques. Ces thèmes sont le parcours professionnel dans le cadre du nouveau dispositif, la mise en œuvre des missions et leurs besoins professionnels pour les réaliser.

Les entretiens ont été enregistrés et retranscrits dans leur intégralité, analysés de manière itérative, de façon à faire apparaître les analogies et divergences entre les personnes interrogées et confronter le résultat de cette analyse à des éléments de littérature interventionnelle pour en permettre l'approfondissement et identifier les enjeux futurs. Le tout est également nourri par les années de pratique du CBPS dans l'accompagnement de projets en promotion de la santé.

Plus spécifiquement, l'analyse des expériences professionnelles vécues par les participantes s'est effectuée en trois étapes :

- l'analyse structurale⁴ par entretien afin de mieux comprendre la manière dont les unités de sens, relatives au vécu de chaque professionnel, s'agencent les unes avec les autres,
- la comparaison entre les constats issus de l'analyse par entretien afin de faire émerger les récurrences rencontrées chez les professionnelles, d'identifier les convergences et divergences dans la manière de les appréhender,
- le questionnement analytique⁵ sur base d'éléments de littérature interventionnelle afin d'asseoir les constats observés et formuler des recommandations.

En parallèle, une série de rencontres a eu lieu avec des opérateurs régionaux (CBCS⁶, CERAPSS⁷, Brusano, Crébis⁸) afin de mieux comprendre la réforme actuelle et permettre au CBPS de s'articuler avec ces autres dispositifs.

Cet état des lieux constitue une photographie, à un moment donné, du processus en cours et ne prend pas en compte les évolutions vécues par les professionnelles depuis la réalisation des entretiens. Les RAQ étaient, par exemple, sur le point de bénéficier de l'arrivée d'une nouvelle personne au sein de la Fédération des Services Sociaux (FdSS) pour les accompagner dans leurs missions. Les effets de cette ressource supplémentaire sur l'évolution de leurs missions ne sont donc pas entrés en ligne de compte dans cette analyse.

1 Albarello L., *Apprendre à chercher. L'acteur social et la recherche scientifique*, De Boeck (coll. Méthodes en Sciences Humaines), Bruxelles, 2003.

2 Desrosières A., (1989) ; cité par Vigour C., *La comparaison dans les sciences sociales. Pratiques et méthodes*, La Découverte, collection Guides Repères, 2005.

3 Fenneteau H., *Enquête : entretien et questionnaire*, Dunod, 2007.

4 Piret A., Nizet J., Bourgeois E., *L'analyse structurale. Une méthode d'analyse de contenu pour les sciences humaines*, DeBoeck Université, 1996.

5 Paillé P. et Mucchielli A., *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*, A. Colin (coll. U), 2021.

6 Centre Bruxellois de Coordination Sociopolitique.

7 Centre de Recherche et d'Action pour des Projets en Social-Santé.

8 Centre de recherche de Bruxelles sur les inégalités sociales.

2.

LES DISPOSITIFS RENCONTRÉS

2.1 CONTRAT LOCAL SOCIAL SANTÉ

Le décret et ordonnance conjoints relatifs à l'organisation de l'ambulatoire et de la première ligne social-santé prévoit la mise en place des Contrats Locaux Social Santé grâce à une Convention entre le Collège réuni et le CPAS dans le but de remplir cinq missions :

- « 1° favoriser l'articulation entre les acteurs actifs à l'échelle du quartier ;
- 2° renforcer les mesures soutenant l'accessibilité des acteurs de l'ambulatoire ;
- 3° faciliter l'approche de l'aide et des soins centrée sur la personne ;
- 4° soutenir à l'échelle du quartier le travail intersectoriel ;
- 5° renforcer le pouvoir d'agir des habitants du quartier par l'action communautaire. »⁹

La feuille de route adressée aux référentes et coordinatrices définit les Contrats Locaux Social Santé (CLSS) comme « un outil important dans le cadre du Plan Social-Santé Intégré (PSSI, axe 3, 1.b), visant à améliorer l'organisation de la première ligne social-santé dans les quartiers et lui permettre de mieux répondre aux besoins des résidents, par une combinaison d'actions communautaires et d'actions directement auprès des bénéficiaires. Grâce aux CLSS, l'accès aux soins et aux services, ainsi que le bien-être des personnes vivant dans les quartiers concernés seront améliorés.

[...]

Ce dispositif devra également permettre de mieux articuler les politiques régionales et locales en matière de santé et de bien-être. Le PSSI est le référentiel de la nouvelle prise en charge transversale (social-santé) du bien-être des Bruxellois. Le CLSS en est la brique unitaire, l'outil d'implémentation à la plus petite échelle d'intervention territoriale pertinente : le quartier.

Le CLSS s'appuie sur un diagnostic qui, d'une part, fait émerger les besoins des personnes au niveau du quartier et d'autre part recense l'offre social-santé existante pour en mesurer l'adéquation. Ce diagnostic prend en compte les divers déterminants influençant le bien-être de la population.

Il est suivi de la rédaction d'un plan d'actions par quartier qui se traduira en actions répondant aux besoins prioritaires de chaque quartier. Le diagnostic est remis à jour régulièrement et le plan d'actions adapté en fonction. Le plan d'actions permet de définir les actions qui mèneront à la réalisation des objectifs que se fixe le GT quartier dans chacun des trois objectifs prioritaires des CLSS [...] Le plan d'actions doit démontrer comment il tient compte des actions existantes et amène les acteurs du quartier à renforcer leurs collaborations. »¹⁰

9 Décret et ordonnance conjoints de la Commission communautaire française et de la Commission communautaire commune relatifs à l'organisation de l'ambulatoire et de la première ligne social santé dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale, 25 janvier 2024, art.11, §1.

10 COCOM, Directives à destination des CPAS en vue du développement des Contrats locaux social-santé (CLSS), 9 juin 2023, p.3.

Les CLSS déployés en 2021 poursuivaient initialement quatre objectifs, réduits à deux en cours de diagnostic :

- « – favoriser l'accès aux services existants, tant sociaux que sanitaires ;
- renforcer la prévention de la perte de logement et des expulsions et accompagnement des citoyens (en ce inclus le public sans-abri) vers le (re)logement qualitatif »¹¹.

Contrairement à ce qui était requis dans la feuille de route adressée aux CLSS de première génération, les référents et coordinateurs des nouveaux CLSS ne sont plus tenus par des thématiques¹². Ils se contentent de relever les thèmes qui ressortent le plus lors du diagnostic.

Pour concourir à la mise en place des CLSS, les CPAS désignent une référente par quartier et dans certains cas une coordinatrice qui supervise et appuie le travail de la référente. *« Le-la référent-e quartier est la personne qui s'efforce de connaître l'ensemble des acteurs social-santé du quartier et leur offre de services, aussi bien les acteurs publics que privés, formels ou informels. Il se positionne en facilitateur de la collaboration transdisciplinaire au sein du quartier. En parallèle, il s'efforce de percevoir les problématiques et les besoins des résidents du quartier en portant une attention aux publics les plus vulnérables (...) Il veille à l'articulation entre les besoins perçus à travers le diagnostic et les actions planifiées. Il rapporte les besoins non rencontrés à la coordination sociale »* (Feuille de route).

2.2 RELAIS D'ACTION DE QUARTIER

Les RAQ ont été déployés au cours de l'épidémie de COVID pour suppléer à l'absence de relais activables au niveau de la population pour mettre en œuvre rapidement des mesures de santé publique. Le plan opérationnel lié au PSSI prévoit que l'objectif visant à augmenter l'accessibilité aux droits et lutter contre le non-recours est notamment poursuivi par la pérennisation des 20 Relais d'Action de Quartier dans les quartiers prioritaires¹³.

« Le travail des RAQ s'ancre dans une approche quartier, mobilise la démarche de l'aller-vers et s'articule autour de 4 missions :

1. Réaliser un maillage à l'échelle du quartier (afin de mieux connaître les acteurs et de renforcer le réseau local en favorisant l'interconnaissance entre acteurs locaux). Cette dernière mission est transversale aux trois autres. Elle constitue un moyen/outil favorisant leur réalisation ;
2. Assurer une orientation individuelle ;
3. Développer des actions collectives d'information et de promotion de la santé ;
4. Développer et soutenir des actions et des projets communautaires à l'échelle des quartiers.

*Ces 4 missions constituent le cœur du métier et son cadre. »*¹⁴

Le RAQ est employé auprès de la Fédération des Services Sociaux (FdSS) mais est hébergé chez un partenaire hébergeur (PH), institution travaillant dans le social et/ou la santé, qui lui offre un ancrage au sein du quartier. En théorie, il dédie 20% de son temps à son PH et 80% à ses missions de RAQ.

11 Boone D., *Rapport d'évaluation sur la mise en œuvre des CLSS pour l'« année zéro »*, Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, 2023.

12 Le déploiement des CLSS s'est effectué en 2 vagues : 9 CLSS en 2021 et 9 CLSS en 2023.

13 Plan opérationnel du PSSI, 2022, mesure 101.

14 FdSS, « RAQ : Document balise du Projet », septembre 2022, pp.4-5

Le travail du RAQ se situe au niveau du quartier, il ne travaille pas sur une thématique précise et n'a pas de public-cible. Toutefois, il porte une attention particulière aux publics les plus fragilisés, à faire du lien et se faire le relais des problématiques rencontrées.

Les RAQ opèrent en principe par binôme ou trinôme au sein d'un quartier. Mais en pratique, ce n'est pas toujours le cas. Les RAQ sont actifs sur 26 quartiers bruxellois.

2.3 CENTRE SOCIAL SANTÉ INTÉGRÉ

Le dispositif des CSSI a été formalisé dans le DOC¹⁵ insérant un nouveau chapitre dans l'Ordonnance du 4 avril 2019 relative à la politique de première ligne social santé¹⁶.

«Le centre social santé intégré est un acteur de la première ligne de l'aide et des soins qui offre aux usagers une prise en charge généraliste intégrée de santé somatique et mentale, et d'action sociale.

Le centre social santé intégré exerce les missions suivantes :

- 1° Aider la personne dans sa globalité et dans toutes ses possibilités d'intégration en offrant un premier accueil aux usagers, analyser leur situation et le cas échéant, orienter leur demande vers le service compétent au sein du centre ou vers un autre service spécialisé ;*
- 2° Développer le lien social et un meilleur accès des personnes aux équipements collectifs et à leurs droits fondamentaux. Agir sur l'ensemble des facteurs de précarisation sociale ;*
- 3° Solliciter la participation active des personnes aidées, les intégrer, elles et leur famille, dans la vie citoyenne ;*
- 4° Dispenser des soins de santé primaire ;*
- 5° Assurer un accompagnement et un suivi de l'utilisateur dans la durée ;*
- 6° assurer un accompagnement psychologique généraliste ;*
- 7° Recueillir des données permettant une description épidémiologique de la population desservie, l'évaluation des objectifs et l'auto-évaluation des activités du centre en vue d'une amélioration de la qualité des soins ;*
- 8° Assurer des fonctions d'action communautaire ;*
- 9° Renforcer les liens avec les services spécialisés, notamment en mettant en place des collaborations relatives à une ou plusieurs mission(s) spécialisée(s) agréée(s) ;*
- 10° Œuvrer à garantir la prise en charge de tous les usagers et ce indépendamment de leur statut administratif et de leur assurabilité financière ;*
- 11° Mettre en place des dispositifs de liaison interprofessionnelle ;*
- 12° Mettre en place des pratiques permettant la continuité dans la démarche de l'aide et des soins, y compris lorsque l'utilisateur choisit de changer de service ambulatoire, ce qu'il peut faire librement, afin de le maintenir dans le système soignant »¹⁷.*

¹⁵ Décret et ordonnance conjoints du 22/12/23, art. 35

¹⁶ Ordonnance du 4/04/19, Chapitre II/1

¹⁷ Ordonnance du 4/04/19, Art. 9/1-2

2.4 LIEUX DE LIENS

Dans une logique d'universalisme proportionné, le PSSI vise à développer une offre bas seuil pour atteindre les populations les plus éloignées des droits et des services. Cette offre repose notamment sur le développement des « lieux de liens » généralistes et ouverts sur le quartier¹⁸. Ces lieux permettent, sans être « spécifiquement identifiés comme appartenant au secteur de la santé mentale, de dispenser du soin au travers d'actions collectives et communautaires »¹⁹.

Ce qui caractérise les lieux de liens rencontrés, c'est l'accueil bas seuil inconditionnel et la démarche participative.

Dans le cadre de cette démarche, deux lieux de liens ont été rencontrés. L'un d'entre eux est subsidié par la COCOM et l'autre est subsidié par la COCOF. Bien que le PSSI mentionne les lieux de liens, aucun texte légal issu de la COCOM ne les mentionne jusqu'à présent. En revanche, le décret ambulatoire de la COCOF²⁰ mentionne l'existence des lieux de liens et crée un agrément. À cet égard, en termes de pérennité, les lieux de liens, ne sont pas sur un pied d'égalité.

18 PSSI, p.46

19 PSSI, p.67

20 Décret du 5 mars 2009 relatif à l'offre de services ambulatoires dans les domaines de l'Action sociale, de la Famille et de la Santé.

3.

LA MISE EN PRATIQUE DES MISSIONS

3.1 LE CAS DES CONTRATS LOCAUX SOCIAL SANTÉ (CLSS)

3.1.1 LA MULTIPLICITÉ DES COMPÉTENCES NÉCESSAIRES AUX CLSS

“ L’objectif initial des CLSS, il est très beau mais aussi très grand ”. (CLSS)

La mission des CLSS combine la méthodologie de projets à l’approche promotion de la santé et à la démarche en santé communautaire. Cette combinaison s’avère complexe dans la mesure où l’élaboration et la mise en œuvre des projets se construisent à l’interface de trois pôles d’« expertise » : la santé « mesurée » par les scientifiques, la santé « vécue » par les populations et la santé « observée » par les professionnels. Même pour des professionnelles formées en la matière, cette conciliation s’avère complexe dans la mesure où il faut pouvoir construire des convergences entre des pôles qui sont souvent loin d’être sur un pied d’égalité. Or, parmi les professionnels rencontrés, une part d’entre eux n’a pas suivi de formation ou n’a jamais pu mettre en œuvre une démarche communautaire et/ou de promotion de la santé. Ce déficit est d’autant plus impactant que la maîtrise des concepts théoriques, tels que « intersectorialité », « déterminants de la santé », « santé communautaire », « universalisme proportionné », est loin d’être suffisante pour pouvoir les opérationnaliser sur le terrain. Elle nécessite aussi, comme le relève l’Observatoire du Social et de la Santé²¹, un savoir-faire méthodologique.

“ L’universalisme proportionné, ou ce genre de choses, ce sont des choses qui sont difficiles à appréhender pour des acteurs ... enfin je comprends leur point de vue philosophique mais sur l’application de politique publique, qu’est-ce que cela engendre ? ”. (CLSS)

Ce qui ressort des rencontres réalisées avec les CLSS, ce n’est pas tant l’acquisition d’une compétence pratique qui importe que la diversité des aptitudes (relationnelles, analytiques, méthodologiques, administratives, etc.) nécessaires à la mise en place des nouvelles pratiques qui leur sont dévolues :

“ Il faut être gestionnaire du projet, il faut être garant administratif, il faut être sur le terrain pour faire du réseau, il faut être en diagnostic. Et puis dans tous les espaces de consultations du CLSS ”. (CLSS)

21 Boone D. (2023), *op. cit.*

En d'autres termes, la réalisation des missions des CLSS ne peut s'effectuer sans un solide bagage de terrain et donc, de prime abord, pour des professionnelles peu expérimentées, un aspect « *inatteignable* », « *irréaliste* » à ces missions se traduisant, bien souvent, par une opérationnalisation sur le terrain qui présente un caractère en partie expérimental :

“ ... c'est une forme de randonnée. On passe un peu par des moments plus difficiles ... c'est tellement vaste qu'on était submergés ... ”. (CLSS)

3.1.2 UNE SOUS-ESTIMATION DE LA COMPLEXITÉ DE LEURS MISSIONS

Les aptitudes à développer sur le terrain touchent à la fois la sphère analytique et la sphère pratique, se situent à l'interface de la recherche et de la pratique. C'est, notamment le cas, lorsqu'il faut analyser des données à la croisée des expertises scientifiques, professionnelles et populationnelles, pour construire un diagnostic qui servira de base à l'élaboration des pratiques. Il faut pouvoir sélectionner des priorités d'actions sur base d'une multitude de constats, parfois très divergents, qui au lieu de clarifier la situation, la rendent parfois inextricable. Sans méthode, il peut s'avérer compliqué de s'en sortir. Dans l'ensemble, chaque nouvelle étape est facteur de déstabilisation pour les professionnelles et requiert la mise en place d'une méthode de travail pour savoir comment procéder et pouvoir avancer.

“ ... quand on a fait le diagnostic il y avait tellement de problèmes je ne savais pas par où commencer, parce que c'était le logement, la santé, le diabète, les seniors donc tout public cible mixte et j'avais l'impression que la COCOM voulait qu'on définisse bien sûr quel public cible on va se focaliser mais parfois c'est très difficile aussi dans ce cadre de ce projet de dire on va mettre le focus sur ... ou sur ... ”. (CLSS)

Au moment des entretiens, cette déstabilisation se focalisait, pour les CLSS de première génération²², sur l'évaluation. Cette préoccupation était d'autant plus prégnante que les CLSS concernés faisaient part de l'absence de ressources externes pour les aider à réaliser cette étape du projet et ce, contrairement au diagnostic et au plan d'action où ils bénéficiaient de l'aide d'un service externe. En ce domaine, les questions posées par les personnes rencontrées portaient dans de nombreuses directions. Elles portaient aussi bien sur l'objet même de l'évaluation, que sur la pertinence des attentes politiques en la matière, sur le cadre de travail, sur les aspects méthodologiques et techniques pour la réaliser (est-ce la mise en œuvre de « *pratiques innovantes* », l'apport des dynamiques de « *partenariat* », les « *aspects transversaux* » ou spécifiques des projets mis en place, les « *effets sur la population* », etc. ?).

“ On doit évaluer l'impact de l'outil CLSS sur le quartier à travers les actions qui ont été entreprises, est-ce que c'est pertinent ? Et là nous on est plus démunies, par quel outil ? Comment faire ? Comment construire un protocole d'évaluation ? ”. (CLSS)

²² La feuille de route prévoyait que la durée des CLSS (1^{re} génération) était de cinq ans renouvelables avec une évaluation à mi-parcours du lancement du contrat. Cette préoccupation était d'autant plus prégnante que l'octroi du subside annuel facultatif de la COCOM était conditionné par la remise d'une évaluation quantitative des projets mis en place dans le cadre d'un CLSS.

Plus spécifiquement, il semble que les attentes politiques en matière d'évaluation s'orientent davantage vers des données quantitatives alors que ces données ne correspondent pas nécessairement aux préoccupations du terrain²³ en raison, notamment, de leur caractère relativement réducteur pour rendre compte des missions allouées aux CLSS, de leur faible plus-value en matière d'amélioration des pratiques ou encore du manque de représentativité dans la manière dont les missions ont pu être opérationnalisées sur le terrain.

“ C'est très difficile l'évaluation parce dans les projets sociaux, ça vient dans une vision un peu managériale d'évaluer quantitativement le nombre de personnes qu'on aurait pu toucher grâce à ces projets. En fait, on a besoin de chiffres parce que c'est ceux qui parlent plus aux politiques pour pouvoir justifier d'une certaine manière que ça fonctionne ”. (CLSS)

3.1.3 DES BESOINS D'ENCADREMENT CLAIRS, COHÉRENTS ET CONTINUS

“ Ils ont lancé le CLSS avant même de lancer le cadre ”. (CLSS)

Les référentes de quartier interrogées déplorent aussi bien souvent avoir débuté leur travail avec un manque de clarté et d'accompagnement autour de la mise en œuvre des concepts inhérents aux CLSS.

“ On a juste commencé avec ces quelques lignes : faites une démarche communautaire intersectorielle. Ça reste juste des définitions, il n'y a rien de concret et opérationnel ”. (CLSS)

Ce déficit de cadre de travail et d'encadrement est souvent ressenti comme une perte de temps considérable pour obtenir des informations, chercher des ressources, trouver une formation et obtenir l'accord d'y participer, etc. Cette dernière s'accompagne fréquemment d'une sensation d'être des pionnières d'autant plus que si elles maîtrisent habituellement bien les enjeux et l'aspect conceptuel de leurs missions (le travail communautaire, l'intersectorialité, la santé intégrée, etc.), elles ont aussi souvent l'impression qu'en « l'absence d'exemples pratiques », « de tutoriels », « de modes d'emploi », elles se trouvent en incapacité de les opérationnaliser sur le terrain.

“ C'est quelque chose sur laquelle on aimerait être accompagné ou en tout cas pouvoir en discuter avec des personnes qui l'ont peut-être déjà expérimenté ”. (CLSS)

“ S'il y avait un second CLSS maintenant, ça serait bien que les structures d'appui prévoient au moins une matinée d'explications, pose le cadre, explique ce que c'est le CLSS ”.

23 Favresse D., L'approche scientifique au service de l'action de terrain : nouveaux modes, nouveaux enjeux, in *Drogues Santé Prévention*, 80 :18-24, 2018. Consulté le 29/11/2025, <https://prospective-jeunesse.be/articles/laproche-scientifique-au-service-de-laction-de-terrain-nouveaux-modes-nouveaux-enjeux/>

Le besoin d'encadrement est d'autant plus important que les professionnels engagés dans le cadre des CLSS ont habituellement peu d'expérience et se caractérisent par des profils divers²⁴. Cette inégalité de départ pose d'emblée la question des modalités d'encadrement, de son organisation notamment sur un plan temporel, et de la nécessité de combiner un encadrement collectif pour traiter des questions transversales et un accompagnement individualisé pour traiter des questions spécifiques.

Plus spécifiquement, la complexité des missions conjuguée à peu d'expérience pratique implique aussi que cet accompagnement soit opérant, dès le début de l'entrée en fonction des professionnelles et en continuité de l'avancée de la réalisation des missions. Or, les professionnelles rencontrées font davantage état d'un encadrement qui s'organise a posteriori et de manière discontinue. Cette discontinuité de l'encadrement émerge, notamment, lors de l'évaluation. Cette dernière ne semble pas avoir été préparée dès le début du projet comme il est habituellement conseillé. Or, d'un point de vue méthodologique, l'évaluation est théoriquement inscrite dans l'élaboration des objectifs et fait partie intégrante de la qualité d'un bon objectif²⁵. Agir, étape par étape, sans avoir intégré la question de l'évaluation dès le départ, c'est risquer d'arriver à cette étape en se rendant compte que les objectifs du plan d'action ont été, par exemple, définis de manière trop floue pour être évalués.

“ Au niveau vraiment individuel d'évaluation par projet on ne sait pas comment faire ”. (CLSS)

Cette demande d'encadrement s'accompagne aussi souvent d'une vision peu claire de possibilités qui s'offrent aux professionnelles en la matière et du rôle des différents opérateurs impliqués dans le PSSI. Il semble aussi que l'accessibilité des ressources, comme développée ultérieurement, soit en partie conditionnée par des logiques institutionnelles et sectorielles.

“ On ne sait pas toujours vers où aller, vers qui se tourner ... on se rend compte que tout le monde essaie dans le cadre du PSSI de trouver un peu sa place, de voir sur quoi ils vont pouvoir focuser ”. (CLSS)

3.1.4 DES PRATIQUES À ADAPTER AUX POPULATIONS VULNÉRABLES

L'aspect complexe, théorique et multidimensionnel des missions allouées aux CLSS nécessite de disposer d'une diversité de compétences techniques et méthodologiques pour lesquelles il n'existe pas de formation en soi. Mettre en œuvre des démarches participatives est une chose, les mettre en place auprès de populations qui ont été en partie exclues du champ de la citoyenneté en est une autre. Elle implique de lever une série de freins à la participation, de sortir des sentiers battus pour trouver des solutions auxquelles elles adhèrent. Travailler avec les populations vulnérables, c'est réinterroger et réinventer ses pratiques et, pour ce faire, la créativité et l'innovation sont indispensables.

²⁴ Boone D. (2023), *op. cit.*

²⁵ Filipo-Gaudefroy M., Guetaz S., *Évaluer un contrat local de santé*, Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé Grand Est, 2022. Consulté le 29/11/2025, <https://www.codes06.org/centre-documentaire/centre-documentaire/evaluer-un-contrat-local-de-sante--un-guide-pratique-qui-vous-accompagne-pas-a-pas>

Dans leurs missions, les CLSS doivent collecter des données, que ce soit en matière de diagnostic ou d'évaluation. En ce domaine, il faut bien souvent adapter les techniques de recueil d'informations aux spécificités des populations plus vulnérables avec lesquelles les risques de biais sont plus importants (différence sociale entre enquêteur/enquêté, désirabilité sociale, maîtrise de la langue, etc.). Avec elles, il est souvent nécessaire de construire des outils de collecte, qui sortent des techniques classiques que sont le questionnaire et le guide d'entretien, pour ne pas avoir des réponses de conformité sociale, nous donnant une vision stéréotypée de leur situation. Il faut pouvoir disposer de repères méthodologiques, les appliquer de manière rigoureuse tout en les adaptant aux publics ciblés. Il faut pouvoir sortir des prescrits méthodologiques appris pour créer ses propres prescrits méthodologiques. Cette nécessaire flexibilité dans l'application des outils de collecte de données ne peut se faire sans une bonne maîtrise des méthodes et techniques de collecte et les logiques propres à chacune d'elles (présupposés et limites, objet de la représentativité, méthodes d'échantillonnage, techniques de validation, etc.). La mise en œuvre d'une telle démarche par des professionnelles peu expérimentées en la matière risque, au lieu de les guider dans leurs pratiques, de les conduire dans des impasses.

En la matière, trop souvent, l'outil de collecte de données se révèle peu approprié à l'objet d'évaluation ou, encore, les données recueillies sont davantage centrées sur l'efficacité des actions et peu sur les conditions permettant d'opérationnaliser cette efficacité.

“ On essaie de trouver des moyens aussi plutôt qualitatifs d'évaluer les projets avec des indicateurs pour évaluer l'efficacité d'un accompagnement plutôt qu'un autre. C'est un gros sujet qu'on doit encore traiter et qu'on en train de faire aussi cette année ”. (CLSS)

Sur le plan des pratiques, la complexité du travail des CLSS provient aussi du fait que les populations ciblées par leurs missions cumulent, bien souvent, de multiples problèmes qu'il est impossible de pouvoir solutionner conjointement. Dans l'idéal, les interventions auprès des personnes précarisées devraient couvrir « toute une série de caractéristiques environnementales et personnelles qui vont influencer, plus ou moins fortement, sur leur état de santé et leur capacité à l'améliorer : services et infrastructures de proximité, conditions de logements, place sur le marché du travail, niveau d'instruction, capacité à comprendre l'organisation du système de soins, ressources sociales présentes dans l'entourage, maîtrise des nouvelles technologies, habitudes de vie, etc. »²⁶. Dans les faits, les professionnels sont amenés à prioriser les actions. Donner la primauté à une catégorie de besoins sur une autre est parfois loin d'être anecdotique d'autant plus si les priorités exprimées par ces populations ne correspondent pas aux priorités définies par les autorités publiques. Dans pareille situation, privilégier ces dernières, c'est risquer de renforcer le processus de relégation ressenti par ces populations.

26 Favresse D., La réorganisation du social-santé : enjeux et défis, in Drogues Santé Prévention, 106 :22-25, 2024. Consulté le 29/11/2025, <https://prospective-jeunesse.be/articles/la-reorganisation-du-social-sante/>

3.2 L'« ALLER VERS » DES RELAIS D'ACTION DE QUARTIER (RAQ)

« Notre approche c'est 'aller vers' dans une démarche visant à établir des liens solides en vue d'une mobilisation communautaire pour améliorer avec les habitants le bien-être dans les quartiers ».²⁷

3.2.1 UN POSITIONNEMENT ENTRE AIDE INDIVIDUELLE ET ACTION COMMUNAUTAIRE

Les RAQ²⁸ rencontrés ont toutes et tous des parcours professionnels différents. Ils semblent néanmoins liés, dans l'ensemble, par un corps de valeurs semblables autour de l'« aller vers » en vue de garantir l'accès aux droits sociaux-santé des populations.

Néanmoins, parmi les professionnelles rencontrées, si l'approche individuelle et communautaire sont clairement identifiées dans leurs missions, la réorientation des missions vers le développement de l'axe communautaire ne fait pas nécessairement l'unanimité, voire est perçue comme une perte de sens quant à l'utilité de leur travail. Si habituellement l'aide individuelle est perçue comme un préalable à la mise en place d'une approche collective, les unes préfèrent donner la primauté à l'aide individuelle alors que les autres estiment plus important de développer une approche collective.

3.2.2 LA PRIMAUTÉ À L'AIDE INDIVIDUELLE

Lorsque les personnes rencontrées donnent la primauté à l'aide individuelle, cette priorité se fonde sur le sentiment que cette approche procure des résultats immédiats, qu'elle repose essentiellement, d'une part, sur des aptitudes relationnelles qui permettent de construire un lien de confiance avec les bénéficiaires et, d'autre part, sur la connaissance des services de première ligne, que les attentes et besoins des personnes sont essentiellement des problèmes spécifiquement individuels qui requièrent des solutions personnalisées. Elle s'accompagne aussi d'une sensation d'être en incapacité d'opérationnaliser la démarche communautaire qui est perçue comme trop complexe et ce, parfois, malgré le fait d'avoir suivi une formation. Elle peut aussi se vivre comme une menace envers l'aide individuelle qui donne sens au travail de l'intervenant.

Dans cette perspective, l'« aller-vers », c'est rencontrer les citoyens en vue de répondre aux besoins spécifiques et urgents des personnes :

« Je ne suis pas formé pour ça (ndlr : le travail communautaire) ... c'est très difficile de faire du travail communautaire dans les faits [...] nous depuis le début du projet on a été formés pas mal de fois ... aussi pour le travail communautaire. Donc théoriquement si tu parles avec moi, tu vas te dire cette personne c'est un agent communautaire ; si tu as envie de parler des démarches, de l'action communautaire, je pourrais te répondre sur c'est quoi le travail communautaire ... ça c'est théoriquement, mais à l'extérieur, pour une communauté qui se plaint de tel ou tel problème ce sera un petit peu difficile pour moi ... quand tu trouves le bénéficiaire face à une

27 nwynsberghe T., « « Aller-vers », c'est la proximité et l'action communautaire », in *Baraqa. Le journal des RAQ*, 2:1, 2024. Consulté le 29/11/2025, <https://www.fdss.be/fr/publication/baraqa-la-seconde-edition-du-journal-des-raq-est-sortie/>

28 Quand les RAQ débutent leurs missions durant la pandémie, ils doivent informer et sensibiliser dans les quartiers sur l'accès aux soins de santé liés au Covid. Ils travaillent sur l'axe individuel et collectif. Toutefois, depuis, les missions des RAQ ont évolué, l'axe individuel devant « s'effacer » au profit de l'axe communautaire. Si le travail individuel existe encore, cela doit être dans un objectif communautaire.

problématique ... ces bénéficiaires le jour J, ils ne sont pas là, ils sont absents [...] Les CLSS, la COCOM avec le PSSI, ils appuient sur le travail communautaire. [...] L'individu c'est la pierre angulaire de la communauté. Tu peux faire une action communautaire qui contient 100 personnes, et les 100 personnes vont partir sans résultat, ils ne seront pas satisfaits de ce projet communautaire. Or, personnellement, si j'essaie d'accompagner une seule personne de ces 100 personnes-là, avec un résultat positif, pour moi, c'est déjà bien [...] Moi je cherche la réussite à chaque action ». (RAQ)

« L'écoute active qui se base sur l'empathie ... c'est ce que j'aime dans mon boulot, c'est ce qui va me faire mal quand on va larguer le travail individuel ». (RAQ)

3.2.3 LA PRIMAUTÉ À L'APPROCHE COMMUNAUTAIRE

Lorsque les personnes rencontrées donnent la primauté à l'approche communautaire, ce primat repose sur le double sentiment que cette approche permet de régler des besoins plus structurels et transversaux et constitue aussi une manière de permettre aux bénéficiaires de s'émanciper et d'être acteurs de leur bien-être et de celui de la collectivité. Pour une partie des RAQ rencontrés, cette primauté s'accompagne aussi d'une sensation d'être en capacité d'opérationnaliser la démarche communautaire mais aussi, souvent, du caractère indispensable de l'approche individuelle comme outil d'observation des attentes des bénéficiaires et d'identification des besoins qui peuvent être collectivisés. Cette dernière étant perçue d'abord comme une porte d'entrée à des démarches collectives.

« ... le collectif et communautaire est plus dans mes cordes [...], le principe des entretiens qu'on a ici, c'est accompagner les gens, on traite la demande, mais il y a aussi la mission d'accompagner la demande, de la traiter, mais aussi d'aller plus loin avec les gens [...] mais on ne sait pas faire du collectif et du communautaire, à mon sens, sans avoir de l'individuel également. Donc il faut passer quand même par l'individuel, pour pouvoir commencer, pour faire du collectif [...] Entrer en contact avec les gens nous permet de cibler certaines problématiques structurelles sur lesquelles on peut avoir une application autour d'un projet communautaire [...] par rapport au numérique, par exemple, c'est un constat ... Dans toutes les structures où on va aller, vous allez voir une surcharge de travail via les AS puisque c'est via les AS que retombe cette fracture numérique [...] On essaie de former les gens pour avoir une autonomie, mais aussi en espérant que les personnes puissent rentrer dans un schéma de projet collectif ou autre ... que si on forme les gens, on aimerait bien que par la suite, eux-mêmes deviennent formateurs. On associe un peu par rapport à l'émancipation, le bien-être de l'importance à la personne. Donc la personne devient acteur dans le problème qu'il a envie de traiter. Il n'est pas sujet, il devient acteur ». (RAQ)

3.2.4 UNE DÉMARCHE COMMUNAUTAIRE À CONCRÉTISER

Comme pour les CLSS interrogés, les RAQ rencontrés se sentent en partie démunis pour développer l'approche communautaire. C'est souvent l'aspect opérationnel et méthodologique qui pose question et nécessiterait, selon certaines personnes rencontrées, la mise en place de dispositif d'accompagnement de l'exercice de cette mission.

« Les thématiques elles sont tellement structurelles que tu ne sais pas par où commencer. Ce qui me manque c'est l'opérationnalisation concrète de la démarche communautaire. Ce qui me servirait ce sont des exemples concrets de projets pour me donner de l'inspiration ». (RAQ)

« Au début je ne voyais pas la différence entre les activités communautaire et la promotion de la santé ». (RAQ)

« On aurait besoin de gens qui viennent avec nous dans les quartiers ... ». (RAQ)

La formation reçue en démarche communautaire est souvent considérée par les personnes rencontrées comme un préalable nécessaire mais insuffisant pour déployer la démarche sur le terrain et, de fait, l'approche communautaire ne se transfère pas en tant que telle mais nécessite d'être adaptée au contexte d'intervention, à ses spécificités physiques et sociales, aux intervenants présents dans le quartier et à la dynamique existante entre ces intervenants, aux particularités des populations vivant dans le quartier, à la présence d'éventuels dispositifs collectifs à destination des habitants, etc.²⁹ Cette adaptation n'est donc pas qu'une question de connaissances, elle s'acquiert aussi par l'expérimentation d'une approche dont la mise en œuvre varie selon la réalité locale.

3.3 LES MULTIPLES RÔLES DES LIEUX DE LIENS

Pour une personne travaillant dans un lieu de liens, il faut être une sorte de « funambule », oscillant entre le rôle de thérapeute, d'accueillant, de travailleur social, de simple oreille, ... La fonction première d'un lieu de liens est l'accueil. Or, dans leurs relations avec les personnes accueillies, qui sont pour la plupart des personnes en difficulté, les travailleuses sont souvent rappelées à leur casquette professionnelle et les usagers à leur casquette de patients. « Nous devons veiller à ne pas basculer dans le thérapeutique, dans « être l'AS de ... », « être le psy de ... », « être d'éduc de ... » » (Lieu de liens). Les rôles qui peuvent être pris dans les relations entre travailleurs et personnes accueillies ne facilitent pas la démarche participative qui constitue la base du travail des lieux de liens.

Ce problème de « casquette » revient aussi chez les bénévoles. Accueillant un jour, ils sont amis avec des personnes accueillies un autre jour. « Ils échangent les appels et messages le soir, ils vont manger les uns chez les autres. Alors c'est génial, parce que ça veut dire qu'ils ont réussi à nouer un contact social qu'ils n'avaient pas avant. C'est là que tu te dis que le lieu il marche, on a permis à des gens de se connecter. Mais du coup ce n'est pas simple d'être là à un moment donné et de dire non à quelqu'un et que en fait, cette personne-là, tu es censé aller manger chez elle le soir » (Lieu de liens).

²⁹ Cambon L., Transfert de connaissances, données probantes, transférabilité : de la clarification des concepts aux changements des pratiques, in *La santé en action*, 456: 23-25, 2021. Consulté le 29/11/2025, <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/la-sante-en-action-juin-2021-n-456-sante-des-populations-conjuguer-donnees-scientifiques-et-savoirs-issus-de-l-experience>

Sur le plan des lieux de liens, ce qui ressort, c'est toute la question du cadre professionnel, de cette oscillation parfois antinomique entre la mise à distance du bénéficiaire et le souci d'aller à sa rencontre, du juste milieu entre une relation asymétrique du sachant qui prescrit son savoir à un usager passif et une relation symétrique où l'usager vient avec son savoir, où le prescrit est produit avec l'usager³⁰.

À cet égard, une coordinatrice estime que cette oscillation nécessite un accompagnement régulier et pérenne des professionnelles et des bénévoles qui n'est pas assuré pour le moment.

3.4 LES CONTEXTES D'INTERVENTION, UNE RÉALITÉ À MULTIPLES FACETTES

3.4.1 LA DIVERSITÉ DES CADRES DE RÉFÉRENCE

“ La présidente, c'est un mandat politique, tu as le secrétaire général, tu vas avoir la direction sociale, la coordinatrice sociale et puis nous. Donc tous ces intervenants n'ont pas totalement les mêmes intérêts ”. (CLSS)

Les missions des nouveaux acteurs locaux sont régies par une multitude de cadres d'intervention qui impactent leur opérationnalisation sur le terrain. Ils sont financés pour des missions définies par la Région, les méthodes d'intervention qu'ils mettent en œuvre s'effectuent à partir d'institutions qui ont parfois des modes d'intervention éloignés des leurs, les actrices et dynamiques locales sur lesquelles s'appuyer sont variables d'un quartier à l'autre, de nouveaux dispositifs apparaissent dans le paysage bruxellois sans qu'ils ne connaissent réellement les missions de ces nouveaux opérateurs et les articulations éventuelles à réaliser avec leurs propres missions.

“ On est là au milieu, on est pris entre ce que veut la COCOM, ce que veut le CPAS, ce que veut le terrain, ce que veut le bassin, ce que veut ‘gnagnagna’, et nous on est là, au milieu, à essayer d'y voir clair pour que les autres y voient clair. Mais que en fait nous-mêmes on a le tourbillon ”. (CLSS)

Cette position d'interface n'est pas toujours aisée, d'autant si les attentes des unes et des autres renvoient des messages contradictoires qui ne favorisent pas la cohérence de leurs missions. Elles se retrouvent à initier des missions qui s'inscrivent dans un changement de paradigme de l'intervention psycho-médico-sociale, caractérisé par une approche intersectorielle, en décalage avec la manière dont les secteurs se sont développés par le passé, et qui se caractérise davantage par une démarche segmentée et différenciée imprégnée, notamment, de « divergences entre approches conceptuelles, cultures professionnelles, orientations idéologiques »³¹; divergences favorisant les malentendus et les incompréhensions réciproques³².

Plus spécifiquement, dans le cadre de l'opérationnalisation du PSSI sur le terrain, il semble important que les acteurs et actrices en présence soient en mesure de bien différencier et comprendre des logiques d'action publiques et des logiques d'action associatives, l'approche individuelle et l'approche collective et communautaire des populations, l'approche par service et l'approche par projet, l'approche médicale et l'approche sociale des usagers.

30 Grober-Traviesas D., Aux frontières du soi : la crise sanitaire, une opportunité pour repenser le soin, in *Phronesis*, 13(1) :126-140, 2024.

31 Jaeger M., *Principes et pratiques d'action sociale. Sens et non-sens de l'intervention sociale*, Dunod (coll. Santé Social), 2023.

32 Foudriat M., *La co-construction en actes. Savoirs et savoir-faire pratiques pour faciliter sa mise en œuvre*, ESF (coll. Actions Sociales), 2021.

Et de fait, la connaissance des modalités de travail des uns et des autres constitue l'un des premiers pas vers le *travailler ensemble*. Les nouvelles pratiques social santé sont fondées sur des principes de coopération et de réciprocité sectorielles et interdisciplinaires qui nécessitent de s'approprier la manière dont l'intervention médico-sociale est organisée et instituée, les postulats qui servent d'assise aux disciplines, les valeurs et normes qui guident l'exercice des professions^{33,34}. Il est courant, par exemple, de rencontrer des épidémiologistes qui considèrent les comportements humains comme aisément modifiables alors que, pour les praticiens, ils sont souvent tout sauf aisément modifiables. Or, ce présupposé sert souvent de fondement à la mise en œuvre d'une part des pratiques de médecine préventive qui, dans le regard des spécialistes en conduites humaines, sont considérées tout bonnement comme peu impactantes. De même, pour les unes, l'efficacité d'une pratique est mesurée sur base de ses effets sur la population dans son ensemble alors que, pour les autres, elle est mesurée sur base de ses effets concernant la réduction des inégalités sociales de santé au sein de cette population. Des politiques, comme dans le cadre de la crise Covid, peuvent avoir un impact positif sur la santé physique et négatif sur la santé mentale³⁵. L'efficacité d'une même pratique peut ainsi donner des résultats opposés parce que l'objet de la mesure n'est tout simplement pas le même, parce que l'observation porte sur deux réalités différentes.

3.4.2 LE BESOIN D'UN CADRE COMMUN

La mise en place des actions des professionnelles rencontrées est ainsi tributaire, non seulement des pratiques existantes sur le terrain, notamment en matière de dynamiques inter-institutionnelles, mais aussi, dans une certaine mesure, de la capacité des professionnelles implantées sur le terrain de sortir des logiques sectorielles, de pouvoir se rassembler autour d'intérêts communs et de faire évoluer leurs pratiques afin de développer des démarches de coopération.

Par ailleurs, ces pratiques locales sont elles-mêmes influencées par les logiques sectorielles et les politiques publiques. Sur ce point, plusieurs CLSS expriment leur incompréhension à l'égard des appels à projets, qui induisent de la concurrence entre les institutions, alors qu'ils sont censés favoriser les collaborations entre ces institutions.

“ Les pratiques et le tissu associatif de chaque quartier qui est différent ... et le type de population ... dans les spécificités de X (quartier), c'est l'aspect concurrentiel dans le terrain associatif ... Il y a des tensions concurrentielles ... scissions ... du manque d'envie de collaborer entre eux dû à la compétitivité imposée par ce même cadre (cadre des appels à projet) ”. (CLSS)

“ Ils ont fait des appels à projets ... Ils ont complètement dénaturé le sens ... tu pourrais voir une autre manière de faire du social santé local ”. (CLSS)

“ La différence avec X (quartier), c'est qu'il préexistait des plateformes avant notre arrivée ... donc mon rôle a été de trouver ma place dans ce qui existait déjà ... A Y (quartier), il a fallu imaginer un espace où les gens pouvaient se rencontrer parce que ça n'existait pas, il n'y avait pas de plateforme ”. (CLSS)

33 Favresse D. (2024), *op. cit.*

34 Henckes N., Devenir des institutions et transformations des organisations médico-sociales : penser la désinstitutionnalisation et ses limites, in *Interroger le médico-social. Regards des sciences sociales*, Dunod, 2024.

35 Favresse D. (2024), *op. cit.*

3.4.3 UN CADRE ADAPTÉ AUX DYNAMIQUES LOCALES

“J’ai fait beaucoup de maillage, c’était nouveau mais pas compliqué ... le but était de communiquer avec les associations du quartier mais le tissu associatif du quartier était déjà connecté”. (RAQ)

La reproduction à l’identique d’une approche, quel que soit le quartier, s’avère utopique. Dans ces circonstances, il importe de préalablement analyser la transférabilité de l’approche au sein des professionnelles exerçant dans le quartier visé. Quelle est la plus-value de l’approche par rapport aux pratiques existantes dans le quartier ? Quelles sont les attentes et contraintes des professionnelles ? L’approche proposée est-elle éthiquement acceptable pour les professionnelles concernées ? Quelles sont les catégories de professionnelles sur lesquelles il est possible de compter ? Etc.^{36,37}

En fonction de chaque situation, il est important de construire, dans les dynamiques locales, un cadre de référence commun et accepté par toutes et tous³⁸ qui, d’une part, donne du sens aux missions des professionnelles et d’autre part, procure un cadre sécurisant pour les mettre en œuvre. Derrière ce cadre, c’est aussi l’utilité sociale de la démarche entreprise avec les acteurs de terrain qui est en jeu ; utilité qui est une condition de la transférabilité de la démarche même³⁹.

Par ailleurs, dans un contexte où les politiques sectorielles sont segmentées⁴⁰, la coopération entre des professionnelles de différents secteurs n’est pas spontanée et ce, d’autant plus lorsqu’elle n’émane pas d’un besoin partagé par les acteurs de terrain et provient des politiques publiques élaborées sans eux. Il faut pouvoir l’organiser pour d’un côté, éviter l’éparpillement et la diversité des interprétations à l’égard des missions et d’un autre côté, diminuer les éventuels jeux de pouvoir entre acteurs. Sur le terrain, c’est une condition incontournable pour définir la finalité et les objectifs de la dynamique entre les acteurs et actrices, identifier le rôle de chacun et chacune, élaborer un processus décisionnel, structurer les modalités de participation, etc.⁴¹

3.5 L’INSTITUTIONNALISATION DES MISSIONS : TANTÔT UNE RESSOURCE, TANTÔT UN FREIN

L’organisme à partir duquel les professionnelles mènent leurs actions va aussi jouer un rôle sur la possibilité de mener ou non une démarche *bottom-up*, de développer des actions qui sont le fruit d’une analyse préalable de la situation plutôt que des actions qui sont prises dans l’immédiateté de la situation. Dans ces circonstances, l’opérationnalisation d’une démarche participative ou communautaire est le fruit, non seulement, des aptitudes des professionnelles à la mettre en œuvre mais aussi, de la manière dont la structure d’accueil des professionnelles soutient ou freine – pas nécessairement volontairement – ce type de démarche, conçoit ce qu’est une dynamique social-

36 Cambon L. (2021), *op. cit.*

37 Hamant C., Delescluse T., Ferron C., Les données probantes en promotion de la santé : de la production à leur utilisation dans la mise en œuvre d’interventions complexes, FNES, 2022. Consulté le 29/11/2025, <https://www.promotion-sante-grandest.fr/index.php/rechercher-publications/item/18969-note-pedagogique-les-donnees-probantes-en-promotion-de-la-sante>

38 Anceaux P., Intersectorialité. L’intersectorialité, on n’est pas tombé dedans quand on était petit, CBPS, 2014. Consulté le 10/02/2026, <https://www.cbps.be/wp-content/uploads/2024/11/Intersectorialite.pdf>

39 Hamant C. et al. (2022), *op. cit.*

40 Henckes N. (2024), *op. cit.*

41 Foudriat M. (2021), *op. cit.*

santé intégrée ou une démarche communautaire, met en place des modalités d'intervention qui interfèrent sur cette opérationnalisation.

“ Ici au CPAS, ils ont refusé notre demande d'engager un coordinateur CLSS, même si la COCOM a mis à disposition du budget pour le faire ”. (CLSS)

“ Ça pourrait très bien être quelqu'un engagé par le CPAS mais qui soit dans une logique CLSS. Je n'ai pas une position contre le CPAS, ce que je veux c'est que l'on fasse du social-santé intégré. En sachant que, de nouveau, c'est compliqué. Il faut bien se rendre compte, ici, ils ont une manière de faire depuis 20 ans, c'est quand même un truc qui vient du haut ... les vieux réflexes ... ”. (CLSS).

“ La spécificité de PH (Partenaire Hébergeur), ici c'est la 1^{re} ligne, il y a toujours un travail individuel ... cela veut dire que c'est un travail individuel, ça n'a rien à voir avec un travail communautaire ”. (RAQ).

D'une institution à l'autre, la situation est radicalement différente. Pour la plus grande part des personnes rencontrées, il s'agit de nouvelles missions alors que, pour d'autres, il s'agit du prolongement de missions développées précédemment.

“ Au travers des différentes activités ... beaucoup de femmes, elles se rendaient beaucoup de services, les unes entre les autres ... elles rendaient beaucoup de services à d'autres personnes du quartier ... c'était l'occasion de créer un réseau d'entraide et de formaliser cette aide informelle et d'essayer de valoriser des personnes dans ce qu'elles font ... les rendre acteur de leur vie ”. (CLSS)

3.5.1 L'INTÉGRATION DES CLSS AUX CPAS

L'institutionnalisation des missions s'observe particulièrement au niveau des CLSS et de leur implantation dans les CPAS. Si les différents niveaux hiérarchiques de ces organismes (bureau permanent, Conseil de l'Action Sociale, Collège, ...) sont, pour certaines référentes rencontrées, un moyen de faire remonter des problématiques constatées dans le diagnostic réalisé avec les acteurs de terrain, voire d'impulser de nouvelles dynamiques institutionnelles, elle peut aussi s'avérer une instance de contrôle, voire d'ingérence instrumentalisant les missions des CLSS à des fins institutionnelles telles que disposer principalement d'un « refinancement », « faire des actions visibles » (CLSS) pour le CPAS ou tenter d'utiliser le diagnostic pour légitimer les missions du CPAS.

“ Ici c'est un peu plus compliqué de trouver sa place. Je trouve qu'avec la coordination sociale il y a un peu un doublon aussi (...) on a eu une partie de la coordination sociale qui a commencé à amender notre diagnostic ... c'est à dire à faire des commentaires dedans ... puis après la directrice de l'action sociale aussi ... ”. (CLSS)

“ Nous, directement on a vraiment collaboré avec les services de prévention de la commune ... de projets CPAS où on engage des assistants sociaux pour certaines thématiques, principalement la thématique de la prévention des expulsions, parce qu'on s'est rendu compte en faisant le diagnostic que le CPAS avait énormément de compétences sur cette question-là puisqu'on reçoit les requêtes (enfin c'est inscrit dans la loi) et alors à ce moment-là, c'est le CPAS qui préventivement peut encore faire mettre en place des choses pour éviter que la personne ne soit expulsée de son domicile ”. (CLSS)

Plus spécifiquement, dans le cadre de la mission des CLSS, le rôle pris par la coordination sociale⁴² et les liens développés avec la coordinatrice du CLSS jouent un rôle déterminant, soit en tant que facilitateur, soit en tant que frein dans la réalisation des missions.

“ C’est très horizontal. Elle (coordinatrice sociale) n’est pas là pour nous contrôler ou nous dire quoi faire mais elle nous soutient et nous fait confiance ”. (CLSS)

“ Quand tu fais de la concertation sociale, tu es censé avoir un numéro de téléphone ... on l’a pas, quand on lui a posé la question, elle (coordinatrice sociale) ne comprenait pas la question qu’on lui posait parce que pour elle, on était assis au bureau comme nos collègues alors que non si tu veux faire de la concertation avec le quartier ... c’est très type CPAS ... c’est juste qu’il n’y a pas de prise en compte de la réalité de travail parce que c’est nouveau ”. (CLSS)

Comme le relève aussi l’Observatoire⁴³, l’intégration des CLSS au sein du CPAS influe aussi sur la dynamique avec les intervenantes et les habitants du quartier. Plus spécifiquement, le type de lien existant entre la coordination sociale et le tissu associatif et, par la même occasion, la reconnaissance ou non des acteurs locaux à l’égard du rôle et de la place de la coordination sociale, constitue un précieux adjuvant ou un frein important à l’intégration de la mission des CLSS au sein du quartier.

Par ailleurs, la subsidiation des porteurs de projet par le CPAS est également souvent perçue comme une interférence dans le bon déroulement de la mission des CLSS auprès des actrices sur le terrain. À l’inverse, le respect d’une forme d’autonomie du CLSS par le CPAS ou la prise d’autonomie à l’égard du CPAS sont généralement ressentis comme une avancée significative dans les dynamiques instituées avec les professionnelles de terrain. Ce processus de désinstitutionalisation s’illustre aussi, par exemple, dans le choix des membres du Comité d’accompagnement stratégique.

“ Mettre en place un projet communautaire et vouloir créer de la confiance avec les partenaires alors que tu as une casquette CPAS, ce n’est déjà pas simple ”. (CLSS)

“ On est d’un côté contrôleur mais aussi on aimerait être une personne de confiance alors là il y a conflit ”. (CLSS)

“ On s’est rendu compte, avec les diagnostics, que la frontière communale était parfois un frein administratif pour certains projets ... donc lorsque je signe, je signe au nom du conseil de concertation santé social (du quartier X) et pas en tant que CPAS de Y ... ce qui facilite beaucoup les choses ”. (CLSS)

“ Elle a un peu désaxé la gestion CLSS de la coordination sociale ... ici c’est la force, on aura des gens qui sont présents ”. (CLSS)

“ Au début, le CPAS n’était pas parti au projet mais ça manquait pour être en contact avec une partie de la population. Donc le CPAS a rejoint en cours mais ce sont les 20 associations du quartier qui gardent la main sur la gestion, la direction du projet ”. (CLSS)

42 Dans l’un des CLSS rencontrés, c’est d’ailleurs la coordinatrice de la coordination sociale qui assure le rôle de coordination du CLSS.

43 Boone D. (2023), *op. cit.*

Pour une part des CLSS rencontrés, il y a jusqu'à une remise en question de leur intégration dans le CPAS, symbole d'une trop grande « bureaucratie » des services publics et qui, dans les faits, se traduit dans de la « perte d'énergie » et « de temps » prisent sur la mise « en place d'espaces d'intersectorialité, de maillage social », de « projets collectifs » (CLSS), dans la capacité de mener leurs missions « avec un cadre aussi contraignant » (CLSS). Cette remise en question porte aussi sur le lien de dépendance et d'assujettissement des bénéficiaires du CPAS qui est, en soi, considéré par une part des personnes rencontrées comme une entrave à la liberté d'expression de ces derniers c'est-à-dire, l'un des fondements même de la participation des bénéficiaires.

« Nous sommes dans une institution hiérarchique ... pour décloisonner de nouveau le CPAS, les réseaux informels, l'associatif et les pouvoirs publics, est-ce que c'est le meilleur endroit pour le faire ? ». (CLSS)

« Quand je travaillais pour des petites ASBL, il y a quand même des contraintes à prendre ... mais il y a une adaptation du cadre ... on adapte aussi les choses ». (CLSS)

« Nous, on croit au fait de faire des choses collectivement sur le terrain, donc on croit aux valeurs du CLSS mais pas aux pouvoirs subsidants (du CPAS) ». (CLSS)

« Quand je vais au CPAS, je peux parler de ça mais pas de ça ... je ne peux pas dire que pour le moment, ça ne va pas trop parce que ma sœur vit à la maison parce que dans mon revenu d'intégration, il n'est pas marqué que ma sœur vit à la maison ». (CLSS)

Globalement, il semble primordial que l'exercice des missions au sein des CPAS soit clairement défini dans la mesure où il s'agit d'un contexte interventionnel peu propice aux principes de l'action communautaire que sont la participation des bénéficiaires et l'autonomie des professionnelles⁴⁴.

Plus spécifiquement, sur un plan opérationnel, il s'agit de voir :

- de quelle manière un organisme, dont l'asymétrie de la relation aux bénéficiaires est instituée, est en capacité d'exercer des missions où ces bénéficiaires sont parties prenantes des décisions qui les concernent,
- de quelle manière les chargés de missions des CLSS disposent d'une autonomie dans une institution fortement hiérarchisée qui les dépossède bien souvent de cette capacité.

Et si ce changement dans l'approche des bénéficiaires et ce besoin d'autonomie professionnelle ne peuvent pas être remplis, il s'agit de voir de quelle manière il est possible d'y remédier.

3.5.2 L'INTÉGRATION DES RAQ AU SEIN DU PARTENAIRE HÉBERGEUR (PH)

Généralement, les RAQ rencontrés témoignent d'un bon accueil au sein des PH. En revanche, la mise en œuvre des missions du RAQ est en partie tributaire de la dynamique existante au sein des organismes d'accueil. Il semble que le RAQ a été l'occasion, pour une partie de ceux-ci, de disposer de ressources supplémentaires sans pour autant avoir une vision claire de la mission à remplir et des compétences institutionnelles nécessaires pour soutenir la personne engagée à remplir sa mission de RAQ. Pour certains PH, il s'agissait de renforcer des actions communautaires déjà existantes alors que, pour d'autres, il s'agissait d'intégrer la démarche communautaire au sein même du fonctionnement institutionnel.

44 Schapman S., Oberlé D., La démarche communautaire, de l'expérimentation à la conceptualisation, in *La Santé de l'homme*, 351:14-20, 2001.

“ Le rôle du RAQ était pas trop défini au sein de nos PH, donc parfois c'était juste combler les trous, ou bien faire du communautaire mais on ne savait pas en faire ”. (RAQ)

“ Tout le monde est censé faire du communautaire, même l'accueil. L'idée est de faire un GT communautaire au sein du Centre. C'est depuis un mois que ça se met en place ”. (RAQ)

“ Ici (PH), c'est un travail spécialement axé sur l'individuel donc c'est pas comme si je suis rentré dans une structure où j'ai pu directement travailler ... pour mettre mes projets communautaires ... il a fallu vraiment déblayer, observer et faire alors qu'il y a d'autres collègues (RAQ) qui sont dans des structures ... il y a déjà des projets communautaires ”. (RAQ)

“ C'est propre à cette structure parce que la communauté n'a pas de place dans cette structure ”. (RAQ)

Ces divergences institutionnelles entre PH créent des inégalités entre les RAQ, notamment, concernant la possibilité de développer une approche communautaire. Elle nécessite pour certains de s'approprier le cadre institutionnel, de se « confronter » à une institution qui n'est pas nécessairement organisée pour déployer une telle démarche, de trouver des solutions pour élaborer des actions inscrites dans une logique de projets au sein d'un service qui s'est souvent spécialisé dans une approche individuelle davantage standardisée, etc.

“ Chaque structure a son histoire, a son empreinte digitale, a sa façon de travailler ... Ce n'est pas évident d'abord de s'imprégner, de comprendre comment la structure fonctionne pour pouvoir bien élaborer les projets qu'on a envie de développer et qui sont en accord avec la structure. Ce n'est vraiment pas évident ... ça demande beaucoup d'efforts de communication parce qu'ils ne comprennent pas toujours le rôle du RAQ ”. (RAQ)

“ Trouver un agenda commun, c'est super compliqué ... ce genre de choses ce sont des difficultés ... et puis le fait de sortir à l'extérieur, d'aller rencontrer des gens ... ici c'est vraiment très cadré, tout est codifié, tout est informatisé ”. (RAQ)

“ Il y a X (autre RAQ) qui est à Y (commune) mais qui n'arrive pas ... c'est spécifique chez Z (PH) ”. (RAQ)

Indépendamment des compétences des personnes chargées des missions du RAQ, ici aussi ce qui est en jeu, c'est la capacité des PH à soutenir le déploiement de la démarche communautaire, à la reconnaître comme légitime et, au-delà de cette intégration au sein du PH, c'est la manière dont elle se déroule qui reste posée. Est-ce que l'aide individuelle et la démarche communautaire sont deux approches qui se déploient de manière séparée, et indépendante l'une de l'autre, au sein de la structure d'accueil ou, au contraire, est-ce deux approches qui sont censées se décroiser pour instituer de nouvelles pratiques au sein de cette structure ?

Par contre, l'intégration du RAQ au sein du PH semble habituellement moins impactée en raison, notamment, d'une plus grande autonomie des professionnels en charge de cette mission que celle des CLSS au sein des CPAS, considérés comme des structures plus hiérarchisées et politisées.

“ Je suis un travailleur de rue très libre mais j'ai un agenda partagé avec la coordination, la FdSS, avec mon PH ”. (RAQ)

3.6 L'ACTION SUR LES QUARTIERS : UN PROCESSUS EN CONSTRUCTION

Un projet ne se réalise jamais comme il avait été souhaité⁴⁵. Ce décalage entre ce qui est réalisé et ce qui était souhaité est l'objet même de l'évaluation de processus⁴⁶. Et de fait, la mise en place des actions sur les quartiers n'échappe pas à ce constat d'autant que la capacité des acteurs de terrain à déployer les missions définies par les autorités régionales est, comme souligné précédemment, dépendante étroitement de leurs compétences et des conditions dans lesquelles ils sont censés les mettre en œuvre.

3.6.1 UNE PLACE PAS TOUJOURS CLAIRE

La multiplicité des cadres de référence et leurs injonctions parfois contradictoires, l'aspect trop conceptuel et pas assez pragmatique des missions, les éventuelles interférences de l'organisme d'accueil et la distance de ses modalités d'intervention en regard des missions allouées, la dynamique existante entre les professionnelles et les éventuels chevauchements avec des dispositifs déjà présents sur le terrain sont des éléments qui ne favorisent ni la clarté des missions, ni la place prise par les intervenantes rencontrées dans la réalisation des missions qu'elles sont censées opérationnaliser.

Au contraire, ces multiples éléments peuvent favoriser la création d'un cadre insécurisant chez les intervenantes et leur demander des capacités d'adaptation continue surtout si l'institution à partir de laquelle elles opèrent ne les soutient pas, voire leur prescrit des tâches éloignées de leurs missions. Dans le quotidien des actions, ces tâches peuvent conduire au dépassement des missions qui étaient initialement allouées aux professionnelles⁴⁷ et, par la même occasion, renforcer le flou de leur rôle.

« En fait on faisait un peu de tout et on comble les trous des institutions, donc on ne spécialise pas ... mais on interagit sur tout en fait ». (RAQ)

« Je pense que le RAQ, la peur, c'est comme ça que je vois, c'est ma vision ... comme on est sollicité pour travailler et ... apporter un renfort des structures, on pourrait très bien très vite tomber que sur l'individuel ». (RAQ)

« On vous soutient mais on vous contrôle et ça, ça ne va pas ... on a deux casquettes, on se sent pas à l'aise ». (CLSS)

Si une partie des intervenants trouve progressivement sa place, en s'appuyant sur des ressources intra et extra-institutionnelles, d'autres peinent à la trouver. Cette difficulté de trouver sa place est plus prégnante chez les CLSS rencontrés qui œuvrent dans un contexte professionnel où les enchevêtrements sont plus nombreux et les rôles définis de manière plus large. Par ailleurs, leurs missions ont aussi changé en cours de route. Cette difficulté, dans les discours des personnes interrogées, s'observe notamment par le caractère incertain, voire utopiste lorsqu'ils qualifient leurs actions – « on essaie », « on a envie », « on voudrait », « ce n'est pas évident », « on aimerait », etc. (CLSS) – comme si, pour le moment, ils étaient, pour bon nombre, en incapacité d'exprimer leurs

45 Broch M.-H., Cros F., *Évaluer le projet de notre organisation. Réflexions, méthodes et techniques*, Chronique sociale (coll. Pédagogie-Formation), 1994.

46 Figari, G. et Remaud, D., *Méthodologie d'évaluation en éducation et formation, ou l'enquête évaluative*, De Boeck, 2014.

47 Sopadzhiyan A., Politiques d'organisation et dynamiques de coordination : l'exemple du secteur de l'autonomie, in *Interroger le médico-social. Regards des sciences sociales*, Dunod, 2024.

actions autrement que sous la forme du souhait. Ces derniers expriment également, bien souvent, qu'ils auraient dû être davantage informés et formés avant de débiter leurs missions au lieu de devoir « s'auto-former » en cours de processus.

3.6.2 UN DÉCLOISONNEMENT DES PRATIQUES EN COURS

La question du comment revient également dans le travail réalisé avec les actrices locales et, plus spécifiquement, dans le rôle de « facilitateur de la collaboration transdisciplinaire au sein du quartier »⁴⁸ alloué au CLSS.

Habituellement, dans ce rôle, les référentes des CLSS ont soit créé un dispositif d'échanges entre les intervenants de terrain, soit investi un dispositif d'échanges existant.

Plus spécifiquement, elles se rejoignent sur le fait que ces dispositifs sont perçus comme renforçant l'interconnaissance entre les professionnels, comme favorisant les échanges de pratiques et la réflexivité sur les pratiques.

“ C'est créer de l'espace pour l'échange, pour échanger des informations ... on est un peu facilitatrice ”. (CLSS)

“ Quels sont les défis, quels sont les problèmes, comment vous avez trouvé des solutions à telle problématique, c'est vraiment un endroit où ils peuvent s'échanger sur les CLSS (entre porteurs de projets) et sur leurs problèmes quotidiens ”. (CLSS)

“ Il y a toujours eu les rencontres de concertation, il y a des projets qui permettent à différents acteurs de se rejoindre par exemple ... donc continuer des projets collectifs déjà mis en place ... densifier le maillage et le réseau ... aller à la rencontre de nouveaux acteurs ”. (CLSS)

“ Avec ce groupe qui rassemblait des acteurs attachés au quartier que ce soit parce qu'ils sont ancrés dans le quartier, où ils sont connectés au quartier ... on a proposé de se rassembler pour construire avec nous le plan d'actions et le diagnostic ”. (CLSS)

Par contre, la mise en place de projets qui émaneraient d'une collaboration effective entre les acteurs, les modalités que pourraient prendre une telle coopération et le rôle que les référentes pourraient prendre sur ce plan s'expriment davantage en termes de perspectives. Les questions qui émergent portent, notamment, sur la manière d'opérationnaliser les convergences qui émanent des dispositifs collectifs entre les acteurs locaux. Dans cette projection opérationnelle, plusieurs d'entre elles se retrouvent dans la notion d'accompagnement des dynamiques locales, sans pour autant se sentir outillées pour développer ce type de fonction. Certaines expriment aussi leurs incertitudes sur l'orientation prise par la dynamique des acteurs en présence. D'autres expriment encore le déficit de ressources humaines pour assurer certains rôles clés de la dynamique entre les acteurs locaux.

“ Comment faire un relais de qualité, rediriger et comprendre au mieux la situation d'une personne ”. (CLSS)

“ Ça a permis de savoir un peu qui est qui, qui fait quoi, comment on peut contacter l'autre personne en cas de besoin. Après en termes d'accompagnement, on n'a pas reçu de méthode, de conseil, ni d'orientation, ni de consigne très claire ”. (CLSS)

48 COCOM, Directives à destination des CPAS en vue du développement des Contrats locaux social-santé (CLSS), 9 juin 2023, p.3

“Maintenant, c’est la responsabilité du groupe de travail de décider. Ce qui est une bonne opportunité, mais qui demande aussi un cadre, parce que c’est peut-être juste rabattre de la compétition au sein du groupe”. (CLSS)

“Et revient le même problème, quelqu’un doit porter administrativement toute la charge des prises de décision, financière, doit faire des rapports ...”. (CLSS)

Du côté des RAQ, le décloisonnement institutionnel s’effectue principalement via la rencontre et l’exploration des besoins des actrices présentes dans le quartier. Il s’agit, notamment, pour les personnes rencontrées de mieux connaître et comprendre les missions des opérateurs présents dans le quartier, d’identifier avec eux les besoins de leurs bénéficiaires.

“Le maillage que j’ai fait, c’est de contacter toutes les associations, les maisons médicales ...”. (RAQ)

“Ce n’est pas un souci de trouver les acteurs ... la difficulté est la vérification des informations ... quand on prend contact avec les personnes de la structure, il faut encore affiner les rôles et les missions de tout un chacun, il faut vraiment savoir ...”. (RAQ)

Par ailleurs, les personnes chargées de la mission RAQ mettent en place des activités pour aller rencontrer les habitantes via, entre autres, la tenue de stands d’information dans les marchés ou, encore, l’implication dans des activités d’autres structures envers les habitantes (comité de quartier, table de conversation, distribution de flyers d’information avec un BRI-Co⁴⁹, etc.).

Cette double démarche leur permet de pouvoir mieux orienter les demandes des habitantes vers le bon service, de les aider à solutionner des problèmes individuels et d’autre part, de constater des besoins spécifiques à une zone territoriale.

“Sortir dans les marchés, avoir des stands où des personnes peuvent venir et poser ses questions ... c’est un travail d’aiguillage mais parfois il y a plus que de l’aiguillage ... la personne est invitée à venir aux permanences et puis ça devient un suivi individuel”. (RAQ)

“J’ai plein de témoignages de ces gens-là ... on a su qu’il y avait un manque, surtout au niveau des soins ... il y avait une demande d’avoir un centre de soins là-bas pour les soins psychologiques, psychiatriques ... il y a une demande parce qu’ils sont marginalisés”. (RAQ)

“L’idée, c’est vraiment ... de pouvoir les (habitants) orienter vers des services spécifiques par rapport à leurs demandes ... ça permet aux personnes de savoir vers quel bureau aller taper que de faire les six ou les sept bureaux ...”. (RAQ)

Au-delà de ce travail de relais, la visée est, souvent, d’améliorer les informations fournies aux habitants, de constater des difficultés ou des manques sur le plan des services disponibles au sein des quartiers. Pour une part des RAQ, ce décloisonnement est vu comme une première étape vers la mise en place de projets communautaires ou un moyen de trouver sa place au sein des dispositifs existants.

“ On commence notre travail de maillage avec les intervenants professionnels ... comment est-ce qu'on peut diffuser de l'information et qu'elles soient claires par la suite pour les habitants ”. (RAQ)

“ On est censé envoyer vers d'autres services mais beaucoup de services sont saturés ... donc on doit prendre contact avec d'autres associations ”. (RAQ)

“ C'est vraiment ça, c'est comment est-ce qu'on peut être complémentaire en fait ... comment est-ce qu'on peut faire le lien entre ces structures et nous ”. (RAQ)

À noter que le secteur des soins et de la prise en charge des maladies échappe en grande partie au décloisonnement en cours qui se construit davantage à partir d'organismes sociaux. Hormis un décloisonnement vers des structures telles que les maisons médicales et les CSSI, le secteur des soins est quasi-absent des dynamiques entreprises pour le moment et ce, en raison notamment du fait que l'implication des professions libérales est souvent conditionnée par la rémunération.

“ À X (quartier), il y a plus de social que de santé ... j'ai rencontré quelques acteurs de la santé, des pharmaciens et des maisons médicales ... c'est plus les maisons médicales qui font déjà un travail et vont être avec les CLSS ... mais un réseau social santé intégré, ça ... ”. (CLSS)

“ Dans l'accessibilité aux soins, on a eu aussi un frein, c'est qu'il y a des secteurs médicaux qui sont beaucoup moins accessibles, qui sont que les médecins ne sont pas nécessairement payés pour être présents dans les coordinations ... il fallait qu'on touche à différents ... corps de métiers ... pharmaciens, psychologues, professions libérales ... et donc ça a été difficile aussi d'avoir des gens de tous corps de métier au secteur de la santé, santé ”. (CLSS)

3.6.3 LA RENCONTRE DES HABITANTS ET LA RECHERCHE D'EXPÉRIENCES EN DÉMARCHE COMMUNAUTAIRE

Parmi les personnes rencontrées, c'est le côté expérimental qui prévaut, aussi bien dans les activités déployées pour rencontrer les habitants que, dans le souci de mettre en place des démarches communautaires. Dans ce processus, elles ont, le plus souvent, essayé différentes alternatives qui, habituellement, se résument de la manière suivante : d'abord aller seul à la rencontre des habitants, ensuite passer par d'autres intervenantes pour effectuer cette rencontre et, enfin, investir des dynamiques citoyennes déjà existantes dans les quartiers.

“ J'ai fait le marché une fois, je suis passée par les travailleurs sociaux de la rue ... ça n'allait pas comme ça et puis ça pouvait pas être représentatif de tout le quartier et, du coup, on est parti sur aller dans des espaces où il y a déjà des groupes constitués ... des gens réunis qui ont l'habitude de se voir, qui font des activités ensemble ”. (CLSS)

Dans ce processus d'expérimentation, la participation des habitants via, notamment, la mise en place de démarches communautaires reste pour les personnes rencontrées, le plus souvent, une visée à concrétiser dans l'avenir. De sorte que les personnes rencontrées témoignent davantage de quelques expérimentations d'actions communautaires en s'inscrivant dans des activités collectives menées par d'autres opérateurs. Les freins au dépassement de cet aspect expérimental sont, notamment, le temps nécessaire à la mise en place d'une démarche communautaire, le manque d'expériences ou, encore, l'absence de ressources et de soutien au sein de leurs institutions. Derrière ce processus

d'expérimentation, les personnes rencontrées, comme évoqué précédemment, expriment bien souvent un besoin de ressources qui leur permettraient d'opérationnaliser concrètement des stratégies d'action qui présentent un caractère théorique.

« Comment rencontrer des personnes dans la rue ... je commence à faire des trucs en démarche communautaire ... donner des cours de vélo avec Pro Vélo ... il y a aussi plusieurs maisons médicales qui viennent aussi ... ici (PH) le frein à l'action communautaire, ça a été le manque de temps ... il y avait une demande de faire des activités ici (PH) mais je ne voulais pas la faire seule ... moi, j'avais jamais fait de communautaire ... (RAQ)

« Le but de la COCOM au départ, c'était de vraiment d'intégrer des habitants ... et d'initier une certaine forme de démarche communautaire ... ça a été très compliqué, un gros caillou sur notre chemin ... le fait que les habitants ne sont pas légitimes ... On a dû faire un plan d'actions avec les acteurs de terrain principalement pour vous dire on n'a pas vraiment eu d'habitant vraiment impliqué de A à Z ... ». (CLSS)

« Ce qui était intéressant en termes de démarche communautaire c'est qu'on a travaillé avec les BRI-Co, si vous voyez ces dispositifs qui sont portés par la FdSS qui créent des événements au cœur du quartier pour les habitants, où il y a un repas offert, et ils créent des comités de réparation au sein des quartiers où les habitants viennent déposer des sujets liés à leur vie au sein de leur quartier et donc tout le réseau présent se met ensemble pour vraiment réparer, créer un sas poubelle, des choses très pratico-pratiques mais qui ont du sens dans les quartiers ». (CLSS)

« On voulait une formation sur c'est quoi l'intersectorialité, c'est quoi les déterminants de la santé d'un point de vue pratique ... on nous parlait de santé communautaire mais concrètement, qu'est-ce que cela veut dire ? ». (CLSS)

« On a besoin de gens qui viennent avec nous dans les quartiers ... sortir ... du côté professionnel théorique ... je vais dans les quartiers, je vais parler aux gens, je récolte des informations mais je ne peux pas créer une dynamique dans un groupe, ça prendrait beaucoup trop de temps et même si j'en ai envie ... ah purée j'ai envie de sortir de mon bureau pour aller rencontrer les gens ». (CLSS)

Cette expérimentation est aussi souvent accompagnée de questionnements sur les dynamiques investies et leur adéquation avec l'action communautaire. Ces questionnements portent, notamment, sur la différence entre activités collectives et actions communautaires, la représentativité des habitantes présentes dans les activités collectives, l'implication effective des habitantes dans ces activités.

« Je rejoins pas mal d'activités communautaires et je sais comment cela se passe ... c'est une question de ces bénéficiaires, le jour J ... ils ne sont pas là, ils sont absents ». (RAQ)

« Ce sont souvent les mêmes personnes qui reviennent dans les groupes donc il est difficile de connaître les vrais besoins de la population ». (RAQ)

3.7 LES FACILITATEURS AU DÉVELOPPEMENT DES ACTIONS

Chez les professionnels rencontrés, après généralement une phase de travail déstabilisante souvent caractérisée par un sentiment d'isolement, une diversité d'éléments est venue favoriser ou freiner la mise en œuvre des missions. Habituellement, les facilitateurs s'inscrivent, d'une manière ou d'une autre, dans une forme de désinstitutionnalisation des pratiques.

3.7.1 L'AUTONOMIE PROFESSIONNELLE

Généralement, pour les intervenantes, une prise d'autonomie à l'égard de l'institution les hébergeant a facilité cette mise en œuvre. Ce processus de désinstitutionnalisation a souvent été nécessaire pour dépasser le plus ou moins grand écart existant entre le cadre de référence institutionnel et le cadre de référence interventionnel. Il est intéressant de noter que ce besoin de liberté de manœuvre n'est pas spécifique aux intervenantes rencontrées, il est l'un des « principes de mise en place d'actions communautaires »⁵⁰ qui nécessite, de la part des professionnels, une capacité d'adaptation aux spécificités et modes de vie des habitants qui les fait habituellement sortir des limites de leur cadre professionnel. À l'inverse, un déficit de marge de manœuvre au sein d'une institution entrave la réalisation des missions et en limite la portée, voire peut conduire à une impasse. En ce sens, ce qui est touché, c'est la possibilité de travailler en intersectorialité, de toucher l'ensemble des acteurs et actrices œuvrant sur le quartier, de développer une relation avec les bénéficiaires autre que celle du cadre institué, de toucher de nouveaux publics en marge des interventions existantes. Au-delà d'une désinstitutionnalisation, c'est aussi la capacité de l'institution de reconnaître et soutenir d'autres modalités de travail mais aussi de les formaliser pour en assurer la pérennité. À ce sujet, chez les personnes rencontrées, cette reconnaissance et ce soutien semblent, pour le moment, plus de l'ordre de l'informel (exemple : le soutien du référent CLSS par la personne chargée de la coordination sociale au sein du CPAS) que du formel. Par ailleurs, la capacité d'adaptation n'est pas qu'une question de publics, elle touche aussi les problématiques qu'il est parfois plus pertinent de travailler à un autre niveau que le quartier. Ce processus d'autonomisation peut aussi se colorer d'incertitude lorsque la personne prend seule des décisions sans qu'elle sache si l'option prise s'avère pertinente ou pas.

« On travaille beaucoup avec la cellule logement du CPAS qui effectivement est mandatée pour agir sur toute la commune ... donc le logement, on s'est rendu compte que c'était contreproductif de rester par quartier ... on avait besoin d'un collectif plus fort avec des acteurs qui sortent des quartiers ». (CLSS)

« C'était mon choix (ndlr : de travailler avec un autre RAQ) mais il y en a d'autres (RAQ) qui ne l'ont pas fait ... ça c'était mon choix et le choix aussi du PH, en accord avec le PH ». (RAQ)

« C'est quelqu'un de très stratégique. Elle (coordinatrice sociale) connaît le CPAS et ses difficultés à sortir du cadre du CPAS et elle connaît des très chouettes personnes en dehors. Donc pour les groupes de travail, elle a essayé de mélanger au maximum des personnes du CPAS et des personnes, de la commune qui travaillent en dehors. ». (CLSS)

« Je l'ai fait comment moi je pensais le faire, ce qui m'a mis dans une posture qui n'est peut-être pas idéale non plus ... peut-être que je n'aurais pas dû ». (CLSS)

50 Schapman S., Oberlé D. (2001), *op. cit.*

“ On change un peu les choses mais il ne faut pas vouloir tout changer tout de suite ... il ne faut pas aller trop vite, c'est un peu ce que je retiens de mes anciennes missions ”. (CLSS)

3.7.2 LES ESPACES D'ÉCHANGES ENTRE PAIRS

Un autre élément qui a facilité le travail des intervenants rencontrés est la mise en place d'espaces d'échanges entre pairs qui a permis, notamment, de sortir de l'isolement qui caractérisait le lancement des missions sur le terrain, de prendre conscience que d'autres partageaient les mêmes préoccupations, de clarifier des concepts parfois interprétés différemment, de travailler ensemble sur des questions transversales, de pouvoir bénéficier de l'apport des autres pour trouver des solutions à des problèmes spécifiques, de pouvoir comprendre les divergences de pratiques sur le terrain, etc. Ces espaces permettent aux professionnels, d'une part, de se sentir rassurés à l'égard de leurs pratiques et, d'autre part, de prendre distance et rompre avec l'aspect subjectif de leur vécu d'intervenant. Répondant en partie à une demande des professionnels, c'est, pour les CLSS, via le CeRAPSS et, pour les RAQ, via la FdSS que ces dispositifs d'échanges et d'apprentissage entre pairs ont pu être mis en place. Néanmoins, le caractère sectoriel de ces espaces d'échanges peut parfois être ressenti comme une entrave à la liberté de parole et une forme de « *contrôle* » des pratiques.

“ Nous on a vraiment eu besoin de se parler entre nous (entre CLSS) ... donc on a un peu poussé pour commencer des espaces plus intervision en plus du coaching individuel ... il s'agit maintenant plutôt d'intervisions où nous pouvons échanger sur différents problèmes rencontrés ... c'est en parlant les uns avec les autres qu'on comprend ”. (CLSS)

“ On a fait des intervisions entre référents aussi parce que, au départ, on était quand même toutes assez perdues et on a besoin de savoir ce qui se passait dans les autres quartiers et comment elles voyaient les choses, ce qu'elles mettaient en place pour pouvoir s'inspirer, se dire ok on n'est pas les seules à vivre les mêmes contraintes ”. (CLSS)

“ Il y avait une demande de pouvoir rassembler les questions qui étaient venues par tout le monde ... des échanges formels, structurés, animés par quelqu'un et qui pouvaient répondre à des questions plus théoriques, de concepts sur lesquels on se posait des questions ”. (CLSS)

“ Il y a des moments où on fait des échanges de pratiques ... c'est très enrichissant ... les difficultés ... les solutions qu'on peut apporter ”. (RAQ)

“ Entre nous, les RAQ ... on traite avec des cas particuliers, pour lequel on ne trouve pas d'issue, pas de solution, pas de piste ”. (RAQ)

“ À un moment donné, on m'a dit vous travaillerez plus sur du communautaire ... c'est quelque chose de très récent donc on a travaillé avec l'ensemble des RAQ à partir de nos difficultés ... ce qui avait été exprimé par l'ensemble des RAQ, c'était un mal-être et un inconfort par rapport aux missions RAQ ... en fait on comble les trous des institutions ”. (RAQ)

“ Ça aide à comprendre les différentes réalités de chacun et à prendre du recul sur pourquoi on a des approches différentes ”. (CLSS)

“ On n'est pas suffisamment soutenus par X. Il y a les réunions chaque semaine mais on est 20. On n'a pas vraiment d'espace privé pour discuter avec l'asso et le PH qui ne soit perçu comme des moments d'évaluation. ”. (RAQ)

3.7.3 LES COLLABORATIONS ENTRE PROFESSIONNELLES

“ J’avais plus de binôme, elle est revenue et ça fait du bien ... surtout si tu as envie de développer un projet ou une activité communautaire ”. (RAQ)

Pour les mêmes raisons que les espaces d’échanges qui ont, par ailleurs, facilité ce processus, le travail en collaboration et en partenariat avec d’autres professionnelles issues d’autres institutions et, plus spécifiquement, la mise en place – qu’elle soit formalisée ou non – d’un travail entre pairs est habituellement considérée comme une réelle plus-value dans la réalisation des missions. Cette collaboration s’effectue en général sur base d’une proximité des rôles et des missions qui se double, lorsqu’elle est moins formalisée, sur des accointances plus personnelles. Elle répond aussi souvent à un besoin de support qui n’est pas toujours disponible au sein de l’institution à partir de laquelle s’effectuent les missions.

Si ce travail de collaboration se caractérise par un décloisonnement institutionnel, les logiques sectorielles semblent encore de mise. Sur ce point, il semble qu’il y ait une prédominance, chez les CLSS, d’un travail avec les services publics communaux et, chez les RAQ, d’un travail avec des dispositifs issus du secteur des services sociaux.

“ On a vraiment collaboré avec les services de prévention de la commune pour construire des projets ”. (CLSS)

“ Je pense que si on veut qu’on y arrive, je pense qu’on a tous deux consciences que nous devons travailler ensemble ”. (CLSS)

“ Donc ici tu as un duo qui fonctionne bien, entre X (autre CLSS) et moi ... nous avons travaillé tous les deux sur des gros dossiers, ça matche bien, on se comprend bien, on se soutient bien et donc ici la difficulté revient de nouveau sur le cadre CPAS ”. (CLSS)

“ Je travaille avec mon binôme (autre RAQ) qui se trouve à X (commune) à la Y (Centre Social) et une collègue chez Z (Centre Social Santé). Le projet ... on le construit ensemble. L’idée, c’est de pouvoir travailler sur des problématiques communes. On construit la fiche projet ensemble. Et puis on se l’approprie en fonction du public qu’on a et des besoins que l’on a sur le local. ”. (RAQ)

“ Dans une institution comme le CPAS qui est vachement sur elle-même ... les acteurs qui sont présents au sein de la coordination sociale, c’est beaucoup d’acteurs et c’est assez légitime mais finalement ce n’est pas tous les acteurs ... tu dis que tu vas décloisonner, tu vas chercher des acteurs associatifs et finalement tu as un certain nombre d’acteurs surtout publics, parapublics qui sont présents ... même par rapport aux prescrits du CLSS où tu dois faire le pont avec l’associatif et la cloison informelle, tu n’as spécifiquement pas les moyens ou la culture qui fait qu’on peut aller vers cela ”. (CLSS)

3.7.4 LA MOBILISATION DE RESSOURCES À LA CARTE

D'autres ressources (formation, expérimentation d'outils, participation à une journée d'études, sollicitation de pairs, etc.) sont parfois mobilisées par les professionnels pour les aider à remplir leurs missions, voire compléter les dispositifs d'accompagnement davantage centrés sur les aspects transversaux des difficultés rencontrées. Sur ce point, il ne semble pas y avoir de dynamique partagée. Au contraire, il s'agit davantage d'implication individuelle répondant à des besoins spécifiques et dépendant de la logique institutionnelle.

“ Ici ce n'était pas clair parce que, en fait, il y avait un accompagnement qui n'était pas suffisant ... J'ai fait des formations sur le côté, j'ai fait COLLECTIVA ... Il y a des choses que j'aimerais suivre en gestion de projets ... je pense que c'est là où j'ai le plus de lacunes par rapport à ma fonction ”. (CLSS)

“ C'est à nous de devoir piocher dedans et d'avoir l'accord hiérarchique ... c'est en autonomie que chacun a assisté à des colloques, des formations ... pour le moment, j'ai demandé une formation sur le comment faire un relais de qualité ”. (CLSS)

“ Ce que je vais faire, c'est d'aller voir les indicateurs des autres CLSS, c'est ce que je vais faire demain ... je vois que X (autre CLSS) a très bien fonctionné, il y en a que j'apprécie plus ... X et Y (autres CLSS) m'inspirent beaucoup ... pour des raisons différentes ”. (CLSS)

4.

DÉFIS ET ENJEUX DE LA PREMIÈRE LIGNE SOCIAL SANTÉ

4.1 LA DÉMARCHÉ COMMUNAUTAIRE ET SES ENJEUX

« Travailler sur les questions approche communautaire et activités collectives. C'est quoi les nuances ? Est-ce que parce qu'on fait des activités collectives dans nos projets, on fait de la participation citoyenne, du communautaire ? ». (CLSS)

La démarche communautaire vise à permettre aux personnes de la communauté d'agir ensemble pour résoudre un problème commun. Ce problème émane de la communauté et n'est pas imposé par des dispositifs professionnels ou « personnes extérieures à la communauté »⁵¹. Ce pouvoir décisionnel octroyé à une collectivité d'appartenance est en soi ce qui différencie la démarche communautaire d'autres démarches participatives telles que la consultation ou la pédagogie active. En santé communautaire, cette non-imposition ne signifie pas que les problèmes soient d'office une émanation de la communauté. Ils peuvent aussi émaner des professionnelles à la condition que la communauté les reprenne à son compte⁵² et qu'elle contribue à leur résolution. Une action de sensibilisation au dépistage du cancer du sein, organisée par des professionnels à destination des habitantes d'un quartier ne relève donc pas de la santé communautaire. En regard de cette dernière, il s'agit d'une activité de médecine préventive qui, le cas échéant, peut constituer une prémisse à la mise en place d'une action en santé communautaire. Ce n'est donc pas l'action qui définit le caractère communautaire, mais la manière dont la communauté participe à l'élaboration et la mise en œuvre de l'action.

Plus fondamentalement, les dynamiques participatives et communautaires s'inscrivent dans, d'une part, « la reconnaissance du droit fondamental à la citoyenneté » des personnes aidées et soignées et d'autre part, la reconnaissance de leurs compétences et expertises en tant qu'usagères des services⁵³. Par ailleurs, pour que la démarche soit qualifiée de communautaire, les habitantes doivent :

- partager une vision et des valeurs communes,
- être ouvertes aux changements et à l'écoute des positions divergentes,
- être mobilisées par une volonté de modifier leur vécu⁵⁴.

En d'autres termes, la conscience collective, le sentiment d'appartenance et l'opposition à l'égard de la situation vécue sont quelques-unes des assises sur lesquelles se fondent les actions communautaires.

51 alth Nexus, *Guide de l'action communautaire*, Health Nexus, Ontario. Consulté, 14/02/2025, <http://fr.nexussante.ca/sites/fr.nexussante.ca/files/resources/cafren.pdf>

52 Institut Renaudot, *Guide pratique d'auto-évaluation des effets de votre démarche communautaire en santé*, 2012.

53 Jaeger M. (2023), *op.cit.*

54 Ninacs W. A., *Empowerment et intervention. Développement de la capacité d'agir et de la solidarité*, PUL (coll. Travail Social), 2008.

4.2 LA DÉMARCHE COMMUNAUTAIRE DANS UNE APPROCHE SOCIALE SANTÉ INTÉGRÉE VISANT LA RÉDUCTION DES INÉGALITÉS

En toile de fond de l'implication des usagers, l'enjeu est aussi la réduction des inégalités sociales de santé. Pour atteindre cette finalité, deux éléments fondamentaux sont à prendre en considération par les professionnels : la place donnée aux usagers dans leurs interventions et l'élaboration et la mise en œuvre de pratiques intersectorielles. Cette prise en compte nécessite d'avoir conscience que les inégalités résultent, non seulement, des caractéristiques socio-économiques des populations précarisées et de leurs conditions de vie, mais aussi du fonctionnement même du système de soins et de l'aide à leur égard, de son organisation en matière d'accessibilité, de la manière où, en tant que professionnels, nous interagissons avec ces populations et participons, involontairement, à l'accentuation de ces inégalités. Là où les « munis » bénéficient naturellement du système de protection sanitaire et sociale, ce système se révèle souvent difficilement compréhensible et accessible aux plus démunis qui éprouvent plus de difficultés à faire valoir leurs droits⁵⁵.

Dans l'interaction avec les bénéficiaires, l'enjeu pour les professionnelles est d'intégrer dans leurs interventions :

- la connaissance issue de l'expérience de vie des usagers (craintes éprouvées, solidarités informelles mobilisées, difficultés partagées avec les autres habitants, prescrits des professionnelles inadaptés aux conditions de vie, etc.)
- l'implication des usagers dans le processus décisionnel en leur offrant la possibilité de faire des choix et en les respectant dans ces choix.

Ce partage de la prise de décision avec les usagers des services est souvent l'objet de craintes de la part de professionnelles qui y voient le risque d'une remise en question de pratiques instituées ou de leur statut professionnel^{56,57}. Et du côté du savoir expérientiel, c'est la légitimité et l'objectivité de ce savoir qui ne sont pas nécessairement reconnues par les scientifiques⁵⁸.

En matière de pratiques interdisciplinaires et intersectorielles, cette prise en considération nécessite, aussi, d'avoir conscience de notre intérêt à investir ensemble, entre professionnels de différents secteurs et disciplines, si nous voulons réduire ces inégalités et développer une approche inclusive de la santé bénéficiant à toutes les strates de la population. Dans cette perspective, la prise en charge de la santé des personnes précarisées n'est pas qu'une simple question de soins mais couvre toute une série de caractéristiques environnementales et personnelles qui vont influencer, plus ou moins fortement, sur leur état de santé et leur capacité à l'améliorer : services et infrastructures de proximité, conditions de logement, place sur le marché du travail, niveau d'instruction, capacité à comprendre l'organisation du système de soins, ressources sociales présentes dans l'entourage, maîtrise des nouvelles technologies, habitudes de vie, etc.⁵⁹

Pour produire tous ces effets, le principe même de la démarche communautaire n'est pas seulement de répondre à des préoccupations partagées par les habitantes, c'est aussi les amener à s'organiser collectivement, à s'émanciper et à s'autonomiser des professionnels⁶⁰. Il ne s'agit donc

55 Sachs B., « Démarche participative : interroger les faits. » in *La santé de l'homme*, 382 :13-15, 2006.

56 Bernoux J.-F., *Évaluer la performance de l'action sociale*, Paris, Dunod, 2009.

57 Cachard J., « Développer des démarches participatives dans les maisons de santé pluriprofessionnelles : quels enseignements tirer des expériences menées en quartier populaire ? » in *Revue française des affaires sociales* 2020/1 :143-165.

58 Carrel M., Rosenberg S., Recherche participative : l'apport des savoirs issus de l'expérience de pauvreté, in *De la prise de parole à l'émancipation des usagers* (sous a direct. Petiau A.), Presses de l'EHESP, 239-258, 2021.

59 Favresse D. (2024), *op. cit.*

60 Schapman S., Oberlé D. (2001), *op. cit.*

pas uniquement d'atténuer les effets des inégalités sociales mais aussi de les réduire en donnant aux habitantes la possibilité de développer leurs compétences et de contribuer, par leurs actions, au développement de la communauté⁶¹. Cette réduction passe ainsi par le renforcement du pouvoir d'agir des populations et par la réorganisation de nos manières d'agir. Plus spécifiquement, à ce sujet, il s'agit d'avoir une appréhension plus globale des bénéficiaires les plus vulnérables afin de pouvoir mieux répondre à la complexité de leur situation et à la diversité de leurs besoins sanitaires, sociaux et personnels.

Parmi les personnes rencontrées lors des entretiens, la majorité adhère effectivement à ces fondamentaux de la santé communautaire qui, par ailleurs, sont reconnus comme efficaces pour réduire les inégalités de santé et avoir des effets durables en termes d'équité sociale et de santé⁶².

Par contre, comme d'autres personnes avant elles et après elles, elles sont confrontées à la difficulté de les opérationnaliser sur le terrain, à combler l'écart entre le savoir et le faire qui, comme elles ont pu l'exprimer, est fortement dépendant du contexte politique, sectoriel et institutionnel. Qu'elles se rassurent, même dans les organisations où la santé communautaire est instituée, elle reste souvent une pratique collective isolée des autres missions institutionnelles, et présente des limites sur le plan de la participation des usagers et du travail intersectoriel⁶³.

En d'autres termes, l'approche sociale santé est parfois davantage segmentée qu'intégrée, et derrière les vocables communautaire et intersectorialité se cachent, par moments, des pratiques qui en sont fort éloignées. Le temps, les moyens et la complexité d'une telle approche sont souvent évoqués pour expliquer cet éloignement et, il est vrai que, d'apparence simple la mise en œuvre, une telle démarche se révèle particulièrement complexe. Elle nécessite, comme les personnes rencontrées en ont témoigné, une forte capacité d'adaptation conjuguée à la mobilisation de multiples compétences, parce qu'elle implique des changements structurels importants et le dépassement de normes professionnelles et disciplinaires. Au-delà des ressources et compétences professionnelles nécessaires à sa mise en œuvre, la responsabilité de son opérationnalisation incombe aussi à la capacité des disciplines, institutions, secteurs et politiques à travailler ensemble et à adhérer activement à ces changements structurels. Sans cette adhésion, le travail mené sur le terrain risque d'être freiné et déconstruit par des enjeux qui le dépassent. Quelle est, par exemple, l'utilité de mettre en place des outils pour permettre aux populations plus fragilisées de se retrouver dans les dédales du système de santé si, par ailleurs, les politiques en la matière en renforcent la complexité ?

61 Ninacs W. A. (2008), *op. cit.*

62 Wallerstein N., Duran B., Oetzel J. G., Minkler M. (Eds.), *Community-based participatory research for health. Advancing social and health equity*, Jossey-Bass, 2018.

63 Kirkove D., Voz B., Pétré B., Renforcer la première ligne de soins, in *Santé conjuguee*, 96 : 7-9, 2021. Consulté le 29/11/2025, <https://www.maisonmedicale.org/sante-conjuguee/quel-etat-social-pour-demain/>

4.3 UN ASPECT RÉALISTE À PRENDRE EN CONSIDÉRATION

Imaginer être en capacité, en tant que professionnelles, de totalement supprimer les inégalités sociales et émanciper des populations vulnérables relève de l'utopie. En santé communautaire, la finalité n'est jamais totalement atteinte et ne correspond jamais à ce qui est réalisable sur le terrain. À l'instar de la promotion de la santé et de la co-construction intersectorielle, il ne s'agit pas d'envisager la santé communautaire comme une action ou un projet spécifique avec un mode d'emploi à la clé. Il s'avère plus judicieux d'envisager la santé communautaire comme un processus⁶⁴, constitué de différentes étapes à réaliser, au fur et à mesure de l'avancée de la démarche. Ce processus est régi par certains principes qui servent de balises aux actions. La manière de les décliner est multiple et le temps d'implémentation varie d'une zone territoriale à l'autre.

La démarche communautaire prend du temps et peut provoquer un décalage important entre les attentes politiques en la matière et les possibilités des professionnels à y répondre. Ce temps s'avère d'autant plus nécessaire que les imprévus et les obstacles à l'opérationnalisation de la démarche communautaire sont nombreux et de natures diverses, et que les professionnels, comme les personnes interrogées l'ont relaté, n'y ont pratiquement pas été préparés. Ces contretemps concernent tant des aspects méthodologiques (sélection des priorités face à une quantité importante de problèmes, gestion de l'hétérogénéité des populations présentes dans le quartier, question de la représentativité des populations rencontrées, passage de missions définies de manière descendante à une approche partant des besoins des habitants, etc.) que des aspects spécifiques aux caractéristiques des populations dans le quartier (tensions entre les anciens et nouveaux habitants, démarche à long terme peu en adéquation avec les attentes de réponses rapides des habitants, déficit d'implication de la population, besoins collectifs qui ressortent d'un niveau d'intervention plus vaste que le quartier, diversité et individualisation des besoins au sein de la population, etc.).

Fondé sur des principes d'horizontalité, de coopération et de réciprocité, le travail intersectoriel prend aussi du temps. Il est peu en adéquation avec le cloisonnement des formations disciplinaires, des secteurs professionnels et des politiques publiques. Il nécessite de pouvoir dépasser ces segmentations, voire de transgresser les normes, qui fondent les pratiques d'intervention. Néanmoins, comme pour la santé communautaire, il est chimérique de penser que la construction de pratiques et de projets entre actrices de différents secteurs gomme toutes les inégalités qui préexistent entre ces secteurs, échappe à la stratification sociale entre les secteurs, efface totalement les jeux d'influence et de pouvoir entre les actrices, supprime toute velléité d'imposer sa propre manière d'agir aux autres actrices⁶⁵.

Plutôt que de vouloir atteindre ces idéaux, l'enjeu est davantage de voir de quelle manière nous pouvons en faciliter la mise en œuvre sur le terrain et quels sont les principaux points d'attention à avoir dans ce processus.

64 Bobion-Broyé A. (1980), cité par ; Goudet B., *Développer des pratiques communautaires en santé et développement local*, Chronique Sociale, 2009.

65 Foudriat M. (2021), *op. cit.*

4.4 LE DÉVELOPPEMENT DE LIENS DE PROXIMITÉ, LA MOBILISATION DES HABITANTS ET L'ORGANISATION DE LA DÉMARCHE

Avant de pouvoir mener des actions communautaires, il faut préalablement construire des liens de proximité et de confiance avec les habitants. Il faut aussi, bien souvent, préalablement mobiliser et construire cette communauté. S'assurer, par ailleurs, que les populations ciblées ont suffisamment de compétences pour s'inscrire dans une démarche participative⁶⁶ et, si ce n'est le cas, voir comment y remédier⁶⁷ (représentation par des pairs, ateliers de développement d'aptitudes, thérapie communautaire, utilisation d'outils d'expression, etc.).

Ce préalable est, souvent, à prendre en compte avec les populations particulièrement fragilisées et démunies, où la confiance envers les professionnelles ne va pas nécessairement de soi, où les modes d'expression sortent par moments des sentiers conventionnels (silences, énervements, actes violents, etc.). Plus spécifiquement, les bénéficiaires les plus précarisés, de par leurs expériences passées, ont souvent des appréhensions à se rendre dans les services qui leur sont destinés au sein desquels ils se sentent tantôt jugés, tantôt soumis à des prescriptions qu'ils ne sont pas en mesure d'appliquer, tantôt en incapacité d'exprimer leurs incompréhensions des décisions qui les concernent, tantôt affectés par d'autres préoccupations qui sont, à leurs yeux, plus urgentes à régler, etc. Dans ces circonstances, avant d'avoir une implication effective du public, il faut parfois pouvoir d'abord répondre à des besoins personnels d'estime de soi, à des besoins sociaux d'écoute et de considération, avant de permettre à ces personnes de s'inscrire dans une dynamique de groupe et d'y développer un sentiment d'appartenance.

Pour mobiliser les habitantes, comme l'expérimentent par ailleurs les professionnels rencontrés, diverses alternatives sont souvent utilisées. C'est le cas dans le cadre du projet de santé communautaire où la phase de diagnostic sert, non seulement, à consulter mais aussi, à informer, conscientiser et mobiliser⁶⁸ les habitantes autour d'enjeux partagés. D'autres préfèrent passer directement par la mise en place d'activités attractives à destination des habitantes où sont organisés des espaces d'échange et de dialogue. Une dernière alternative rencontrée consiste à investir des dynamiques collectives existantes sur la zone d'intervention telles que des comités de quartiers, des associations de citoyens, des ateliers interculturels portant sur une thématique, etc.

Quelles que soient la ou les portes d'entrée choisies, les points d'attention sont, notamment, de veiller à la diversité des personnes et professionnels impliqués, de prévoir la mise en place de règles de fonctionnement dialogique « sécurisantes » (confidentialité des échanges, modalités de prise de décision, le respect de la parole de l'autre, etc.), d'assurer le vécu positif et catalyseur des dynamiques collectives, d'identifier et mobiliser les ressources présentes dans la zone d'intervention, de garantir l'éthique de la démarche (solidarité, respect de la diversité, égalité, etc.), de maintenir, au fur et à mesure de l'évolution et des imprévus, l'approbation des partenaires, d'ancrer les décisions et les actions dans une perspective réaliste, d'organiser la dynamique d'action (rôle des partenaires, répartition des tâches, mise en place d'un dispositif de pilotage, périodicité des rencontres, etc.).

66 Jaeger M. (2023), *op. cit.*

67 Mathieu L., Sur quelques fondements des actions communautaires, in *La Santé de l'homme*, 351 :21-22, 2001.

68 Schapman S., Oberlé D. (2001), *op.cit.*

4.5 L'AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE, UN RÔLE À FORMALISER

“ On a travaillé notre rôle ... c'est quoi le GT quartier, les objectifs, quel rôle peut le/ la référent.e quartier dans ces GT quartier selon la réalité de chaque structure ? ”.
(CLSS)

Le rôle de l'agent de santé communautaire, c'est avant tout d'être le garant de la méthode et du cadre de la démarche⁶⁹, de sa formalisation et son organisation pour en permettre la pérennité et permettre à chacune, habitantes comme professionnelles, de trouver sa place dans la démarche. Sur ce point, l'animation et la gestion de groupes⁷⁰, les compétences méthodologiques et techniques, l'autonomie et la flexibilité professionnelles sont de précieux adjuvants. Ces dernières sont particulièrement utiles pour faire face à l'imprévisibilité inhérente à la démarche et la nécessaire adaptation aux rythmes et modes de vie des habitantes de la zone d'intervention. Cette nécessaire adaptabilité est donc intrinsèquement liée à la capacité institutionnelle de permettre cette liberté de manœuvre. Au vu du caractère souvent informel de celle-ci, chez les professionnelles rencontrées, ce besoin d'une telle autonomie, comme l'illustre bien l'intégration de la mission des CLSS dans les CPAS, mériterait d'être davantage formalisée pour en assurer la pérennité et permettre aux intervenantes en santé communautaire de travailler dans un cadre sécurisant.

4.6 LA COOPÉRATION AVEC LES POPULATIONS « DÉFAVORISÉES », UNE DÉMARCHE À DÉVELOPPER

Au-delà de l'aspect organisationnel des modalités de travail institutionnelles, les changements induits par la réforme peuvent aussi toucher les manières d'agir des professionnels de la santé et du social, qui ne s'avèrent pas toujours en adéquation avec un public de populations fragilisées. Cette relative inadéquation résulte, notamment, du fait que, chez une partie des intervenants, la distance sociale avec leurs usagères est inscrite dans l'exercice même de leur profession. C'est le cas avec les métiers d'assistance et, encore plus particulièrement, avec les professionnels du soin qui ont appris et pratiquent leur métier dans une relation asymétrique et « objectivée » envers leurs bénéficiaires^{71,72} alors que, dans l'approche défendue dans le Plan Social Santé Intégré, ils sont censés être davantage dans une relation symétrique avec leurs usagères. Difficile d'être dans la rencontre des bénéficiaires, si la relation est fondée sur un rapport hiérarchique, sur une dépendance de l'usagère envers le professionnel, sur l'application d'un savoir technique et standardisé bienfaisant mais parfois dépourvu d'humanité. Ce type de relation ne favorise pas d'un côté, l'accès des populations défavorisées à des services dont elles ont pourtant besoin et d'un autre côté, le respect de ces populations à l'égard des prescrits des professionnels qui les prennent en charge. Il est fréquent, chez ces populations, que l'image peu reluisante que la société leur renvoie, le sentiment de disqualification sociale qui en résulte, altèrent le rapport qu'elles ont d'elles-mêmes et la relation aux autres⁷³. Plus que les autres franges de la population, elles ont besoin de considération sociale et de se sentir considérées comme des êtres humains à part entière dans leurs relations aux professionnels. Pour les intervenants, l'enjeu est vraisemblablement de trouver cette place de

69 Bosquet C., Maeyens C., Une approche du travail social communautaire en Belgique, in *Les Politiques Sociales*, 1-2 :62-74, 2016.

70 Schapman S., Oberlé D. (2001), *op. cit.*

71 *Ibid.*

72 Grober-Traviesas D. (2024), *op. cit.*

73 Favresse D., Construction d'une approche transdisciplinaire des exclusions, in *Les cahiers de Prospective Jeunesse*, Dossier : « Précarité et réseaux », 45 :2-7, 2007.

l'«entre-deux»⁷⁴, d'équilibre entre distance et proximité sociale avec l'usager ; enjeu qui s'observe bien dans les pratiques mises en œuvre dans les lieux de lien. Plus globalement, cet enjeu interroge aussi le peu de place donnée aux compétences relationnelles dans la formation des professionnelles du soin et le financement à l'acte qui en déforce la mise en œuvre⁷⁵ ; questionnements sur lesquels les intervenants de première ligne n'ont pas de réelle prise.

4.7 LA RECONNAISSANCE DE L'EXPERTISE DES POPULATIONS

La question des savoirs est aussi au cœur de l'émancipation sociale des usagers. En la matière, l'adhésion des populations à des besoins observés par les expertes passe, d'un côté, par la confrontation de ces besoins à la manière dont les populations les vivent dans leur quotidien et d'un autre côté, par leur importance en regard des autres besoins qu'elles expriment. Tout l'enjeu ici est de faire émerger un savoir partagé au croisement de la santé mesurée par les scientifiques, la santé observée par les professionnelles et la santé vécue par les usagers. Encore, faut-il que ces différentes formes de savoirs soient reconnues de part et d'autre.

Selon les disciplines et les approches méthodologiques, ce savoir issu de l'application de démarche qualitative menée auprès des populations n'est pas nécessairement considéré comme valide. C'est plus souvent le cas des scientifiques qui considèrent l'approche quantitative comme seule méthode d'objectivité sans en maîtriser les limites. Or, pour les intervenantes et les habitants, il n'est pas toujours aisé de se reconnaître dans les catégories abstraites issues de l'application de techniques de mesure qui ont tendance à donner une vision homogène des caractéristiques et des conduites sociales, et à ériger les pratiques probantes en des normes que les professionnelles sont tenues de respecter. Une fois sur le terrain, les professionnelles chargées d'une mission communautaire se heurtent à la complexité des situations humaines, à la singularité des personnes à s'approprier une même réalité. Au sein d'un quartier, cohabitent différentes logiques d'appropriation personnelle, parfois inscrites dans des dynamiques collectives plus ou moins en marge (l'abandon, le retrait, la contestation, la résignation, la honte, la révolte, etc.⁷⁶) qui font que la précarité ne se vit pas de la même manière. Cette diversité ne facilite pas le passage d'un intérêt individuel à un intérêt collectif, d'une solidarité inter-individuelle à une communauté organisée. Les besoins communs, les solidarités informelles, les activités collectives doivent, bien souvent, d'abord être considérés comme des potentialités communautaires et le travail de l'intervenante en santé communautaire est de d'abord identifier ces potentialités, de s'appuyer dessus pour les communaliser et, in fine, permettre aux populations de se réapproprier du pouvoir sur leur vie.

En matière de pratiques d'intervention sur une collectivité humaine, leur efficacité n'est jamais totalement établie. À cet égard, les actions de prévention sur une population, dans son ensemble, produisent presque toujours des effets contre-productifs auprès des strates de citoyens en marge de cette population et renforcent des formes d'inégalités sociales. Ici aussi, il importe de garder à l'esprit qu'une même stratégie d'action a des effets différents selon les personnes et touche davantage certaines catégories de personnes que d'autres. Cette variabilité provient, notamment, de la crédibilité donnée aux intervenantes, à l'histoire de vie et à l'origine des personnes concernées, à des logiques sociales et comportementales en partie genrées, à l'état psychique des bénéficiaires au moment des interventions, etc.

74 Grober-Traviesas D. (2024), *op. cit.*

75 Van den Bossche A., Voz B., Biston C. et al., L'action communautaire au service de la première ligne, in *Un livre blanc de la première ligne en Belgique francophone*, 2020.

76 Favresse D., (2007), *op. cit.*

4.8 LA CONSTRUCTION D'UN SAVOIR COLLECTIF EN PRÉALABLE AUX ACTIONS CONCRÈTES

Dans une perspective d'émancipation sociale et de santé vécue, le défi est d'arriver, en partant des expériences individuelles des populations, à formaliser un savoir expérientiel collectif⁷⁷. Des compétences en techniques d'analyse qualitative (construction d'idéaux-types, catégorisation, analyse structurale, itération, etc.) qui permettent, notamment, d'identifier ce qui différencie et relie la diversité de ces vécus, de faire émerger les similitudes afin de construire un savoir collectif à valider auprès de la population concernée sont, le cas échéant, de précieux adjuvants en la matière. Cette qualité est liée intrinsèquement à l'approche qualitative où la validation des résultats repose sur le fait que seuls les « détenteurs de l'expérience peuvent reconnaître ou non la conformité de la connaissance produite sur l'expérience vécue »⁷⁸. Et de fait, dans ce type d'approche, les populations ne sont pas que de simples objets d'analyse, elles participent, aussi, à la validation de ces analyses.

Lorsque la « communauté » est définie sur base territoriale, la tendance légitime est, comme une part des personnes rencontrées l'ont exprimé, de vouloir construire un savoir collectif avec un groupe d'habitants représentatif de la diversité des personnes vivant au sein du territoire. Plus la situation sociale, économique, culturelle et environnementale est homogène entre les habitants du quartier, plus ce savoir sera « aisé » à construire et inversement.

En d'autres termes, sur le terrain, si la diversité des habitantes impacte de manière trop importante (origine nationale, sexe, tensions entre générations, asymétries en matière d'expression, etc.) les expériences vécues mais aussi, le nombre d'habitantes à mobiliser et à impliquer pour être représentatif de cette diversité, il est parfois préférable de passer préalablement par des sous-groupes d'habitantes liées par des caractéristiques et valeurs communes et créatrices d'une certaine homogénéité sociale ; homogénéité qui va jouer un rôle déterminant concernant l'expression et la participation des habitantes⁷⁹. Dans ce cas de figure, si l'intention est de développer une démarche communautaire sur le quartier, des espaces d'échanges et de rencontres sont aussi à prévoir entre ces sous-groupes ou leurs représentantes, pour construire un savoir collectif partagé et créer une dynamique d'émancipation sociale sur le plan du quartier.

Autrement dit, la légitimité du savoir collectif construit ne tient pas à la seule représentativité de cette diversité. Elle est aussi étroitement liée à l'engagement de cette diversité dans la construction de ce savoir collectif, et le dispositif mis en place pour élaborer ce savoir expérientiel doit permettre, non seulement, l'expression et la confrontation acceptée des parties prenantes, mais aussi, à chacune des parties de prendre de la distance à l'égard de leurs propres enjeux. En ce sens, la démarche communautaire est en soi un processus qui donne aux habitantes l'opportunité de développer leurs compétences sociales.

77 Carrel M., Rosenberg S., (2021), *op. cit.*

78 *Ibid.*

79 Duchesne S., Haegel F., *L'entretien collectif*, Armand Colin (Série L'enquête et ses méthodes), 2005.

4.9 LA NÉCESSAIRE CONSTRUCTION DE L'ARTICULATION ENTRE PROFESSIONNELLES DE DIFFÉRENTS SECTEURS

Au-delà de la nécessaire construction de liens de proximité avec les habitants, le besoin d'adaptation des manières d'agir des professionnelles touche aussi les relations entre professionnelles et, plus spécifiquement, les pratiques interdisciplinaires et intersectorielles envers les usagers. Comme évoqué précédemment, le développement d'une approche globale et intégrée passe par un décloisonnement sectoriel et disciplinaire des pratiques. L'effectivité de ce processus se fonde sur des relations égalitaires entre professionnelles, et les nouvelles pratiques – produits de l'hybridation professionnelle, sectorielle et disciplinaire – se développent en co-construction c'est-à-dire avec l'accord et l'implication des parties prenantes⁸⁰.

Pour ce faire, il s'agit de dépasser les frontières sectorielles et disciplinaires pour instituer de nouvelles manières d'agir et, en la matière, la stratification sociale entre les secteurs, la segmentation de leur développement et la spécialisation disciplinaire ne sont pas vraiment là pour favoriser l'initiation de nouvelles pratiques. L'ancrage de ces frontières dans les pratiques est tel qu'il est vraisemblablement illusoire de penser que, demain, ces difficultés ne seront plus d'actualité. L'analyse des entretiens des personnes rencontrées met d'ailleurs bien en exergue la difficulté qu'elles ont eues de toucher les métiers du soin.

Plus spécifiquement, il semble que, tant que les collaborations entre les professionnelles du social et de la santé restent limitées «à des contacts, à des échanges d'information», elles sont généralement acquises. Par contre, lorsqu'il s'agit de formaliser un partenariat, fondé sur «la reconnaissance des compétences respectives», sur des principes de réciprocité et de coopération, il est moins aisé à établir⁸¹. Or, le risque de cette non-formalisation, c'est de perdre l'intérêt de la confrontation disciplinaire et sectorielle qui permet de se décentrer par rapport à ses propres pratiques, d'avoir une appréhension plus globale des usagers, de développer des pratiques innovantes et mieux adaptées à leurs besoins^{82,83}.

4.10 LES DIFFICULTÉS INHÉRENTES À CE PROCESSUS D'ARTICULATION

Pour que cette hybridation sectorielle soit de mise, il faut, dans un premier temps, que chaque secteur soit reconnu pour ses connaissances et ses compétences, et dans un second temps, que les apports respectifs de chaque discipline soient intégrés dans la démarche même des pratiques mises en place⁸⁴. Elle passe ainsi par une nécessaire appropriation de la manière dont l'intervention des secteurs est organisée et instituée, des postulats, valeurs et normes qui servent d'assise aux disciplines et de guide à l'exercice des professions.

En situation réelle, ces conditions ne sont jamais totalement remplies et la disparition des jeux de pouvoir entre professionnels et entre secteurs n'est jamais totale. Plutôt que de mystifier une approche idéalisée et nier les difficultés inhérentes à la co-construction intersectorielle, il est sans

80 Delaloy M., Boivin S., Harant N. *et al.*, *Co-construire le projet d'établissement social ou médico-social*, Montrouge, ESF, 2021.

81 Jaeger M. (2023), *op. cit.*

82 Daydé M.-C., Derniaux A., Favre N., Gautier S., *L'interdisciplinarité en pratique*, France, Lamarre (Initiatives Santé). 2018.

83 Favresse D. (2024), *op. cit.*

84 *Ibid.*

doute plus judicieux de les prendre en considération dans l'opérationnalisation même de l'approche pour en atténuer les effets.

Sur base des travaux de M. Foudriat⁸⁵, dans les relations entre professionnels, deux grands types de difficultés freinent l'avancée du travail en co-construction.

Les premières concernent le contenu des échanges, tel qu'un manque de représentativité des points de vue exprimés, une absence de fil rouge et un éparpillement des échanges, la répétition des débats, la surabondance d'un contenu conceptuel et abstrait, la centration des échanges sur des problèmes impossibles à traiter, etc.

Les secondes concernent les interactions entre les professionnels, telles que le déficit de participation de certaines catégories d'actrices, la monopolisation des interventions, l'absence de considération envers la parole d'autres professionnelles, l'évitement des points de vue divergents, etc.

Ici aussi, comme dans les relations construites avec les habitantes, l'articulation entre les professionnels ne s'improvise pas et nécessite la mise en place de dispositifs permettant la rencontre entre les professionnels, qu'elle soit intra ou interinstitutionnelle. Pour pouvoir coopérer, il faut non seulement bien connaître les modalités d'intervention des autres professionnels, identifier les complémentarités des uns et des autres, apprendre à travailler ensemble, coordonner et organiser les actions autour de projets communs. En matière de soins, par exemple, la gestion interdisciplinaire relative à une appréhension globale de la patiente se révèle « inopérante » si les échanges d'informations relatives aux patientes restent édictés par les catégories professionnelles⁸⁶. En d'autres termes, la prise en charge des patientes au sein d'un centre social santé intégré implique que les professionnels élaborent ensemble, et en respect du droit de la patiente, de nouvelles règles relatives au partage d'informations. Comment développer une telle pratique sociale santé si personne n'est habilité, au sein de la structure, à organiser les rencontres entre les professionnels des différentes disciplines, à permettre, sans être partie prenante des enjeux spécifiques aux disciplines, de confronter les points de vue, de dépasser les divergences, d'organiser la complémentarité des interventions en vue de mieux répondre à la diversité des besoins sanitaires, sociaux et personnels des patientes usagères, etc.

4.11 LES POINTS D'ATTENTION À RESPECTER DANS CETTE ARTICULATION

« (Dans la coordination sociale), ce ne sont pas tous les acteurs. Et c'est le même problème avec les bassins ». (CLSS)

En matière de démarche interdisciplinaire, interinstitutionnelle ou intersectorielle, l'un des incontournables est de centrer les enjeux des travaux entre professionnelles⁸⁷ sur les usagers. C'est le point de convergence et d'alliance « indispensable » du travailler ensemble.

Plus spécifiquement, dans les groupes de travail entre professionnelles de différentes disciplines et secteurs, la transparence et la confiance doivent être de mise. Pour ce faire, il y a quelques points

85 Foudriat M. (2021), *op. cit.*

86 Dubreuil B., Janvier R. (2018), *Conduire le changement en action sociale. Mutations sociétales, transformation des pratiques et des organisations*, ESF (coll. Actions Sociales), 2018.

87 Anceaux P. (2016), *op. cit.*

d'attention – basés notamment sur les travaux de M. Foudriat⁸⁸ – à avoir, qui impactent la dynamique de groupe et la coopération entre les parties prenantes. Ces points doivent être clarifiés et acceptés par toutes et tous :

- le rôle et la place des parties prenantes, y compris celui et celle des décideurs,
- l'utilité de chaque partie prenante, sa complémentarité avec les autres parties prenantes,
- la complexité du dispositif, les éventuelles subdivisions de dynamique collective ayant des fonctions et des niveaux de participation différenciées (pilotage, consultation, accompagnement, concertation, opérationnalisation, etc.),
- la légitimité de la structure (ou des structures) coordonnant et organisant le ou les groupes de travail, son (ou leur) indépendance à l'égard des enjeux des groupes, des logiques partisanes qui s'y confrontent, sa (ou leur) capacité à organiser et garantir le processus d'interdisciplinarité et d'intersectorialité,
- les objectifs de chaque groupe, y compris l'évaluation de l'adhésion du groupe à ces objectifs, au fur et à mesure, de l'avancée des travaux,
- la composition du groupe (procédures de recrutement, poids des secteurs représentés, liens de dépendance entre parties prenantes, types de professionnelles sollicitées, etc.), la représentativité et la légitimité des membres envers les autres parties prenantes,
- les règles de fonctionnement de chaque groupe (règles déontologiques qui régissent les échanges, procédures organisationnelles des rencontres, modalités décisionnelles, etc.)

Ces points d'attention valent aussi pour le dispositif d'encadrement des professionnelles chargées d'opérationnaliser les démarches sur le terrain. Plus spécifiquement, dans une perspective d'optimisation et de capitalisation de cet encadrement, il semble important de voir de quelle manière il est possible :

- d'atténuer l'influence des logiques partisanes, qu'elles soient d'ordre disciplinaire, institutionnel, sectoriel ou politique, qui favorise la concurrence entre opérateurs,
- de mieux organiser la complémentarité des opérateurs impliqués dans la mise en place des pratiques sur le terrain pour faciliter la cohérence du dispositif et éviter les logiques de tautologie interventionnelle,
- de davantage partir de l'expertise des opérateurs pour définir leurs rôles et missions afin de favoriser la pertinence et la légitimité du dispositif.

En tant que structure impliquée dans l'encadrement, il n'est pas rare de rencontrer des professionnelles qui souhaitent un encadrement mais ne peuvent pas en bénéficier en raison d'un refus institutionnel ou d'une obligation de se faire encadrer par le dispositif sectoriel prévu à cet effet, et ce, même si ce dernier n'est pas en mesure de répondre aux besoins spécifiques des professionnelles. Une meilleure articulation et coopération entre les structures encadrantes permettrait de construire une offre qui soit mieux adaptée aux besoins des professionnelles.

88 Foudriat M. (2021), *op. cit.*

5.

EN GUISE DE CONCLUSION

Le travail d'hybridation professionnelle et d'alliance avec les bénéficiaires, au centre du Plan Social Santé intégré, demande à redéfinir nos manières de travailler et à créer de nouveaux métiers.

Il nécessite une série de conditions liées aux compétences professionnelles (capacité de faire évoluer ses pratiques, aptitude à travailler en équipe et à faire confiance aux autres professionnels, ouverture d'esprit et capacité de prendre distance à l'égard de ses référents disciplinaires, etc.), à l'organisation de l'articulation des professionnels (apprentissage des méthodes de travail des autres disciplines, dépassement des divergences, organisation de la complémentarité des actions, définition d'un cadre de travail commun, etc.), à l'organisation de la participation des usagers et usagères (démarche de consultation, groupe de discussion, comités de bénéficiaires, co-construction de démarches d'amélioration des pratiques, etc.).

Sur un plan plus idéologique, l'enjeu dépasse nos logiques sectorielles dans la mesure où il s'inscrit dans une démarche de développement humain, dans l'organisation d'une société plus juste où la démocratie n'est pas, pour les populations précarisées, un simple concept théorique mais doit pouvoir se vivre, s'expérimenter dans les services qui leurs sont destinés. Il ne peut se faire sans un engagement fort de toutes les composantes politiques, sectorielles et professionnelles au service des bénéficiaires.

6.

BIBLIOGRAPHIE

Albareello L., *Apprendre à chercher. L'acteur social et la recherche scientifique*, De Boeck (coll. Méthodes en Sciences Humaines), Bruxelles, 2003.

Anceaux P., *Intersectorialité. L'intersectorialité, on n'est pas tombé dedans quand on était petit*, CBPS, 2016. Consulté le 10/02/2026, <https://www.cbps.be/wp-content/uploads/2024/11/Intersectorialite.pdf>

Bernoux J.-F., *Évaluer la performance de l'action sociale*, Dunod, 2009.

Boone D., *Rapport d'évaluation sur la mise en œuvre des CLSS pour l'« année zéro »*, Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, 2023.

Bosquet C., Maeyens C., Une approche du travail social communautaire en Belgique, in *Les Politiques Sociales*, 1-2:62-74, 2016.

Broch M.-H., Cros F., *Évaluer le projet de notre organisation. Réflexions, méthodes et techniques*, Chronique sociale (coll. Pédagogie-Formation), 1994.

Cachard J., « Développer des démarches participatives dans les maisons de santé pluriprofessionnelles : quels enseignements tirer des expériences menées en quartier populaire ? » in *Revue française des affaires sociales* 2020/1:143-165.

Cambon L., Transfert de connaissances, données probantes, transférabilité : de la clarification des concepts aux changements des pratiques, in *La santé en action*, 456:23-25, 2021. Consulté le 29/11/2025, <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/la-sante-en-action-juin-2021-n-456-sante-des-populations-conjuguer-donnees-scientifiques-et-savoirs-issus-de-l-experience>

Carrel M., Rosenberg S., Recherche participative : l'apport des savoirs issus de l'expérience de pauvreté, in *De la prise de parole à l'émancipation des usagers* (sous a direct. Petiau A.), Presses de l'EHESP, 239-258, 2021.

Daydé M.-C., Derniaux A., Favre N., Gautier S., *L'interdisciplinarité en pratique*, France, Lamarre (Initiatives Santé). 2018.

Delaloy M., Boivin S., Harant N. et al., *Co-construire le projet d'établissement social ou médico-social*, Montrouge, ESF, 2021.

Dubreuil B., Janvier R. (2018), *Conduire le changement en action sociale. Mutations sociétales, transformation des pratiques et des organisations*, ESF (coll. Actions Sociales), 2018.

Duchesne S., Haegel F., *L'entretien collectif*, Armand Colin (Série L'enquête et ses méthodes), 2005.

Favresse D., Construction d'une approche transdisciplinaire des exclusions, in *Les cahiers de Prospective Jeunesse*, Dossier : « Précarité et réseaux », 45:2-7, 2007.

Favresse D., L'approche scientifique au service de l'action de terrain : nouveaux modes, nouveaux enjeux, in *Drogues Santé Prévention*, 80:18-24, 2017. Consulté le 29/11/2025, L'approche scientifique au service de l'action de terrain : nouveaux modes, nouveaux enjeux - Prospective Jeunesse

Favresse D., La réorganisation du social-santé : enjeux et défis, in *Drogues Santé Prévention*, 106 :22-25, 2024. Consulté le 29/11/2025, <https://prospectiv-jeunesse.be/articles/la-reorganisation-du-social-sante/>

Fenneteau H., *Enquête : entretien et questionnaire*, Dunod, 2007.

- Figari, G. et Remaud, D., *Méthodologie d'évaluation en éducation et formation, ou l'enquête évaluative*, De Boeck, 2014.
- Filipo-Gaufrey M., Guetaz S., *Évaluer un contrat local de santé*, Instance Régionale d'Éducation et de Promotion de la Santé Grand Est, 2022. Consulté le 29/11/2025, <https://www.codes06.org/centre-documentaire/centre-documentaire/evaluer-un-contrat-local-de-sante--un-guide-pratique-qui-vous-accompagne-pas-a-pas>
- Foudriat M., *La co-construction en actes. Savoirs et savoir-faire pratiques pour faciliter sa mise en œuvre*, ESF (coll. Actions Sociales), 2021.
- Goudet B., *Développer des pratiques communautaires en santé et développement local*, Chronique Sociale, 2009.
- Grober-Traviesas D., Aux frontières du soi : la crise sanitaire, une opportunité pour repenser le soin, in *Phronesis*, 13(1):126-140, 2024.
- Hamant C., Delescluse T., Ferron C., *Les données probantes en promotion de la santé : de la production à leur utilisation dans la mise en œuvre d'interventions complexes*, FNES, 2022. Consulté le 29/11/2025, <https://www.promotion-sante-grandest.fr/index.php/rechercher-publications/item/18969-note-pedagogique-les-donnees-probantes-en-promotion-de-la-sante>
- Health Nexus, Guide de l'action communautaire, Health Nexus, Ontario. Consulté, 14/02/2025, <http://fr.nexussante.ca/sites/fr.nexussante.ca/files/resources/cafren.pdf>
- Henckes N., Devenir des institutions et transformations des organisations médico-sociales : penser la désinstitutionnalisation et ses limites, in *Interroger le médico-social. Regards des sciences sociales*, Dunod, 2024.
- Institut Renaudot, Guide pratique d'auto-évaluation des effets de votre démarche communautaire en santé, 2012.
- Jaeger M., *Principes et pratiques d'action sociale. Sens et non-sens de l'intervention sociale*, Dunod (coll. Santé Social), 2023.
- Kirkove D., Voz B., Pétré B., Renforcer la première ligne de soins, in *Santé conjugulée*, 96:7-9, 2021.
- Mathieu L., Sur quelques fondements des actions communautaires, in *La Santé de l'homme*, 351:21-22, 2001.
- Ninacs W. A., *Empowerment et intervention. Développement de la capacité d'agir et de la solidarité*, PUL (coll. Travail Social), 2008.
- Paillé P. et Mucchielli A., *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*, A. Colin (coll. U), 2021.
- Piret A., Nizet J., Bourgeois E., *L'analyse structurale. Une méthode d'analyse de contenu pour les sciences humaines*, DeBoeck Université, 1996.
- Sachs B., « Démarche participative : interroger les faits. » in *La santé de l'homme*, 382:13-15, 2006.
- Schapman S., Oberlé D., La démarche communautaire, de l'expérimentation à la conceptualisation, in *La Santé de l'homme*, 351:14-20, 2001.
- Sopadzhyan A., Politiques d'organisation et dynamiques de coordination : l'exemple du secteur de l'autonomie, in *Interroger le médico-social. Regards des sciences sociales*, Dunod, 2024.
- Wallerstein N., Duran B., Oetzel J. G., Minkler M. (Eds.), *Community-based participatory research for health. Advancing social and health equity*, Jossey-Bass, 2018.
- Van den Bossche A., Voz B., Biston C. et al., L'action communautaire au service de la première ligne, in *Un livre blanc de la première ligne en Belgique francophone*, 2020.
- Vanwynsberghe T., « "Aller-vers", c'est la proximité et l'action communautaire », in *Baraqa. Le journal des RAQ*, 2:1, 2024. Consulté le 29/11/2025, <https://www.fdss.be/fr/publication/baraqa-la-seconde-edition-du-journal-des-raq-est-sortie/>
- Vigour C., *La comparaison dans les sciences sociales. Pratiques et méthodes*, La Découverte, collection Guides Repères, 2005.

CENTRE BRUXELLOIS
DE PROMOTION DE LA SANTÉ

